

Stellungnahme zu einem Gesetzentwurf zur Stärkung der Impfprävention gegen COVID-19 und zur Änderung weiterer Vorschriften im Zusammenhang mit der COVID-19- Pandemie (BT-Drucksache 20/188)

Eva Welskop-Deffaa
Präsidentin

Postfach 4 20, 79004 Freiburg
Karlstraße 40, 79104 Freiburg
Telefon-Zentrale 0761 200-0

Ihre Ansprechpartnerin
Dr. Elisabeth Fix
Telefon-Durchwahl 030 284 447-46
Telefax 030 284 44788-88
elisabeth.fix@caritas.de

Datum 7. Dezember 2021

A. Einleitung

Der Deutsche Caritasverband bedankt sich für die Möglichkeit zur Stellungnahme zum Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Impfprävention gegen COVID-19, die er gemeinsam mit seinen Fachverbänden Katholischer Krankenhausverband (kkvd), Bundesverband katholischer Einrichtungen und Dienste der Erziehungshilfen e. V. (BVKE), Verband Katholischer Tageseinrichtungen für Kinder (KTK), Sozialdienst katholischer Frauen (SkF), Sozialdienst katholischer Männer (SkM), Caritas Suchthilfe (CaSu), Bundesverband Caritas Behindertenhilfe und Psychiatrie (CBP), Katholische Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe (KAGW), Verband Katholischer Altenhilfe (VKAD), Caritas Bundesverband Kinder- und Jugendreha (BKJR) sowie dem Katholischen Forum Leben in der Illegalität und der der Katholischen Arbeitsgemeinschaft für Müttergenesung vorlegt.

Zusammenfassend nimmt die Caritas, wie folgt, zu dem Gesetzentwurf Stellung.

1. Die Caritas begrüßt sehr, dass bei den bundesweit einheitlichen Schutzmaßnahmen zur Verhinderung der Verbreitung von COVID 19 nach § 28b IfSG notwendige Klarstellungen und Nachjustierungen zu Regelungslücken zu den Testpflichten in den Einrichtungen und Diensten, auf die wir hingewiesen hatten, vorgenommen wurden, wie z.B. Testpflichten für Paketboten, die nur kurzzeitig die Einrichtung betreten. Sehr begrüßenswert ist, dass eine zusätzliche Dokumentation der Testpflichten im Sinne eines Testmonitoring ganz entfallen ist.
2. Unterstützt wird auch die Einführung einer einrichtungsbezogenen Impfpflicht in § 20a IfsG. Angesichts der immer noch unzureichenden Impfquoten gegen COVID-19 hält die Caritas eine stufenweise Verschärfung der Maßnahmen für geboten. Die mit dem vorliegenden Gesetzentwurf geplante Einführung einer einrichtungsbezogenen Impfpflicht für Personal, das vulnerable Personengruppen, insbesondere in körpernahe Kontakt, betreut, ist durch die besondere Verantwortung für den Schutz der vulnerablen Gruppen begründet. Aus Sicht der Caritas ist allerdings sicher zu stellen, dass der Gesetzgeber der einrichtungsbezogenen Impfpflicht zeitnah eine bedingte allgemeine Impfpflicht folgen lässt. Diese sollte spätestens zum 1. April 2022 in Kraft treten unter der Maßgabe,

dass bis dahin eine Impfquote von 95 Prozent nicht erreicht worden ist. Der Gesundheitsschutz der Gesellschaft, auch derjenigen Mitbürgerinnen und Mitbürger, die sich selbst nicht impfen lassen können, ist Ausdruck gesamtgesellschaftlicher Solidarität. Wenn bis zum April mit den bereits beschlossenen Maßnahmen und einer bis dahin verstärkten Impfinformation und -werbung die Zielquote von 95 Prozent nicht erreicht werden kann, ist angesichts der Gefährdungen die von dem Corona-Virus ausgehen, die Durchsetzung einer allgemeinen bußgeldbewehrten Impfpflicht nicht länger aufzuschieben. Nachbesserungsbedarfe sehen wir vor allem im Bereich der Einrichtungen, die Assistenzleistungen für Menschen mit Behinderung erbringen. Von der Impfpflicht umfasst sollten auch die Bereiche Schulassistenz, Ausbildungs-, Berufsbegleitungs- und Arbeitsassistenz. Es ist auch nicht nachvollziehbar, warum beispielsweise heilpädagogische Kitas unter die Impfpflicht fallen, nicht jedoch inklusive Kitas. Die Caritas spricht sich grundsätzlich dafür aus, zu erwägen, auch die Beschäftigten von Kindertagesstätten und Schulen von der Impfpflicht zu umfassen, da für Kinder unter 5 Jahren kein Impfstoff zugelassen ist.

3. Der Katholische Krankenhausverband und der Deutsche Caritasverband begrüßen die geänderte Berücksichtigung der gezahlten Versorgungsaufschläge in Höhe von 50 Prozent als Beitrag zur kurzfristigen Sicherstellung der Liquidität. Sie setzen sich dafür ein, erlössichernde Liquiditätshilfen allen Krankenhäusern zur Verfügung zu stellen. Denn die pandemiebedingt ausgelösten Einnahmeausfälle betreffen nicht nur die Krankenhäuser, die an COVID-19 erkrankte Patientinnen und Patienten behandeln. Aufgrund der ad-hoc Freihaltung von Betten ist eine Regelversorgung in allen Bereichen nicht möglich. Keine Behandlungsleistung heißt keine Einnahmen. Die Frist für die Ausgleichszahlungen sollte auf den 1. November 2021 vorgezogen werden.
4. Neben den Zahnärzt_innen, Tierärzt_innen und Apotheker_innen sollten auch Pflegefachkräfte grundsätzlich impfberechtigt sein, denn sie verfügen über die erforderlichen Kompetenzen, wie auch die Begründung ausweist.
5. Die Caritas spricht sich, wie schon im Rahmen ihrer Stellungnahme zur Einführung der Impfpflicht im Masernschutzgesetz ausgeführt, dafür aus, dass der Nachweis der Impfung oder des Genesenenstatus nicht gegenüber der Leitung der Einrichtung, sondern gegenüber dem Gesundheitsamt oder einer anderen von den obersten Landesbehörden bestimmten Stelle erfolgt. Das Gleiche gilt für den Immunitätsnachweis gegen COVID-19 gemäß § 20a IfSG. Die zuständige Behörde könnte dann gleich auch die Prüfung der Echtheit bzw. inhaltlichen Richtigkeit des Nachweises vornehmen, die jetzt den Einrichtungsleitungen obliegt.
6. Die Caritas begrüßt die Verlängerung der Übergangsregelungen zum Mittagessen in den Werkstätten für Menschen mit Behinderung und Tagesförderstätten, die im Falle einer Schließung oder Reduzierung den erforderlichen Ausgleich für eine Mittagsverpflegung in besonderen Wohnformen ermöglicht. Diese Regelung sollte auch für Kinder im SGB XII-Bezug erhalten bleiben, denn es ist nicht auszuschließen, dass es auch hier zu Einschränkungen im Kita- oder Schulbetrieb kommt.
7. Die Caritas bittet darum, die pandemiebedingte Regelung der Aussetzung der jährlich zu erfolgenden Qualitätsprüfungen, mit Augenmaß nicht auslaufen zu lassen, sondern in der gegenwärtigen Phase der hohen Belastungen der Einrichtungen durch

Ausbruchsgeschehen, Quarantänen und hohem Krankenstand bzw. Quarantäne der Mitarbeitenden noch bis zum 31. März 2022 zu verlängern. Alternativ könnte die Regelung des § 150 Absatz 1 SGB XI entsprechend rechtssicher angepasst werden.

B. Zu den Gesetzesänderungen im Einzelnen

Artikel 1: Änderung des Infektionsschutzgesetzes

§ 20 Absätze 9 bis 12: Prüfung von Nachweis und Echtheit oder inhaltlichen Richtigkeit des Nachweises der Masernimpflicht

Die Caritas spricht sich dafür aus, dass sowohl der Nachweis der Impfung, Immunität oder Nichtimpfung gegen Masern wegen medizinischer Kontraindikation als auch die Prüfung der Echtheit bzw. inhaltlichen Richtigkeit des vorgelegten Nachweises nicht gegenüber der Leitung von Kindertagesstätten, Kindertagespflegen oder Geflüchtetenunterkünften zu erfolgen hat, sondern gegenüber dem Gesundheitsamt oder einer anderen staatlichen Stelle. Dafür hatte sie sich bereits im Rahmen des Gesetzgebungsverfahrens zum Masernschutzgesetz aus grundsätzlichen systematischen Erwägungen stark gemacht: Pädagogische Fachkräfte verfügen nicht über die entsprechende Kompetenz zur Beurteilung eines Impfnachweises. Das gilt umso mehr, wenn es jetzt noch zusätzlich um die Prüfung der Echtheit und Richtigkeit des Impfzertifikats geht. Die Einrichtungsleitungen stehen zudem in einem spezifischen Vertrauensverhältnis gegenüber Eltern und betreuten Kindern. Die zuständige Stelle zur Kontrolle des Nachweises und der Prüfung von dessen Echtheit und Richtigkeit kann somit grundsätzlich nur das Gesundheitsamt sein. Die Strafverfolgung, wozu bereits die Überprüfung hoheitlicher Dokumente auf Echtheit besteht, ist Aufgabe der Strafverfolgungsbehörden und anderer hoheitlicher Stellen. Sie kann nicht an Private delegiert werden. Daher soll die in Absatz 9 Satz 3 vorgesehene „Kann-Möglichkeit“, dass die obersten Landesgesundheitsbehörden oder die von ihnen bestimmten Stellen bestimmen können, dass Nachweis und Meldepflichten nicht der Einrichtungsleitung obliegen, sondern dem Gesundheitsamt oder einer anderen staatlichen Stelle, in eine „Muss“-Regelung umgewandelt werden.

Sollte der Gesetzgeber diesem Vorschlag nicht folgen, ist in Absatz 9 Satz 2 im Sinne des Bestimmtheitsgrundsatzes zumindest zu konkretisieren, welche personenbezogenen Daten von den Einrichtungsleitungen zu übermitteln sind. Des Weiteren sollte dann grundsätzlich geregelt werden, dass die Nachweise und Meldepflichten nicht den Einrichtungsleitungen, obliegen, sondern den Trägern der Einrichtungen.

Unklar ist, warum nach Absatz 9a Satz 1 ein Impfzertifikat seine Gültigkeit aufgrund von Zeitablauf verlieren sollte, denn nach vollständiger Immunisierung gegen Masern besteht dieser Schutz lebenslang.

Änderungsbedarf:

§ 20 Absatz 9 Sätze 2 bis 5 werden durch folgenden Satz ersetzt:

„Die oberste Landesgesundheitsbehörde oder die von ihr bestimmte Stelle bestimmt, ob der Nachweis nach Satz 1 dem Gesundheitsamt oder einer anderen staatlichen Stelle gegenüber zu erbringen ist.“

In Absatz 9a werden die Wörter „oder ein Nachweis nach Absatz 9 Satz 1 Nummer 2 seine Gültigkeit aufgrund von Zeitablaufs verliert“ gestrichen.

§ 20a Immunitätsnachweis gegen COVID-19

Angesichts der immer noch unzureichenden Impfquoten gegen COVID-19 hält die Caritas eine stufenweise Verschärfung der Maßnahmen für geboten. Die mit dem vorliegenden Gesetzentwurf geplante Einführung einer einrichtungsbezogenen Impfpflicht für Personal, das vulnerable Personengruppen, insbesondere in körpernahe Kontakt, betreut, ist durch die besondere Verantwortung für den Schutz der vulnerablen Gruppen begründet. Aus Sicht der Caritas ist allerdings sicher zu stellen, dass der Gesetzgeber der einrichtungsbezogenen Impfpflicht zeitnah eine bedingte allgemeine Impfpflicht folgen lässt. Diese sollte spätestens zum 1. April 2022 in Kraft treten unter der Maßgabe, dass bis dahin eine Impfquote von 95 Prozent nicht erreicht worden ist. Der Gesundheitsschutz der Gesellschaft, auch derjenigen Mitbürgerinnen und Mitbürger, die sich selbst nicht impfen lassen können, ist Ausdruck gesamtgesellschaftlicher Solidarität. Wenn bis zum April mit den bereits beschlossenen Maßnahmen und einer bis dahin verstärkten Impfinformation und -werbung die Zielquote von 95 Prozent nicht erreicht werden kann, ist angesichts der Gefährdungen die von dem Corona-Virus ausgehen, die Durchsetzung einer allgemeinen bußgeldbewehrten Impfpflicht nicht länger aufzuschieben.

Grundsätzlich begrüßen wir, dass mit § 20a in einem ersten Schritt alle Beschäftigten in den Gesundheitseinrichtungen nach § 23 Absatz 3 Satz 1 sowie den SPZ und MZEB den ambulanten, teil- und vollstationären Pflegeeinrichtungen und Einrichtungen, die Menschen mit Behinderung betreuen, versorgen und behandeln, bis zum 15. März 2022 den Nachweis ihrer Immunität erbringen müssen. Auch die Frist des 15. März 2022 ist sachgerecht, da die Impfungen in den Einrichtungen bei noch vorhandenen Impflücken organisiert werden müssen und zudem zwischen Erst- und Zweitimpfung 4 Wochen liegen.

Wir weisen jedoch darauf hin, dass die einrichtungsbezogene Impfpflicht weitere soziale Einrichtungen umfassen müsste, wenn das Kriterium der Schutz der vulnerablen Gruppen ist. Davon geht auch die Begründung aus, die als Kriterium für die Statuierung der Impfpflicht „besonders schutzwürdige Settings“ heranzieht. Gerade angesichts der Tatsache, dass für Kinder unter 12 Jahren bislang noch keine Impfempfehlung der STIKO vorliegt und für Kinder unter 5 Jahren in Deutschland noch kein Impfstoff zugelassen ist, sollte die Impfpflicht somit auch die Beschäftigten in Kindertagesstätten, Kindertagespflegen, ambulanten und stationären Einrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe nach dem SGB VIII sowie in Schulen umfassen. Augenscheinlich wird dieses Petitum spätestens, wenn nach § 20a Absatz 1 Nummer 2 mit den Einrichtungen zur Betreuung von Menschen mit Behinderung ausweislich der Begründung auch heilpädagogische Tagesstätten und heilpädagogische Kitas erfasst werden, ausdrücklich jedoch nicht inklusive Kindertagesstätten. Es stellt sich auch die Frage, warum Kinder mit Beeinträchtigungen, Vorerkrankungen oder Behinderungen, die Förderschulen oder Regelschulen mit oder ohne Begleitung von Schulassistent_innen besuchen, von der besonderen Schutzbedürftigkeit ausgenommen sein sollen? Da für alle Kinder unter 5 Jahren kein Impfstoff zugelassen ist, stellt sich diese Frage auch über den Personenkreis der Kinder mit Behinderungen oder Vorerkrankungen hinaus.

Der Gesetzentwurf wirft auch die Frage auf, warum erwachsene Menschen mit Behinderung in den diversen Wohnsettings, in denen sie leben, einschließlich in der eigenen Häuslichkeit, versorgt durch Assistent_innen im Rahmen des Persönlichen Budgets schutzwürdig sind, aber sobald sie an den Ausbildungs- oder Arbeitsplatz kommen, keinen Anspruch auf Versorgung durch geimpftes Personal haben sollen. Auch dieser Punkt ist inkonsistent und sollte zu Gunsten einer Impfpflicht aufgelöst werden.

Von der einrichtungsbezogenen Impfpflicht umfasst werden sollte überdies auch die Polizei, die in Ausübung ihres Dienstes oft körpernah tätig sein muss. Vorbild für entsprechende Regelungen könnte die Impfpflicht für die Bundeswehr sein.

Insgesamt unterstützen wir trotz der genannten Lücken und Schwächen nachdrücklich die Einführung einer einrichtungsbezogenen Impfpflicht als ersten notwendigen Schritt. Wir sehen jedoch bei den folgenden Punkten Nachbesserungsbedarf:

Absatz 1: Einführung einer Impfpflicht in Einrichtungen, Unternehmen und Diensten

- § 20a umfasst alle in den jeweiligen Einrichtungen, Diensten und Unternehmen „tätige“ Personen. Damit sind grundsätzlich auch ehrenamtlich Tätige in den Diensten und Einrichtungen umfasst. Dies geht auch aus der Begründung hervor. Ebenfalls aus der Begründung geht jedoch hervor, dass Angebote zur Unterstützung im Alltag nach § 45a SGB XI nicht zu den impfverpflichteten Einrichtungen zählen, außer, wenn sie zugleich zugelassene Pflegedienste nach § 72 SGB XI ist. Die Begründung für diese Ausnahme kann nur sein, dass nach Landesrecht anerkannte Angebote nach § 45a SGB XI überwiegend von ehrenamtlich Tätigen getragen werden. Legt man jedoch das Kriterium der Schutzbedürftigkeit von Personengruppen zu Grunde, müssen auch ehrenamtlich Tätige in Angeboten zur Unterstützung im Alltag nach § 45a SGB XI von der Impfpflicht umfasst sein. Allerdings sind die Einrichtungen den ehrenamtlich Tätigen gegenüber nicht weisungsbefugt, sodass sie die Impfpflicht nicht durchsetzen könnten. Gemäß § 36 Absatz 3 IfSG haben sie gegenüber ehrenamtlich Tätigen auch kein Auskunftsrecht über deren Impf- oder Serostatus. Dieser Punkt unterstreicht erneut, dass der Nachweis über den Impfstatus nicht gegenüber den Leitungen der Einrichtungen zu führen ist, sondern ausschließlich gegenüber einer staatlichen Institution, wie dem Gesundheitsamt (s. auch Kommentierung zu Absatz 2).
- Einrichtungen und Unternehmen, die Assistenzleistungen im Bereich Bildung, Ausbildung und Arbeit erbringen, sind in einer neuen Nummer 4 von der Impfpflicht zu umfassen.
- In einer neuen Nummer 5 sollen die Kindertagesstätten, Kindertagespflegen, Schulen sowie die ambulanten und stationären Einrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe von der Impfpflicht umfasst werden.
- Es ist sinnvoll, auch die Assistent_innen im Rahmen des Arbeitgebermodells des Persönlichen Budgets einer Impfpflicht zu unterziehen, wie ausweislich der Begründung vorgesehen. Die das Persönliche Budget in Anspruch nehmenden Leistungsberechtigten des SGB IX stellen jedoch keine Unternehmer_innen i.S. des § 20a Absatz 2 Nummer 3 dar. Das Persönliche Budget sollte daher in einer gesonderten Nummer geregelt werden.

Änderungsbedarf:

Nummer 2 ist wie folgt zu ergänzen: „einschließlich der nach Landesrecht anerkannten Angebote zur Unterstützung im Alltag nach § 45a SGB XI“

Als neue Nummer 4 wird eingefügt:

"Unternehmen, die Assistenzleistungen nach § 113, Leistungen zur Teilhabe an Bildung nach § 112 des Neunten Buches Sozialgesetzbuch erbringen sowie Unternehmen, die Menschen mit Behinderungen am Ausbildungs-, Arbeitsplatz oder in der Berufsschule anleiten und begleiten oder Leistungen als Arbeitsassistenten erbringen.

Als neue Nummer 4a wird eingefügt:

Umfasst sind auch Personen, die im Rahmen eines persönlichen Budgets nach § 29 des Neunten Buches Sozialgesetzbuch beschäftigt sind und entsprechende Dienstleistungen erbringen.“

Als neue Nummer 5 wird eingefügt:

"Gemeinschaftseinrichtungen nach § 33 Nummern 1 bis 4.

Absatz 2: Immunitätsnachweis

Da die Prüfung des Immunitätsnachweises auch die Prüfung der Echtheit und inhaltlichen Richtigkeit und bei Zweifel entsprechende Meldepflichten der Einrichtungsleitungen umfasst, muss diese hoheitliche Aufgabe grundsätzlich dem Gesundheitsamt oder einer anderen staatlichen Stelle, wie in Absatz 2 Satz 3 als Möglichkeit vorgesehen, zukommen. Das würde auch das mit der vorgesehenen Regelung noch nicht erfasste Problem lösen, wem freiberuflich Tätige, wie Ärzt_innen, Hebammen oder Einzelpflegerkräfte nach § 77 SGB XI den Nachweis vorlegen sollen, da sie keine Arbeitgeber_innen haben. Der hoheitliche Charakter der Prüfung des Nachweises einschließlich der Echtheit und inhaltlichen Richtigkeit zeigt sich auch in der Rechtsfolge einer bußgeldbewehrten Ordnungswidrigkeit nach § 73 Absatz 1a Buchstabe 7f und 7h.

Änderungsbedarf:

Vgl. § 20 Absatz 9.

Absatz 4: Zeitliche Gültigkeit des Immunitätsnachweises

Es ist sachgerecht, dass ein wegen zeitlichen Ablaufs nicht mehr bestehender Immunitätsnachweis lückenlos ersetzt werden muss. Angesichts der Kurzfristigkeit der Einführung einer einrichtungsbezogenen Impfpflicht ist es sachgerecht, für den Monat März 2022 einmalig eine nicht bußgeldbewehrte Monatsfrist für die Erbringung des aktualisierten Immunitätsnachweises vorzusehen.

Allerdings muss zügig geklärt werden, ob es bei der derzeitigen Gültigkeit des Immunitätsnachweises von 1 Jahr ab dem Datum der 2. Impfung bleibt oder aber ob eine 6monatige Ablaufrist vorgesehen wird, entsprechend der Empfehlung, Boosterimpfungen regelhaft nach 6 Monaten durchzuführen. Für letzteren Fall wären dann allerdings Übergangsfristen vorzusehen.

§ 20b Durchführung von Schutzimpfungen gegen das Coronavirus SARS-CoV-2

Wir erachten es angesichts des notwendigen Turbo bei den Erst- und Zweitimpfungen und Boosterimpfungen als sachgerecht, dass auch Zahnärzt_innen und Tier_ärztinnen sowie Apotheker_innen impfen können sollen, sofern sie über geeignete Räumlichkeiten verfügen und sich einer Schulung über Aufklärung, Anamneseerhebung und Impfberatung unterzogen haben. Sinnvoll ist auf jeden Fall auch die Regelung, dass die genannten Personengruppen in mobile Impfteams eingebunden werden können. Pflegefachkräfte und Angehörige anderer Gesundheitsberufe sind nach dem vorliegenden Entwurf jedoch weiterhin nur im Wege der Delegation impfberechtigt. Eine gesonderte Regelung für das Impfen im Wege der Delegation, wie in Absatz 4 vorgesehen, erachten wir als überflüssig. Die Caritas setzt sich dafür ein, dass Pflegefachkräfte nach Absolvierung der in Absatz 2 vorgesehenen Schulung und auf der Grundlage eines wie in Absatz 3 vorgesehenen Curriculums für Zahnärzt_innen, Tierärzt_innen und Apotheker_innen ebenfalls impfen können sollen. Die Gesetzesbegründung führt zu Recht aus, dass Pflegefachkräfte oder Hebammen im Rahmen ihrer Ausbildung grundsätzlich über die erforderlichen Kenntnisse, Fähigkeiten und Fertigkeiten sowie über ihre Berufserfahrung über Kenntnisse zum Umgang mit Impfstoff und medizinischen Fragen verfügen und erste Notfallmaßnahmen, z.B. im Fall anaphylaktischer oder sonstiger Reaktionen, einleiten können. Die Gesetzesbegründung führt sogar aus, dass Apotheker_innen und Zahnärzt_innen solche erforderlichen Kenntnisse erst noch erwerben müssen. Vor diesem Hintergrund ist nicht nachvollziehbar, dass Pflegefachkräfte nicht ohne Anwesenheit eines Arztes oder einer Ärztin am Impfort impfen können sollen. Es ist auffällig, dass der Verordnungsgeber bislang nicht von seiner Ermächtigung nach § 5a IfSG, Pflegefachkräften die Ausübung heilkundlicher Tätigkeiten zu ermöglichen, Gebrauch gemacht hat. Gegenwärtig existiert hierfür keine Rechtsgrundlage, da § 5a IfSG nur bei Vorliegen der epidemischen Lage von nationaler Tragweite greifen kann. Daher sehen wir in § 5a IfSG die Notwendigkeit, die Verordnungsermächtigung auch ohne Vorliegen der Feststellung einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite nach § 5 IfSG zu verlängern und auf dieser Grundlage schnellstmöglich die dort genannten Berufsgruppen zum Impfen zu ermächtigen. Wir stellen in der Praxis fest, dass häuslich versorgte pflegebedürftige Menschen in nicht geringem Umfang immer noch nicht geimpft sind. Diese Lücken könnten im Rahmen des Hausbesuchs der Pflegefachkräfte der Pflegedienste geschlossen werden.

Änderungsbedarf:

In die Aufzählung nach Absatz 1 Satz 1 sind nach den Wörtern „Zahnärzte, Tierärzte sowie Apotheken“ die Wörter „sowie Pflegefachkräfte und Hebammen“ aufzunehmen.

§ 22 Absatz 4d Nummer 2: Dokumentationspflichten bei Testungen in Bezug auf negativen Erregernachweis

Die Caritas sieht kein Erfordernis, die Dokumentationspflichten für die Testung in Bezug auf negativen Erregernachweis mittels Antigen-Schnelltests auszuweiten, indem Name und Anschrift der zur Durchführung oder Überwachung der Testung befugten Person zu erfassen sind. Die ohnehin hoch belasteten Einrichtungen und Dienste dürfen nicht durch fachlich nicht erforderliche Bürokratiepflichten zusätzlich belastet werden. Die Vorschrift zielt ausweislich der Begründung auf einheitliche Standards für die Dokumentation der Impfung, des Genesenennachweis und des Testnachweises ab. Hier wird jedoch Ungleiches gleichbehandelt. Testungen haben gegenwärtig

eine Gültigkeit von 24 Stunden und sind mithin nicht Impf- oder Genesenendokumentationen gleichzustellen.

Änderungsbedarf

Streichung der Neuregelung in § 22 Absatz 4d Nummer 2

§ 28a Absätze 7 und 8: Länderbefugnisse für Untersagungen und Schließungen

Die Caritas begrüßt, dass es mit der Neuregelung des § 28a Absatz 8 nun auch möglich ist, Großveranstaltungen wie Bundesliga-Spiele u.a. zu untersagen. Inkonsistent ist, warum zwar die Schließung von Gastronomie, Kultur- und Freizeiteinrichtungen möglich ist, jedoch nicht die Schließung von Hotels und anderen Übernachtungsangeboten.

§ 28b Bundesweit einheitliche Schutzmaßnahmen zur Verhinderung der Verbreitung der Coronavirus-Krankheit 2019 (COVID-19), Verordnungsermächtigung

Absatz 2: Testpflichten

Die Caritas begrüßt die Nachjustierungen und Klarstellungen in § 28b Absatz 2 zur Umsetzung der Testpflichten in den Einrichtungen nach § 23 Absatz 3 Satz 1 sowie nach § 36 Absatz 1 Nummern 2 und 3:

- Klargestellt ist nun, dass beispielsweise Begleitpersonen, z.B. von Kindern oder älteren pflegebedürftigen Menschen oder Menschen mit Behinderung in Arzt- oder Heilmittelerbringerpraxen nicht den Testpflichten unterworfen werden.
- Sachgerecht ist auch, dass Personen, die Einrichtungen nur für einen unerheblichen Zeitraum betreten, wie z.B. Paketbot_innen oder Lieferant_innen ebenfalls nicht der Testpflicht unterfallen. Da der Begriff „unerheblicher Zeitraum“ ein unbestimmter Rechtsbegriff ist, der z.B. auch für Besuchende im Wohnbereich zum Tragen kommen könnte, sollte als zweites kumulativ geltendes Kriterium ergänzt werden, dass diese Personen keinen Kontakt zu dem zu versorgenden Personenkreis haben dürfen
- Zu begrüßen ist die Klarstellung, dass geimpftes Personal der Einrichtungen nach § 23 Absatz 3 Satz 1 sowie nach § 36 Absatz 2 Nummern 2 und 7 mindestens 2mal kalenderwöchentlich getestet werden muss bzw. sich selbst testen kann. Unklar ist jedoch, wie Teilzeitbeschäftigte, vor allem solche mit geringem Beschäftigungsumfang getestet werden sollen. Geregelt werden sollte, dass diese nur 1mal die Woche getestet werden müssen bzw. sich selbst testen können, sofern sie nur 1 bis 3mal in der Kalenderwoche im Dienst sind.
- Abzulehnen ist die Regelung des Satzes 9, wonach die Einrichtungen und Dienste nach Satz 1 im Rahmen ihres Testkonzepts für alle Besuchenden einen Test anzubieten haben. Die Regelung umfasst jedoch auch Krankenhäuser und Reha- und Vorsorgeeinrichtungen oder Entbindungseinrichtungen. In diesen Einrichtungen ist es Usus, dass Besuchende bereits ein Testzertifikat mitbringen müssen, wenn sie die Einrichtung betreten. Es ist sinnvoll, wenn die Pflegeeinrichtungen und Einrichtungen die Besuchenden in dieser herausfordernden Zeit ebenfalls bitten, bereits ein Testzertifikat mitzubringen. Da

Besuchende auch heute schon von den Testkonzepten der Pflege- und Eingliederungshilfeeinrichtungen umfasst sind, ist die Regelung des Satzes 9 überflüssig. Auch in den Pflege- und Eingliederungshilfeeinrichtungen muss die Regelung nochmal nachjustiert werden, da dies mit der dünnen Personaldecke kaum leistbar ist.

- In Absatz 3 Satz 8, der die Erhebung des Impfstatus der in den voll- und teilstationären Pflegeeinrichtungen betreuten und gepflegten Menschen betrifft, muss die Erhebung des Genesenenstatus ergänzt werden.

Änderungsbedarf:

§ 28b Absatz 2 Satz 2 wird wie folgt formuliert:

„In oder von den Satz 1 genannten Einrichtungen und Unternehmen behandelte, betreute, gepflegte oder untergebrachte Personen sowie Begleitpersonen, die die Einrichtung oder das Unternehmen nur für eine unerheblichen Zeitpunkt **und ohne Kontakt zu den behandelten, betreuten, gepflegten oder untergebrachten Personen** betreten, gelten nicht als Besucher i Sinne des Satzes 1; Menschen mit Behinderung, die Leistungen im Eingangsverfahren, im Berufsbildungsbereich oder im Arbeitsbereich einer anerkannten Werkstatt für behinderte Menschen oder eines anderen Leistungsanbieters nach § 60 des Neunten Buches Sozialgesetzbuch erhalten **gelten als Betreute im Sinne des Satzes 1**. Auszubildende, Studierende und Schülerinnen und Schüler, die die in Satz 1 genannten -einrichtungen und Unternehmen zum Zweck ihrer beruflichen Bildung betreten, gelten als Beschäftigte im Sinne des Satzes 1.“

§ 28b Absatz 2 Satz 10 wird wie folgt formuliert:

„Im Rahmen des Testkonzepts haben die Testungen auf eine Infektion mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 für alle Beschäftigten und Einrichtungen nach § 36 Absatz 1 Nummer 2 auch für alle Besucher anzubieten, **die keinen negativen Erregernachweis im Rahmen der Bürgertestung nach § 4a TestV mit sich führen.**“

Absatz 3: Impfmonitoring

Zunächst begrüßt die Caritas die ersatzlose Streichung des Testmonitorings. Die bestehenden Dokumentations-, Überwachungs- und Nachweispflichten sind absolut ausreichend, z.B. im Rahmen der monatlichen Dokumentationen für die Abrechnung der Testungen in der Langzeitpflege.

Es ist nachvollziehbar und sachgerecht, ein Impfmonitoring durchzuführen, z.B. um in Vorbereitung der Einführung der Impfpflicht festzustellen, wie groß die Impflücken in den einzelnen Einrichtungen sind und entsprechend die Logistik auf die Schließung dieser Impflücken ausrichten zu können. Das monatliche Impfmonitoring sollte allerdings auf den Zeitraum bis zum Vollzug der Impfpflicht in den genannten Einrichtungen, also mithin bis längstens 15. März 2022 befristet werden, soweit es den Impf- oder Serostatus der Beschäftigten anbelangt. Das monatliche Monitoring zu den Impfquoten der Beschäftigten soll für alle Einrichtungen und Dienste nach Absatz 2 Satz 1 gelten, da die Größe der Impflücken für alle Einrichtungen und Dienste ermittelt werden muss.

§ 56: Fristverlängerung von Entschädigungsansprüchen bei Anspruchsübergang auf die BA bei der Gewährung von Kurzarbeitergeld

Die BA kann mögliche Anspruchsübergänge von Entschädigungszahlung erst bei Abschlussprüfungen feststellen. Derzeit sind Bezugsdauer und Umfang für Kurzarbeitergeld abweichend geregelt. Da die Abschlussprüfung erst nach Ablauf der jetzt geltenden Frist von 2 Jahren erfolgen kann, würde der in § 56 Absatz 9 geregelte Anspruchsübergang auf die BA ohne Verlängerung der Frist auf 3 Jahre ins Leere laufen. Die Regelung wird daher von der Caritas ausdrücklich begrüßt.

Artikel 3: Änderung der Verordnung zur Regelung weiterer Maßnahmen zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser

Der Katholische Krankenhausverband Deutschlands e.V. (kkvd) und der Deutsche Caritasverband (DCV) sehen vor dem Hintergrund des aktuellen Pandemiegeschehens und den Auswirkungen auf die stationäre Versorgung in Deutschland Änderungen des Krankenhausfinanzierungsgesetzes als dringend notwendig an.

Der starke Anstieg der COVID-Fallzahlen seit Herbst 2021 erhöht erneut den wirtschaftlichen Druck für viele Einrichtungen. Die Inzidenzzahlen haben bereits Anfang November den bis dahin erreichten Höhepunkt überschritten und sind seitdem auf ein Niveau gestiegen, das so hoch wie nie zuvor seit Beginn der Pandemie im Frühjahr 2020 ist. Trotz des Vorhandenseins einer wirksamen Impfung und einer Immunisierung vieler Bürgerinnen und Bürger wirkt sich diese Entwicklung auf die Krankenhäuser aus. Wie auch in den vorherigen Wellen müssen die Einrichtungen planbare Operationen absagen und Kapazitäten freizuhalten. Diese Entwicklung betrifft durchweg alle somatischen Kliniken in Deutschland.

Dem kkvd und dem DCV ist es in dem Zusammenhang wichtig herauszustreichen, dass der erneute Anstieg des Infektionsgeschehens auf eine Versorgungslandschaft trifft, die von den letzten 18 Monaten der Pandemie tief geprägt ist. Ein Regelbetrieb, wie wir ihn aus der „Vor-Corona-Zeit“ kennen, sowie eine Versorgung der Menschen in unserem Land waren seither nur bedingt möglich. Viele unserer Einrichtungen können kaum frei agieren, mussten immer wieder kurzfristig reagieren und waren auch über die Sommermonate vielerorts nicht in der Lage, den entstandenen Behandlungsaufschub abzuarbeiten.

Vor allem und wirklich schwerwiegend gestaltet sich die Situation des Personals: die Menschen in den Einrichtungen waren und sind enormen physischen und psychischen Belastungen ausgesetzt, erneut arbeiten sie insbesondere im intensivmedizinischen Bereich vielerorts in einem Ausnahmezustand. Das Personal ist ausgebrannt.

Die Krankenhäuser brauchen daher dringend Maßnahmen zur kurzfristigen Liquiditätssicherung sowie verbindliche Regelungen für das folgende Jahr als auch bürokratische Entlastungen für das Personal, um eine regelhafte, flächendeckende Versorgung der Patientinnen und Patienten abzusichern. Es bedarf gemeinsamer Anstrengungen und einem geschlossenen Handeln von Bundesebene und der Bundesländer, um die schwierige Situation zu meistern. In diesem Zusammenhang erachten wir es als notwendig, perspektivische Folgen, wie den sukzessiven Rückgang der Fallzahlen, zu diskutieren und mögliche Lösungen, wie eine Anpassung der Landesbasisfallwerte, ins Auge zu fassen.

Vor dem Hintergrund der aktuellen Herausforderungen begrüßen wir den vorliegenden Entwurf, die vorgeschlagenen Maßnahmen sind allerdings nicht ausreichend.

In folgenden Punkten sehen wir Anpassungs- und Konkretisierungsbedarfe:

Zu § 21 Absatz 1b

Durch die Corona-Pandemie ausgelöste Einnahmeausfälle betreffen ausnahmslos alle Krankenhäuser und nicht nur die Krankenhäuser, die an COVID-19 erkrankte Patientinnen und Patienten behandeln. Hintergrund ist die Logik des derzeitigen Finanzierungssystems für Krankenhäuser: keine Behandlungsleistung heißt keine Einnahmen. Reservekapazitäten werden nicht finanziert. Sie werden nun aber von Bund und Ländern situationsbezogen mit verpflichtenden Adhoc-Freihaltungen von Klinikbetten durch die Landesbehörden geschaffen. Daher sollten erlössichernde Liquiditätshilfen allen Kliniken zur Verfügung gestellt werden. Unter diesen aktuellen Bedingungen ist ein „normaler“ Krankenhausbetrieb nicht möglich. Im Gegensatz zu teilweise in der Öffentlichkeit geäußerten Stellungnahmen hat ein Großteil der Krankenhäuser kein finanzielles Polster durch die Rettungspakete im vergangenen Jahr aufgebaut. Es bleiben erhebliche Finanzierungsprobleme für die fixen Kosten und das Personal bestehen, da weiterhin keine direkte Finanzierung der Vorhaltekosten vorgesehen und erneut keine Leistungen erbracht werden können. Von dieser Situation sind alle Versorgungsstufen gleichermaßen betroffen. Wir wissen aus den ersten Wellen, dass die Grund- und Regelversorgung ein wesentliches Standbein der Versorgung war.

Darüber hinaus sieht der Gesetzentwurf vor, dass Ausgleichszahlungen ab dem 15. November 2021 gezahlt werden können. Wie oben bereits geschildert hatten die Inzidenzraten bereits Anfang November den absoluten Höhepunkt der Pandemie in Deutschland überschritten. Daher sollte die Frist auf den 1. November 2021 vorgezogen werden.

Zu § 25 Absatz 1

Die Ausnahmen von Prüfungen bei Krankenhausbehandlung und von der Prüfung von Strukturmerkmalen zwischen dem 1. November 2021 und dem 19. März 2022 werden als entlastende Maßnahmen begrüßt.

Artikel 4 Änderung der Verordnung zur Regelung weiterer Maßnahmen zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser

Zu § 5 Absatz 4

Die geänderte Berücksichtigung der gezahlten Versorgungsaufschläge in Höhe von 50 Prozent wird begrüßt. Diese Änderung leistet einen Beitrag zur kurzfristigen Sicherung der Liquidität.

Krankenhausentgeltgesetz, §15 Absatz 2a

Vor dem Hintergrund der oben geschilderten Belastungen durch die Pandemie für die Krankenhäuser ist eine erneute Anhebung des Pflegeentgeltwertes auf 185 Euro, wie zwischen dem 1. April 2020 bis zum 31. Dezember 2020, angeraten.

Artikel 11: Änderung der Werkstätten-Mitwirkungsverordnung

Die Ermöglichung der Durchführung der Wahlen zu den Werkstatträten und zur Frauenbeauftragten als Briefwahl wird in der derzeitigen pandemischen Situation ausdrücklich begrüßt.

Artikel 15: Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch

Die Caritas lehnt die Streichung der Regelung des § 114 Absatz 2a Satz 1 ab, wonach die Durchführung der jährlichen Regelprüfung im Zeitraum von Oktober 2020 bis Dezember 2021 ausgesetzt werden kann, wenn die pandemische Lage in der Einrichtung es erfordert, in der jetzigen Situation ab und fordert die Verlängerung dieser Ausnahmeregelung bis 31. März 2022. Auch wenn die epidemische Lage von nationaler Tragweite zum 24. November 2021 ausgelaufen ist, stehen die Einrichtungen vor der hohen Herausforderung, die vierte Welle zu bewältigen. Den zusätzlichen hohen Anforderungen, z.B. aufgrund erhöhter Testfrequenzen, Boosterimpfungen, aufflammendem Ausbruchsgeschehen und Quarantänen und neuen Dokumentationspflichten wie z.B. dem Impfquotenmonitoring steht vielerorts eine immer dünnere Personaldecke aufgrund hohen Krankstands und Quarantänen entgegen. Die bestehende Regelung sollte daher mit Augenmaß für das Zeitfenster vom 1.1.2022 bis zum 31.3.2022 verlängert werden.

Alternativ wären die Konsequenzen, die sich aus den Mitteilungspflichten der Pflegeeinrichtungen nach § 150 Absatz 1 SGB XI ergeben, konkret auf die Möglichkeit zu beziehen, mit den Pflegekassen im Einzelfall das Aussetzen der Prüfungen und sogar der Indikatorenerhebung zum einrichtungsindividuellen Stichtag zu vereinbaren. Denn § 150 Absatz 1 stellt nach der gegenwärtigen Formulierung nicht sicher, dass Pflegekassen mit betroffenen Einrichtungen auch bezüglich Qualitätsprüfungen bei pandemiebedingter Überlastung eine entsprechende Vereinbarung mit der Einrichtung treffen müssen.

Weitergehender Änderungsbedarf im SGB XI

- Die Caritas setzt sich dafür ein, dass die Pflegehilfsmittelpauschale nach § 40 SGB XI bis zum März 2022 von 40 auf 60 Euro erhöht wird, da nach wie vor die Preise z.B. für Einmalhandschuhe sehr hoch sind und zudem Masken und Schutzausrüstung in der Pandemie in einem zuvor nie dagewesenen Umfang benötigt werden. Entsprechende Regelungen müssen auch für den Bereich der Eingliederungshilfe sichergestellt werden.

Artikel 16: Änderung des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch

§ 142 Übergangsregelung für die gemeinschaftliche Mittagsverpflegung aus Anlass der Covid-19 Pandemie

Die Caritas begrüßt die Verlängerung der Übergangsregelung für die gemeinschaftliche Mittagsverpflegung in der WfBM sowie in Tagesförderstätten bis zum 31. März 2022, denn es kann nicht ausgeschlossen werden, dass es aufgrund des Infektionsgeschehens und des Abstandsgebots wieder zu Reduzierungen oder zeitweiligen Schließungen der Werkstätten kommt. Auch dann muss der erforderliche finanzielle Ausgleich für eine Mittagsverpflegung in den besonderen Wohnformen gewährleistet sein.

Nicht nachvollziehbar für die Caritas ist die Beendigung der Regelung des § 142 Absatz 1 für die gemeinschaftliche Mittagsverpflegung für Schüler_innen oder Kinder im SGB XII-Bezug oder von Leistungen im Rahmen des Bundesversorgungsgesetzes oder des Asylbewerberleistungsgesetzes mit Auslaufen der epidemischen Lage von nationaler Tragweite. Denn es ist nicht auszuschließen, dass es auch wieder zu Kita- oder Schulschließungen mit Notbetreuung kommt. Der Mehraufwand für die gemeinschaftliche Mittagsverpflegung ist auch für diese Situationen zu gewährleisten.

Änderungsbedarf:

Absatz 1 a.F. bleibt seiner Intention nach erhalten und wird wie folgt formuliert:

„Abweichend von § 34 Absatz 6 Satz 1 kommt es im Zeitraum vom 1. März 2020 bis zu Ablauf des 31. März 2022 wegen der dynamischen Ausbreitung der Coronavirus-Krankheit-2019 (COVID-19) auf eine Gemeinschaftlichkeit der Mittagsverpflegung nicht an. Zu den Aufwendungen im Sinne des § 34 Absatz 6 Satz 1 zählen bei den Leistungsberechtigten anfallende Zahlungsverpflichtungen auch dann, wenn sie pandemiebedingt in geänderter Höhe oder aufgrund abweichender Abgabewege berechnet wurden. Dies umfasst auch die Kosten einer Belieferung. § 34 Absatz 6 Satz 2 findet keine Anwendung.“

Freiburg/ Berlin, 7. Dezember 2021

Eva M. Welskop-Deffaa
Präsidentin
Deutscher Caritasverband e.V.

Kontakt

Dr. Elisabeth Fix, Referentin Gesundheitspolitik, Pflege und Rehabilitation, Berliner Büro, Tel. 030 284444746, elisabeth.fix@caritas.de