

Handreichung zum COVID-19-Schutzgesetz (Stand 31.10.2022)

A – Relevante Änderungen des Infektionsschutzgesetzes (IfSG)

§ 13 Absatz 7 IfSG (Krankenhauskapazitätssurveillance):

Krankenhäuser sollen neben der Meldung der Hospitalisierungsrate gem. § 6 IfSG u. a. zusätzlich dazu verpflichtet werden, regelmäßig die Anzahl der belegten sowie der betreibbaren Betten auf Normalstationen sowie die Kapazitäten in den Notaufnahmen pro Krankenhaus zu melden (über DEMIS und DIVI).

Der Bußgeldkatalog gem. § 73 Absatz 1a IfSG wird u. a. auf die Fälle erweitert, in denen die Meldepflichten nach § 13 Absatz 7 Satz 1 nicht, nicht rechtzeitig, nicht vollständig oder nicht in der vorgeschriebenen Form erfüllt werden.

Begründungstext:

Wie die bisherigen Erfahrungen in der Pandemie gezeigt haben, kann eine große Zahl von Infektionen nicht nur zu Überlastungen von intensivmedizinischen Behandlungskapazitäten führen, sondern auch zu einer erheblich stärkeren Inanspruchnahme der Behandlungskapazitäten auf Normalstationen. Um frühzeitig Engpässe auf Normalstationen erkennen und entsprechende Gegenmaßnahmen ergreifen zu können, ist es daher erforderlich, dass neben der Erfassung der freien und belegten intensivmedizinischen Behandlungskapazitäten auf Grund der DIVI IntensivRegister-Verordnung auch die freien und belegten Behandlungskapazitäten auf Normalstationen erfasst und an eine zentrale Stelle gemeldet werden.

Aus diesem Grund werden Krankenhäuser nach Satz 1 Nummer 1 verpflichtet, ab Inkrafttreten des Gesetzes die Zahl der belegten Betten auf Normalstationen zu melden.

In Satz 1 Nummer 2 wird die Verpflichtung der Krankenhäuser, ihre intensivmedizinischen Behandlungskapazitäten an das RKI zu melden, ausdrücklich gesetzlich geregelt und damit in gleicher Weise wie die Verpflichtung zur Meldung der Behandlungskapazitäten auf Normalstationen.

Die Übermittlung nach Satz 1 Nummer 1 und 3 hat nach Satz 2 über das elektronische Melde- und Informationssystem nach § 14 zu erfolgen; die Übermittlung nach Satz 1 Nummer 2 hat nach Satz 3 an das DIVI IntensivRegister zu erfolgen.

Satz 4 sieht vor, dass das BMG durch Rechtsverordnung das Nähere zu den Meldepflichten der Krankenhäuser regeln kann, so wie dies bisher schon hinsichtlich der Meldung der intensivmedizinischen Behandlungskapazitäten in der DIVI IntensivRegister-Verordnung der Fall ist.

Handreichung zum COVID-19-Schutzgesetz (Stand 31.10.2022)

Hierdurch wird die Möglichkeit geschaffen, die Vorgaben für die Meldungen der Krankenhäuser zur Verbesserung der Datengrundlagen und zur Verringerung der Meldeaufwände für die Krankenhäuser zu modifizieren oder technisch anzupassen. So kann etwa durch Rechtsverordnung vorgesehen werden, dass auch die Meldungen der intensivmedizinischen Behandlungskapazitäten zur Verfahrenserleichterung für die Krankenhäuser ebenfalls über DEMIS erfolgen können, wenn die technischen Möglichkeiten hierfür zur Verfügung stehen.

Gleichzeitig wird die Ermächtigungsgrundlage, die Grundlage für die DIVI IntensivRegister-Verordnung ist, damit verstetigt.

Satz 4 sieht vor, dass in der Rechtsverordnung auch die Übermittlung weiterer Angaben durch die Krankenhäuser vorgesehen werden kann. Voraussetzung hierfür ist, dass aus diesen Angaben Anhaltspunkte für die Auslastung der Krankenhauskapazitäten abgeleitet werden können. Eine Übermittlung weiterer Angaben kann insbesondere dann sinnvoll sein, wenn die Feststellungen zur Auslastung der Krankenhauskapazitäten hierdurch erheblich verbessert werden können, insbesondere mit Blick auf die weitere Pandemieentwicklung.

Die jüngste Änderung erweitert die Krankenhauskapazitätssurveillance auf die Erfassung der somatischen Behandlungskapazitäten in den Notaufnahmen der Krankenhäuser, soweit diese eine Notaufnahme vorhalten. Dies trägt dem Umstand Rechnung, dass auch die Notaufnahmen durch steigende Patientenzahlen und Personalausfälle im Zusammenhang mit dem Auftreten und der Verbreitung von Infektionskrankheiten (zunehmend) belastet sind. Da die Notaufnahmen häufig die erste Anlaufstelle im stationären Bereich darstellen, bilden sie zudem eine Art Frühwarnsystem für die Belastungssituation der Krankenhäuser und die Ausbreitung von Infektionskrankheiten. Daher ist es sachgerecht, auch insoweit eine Meldepflicht der Krankenhäuser einzuführen.

Das Nähere zum Inhalt der Meldepflicht wird durch Rechtsverordnung des BMG bestimmt. Dabei kann der Ordnungsgeber alle Aspekte einbeziehen, die sich auf die Ermittlung der zur Verfügung stehenden Kapazitäten der Notaufnahmen auswirken. Dies gilt nicht nur für die Zahl der Behandlungsfälle als solche, sondern auch für die Fallzahlen bestimmter Diagnosen. Diese lassen nicht nur Rückschlüsse auf das Auftreten und die Verbreitung von Infektionskrankheiten zu, insbesondere bei Behandlungsfällen mit meldepflichtigen Infektionskrankheiten. Sie bestimmen auch den Umfang der Inanspruchnahme der Kapazitäten der Notaufnahmen mit, da die Dauer und die Intensität einer Behandlung in der Notaufnahme typischerweise auch davon abhängen, mit welcher Diagnose Patientinnen und Patienten in der Notaufnahme aufgenommen werden.

Handreichung zum COVID-19-Schutzgesetz (Stand 31.10.2022)

Bei der inhaltlichen Ausgestaltung der Meldepflicht kann sich der Verordnungsgeber an bestehenden Instrumenten orientieren, die die Erfassung der Abläufe in den Notaufnahmen zum Gegenstand haben.

Die Meldepflicht beschränkt sich auf die somatischen Behandlungsfälle. Für psychiatrische Notaufnahmen gilt die Meldepflicht daher nicht. Als Notaufnahmen sind hierbei alle Anlaufstellen eines Krankenhauses zur Akutversorgung als Teil der Notfallmedizin gemeint, unabhängig von ihrer konkreten Bezeichnung. Daher gilt die Meldepflicht insbesondere auch für als Notfallambulanzen, Notfallstationen, Notfallzentren oder Rettungsstellen bezeichnete Einrichtungen eines Krankenhauses.

Bei der Festlegung des Inhalts der Meldepflicht werden auch zwischenzeitliche Ergebnisse der Beratungen der Regierungskommission Krankenhaus zu berücksichtigen sein, die sich unter anderem auch mit der Organisation der Notfallversorgung im Krankenhaus befasst. In der zu erlassenden Rechtsverordnung kann auch eine Weiterentwicklung der Ermittlung der nichtintensivmedizinischen somatischen Behandlungskapazitäten dahingehend geregelt werden, dass auch die tatsächlich betreibbaren Betten von den Krankenhäusern verpflichtend zu melden sind, d. h. die Betten, für deren Belegung das erforderliche Personal und die technischen Voraussetzungen zur Verfügung stehen. Einer Änderung der Ermächtigungsgrundlage bedarf es hierfür nicht.

§§ 20 und 20a IfSG (Masern- und Corona-Impfpflicht):

Vollziehbarkeit, Auskunfts- und Akteneinsichtsrecht des Gesundheitsamtes und sofortige Aufhebung einer Maßnahme bzw. Einstellung eines Verwaltungszwangs- und Bußgeldverfahrens bei Vorlage eines Nachweises

Hier geht es um erweiterte Kontrollrechte der Gesundheitsämter bei der Überprüfung von Impfungszertifikaten im Rahmen der einrichtungsbezogenen Masern-Impfpflicht: Im Fall von Zweifeln an der Echtheit oder inhaltlichen Richtigkeit des vorgelegten Nachweises sollen Betroffene auf Verlangen des Gesundheitsamtes die erforderlichen Auskünfte, insbesondere über die dem Nachweis zugrundeliegenden Tatsachen, erteilen, Unterlagen vorlegen und Einsicht gewähren. Mit Blick auf die einrichtungsbezogene Corona-Impfpflicht wird klargestellt, dass von dieser ebenfalls Schwangere im ersten Trimester ausgenommen sind. Gleichzeitig gelten für jene, die der Impfpflicht unterliegen, schärfere Kontrollrechte des Gesundheitsamtes, analog zu den o. g. Regelungen bzgl. der Masern-Impfpflicht.

Die einrichtungsbezogene Corona-Impfpflicht läuft nach derzeitigem Stand zum 31.12.2022 aus.

Handreichung zum COVID-19-Schutzgesetz (Stand 31.10.2022)

§ 20b IfSG:

Verlängerung der Berechtigung zur Durchführung einer Schutzimpfung gegen COVID-19 durch Apotheker*innen, Zahnärzt*innen und Tierärzt*innen bis zum 07. April 2023

§ 22a IfSG:

Erweiterung der Anerkennung eines vollständigen Impfschutzes um das Impfschema 2 x WHO-Impfstoffe + mRNA-Impfung

Bislang gilt, dass nur Impfungen anerkannt werden, die von der EU oder im Ausland zugelassen sind und von ihrer Formulierung her identisch mit einem in der EU zugelassenen Impfstoff sind. Nun soll durch eine Ergänzung im Gesetzestext kargestellt werden, dass künftig auch dann ein vollständiger Impfschutz gegen das Coronavirus SARS-CoV-2 vorliegt, wenn teilweise eine Impfung mit den von der WHO gelisteten Impfstoffen, namentlich COVAXIN, Covilo, Convidecia und CoronaVac, stattgefunden hat.

§ 23 Absatz 1 IfSG:

Der Zuständigkeitsbereich der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention (KRINKO), die beim RKI angesiedelt ist, soll erweitert werden. Sie soll künftig den Namen "Kommission für Infektionsprävention und Hygiene in Krankenhäusern und in Einrichtungen der Pflege und Eingliederungshilfe" tragen und Empfehlungen zur Prävention nosokomialer und weiterer Infektionen sowie zu betrieblich-organisatorischen und baulich-funktionellen Maßnahmen der Hygiene in Krankenhäusern, anderen medizinischen Einrichtungen und Einrichtungen und Unternehmen der Pflege und Eingliederungshilfe erstellen.

§ 28a IfSG (bisheriger Infektionsschutzmaßnahmenkatalog):

Die bisher gültigen Regelungen des § 28a IfSG werden bis zum 30.09.2022 verlängert.

Ab dem 01.10.2022 fallen die Absätze 7-10 weg, § 28a IfSG beinhaltet dann ausschließlich Schutzmaßnahmen bei Feststellung einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite.

Handreichung zum COVID-19-Schutzgesetz (Stand 31.10.2022)

§ 28b IfSG (Schutzmaßnahmen ohne EpiLage, vom 24.09.2022 bis 07.04.2023):

Alle weiteren Schutzmaßnahmen unabhängig einer epidemischen Lage nationaler Tragweite in und außerhalb von Einrichtungen werden ab dem 24.09.2022 in § 28b IfSG geregelt.

Die avisierten Regelungen gliedern sich in drei Stufen: (1) Bundesweite, inzidenzunabhängige Basisschutzmaßnahmen, (2) optionale, weitergehende Schutzmaßnahmen auf Landesebene und (3) verschärfte Maßnahmen auf Landesebene unter Voraussetzung eines Landtagsbeschlusses.

(1) Bundesweite, inzidenzunabhängige Schutzmaßnahmen (Absatz 1)

- Maskenpflicht im öffentlichen Personenfernverkehr
- Masken- und Testpflicht bei Betreten von Krankenhäusern, Rehaeinrichtungen, voll- und teilstationären Einrichtungen zur Betreuung und Unterbringung älterer, behinderter oder pflegebedürftiger Menschen sowie für ambulante Pflegedienste (insb. Intensivpflege)

→ **Wichtig:** Werkstätten für behinderte Menschen (WfbM) und andere Leistungsanbieter nach § 60 SGB IX fallen nicht unter die oben aufgeführten voll- oder teilstationären Einrichtungen zur Betreuung und Unterbringung älterer, behinderter oder pflegebedürftiger Menschen und vergleichbaren Einrichtungen. Maßgeblich für den Infektionsschutz in WfbM und bei anderen Leistungsanbietern ist vielmehr die SARS-CoV-2 Arbeitsschutzverordnung. Das Bundesministerium für Gesundheit wird dies in geeigneter Form ebenfalls klarstellen (z. B. über FAQs). Ergänzt werden können diese Schutzmaßnahmen um ein regelmäßiges Testangebot für alle Beschäftigten. Die Refinanzierung der Testungen ist weiterhin gesichert, da die Coronavirus-Testverordnung noch bis einschließlich 25.11.2022 in Kraft ist und davon auszugehen ist, dass diese nochmals verlängert wird.

- Maskenpflicht für Patient*innen und Besucher*innen u. a. (zahn-)ärztlicher, psychotherapeutischer und Praxen sonstiger humanmedizinischer Heilberufe (u. a. Ergotherapie, Logopädie und Physiotherapie) sowie von Tageskliniken, Einrichtungen des ÖGD und Rettungsdiensten

- Ausnahmen von der Maskenpflicht:

→ Wenn die Maskenpflicht der Erbringung/ Entgegennahme einer medizinischen oder vergleichbaren Behandlung entgegensteht

Handreichung zum COVID-19-Schutzgesetz (Stand 31.10.2022)

→ Für in den Einrichtungen und Unternehmen behandelte, betreute, untergebrachte oder gepflegte Personen in den für ihren dauerhaften Aufenthalt bestimmten Räumlichkeiten („Patient*innenzimmer“)

→ Auch in den besonderen Wohnformen gelten die Regelungen des § 28b IfSG. Die Verpflichtung zum Tragen einer Maske besteht dort in den Fällen nicht, in denen der Mensch mit Behinderungen aufgrund seiner besonderen Bedürfnisse auf eine Kommunikation ohne Atemschutzmaske angewiesen ist. Die Maskenpflicht besteht ebenfalls nicht für betreute Personen in den für ihren dauerhaften Aufenthalt bestimmten Räumlichkeiten. In den besonderen Wohnformen für Menschen mit Behinderungen können dazu beispielsweise die von den Bewohner*innen gemeinschaftlich genutzten Räumlichkeiten wie Küche und Wohnzimmer zählen. Bei der lebensnahen Ausgestaltung der Verpflichtung zum Tragen einer Maske in diesen Räumlichkeiten ist das Infektionsrisiko für die betreuten Personen angemessen zu berücksichtigen.

→ Für Kinder < 6 Jahren

→ Bei medizinischer Kontraindikation

→ Für gehörlose und schwerhörige Menschen und Personen, die mit ihnen kommunizieren sowie ihre Begleitpersonen

○ Ausnahmen von der Testpflicht:

→ Für Bewohner*innen/ Patient*innen/ Klient*innen

→ Beschäftigte in Krankenhäusern, Rehaeinrichtungen und voll- und teilstationären Einrichtungen zur Betreuung und Unterbringung älterer, behinderter oder pflegebedürftiger Menschen müssen einen Testnachweis lediglich dreimal pro Kalenderwoche vorlegen (überwachter Schnelltest).

→ Beschäftigte ambulanter Dienste, die ihre Tätigkeit von zu Hause aus antreten, können zur Erfüllung der Testnachweispflicht Antigen-Tests zur Eigenanwendung ohne Überwachung zu Hause durchführen – ebenso lediglich dreimal pro Kalenderwoche.

→ Die Landesregierungen werden ermächtigt, durch Rechtsverordnung weitere Personengruppen von der Nachweispflicht eines Testes auszunehmen.

Handreichung zum COVID-19-Schutzgesetz (Stand 31.10.2022)

Die bundesweiten Basisschutzmaßnahmen können von der Bundesregierung jederzeit ganz oder teilweise ausgesetzt werden.

Für die Pflichten aus § 28b Absatz 1 Satz 1 Nummern 1 bis 4 wird jeweils eine Bußgeldbewehrung gem. § 73 Absatz 1a IfSG vorgesehen.

Begründungstext:

Nach Satz 1 Nummer 3 dürfen Krankenhäuser und Rehabilitationseinrichtungen, in denen eine den Krankenhäusern vergleichbare medizinische Versorgung erfolgt, oder voll- oder teilstationäre Einrichtungen zur Betreuung und Unterbringung älterer, behinderter oder pflegebedürftiger Menschen oder vergleichbare Einrichtungen nur von Personen betreten werden, die eine Atemschutzmaske tragen und einen Testnachweis nach § 22a Absatz 3 vorlegen. Die Verpflichtung zum Tragen einer Atemschutzmaske gilt auch für in den Einrichtungen und Unternehmen behandelte, betreute, untergebrachte oder gepflegte Personen außer in den für ihren dauerhaften Aufenthalt bestimmten Räumen (siehe Begründung zu Satz 4). Diese Maßnahme dient dem Schutz der in diesen Einrichtungen behandelten, betreuten, untergebrachten oder gepflegten Personen, bei denen im Falle einer Infektion mit SARS-CoV-2 ein erhöhtes Risiko für einen schweren Krankheitsverlauf besteht.

Nach Satz 1 Nummer 4 dürfen in ambulanten Pflegediensten und Unternehmen, die vergleichbare Dienstleistungen wie voll- oder teilstationäre Einrichtungen zur Betreuung und Unterbringung älterer, behinderter oder pflegebedürftiger Menschen erbringen, in der Pflege nur Personen tätig sein, die eine Atemschutzmaske tragen und einen Testnachweis nach § 22a Absatz 3 vorlegen. Angebote zur Unterstützung im Alltag im Sinne von § 45a Absatz 1 Satz 2 SGB XI zählen nicht zu diesen Dienstleistungen. Dasselbe gilt für Personen, die diese Leistungen im Rahmen eines persönlichen Budgets nach § 29 SGB IX erbringen.

Ausgenommen von der Maskenpflicht (Atemschutzmaske und medizinische Gesichtsmaske) sind – wie bereits bislang nach § 28b Absatz 1 Satz 4 – nach Satz 2 Kleinkinder (unter 6 Jahre alt), Personen, die ärztlich bescheinigt auf Grund einer gesundheitlichen Beeinträchtigung, einer ärztlich bescheinigten chronischen Erkrankung oder einer Behinderung keine Maske tragen können, sowie Gehörlose und Schwerhörige, ihre Begleitpersonen sowie Personen, mit denen Gehörlose und Schwerhörige kommunizieren.

Außerdem verstoßen Personen nicht gegen diese Pflicht, die für einen eng begrenzten Zeitraum zur notwendigen Aufnahme von Speisen und Getränken ihre Maske abnehmen (vgl. OVG Lüneburg, Beschl. v. 2. Juni 2022 – 14 MN 259/22, Rn. 20).

Handreichung zum COVID-19-Schutzgesetz (Stand 31.10.2022)

Nach Satz 3 sind Beförderer sowie die in Satz 1 Nummer 3 und 4 genannten Einrichtungen und Unternehmen verpflichtet, stichprobenhaft die Einhaltung der Maskenpflicht nach Satz 1 Nummer 1, 3 und 4 zu kontrollieren. Die in Satz 1 Nummer 3 und 4 genannten Einrichtungen sind außerdem verpflichtet, stichprobenhaft die Einhaltung der Testnachweispflicht nach Satz 1 Nummer 3 und 4 zu kontrollieren.

Die Rechtmäßigkeit der zur Erfüllung der Kontrollpflicht erforderlichen Datenverarbeitung richtet sich nach den Bestimmungen der DSGVO und des BDSG, insbesondere nach Art. 9 Abs. 2 lit. i) DSGVO, §§ 22 Abs. 1 Nr. 1 lit. c), 26 Abs. 3 BDSG. Eine Speicherung der Testnachweise ist nicht erforderlich.

Die Nichtbeachtung der Maskenpflicht kann zum Leistungsausschluss oder Betretungsverbot führen (Satz 4).

Satz 4 regelt eine Ausnahme von der Maskenpflicht nach Satz 1 Nummer 3 und 4, wenn die Erbringung oder Entgegennahme einer medizinischen oder vergleichbaren Behandlung dem Tragen einer Atemschutzmaske entgegensteht (z. B. HNO-ärztliche oder zahnärztliche Untersuchung bzw. Behandlung).

Eine Ausnahme von der Maskenpflicht nach Satz 1 Nummer 3 und 4 gilt auch für in den Einrichtungen und Unternehmen behandelte, betreute oder gepflegte Personen in den für ihren dauerhaften Aufenthalt bestimmten Räumlichkeiten; das betrifft u. a. Patientenzimmer. Dagegen gilt die Maskenpflicht grundsätzlich in allen gemeinschaftlich genutzten Räumlichkeiten, wo eine Vielzahl von Kontakten stattfindet (z. B. Bistro in einem Krankenhaus, Wartezonen, Aufzüge, gemeinschaftliche Aufenthaltsräume).

Nach Satz 6 sind ausgenommen von der Testnachweispflicht nach Satz 1 Nummer 3 und 4 Personen, die in oder von den dort genannten Einrichtungen und Unternehmen behandelt, betreut oder gepflegt werden. Zum Schutz dieser Personengruppe gelten die für die Einrichtung und das Unternehmen maßgebenden Hygieneanforderungen, die durch § 35 (neu) erhöht und konkretisiert werden, etwa durch die Benennung einer oder mehrerer verantwortlicher Personen für die Einhaltung von Hygieneanforderungen, von Maßgaben zum Impfen und Testen sowie zur Versorgung mit antiviralen Therapeutika.

Satz 7 sieht vor, dass bei Personen, die in einer oder einem in Satz 1 Nummer 4 genannten Einrichtung oder Unternehmen tätig sind und die ihre Tätigkeit von ihrer Wohnung aus antreten, die dem Testnachweis zugrundeliegende Testung abweichend von § 22a Absatz 3 auch durch Antigen-Tests zur Eigenanwendung ohne Überwachung erfolgen kann.

Handreichung zum COVID-19-Schutzgesetz (Stand 31.10.2022)

Die Vorschrift stellt eine Abweichung von § 22a Absatz 3 dar, der voraussetzt, dass die dem Testnachweis zugrunde liegende Testung entweder vor Ort unter Aufsicht desjenigen stattgefunden hat, der der jeweiligen Schutzmaßnahme unterworfen ist, im Rahmen einer betrieblichen Testung im Sinne des Arbeitsschutzes durch Personal erfolgt ist, das die dafür erforderliche Ausbildung oder Kenntnis und Erfahrung besitzt, oder von einem Leistungserbringer nach § 6 Absatz 1 der Coronavirus-Testverordnung vorgenommen oder vor Ort überwacht worden ist.

Die Vorschrift trägt den praktischen Bedürfnissen der in der ambulanten Pflege Tätigen Rechnung, indem sie für diesen Personenkreis auch eine Testung auf eine Infektion mit dem Coronavirus SARSCoV-2 durch dafür zugelassene Antigen-Tests zur Eigenanwendung ohne Aufsicht eines Dritten genügen lässt.

Voraussetzung dafür, dass die Testung durch Antigen-Tests zur Eigenanwendung ohne Überwachung stattfinden kann, ist, dass die Person ihre Tätigkeit unmittelbar von ihrer Wohnung aus antritt. Das betrifft z. B. die für ambulante Pflegedienste typischen Fälle, in denen der Dienst unmittelbar von der Wohnung des Beschäftigten aus angetreten wird und Besuche bei Patienten unmittelbar von der eigenen Wohnung aus beginnen. In diesen Fällen wäre es nicht sachgerecht, wenn – allein um eine Testung unter Aufsicht durchzuführen – zuvor noch ein Büro oder eine Niederlassung des ambulanten Pflegedienstes aufgesucht werden müsste. Daran, dass die Person in den in Satz 1 Nummer 4 genannten Einrichtungen und Unternehmen nur tätig werden darf, wenn die Testung erfolgt ist, ändert die Vorschrift nichts. Sie erleichtert es den in der ambulanten Pflege Tätigen lediglich, ihrer Pflicht zum Nachweis einer Testung auf eine Infektion mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 nachzukommen.

Die Landesregierungen werden nach Satz 7 ermächtigt, durch Rechtsverordnung weitere Personengruppen von der Testnachweispflicht nach Satz 1 Nummer 3 und 4 auszunehmen (z. B. Postboten und Lieferanten, die keinen unmittelbaren Kontakt zu Personen haben, die in einer Einrichtung gepflegt oder behandelt werden Begleitpersonen etc.). Die Landesregierungen können die Ermächtigung durch Rechtsverordnung auf andere Stellen übertragen. Es entspricht dabei der Staatspraxis der Länder, dass insbesondere ein Mitglied der Landesregierung zum Erlass der Verordnung ermächtigt wird.

(2) Optionale, weitergehende Schutzmaßnahmen auf Landesebene (Absätze 2 und 3)

- Maskenpflicht in öffentlich zugänglichen Innenräumen, im ÖPNV für Fahrgäste, in Obdachlosenunterkünften und Einrichtungen zur

Handreichung zum COVID-19-Schutzgesetz (Stand 31.10.2022)

gemeinschaftlichen Unterbringung von Geflüchteten u. ä.

- Maskenpflicht für Kontroll- und Servicepersonal im ÖPNV (sofern physischer Kontakt)
- Testpflicht in Obdachlosenunterkünften und Einrichtungen zur gemeinschaftlichen Unterbringung von Geflüchteten sowie sonstigen Massenunterkünften, Kitas und Schulen sowie Justizvollzugsanstalten u. ä.
- Maskenpflicht für Kinder und Schüler*innen ab dem fünften Schuljahr in Schulen und Kinderhorten, sonstigen Ausbildungseinrichtungen, Heimen und Ferienlagern sowie für Beschäftigte in Schulen und Kinderhorten, sonstigen Ausbildungseinrichtungen, Heimen, Ferienlagern, Kindertageseinrichtungen sowie in einer nach § 43 Absatz 1 SGB VIII erlaubnispflichtigen Kindertagespflege
- Die Länder dürfen explizit keine Maskenpflicht für negativ getestete oder frisch geimpfte/ genesene (3 Monate) Personen bei Freizeit-, Kultur- und Sportveranstaltungen, in Freizeit- und Kultureinrichtungen sowie in gastronomischen Einrichtungen und bei der Sportausübung beschließen. Das Hausrecht der Betreiber oder Veranstalter, entsprechende Zugangsvoraussetzungen festzulegen, bleibt davon jedoch unberührt.

(3) Verschärfte Schutzmaßnahmen auf Landesebene mit Landtagsbeschluss (bei konkreter Gefahr für die Funktionsfähigkeit des Gesundheitssystems oder der sonstigen kritischen Infrastrukturen, Absatz 4)

- Maskenpflicht bei Veranstaltungen im Außenbereich (sofern Mindestabstand von 1,5 m regelhaft nicht eingehalten werden kann)
- Maskenpflicht für Veranstaltungen in öffentlich zugänglichen Innenräumen
- Hygienekonzepte, die die Bereitstellung von Desinfektionsmitteln sowie Maßnahmen zur Vermeidung unnötiger Kontakte und Lüftungskonzepte vorsehen können (für Groß- und Einzelhandel, Betriebe, Einrichtungen, Gewerbe sowie Angebote und Veranstaltungen aus dem Freizeit-, Kultur- und Sportbereich in öffentlich zugänglichen Innenräumen)
- Abstandsgebot von 1,5 m im öffentlichen Raum, insbesondere in öffentlich zugänglichen Innenräumen

Handreichung zum COVID-19-Schutzgesetz (Stand 31.10.2022)

- Personenobergrenzen für Veranstaltungen in öffentlich zugänglichen Innenräumen

Indikatoren für eine Gefährdung des Gesundheitswesens und der kritischen Infrastruktur (Absatz 7)

Eine konkrete Gefahr für die Funktionsfähigkeit des Gesundheitssystems oder der sonstigen kritischen Infrastrukturen besteht, wenn aufgrund eines besonders starken Anstiegs von Indikatoren nach Satz 2 erster Halbsatz oder deren Stagnation auf einem sehr hohen Niveau oder bei einem versorgungsrelevanten Rückgang der stationären Kapazitäten davon auszugehen ist, dass es im Gesundheitssystem oder den sonstigen kritischen Infrastrukturen zu einem schwerwiegenden Sach- oder Personalmangel oder einer Überlastung der Kapazitäten kommt.

Indikatoren hierfür sind das Abwassermonitoring, die Anzahl der Neuinfektionen mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 je 100.000 Einwohner*innen innerhalb von sieben Tagen, die Surveillance-Systeme des Robert Koch-Instituts für respiratorische Atemwegserkrankungen, die Anzahl der in Bezug auf die Coronavirus-Krankheit 2019 (COVID-19) in ein Krankenhaus aufgenommenen Personen je 100.000 Einwohner*innen innerhalb von sieben Tagen; ebenso sind die verfügbaren stationären Versorgungskapazitäten zu berücksichtigen. Absehbare Änderungen des Infektionsgeschehens durch ansteckendere, das Gesundheitssystem stärker belastende Virusvarianten sind zu berücksichtigen.

Die Landesregierungen können im Rahmen der Festlegung der Schutzmaßnahmen nach den Absätzen 2 bis 4 in einer Rechtsverordnung nach § 32 Schwellenwerte für die Indikatoren nach Satz 2 festsetzen; entsprechend können die Schutzmaßnahmen innerhalb eines Landes regional differenziert werden. Die Landesregierungen können die Ermächtigung durch Rechtsverordnung auf andere Stellen übertragen.

§ 34 IfSG – Gesundheitsbezogene Mitwirkungspflichten von Gemeinschaftseinrichtungen:

Der Katalog der Infektionskrankheiten gem. § 34 Absatz 1 Satz 1 IfSG wird um durch Orthopockenviren verursachte Krankheiten erweitert.

Zudem sind Personen, die in den in § 33 IfSG genannten Gemeinschaftseinrichtungen (Kindertageseinrichtungen, Kinderhorte, Kindertagespflege nach § 43 Absatz 1 SGB VIII, Schulen und sonstige Ausbildungseinrichtungen, Heime und Ferienlager) Lehr-, Erziehungs-, Pflege-, Aufsichts- oder sonstige regelmäßige Tätigkeiten ausüben und Kontakt mit den dort

Handreichung zum COVID-19-Schutzgesetz (Stand 31.10.2022)

Betreuten haben, vor erstmaliger Aufnahme ihrer Tätigkeit und im Weiteren mindestens im Abstand von zwei Jahren von ihrem Arbeitgeber über die gesundheitlichen Anforderungen und Mitwirkungsverpflichtungen nach den Absätzen 1 bis 5 zu belehren. Über die Belehrung ist ein Protokoll zu erstellen, das beim Arbeitgeber für die Dauer von drei Jahren aufzubewahren ist. Die Sätze 1 und 2 finden für Dienstherrn entsprechende Anwendung (§ 34 Absatz 5a IfSG).

§ 35 IfSG – Hygienebeauftragte in Einrichtungen und Unternehmen der Pflege und Eingliederungshilfe:

In voll- und teilstationären Einrichtungen zur Betreuung und Unterbringung älterer, behinderter oder pflegebedürftiger Menschen sowie vergleichbaren ambulanten Diensten soll mindestens eine verantwortliche Person u. a. zur Umsetzung von gesetzlichen und untergesetzlichen Regelungen zum Infektionsschutz benannt werden müssen (vom 01.10.2022 bis einschließlich 07.04.2023).

Zu den Aufgaben der verantwortlichen Person(en) zählen z. B. die Einhaltung der Hygienepläne und die Gewährleistung der Organisations- und Verfahrensabläufe bei Impfungen, Testungen und der Versorgung mit antiviralen Therapeutika, wie z. B. Paxlovid.

Der Bußgeldkatalog gem. § 73 IfSG wird u. a. erweitert um Zuwiderhandlungen gegen Verpflichtungen auf Grund von Rechtsverordnungen nach § 35 Absatz 3 Satz 1 oder 2 (§ 73 Absatz 1a Nummer 24 IfSG).

Begründungstext:

In Absatz 1 werden vollstationäre, teilstationäre und ambulante pflegerische Einrichtungen und Einrichtungen der Eingliederungshilfe benannt, für die die Regelungen der Vorschrift, in zum Teil unterschiedlicher, jeweils angegebener Weise, gelten.

Zu den vollstationären Einrichtungen nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 zählen aus dem Bereich der Pflege vor allem nach dem Elften Buch Sozialgesetzbuch (SGB XI) zugelassene vollstationäre Pflegeeinrichtungen und aus dem Bereich der Eingliederungshilfe insbesondere besondere Wohnformen für Menschen mit Behinderung, aber auch betreute Wohngruppen für Kinder und Jugendliche mit Behinderungen.

Zu den Einrichtungen nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 zählen – neben nach dem SGB XI zugelassenen Einrichtungen der Tages- und Nachtpflege – zum Beispiel Werkstätten für Menschen mit Behinderung im Sinn des § 219 SGB IX, andere Leistungsanbieter nach § 60 des Neunten Buches Sozialgesetzbuch (SGB IX) sowie

Handreichung zum COVID-19-Schutzgesetz (Stand 31.10.2022)

andere vergleichbare tagesstrukturierende Angebote – z. B. Tagesförderstätten sowie heilpädagogische Tagesstätten und heilpädagogische Kitas. Dabei wird bei den Werkstätten für Menschen mit Behinderung auf die Einrichtung insgesamt abgestellt, somit nicht zwischen Eingangsverfahren bzw. Berufsbildungsbereich einerseits und dem Arbeitsbereich andererseits unterschieden.

Nummer 3 erfasst nach dem SGB XI zugelassene ambulante Pflegedienste und ambulante Pflegedienste, die Intensivpflege erbringen. Als vergleichbare Einrichtungen nach Nummer 3 sind insbesondere auch besondere ambulante Wohnformen, wie Pflegewohngemeinschaften oder andere neue Wohnformen, in die Umsetzung einbezogen.

Aus dem Bereich der Eingliederungshilfe zählen zu den Unternehmen, die vergleichbare Dienstleistungen anbieten, etwa ambulant betreute Wohngemeinschaften für Menschen mit Behinderungen und andere Unternehmen, die Assistenzleistungen nach § 78 SGB IX erbringen.

In Absatz 1 ist der Stellenwert der Empfehlungen der in § 23 Absatz 1 geregelten Kommission für Infektionsprävention in medizinischen Einrichtungen und in Einrichtungen und Unternehmen der Pflege und Eingliederungshilfe dargelegt, die einzuhalten sind, um dem Stand der medizinischen Wissenschaft und der Pflegewissenschaft zu entsprechen. In Bezug auf die Eingliederungshilfe sind die Empfehlungen der Kommission nur im Kontext medizinischer und pflegerischer Maßnahmen zu sehen. Wie bisher haben die hier genannten Einrichtungen und Unternehmen in Hygieneplänen innerbetriebliche Verfahrensweisen zur Infektionshygiene festzulegen.

Die Vorschrift stellt insbesondere einen Handlungsrahmen für die unmittelbare Umsetzung wichtiger Elemente der Konzepte und der praktischen Arbeit in den Einrichtungen dar, um den Herausforderungen der SARS-CoV2-Pandemie im Herbst/ Winter 2022/ 23 zu begegnen.

Daher haben die voll- und teilstationären Einrichtungen der Pflege und Eingliederungshilfe für den Zeitraum vom 1. Oktober 2022 bis einschließlich 7. April 2023 Personen zu benennen, die für die Umsetzung von im Zusammenhang mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 stehenden Infektionsschutzmaßnahmen und Koordinierungsaufgaben verantwortlich sind. Zu diesen Aufgaben gehört im Bereich Hygiene die Einhaltung von Hygieneanforderungen gemäß den Empfehlungen der Kommission für Infektionsprävention in medizinischen Einrichtungen und in Einrichtungen und Unternehmen der Pflege und Eingliederungshilfe nach § 23 Absatz 1 sowie gemäß den Hygieneplänen der Einrichtungen. Die Umsetzung der Hygienemaßnahmen vor Ort soll sich insbesondere an den Empfehlungen des Robert Koch-Instituts orientieren.

Handreichung zum COVID-19-Schutzgesetz (Stand 31.10.2022)

Zu den Aufgaben im Bereich Impfen gehört insbesondere die regelmäßige Sichtung von Impfunterlagen der Bewohnerinnen und Bewohner bzw. der Gäste in der Tagespflege, um Impflücken zu erkennen, die Zusammenarbeit mit Ärztinnen und Ärzten, die von der Einrichtung versorgte Bewohnerinnen und Bewohner versorgen, und mit Impfzentren und Impfteams, um erforderliche Impfungen in die Wege zu leiten und Impfkationen in der Einrichtung zu organisieren. Stellt eine nach Satz 6 benannte Person im Rahmen ihrer Koordinierungsaufgabe fest, dass bei einem Bewohner oder einer Bewohnerin eine (weitere) Booster-Impfung gegen das Coronavirus SARS-CoV-2 angezeigt ist, hat sie dafür Sorge zu tragen, dass der zuständige Arzt bzw. die zuständige Ärztin darüber informiert wird. Dieser kann dann zusammen mit der betroffenen Person entscheiden, ob die Impfung durchgeführt wird. Darüber hinaus können Pflegefachkräfte im Wege der ärztlichen Delegation in die Durchführung von Schutzimpfungen gegen das Coronavirus SARS-CoV-2 eingebunden werden. In § 20b Absatz 4 IfSG ist ausdrücklich klargestellt, dass die Möglichkeit der ärztlichen Delegation der Durchführung von Schutzimpfungen gegen das Coronavirus SARS-CoV-2 auf nichtärztliches Gesundheitspersonal weiterhin möglich ist. Insbesondere bei entsprechend vorhandenen qualifizierten Mitarbeitenden bietet es sich daher an, dass stationäre Pflegeeinrichtungen nach vorheriger Absprache mit Ärztinnen oder Ärzten, die Impfung – einschließlich der Nachbeobachtung in den ersten 15 Minuten nach der Impfung – durch ihre hierfür qualifizierten Pflegekräfte durchführen zu lassen.

Eine Delegation der Impfanamneseerhebung sowie des Aufklärungsgesprächs auf nichtärztliches Personal ist dagegen nicht möglich.

Im Bereich Testen auf das Coronavirus SARS-CoV-2 setzen die benannten Personen das einrichtungsspezifische Testkonzept um, das auf der Teststrategie der Bundesregierung und den Empfehlungen des Robert Koch-Instituts basiert und die landesspezifischen Vorgaben berücksichtigt.

Hierzu gehört insbesondere die Organisation der Testung von Bewohnern bzw. Tagespflegegästen, von in der Einrichtung tätigen Personen sowie von Besuchspersonen.

Die Maßnahmen zur Unterstützung der Versorgung mit antiviralen Therapeutika meint in diesem Zusammenhang die Vornahme insbesondere organisatorischer Tätigkeiten, die beispielsweise bei einem Ausbruchsgeschehen in einer Einrichtung notwendig werden. So sind neben pflegenden Angehörigen auch die die Heimbewohnerinnen und -bewohner behandelnden Ärztinnen und Ärzte schnellstmöglich durch die Pflegeeinrichtung zu informieren, damit diese bei einem positiven Testergebnis die Versorgung mit antiviralen Therapeutika zügig einleiten können; eine Übernahme ärztlicher Tätigkeiten durch in der Einrichtung nichtärztlich Tätige ist damit nicht verbunden.

Handreichung zum COVID-19-Schutzgesetz (Stand 31.10.2022)

Ebenfalls gehört es in vollstationären Pflegeeinrichtungen zu den Aufgaben einer Koordinierungsperson, den Bezug und die Bevorratung der antiviralen Arzneimittel aus den Bundesbeständen des Bundesministeriums für Gesundheit nach den Vorgaben der Allgemeinverfügung zum Bezug und zur Anwendung monoklonaler Antikörper und zum Bezug und zur Abgabe antiviraler, oral einzunehmender Arzneimittel gegen COVID-19 über Apotheken zu organisieren.

Um eine zügige und fachlich fundierte Umsetzung zu gewährleisten, erstellt der Qualitätsausschuss Pflege nach § 113b SGB XI in Abstimmung mit dem Bundesministerium für Gesundheit bis zum 15. Oktober 2022 pflegfachliche Grundlagen und Verfahrenshinweise für die in Satz 7 genannten Aufgaben in den voll- und teilstationären Pflegeeinrichtungen. Die zu erarbeitenden Grundlagen und Hinweise sollen eine praxisbezogene Umsetzung in den Einrichtungen erleichtern und auch Vorgaben für die Dokumentation dieser Aufgaben enthalten. Die Anforderungen des Datenschutzrechts, die im Rahmen der Koordinierungsaufgaben zu beachten sind, sind einzubeziehen. Das Bundesministerium für Gesundheit beabsichtigt, für die Zeit bis zur Erstellung der Grundlagen und Hinweise durch den Qualitätsausschuss Pflege, entsprechende – mit den Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene abgestimmte – Handlungsempfehlungen zu erarbeiten, um die Pflegeeinrichtungen bei der Umsetzung ihrer Aufgabe bestmöglich zu unterstützen.

Die Einrichtungen haben bis zum 1. November 2022 Festlegungen zu treffen, wie sie die Aufgaben nach Satz 7 vor Ort organisieren. Dabei sind die Grundlagen und Verfahrenshinweise nach Satz 8 zu berücksichtigen. Diese bieten den fachlichen Bezugsrahmen für die praktische Umsetzung auf Einrichtungsebene. Die Gesundheitsämter prüfen, ob die Leitungen der teil- und vollstationären Einrichtungen zur Betreuung und Unterbringung älterer, behinderter oder pflegebedürftiger Menschen oder vergleichbare Einrichtungen Koordinierungspersonen benannt haben. Darüber hinaus kontrollieren die Gesundheitsämter, ob die voll- und teilstationären Pflegeeinrichtungen die Aufgaben nach Satz 7 entsprechend der Grundlagen und Verfahrenshinweise nach Satz 8 umsetzen und die Festlegungen auf Einrichtungsebene nach Satz 9 getroffen haben.

Absatz 2 ermöglicht Arbeitgebern von Einrichtungen und Unternehmen der Pflege und Eingliederungshilfe personenbezogene Daten der Beschäftigten zum Impf- und Serostatus in Bezug auf übertragbare Krankheiten zu verarbeiten, um über die Begründung eines Beschäftigungsverhältnisses oder die Art und Weise einer Beschäftigung zu entscheiden. Dies war bisher nach § 23a nur für Beschäftigte im medizinischen Bereich möglich bzw. nach § 36 Absatz 3 in Bezug auf die Coronavirus-Krankheit-2019 (COVID-19). Es wird von der Öffnungsklausel in Artikel 9 Absatz 2 Buchstabe i, Artikel 88 Absatz 1 Datenschutz-Grundverordnung Gebrauch

Handreichung zum COVID-19-Schutzgesetz (Stand 31.10.2022)

gemacht. Die Verarbeitung von Daten über den Impf- und Serostatus von Beschäftigten zum Zwecke der Entscheidung über die Begründung eines Beschäftigungsverhältnisses oder über die Art und Weise einer Beschäftigung ist aus Gründen des öffentlichen Interesses im Bereich der öffentlichen Gesundheit erforderlich, um die Weiterverbreitung von übertragbaren Krankheiten zu vermeiden. Die Datenverarbeitung steht auch nicht außer Verhältnis zu den datenschutzrechtlichen Belangen der betroffenen Beschäftigten. Die Vorschrift beinhaltet in Satz 3 durch den Verweis auf § 22 Absatz 2 des Bundesdatenschutzgesetzes geeignete Garantien zur Wahrung der Grundrechte und der Interessen der betroffenen Person. Im Übrigen bleibt es nach Satz 4 bei den allgemeinen datenschutzrechtlichen Bestimmungen. Eine Verpflichtung zur Datenerfassung und Nutzung ergibt sich hieraus nicht.

Nach Absatz 3 haben die Länder durch eine Rechtsverordnung nun auch im Pflegebereich Regelungen zur Hygiene und zum Infektionsschutz zu treffen. Diese richtet sich im § 23 nur an medizinische Einrichtungen. Neu ist dabei insbesondere die Möglichkeit zur Bestellung von hygienebeauftragten Pflegefachkräften in vollstationären Einrichtungen. Dies wurde u. a. auch vom ExpertInnenrat der Bundesregierung angeregt.

Absatz 4 regelt, dass § 36 Absatz 3a und Absatz 4 Satz 1 und 2 entsprechend auch für Personen gelten, die in teil- und vollstationären Einrichtungen zur Betreuung und Unterbringung älterer, behinderter oder pflegebedürftiger Menschen oder vergleichbare Einrichtungen bereits untergebracht sind bzw. dort untergebracht werden wollen.

Bewertung:

In den Qualitätsprüfungen der stationären und ambulanten Pflegeeinrichtungen wird bereits auf die für diese Einrichtungen relevanten Empfehlungen der KRINKO nach § 23 Absatz 1 IfSG a. F. verwiesen. Diese sind für die Pflegeeinrichtungen bereits heute verpflichtend und die Empfehlungen werden auch in den Qualitätsprüfungen durch den Medizinischen Dienst geprüft. Des Weiteren müssen die Einrichtungen auch gegenwärtig schon nach dem Ordnungsrecht der Länder Hygienevorschriften einhalten, die ebenfalls von den entsprechenden Prüfbehörden und -instanzen in den Qualitätsprüfungen geprüft werden. In den Maßstäben und Grundsätzen zur Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität nach § 113 SGB XI wird als gute Ergebnisqualität normiert, wenn Standards zur Hygiene eingehalten werden.

Insofern ist mit aller Deutlichkeit klarzustellen, dass wiederum eine gesetzliche Normierung gerade im Bereiche Hygiene nicht bedeutet, dass es in diesen Einrichtungen bisher keine Hygienebeauftragte gibt bzw. kein Hygienemanagement betrieben wird.

Handreichung zum COVID-19-Schutzgesetz (Stand 31.10.2022)

Auch die Einrichtungen und Dienste der Eingliederungshilfe verfügen über Hygienepläne und haben entsprechende hygienebeauftragte Fachpersonen, die für die Einhaltung der Hygienepläne und -vorschriften sowie die erforderliche Qualifikation und Schulung des Personals zur Infektionsprävention verantwortlich sind. Deren hygienische Anforderungen an Bau, Ausstattung und Betrieb der Einrichtung werden ebenfalls auch heute schon überprüft.

Gerade im Bereich Hygiene zeigten die Expertisen zur Umsetzung eines Personalbemessungsinstruments in vollstationären Einrichtungen nach § 113c SGB XI (PeBeM), die noch vor Ausbruch der Pandemie veröffentlicht wurden, dass die Einrichtungen faktisch zu wenig Personalkapazität bzw. Zeit für die Hygiene zur Verfügung haben. Dies konnte im Rahmen der Corona-Pandemie nur durch Mehraufwände, die über den Pflege-Rettungsschirm refinanziert wurden, kompensiert werden. Die Einrichtungen der Eingliederungshilfe konnten im Übrigen leider nicht von einem Schutzschirm profitieren, sondern mussten die Mehraufwendungen für Hygiene einzeln mit den Kostenträgern verhandeln. Dies muss sich ändern.

In der Regel wird bis heute seitens der Kostenträger keine Freistellung für Hygienebeauftragte akzeptiert. Dies ist spätestens für den Pflegebereich seit den Ergebnissen aus PeBeM nicht mehr haltbar. Wir fordern schon länger, dass diese Funktionsstelle nicht in den pflegegradabhängigen Personalanhaltswerten für Pflege und Betreuung enthalten sein darf.

§§ 56/ 59 IfSG (Erstattungsansprüche von Entschädigungsberechtigten):

Es wird vorgesehen, dass die Bundesagentur für Arbeit zukünftig Erstattungsansprüche von Entschädigungsberechtigten, denen Kurzarbeitergeld gewährt wird, in einem pauschalierten Verfahren auf der Grundlage von Vereinbarungen mit den Ländern geltend machen kann.

§ 73 Absatz 1a (Bußgeldbewehrung):

Der Bußgeldkatalog wird erweitert um Zuwiderhandlungen gegen Verpflichtungen auf Grund von Rechtsverordnungen nach § 35 Absatz 3 Satz 1 oder 2 (Nummer 24).

Der Bußgeldkatalog wird zudem auf die Fälle erweitert, in denen die Meldepflichten nach § 13 Absatz 7 Satz 1 (Krankenhauskapazitätssurveillance) nicht, nicht rechtzeitig, nicht vollständig oder nicht in der vorgeschriebenen Form erfüllt werden.

Für die Pflichten aus § 28b Absatz 1 Satz 1 Nummern 1 bis 4 wird ebenso jeweils eine Bußgeldbewehrung vorgesehen.

Handreichung zum COVID-19-Schutzgesetz (Stand 31.10.2022)

B – Relevante Änderungen des SGB V

§ 20i SGB V:

Verlängerung der Verordnungsermächtigung des Bundesgesundheitsministeriums zur Corona-Impf- und Testverordnung bis zum 07. April 2023; Verlängerung der Impfverordnung bis zum 07. April 2023

§§ 45, 221a SGB V:

Verlängerung der Regelungen zur Inanspruchnahme von Kinderkrankengeld im Falle von Betreuungsbedarf auch bei nicht-erkrankten Kindern bis zum 07. April 2023

§ 111, 111c SGB V (Vergütungsvereinbarungen Vorsorge/ Reha):

Um die Leistungsfähigkeit der Vorsorge- und Rehaeinrichtungen für den Fall einer erneuten Verschärfung der pandemischen Lage sicherzustellen, wird den Vertragsparteien ermöglicht, bei Feststellung einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite erneut angepasste Vergütungsvereinbarungen zu schließen.

Bewertung:

Der Paritätische begrüßt die Verstärkung der Regelungen zur coronabedingten Anpassung von Vergütungsvereinbarungen für Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen ausdrücklich. Laut Gesetzestext haben die Vertragsparteien die Vereinbarungen jedoch im Zeitraum der Feststellung einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite gem. § 5 Absatz 1 IfSG an diese Sondersituation anzupassen, um die Leistungsfähigkeit der Einrichtungen bei wirtschaftlicher Betriebsführung zu gewährleisten. Hier hat der Paritätische dringend – jedoch leider ohne Erfolg – angeregt, diese Rechtsgrundlage nicht auf die Feststellung einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite gem. § 5 Absatz 1 IfSG zu begrenzen, da wir trotz derzeit bereits hohen und für den Herbst und Winter prognostizierten weiter steigenden Zahlen nicht von einer erneuten Feststellung ausgehen. Die coronabedingten Mehrausgaben und Mindereinnahmen insbesondere von Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen sind auch abseits einer festgestellten epidemischen Lage von nationaler Tragweite für eine Vielzahl an Einrichtungen eine betriebswirtschaftlich existenzbedrohende Herausforderung, der es entsprechend Rechnung zu tragen gilt.

Handreichung zum COVID-19-Schutzgesetz (Stand 31.10.2022)

C – Relevante Änderungen des SGB XI

§ 113 Absatz 1 Satz 4 (neu) SGB XI (digitale Fort- und Weiterbildungen in den Maßstäben und Grundsätzen zur Qualität in der vollstationären Pflege):

In den Vereinbarungen ist zu regeln, welche Fort- und Weiterbildungen ganz oder teilweise in digitaler Form durchgeführt werden können; geeignete Schulungen und Qualifikationsmaßnahmen sind durch die Pflegekassen anzuerkennen.

§ 114 Absatz 2 Satz 12 SGB XI (RKI-Meldepflicht Impfquoten):

Die RKI-Meldepflichten zu den Impfquoten in den voll- und teilstationären Pflegeeinrichtungen werden reduziert, indem die Einrichtungen, bei denen es keine Änderungen gab, nur noch eine vereinfachte Meldung abgeben müssen.

Dazu wurde der Verweis auf § 20a Absatz 7 IfSG durch den Verweis auf § 35 Absatz 6 IfSG (neu) ersetzt. Darin heißt es: „Haben sich die nach Satz 1 zu übermittelnden Angaben in einem Monat gegenüber dem Vormonat nicht geändert, übermittelt die Einrichtung die vereinfachte Meldung, dass keine Änderungen im Vergleich zum Vormonat vorliegen. In diesen Fällen werden die Daten des Vormonats durch das Robert Koch-Institut fortgeschrieben.“

§ 150a Absatz 7 Satz 7 SGB XI (Pflegebonus Auszubildende):

Fristverlängerung für die Beantragung des Pflegebonus für Auszubildende bis zum 30. September 2022, sodass die beantragten Boni noch entsprechend ausgezahlt bzw. fristgerecht beantragt werden können.

§ 150c SGB XI (Sonderleistungen für Pflegeeinrichtungen):

Sonderleistungen für zugelassene voll- und teilstationäre Pflegeeinrichtungen zur Anerkennung und Umsetzung zusätzlicher Aufgaben nach § 35 Absatz 1 IfSG durch die SPV:

Die Höhe der Sonderleistung beträgt je Pflegeeinrichtung und Monat insgesamt

- bei Pflegeeinrichtungen mit bis zu 40 Plätzen 500 Euro,
- bei Pflegeeinrichtungen mit 41 bis zu 80 Plätzen 750 Euro,
- bei Pflegeeinrichtungen mit mehr als 80 Plätzen 1.000 Euro.

Handreichung zum COVID-19-Schutzgesetz (Stand 31.10.2022)

Sofern mehrere Personen anspruchsberechtigt sind, ist die Sonderleistung von der jeweiligen Pflegeeinrichtung entsprechend aufzuteilen.

Begründungstext:

Entsprechend des neuen Handlungsrahmens für nachhaltige Hygienekompetenz und Infektionsschutz nach § 35 Absatz 1 Satz 6 und 7 IfSG sind insbesondere auch für zugelassene voll- und teilstationäre Pflegeeinrichtungen neue, zeitlich befristete Verpflichtungen, wie auch Herausforderungen entstanden. Auf Grundlage festgelegter Verantwortlichkeiten haben die Einrichtungen die Einhaltung von Hygieneanforderungen, von Vorgaben zu Organisations- und Verfahrensabläufen im Zusammenhang mit dem Impfen, zum Testen und zur Unterstützung der Versorgung von stationär versorgten Pflegebedürftigen mit antiviralen Therapeutika im Zeitraum vom 1. Oktober 2022 bis zum 7. April 2023 sicherzustellen. Befristete Sonderleistungen sollen Beschäftigten einen Anreiz bieten, für einen befristeten Zeitraum zusätzliche Aufgaben zu übernehmen.

Zu Absatz 1

Mit Absatz 1 werden die zugelassenen voll- und teilstationären Pflegeeinrichtungen verpflichtet, im Zeitraum vom 1. Oktober 2022 bis 30. April 2023 ihren Beschäftigten, die nach § 35 Absatz 1 Satz 6 Infektionsschutzgesetz benannt wurden, monatliche Sonderleistungen zu zahlen. In diesem Zuge haben sie diese Personen gegenüber den Pflegekassen für diesen Zeitraum zu melden.

Zu Absatz 2

Anspruch auf Sonderleistungen haben beschäftigte Personen mit Ausnahme der Leitung der Einrichtung, die von dieser nach § 35 Absatz 1 Satz 6 IfSG benannt und von den Einrichtungen gegenüber den Pflegekassen gemeldet worden sind. Den Pflegeeinrichtungen werden daher monatlich bis zu 1.000 Euro von den Pflegekassen zur entsprechenden Weitergabe an diese Personen ausgezahlt. Eine Differenzierung nach der Zahl der verfügbaren Plätze der Einrichtung trägt dem Umstand Rechnung, dass dies auf zeitlichen Umfang und personellen Einsatz zur Bewältigung der Aufgaben Einfluss hat.

Zu Absatz 3

Werden von einer Pflegeeinrichtung mehrere Personen benannt und gegenüber den Pflegekassen gemeldet, ist die Sonderleistung unter diesen entsprechend aufzuteilen.

Zu Absatz 4

Handreichung zum COVID-19-Schutzgesetz (Stand 31.10.2022)

Die Zahlung erfolgt im Zeitraum vom 1. Oktober 2022 bis zum 30. April 2023. Die Sonderleistung ist von den Pflegekassen monatlich zum 15. eines jeden Monats, beginnend am 15. November 2022 mit Rückwirkung für den Oktober 2022 an die voll- und teilstationären Pflegeeinrichtung zu zahlen. Hat eine Einrichtung bis zum Stichtag 31. Oktober 2022 keine Meldung gegenüber den Pflegekassen durchgeführt, wird die Zahlung erst zum 15. des Folgemonats des Tages der Meldung nach Absatz 1 Satz 2 rückwirkend bis zu diesem Tag aufgenommen. Erfolgen Meldungen im laufenden Monat, wird der Betrag für diesen Monat entsprechend anteilig erstattet.

Die Auszahlung der Sonderleistungen für die Weitergabe an die benannten und gemeldeten Personen hat einheitlich über eine Pflegekasse vor Ort an die voll- oder teilstationäre Pflegeeinrichtung zu erfolgen.

Die zugelassenen voll- und teilstationären Pflegeeinrichtungen haben den Pflegekassen nach Abschluss des Verfahrens unaufgefordert bis spätestens 30. Juni 2023 die tatsächliche Auszahlungssumme der Sonderleistungen sowie die Zahl der Empfängerinnen und Empfänger und die Aufteilung der Sonderleistungen auf diese Personen unter Achtung des Datenschutzes anzuzeigen. Die Landesverbände der Pflegekassen stellen insgesamt die sachgerechte Verfahrensbearbeitung einschließlich angemessener Möglichkeiten zur Prüfung, Rückforderung und Aufrechnung durch die Pflegekassen sicher. Etwaige Prüfungen betreffen dabei insbesondere die Meldung und die Auszahlung und sind nicht qualitativ-inhaltlich auf die Aufgabenerfüllung gemäß § 35 Absatz 1 Satz 6 und 7 Infektionsschutzgesetz ausgerichtet.

Zu Absatz 5

Die zugelassenen voll- oder teilstationären Pflegeeinrichtungen haben die von den Pflegekassen erhaltenen Sonderleistungen unverzüglich, spätestens mit der nächstmöglichen regelmäßigen Entgeltauszahlung an die benannten und gemeldeten Personen weiterzugeben. Diese Sonderleistungen sind diesen in Geld über das Arbeitsentgelt und sonstige Bezüge hinaus auszus zahlen.

Zu Absatz 6

Es sollen auch die voll- und teilstationären Pflegeeinrichtungen für den im Zusammenhang mit der Erfüllung der Aufgaben gemäß § 35 Absatz 1 Satz 6 und 7 IfSG entstehenden Aufwand pauschal eine finanzielle Unterstützung erhalten. Voraussetzung hierfür ist eine Meldung gemäß Absatz 1 Satz 2 gegenüber den Pflegekassen. Vorgesehen ist eine befristete monatliche Zahlung in Höhe von 250 Euro von den Pflegekassen an diese Pflegeeinrichtungen entsprechend des in Absatz 4 geregelten Verfahrens. Dies gilt insbesondere hinsichtlich des

Handreichung zum COVID-19-Schutzgesetz (Stand 31.10.2022)

Rückzahlungserfordernisses bei einer verspäteten Meldung nach dem 31. Oktober 2022.

Bewertung:

Es stellt sich die Frage, weshalb § 35 IfSG auch explizit ambulante Pflegestrukturen umfasst, diese jedoch auf der Ebene von Boni oder Zuschlägen gar keine Rolle spielen sollen. Wir fordern, dass hier der gleiche Maßstab angesetzt wird, denn auch sie führen die Leistungen durch und haben das Problem der Refinanzierung.

Abermals ist auch offen, wie in diesem Kontext mit den Einrichtungen im Bereich der Eingliederungshilfe umgegangen werden soll. Hier muss es zu einer adäquaten Lösung hinsichtlich der Anerkennung und Refinanzierung der Leistungen kommen.

Andererseits soll dazu nun im neuen § 150c SGB XI – aber auch nur für stationäre und teilstationäre Pflegeeinrichtungen – ein befristetes Bonussystem für so genannte "Koordinator*innen" etabliert werden, das in quantitativer sowie bürokratischer Hinsicht und hinsichtlich der Zielbestimmung aus unserer Sicht an dem tatsächlichen Bedarf vollständig vorbei geht. Zudem werden gar nicht alle im Fokus stehenden Einrichtungen eingebunden.

Vor dem Hintergrund des Wegfalls des Pflege-Rettungsschirms wird damit auch nicht die Frage beantwortet, wie die Mehraufwendungen in den benannten Bereichen künftig refinanziert werden sollen. Wir hatten dazu stattdessen vorgeschlagen, zumindest für die koordinierenden Tätigkeiten je 10 Heimbewohner*innen tgl. pauschal 1 Std. zusätzlich per Zuschlag zu finanzieren. Zudem müssen die anderen Einrichtungen allesamt in eine Zuschlagsregelung einbezogen werden.

D – Sonstige relevante Änderungen

§ 9 Absatz 1 PflegeZG (Entlastung pflegender Angehöriger):

Pflegende Angehörige dürfen der Arbeit zur Bewältigung einer pandemiebedingten akuten Pflegesituation bis zum 30. April 2023 für bis zu 20 Arbeitstage fernbleiben.

Berlin, den 31.10.2022

Kontakt:

gesundheit@paritaet.org