

**28.10.22**

## **Stellungnahme des Bundesrates**

---

### **Entwurf eines Gesetzes zur Pflegepersonalbemessung im Krankenhaus sowie zur Anpassung weiterer Regelungen im Krankenhauswesen und in der Digitalisierung (Krankenhauspflegeentlastungsgesetz - KHPfIEG)**

Der Bundesrat hat in seiner 1026. Sitzung am 28. Oktober 2022 beschlossen, zu dem Gesetzentwurf gemäß Artikel 76 Absatz 2 des Grundgesetzes wie folgt Stellung zu nehmen:

1. Zu Artikel 1 Nummer 3 (§ 1371 Absatz 1 Satz 2 Nummer 1, 2 und 3, Absatz 2 Satz 1 und Satz 3 Nummer 1 und 2, Absatz 3 Satz 1 SGB V)

In Artikel 1 Nummer 3 ist in § 1371 Absatz 1 Satz 2 Nummer 1 bis 3, Absatz 2 Satz 1 und Satz 3 Nummer 1 und 2 sowie in Absatz 3 Satz 1 jeweils das Wort „nichtintensivmedizinischen“ zu streichen.

#### Begründung:

Die baldige Festlegung eines Bemessungsinstrumentes ist zu begrüßen.

Allerdings lässt die Begrenzung auf die unmittelbare Patientenversorgung von Erwachsenen und Kindern auf bettenführenden Stationen der nichtintensivmedizinischen somatischen Versorgung in den nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhäusern wesentliche Bereiche ungeregt (unter anderem Intensivmedizin). Gerade in intensivmedizinischen Bereichen ist eine ausreichende Besetzung mit qualifiziertem Personal relevant für die Versorgungsqualität. Zur Begründung für die Ausnahme von der avisierten Regelung des § 1371 SGB V werden lediglich „Besonderheiten dieser Bereiche“ angeführt (vgl. Begründung zu Artikel 1 Nummer 3 – § 1371 SGB V). Dies steht einer ganzheitlichen Betrachtung der „Pflege am Bett“ im somatischen Versorgungsbereich entgegen

und mindert die Aussagekraft etwaiger Erhebungen. Eine personelle Unterbesetzung führt außerdem zu einer Überlastung des Personals mit konsekutiver Abwanderung und Verschärfung des Fachkräftemangels.

In jedem Falle ist eine zusätzliche Bürokratisierung der Pflege Tätigkeit zu vermeiden. Auch muss ein flexibler Einsatz der Pflegekräfte stationsübergreifend sanktionsfrei gewährleistet sein.

2. Zu Artikel 1 Nummer 3 (§ 137I Absatz 2 Satz 1 SGB V)

In Artikel 1 Nummer 3 ist in § 137I Absatz 2 Satz 1 das Wort „dreimonatigen“ durch das Wort „fünfmonatigen“ zu ersetzen.

Begründung:

Die vorgeschlagene Erprobungsphase von mindestens drei Monaten ist für eine sorgfältige Erprobung des Konzepts der PPR 2.0 deutlich zu kurz bemessen. Dies gilt insbesondere vor dem Hintergrund, dass die Ergebnisse der Erprobungsphase in eine mögliche Rechtsverordnung zu einem Pflegepersonalbemessungsinstrument einfließen sollen. Eine mindestens fünfmonatige Erprobungsdauer erscheint folglich der Bedeutung der aus der Erprobung gewonnenen Ergebnisse angemessener. Auch ist es dem Auftragnehmer damit weiterhin möglich, wie von § 137 Absatz 2 Satz 5 SGB V gefordert, dem Bundesministerium für Gesundheit den Abschlussbericht über die Ergebnisse der Erprobung bis spätestens 31. August 2023 vorzulegen.

3. Zu Artikel 1 Nummer 3 (§ 137I Absatz 3 Satz 1 und Absatz 4 SGB V)

In Artikel 1 Nummer 3 ist in § 137I Absatz 3 Satz 1 und in Absatz 4 jeweils das Wort „ohne“ durch das Wort „mit“ zu ersetzen.

Begründung:

Aus krankenhausplanerischer Sicht ist eine Beteiligung der Länder insbesondere bei der in § 137I Absatz 4 Nummer 1 SGB V dargelegten Regelungen zur Anpassung der Ist-Personalbesetzung an die Soll-Personalbesetzung sowie der in § 137I Absatz 4 Nummer 2 SGB V vorgesehenen Regelung zum Nachweis der Erfüllung der durch das Krankenhaus vorzunehmenden Anpassung gegenüber dem InEK erforderlich. Zur frühzeitigen Ermittlung der Auswirkungen dieser Regelungen auf die regionalen Versorgungskapazitäten sind die Länder hier engmaschig einzubinden und frühzeitig zu informieren.

Eine angemessene personelle Besetzung wird vor dem Hintergrund des Fachkräftemangels zu einer Reduktion der Versorgungskapazitäten führen. Durch eine umsichtige Planung auf Länderebene unter Berücksichtigung der regionalen Versorgungsbedarfe muss dabei eine „kalte Strukturbereinigung“ vermieden werden.

4. Zu Artikel 1 Nummer 3 (§ 1371 Absatz 3 Satz 1 SGB V)

In Artikel 1 Nummer 3 sind in § 1371 Absatz 3 Satz 1 die Wörter „im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Finanzen“ zu streichen.

Begründung:

§ 1371 SGB V beinhaltet erhebliche Festlegungen mit ihrerseits erheblichen Auswirkungen auf den Krankenhausbetrieb der Länder. Bei den Erwägungen für die Ausgestaltung der Rechtsverordnung sollte die Gesundheit der Menschen im Vordergrund stehen und nicht finanzielle Interessen auf Bundesebene dominieren.

5. Zu Artikel 1 Nummer 3 (§ 1371 Absatz 3 Satz 1 und Satz 2 Nummer 2a – neu – SGB V)

In Artikel 1 Nummer 3 ist § 1371 Absatz 3 wie folgt zu ändern:

- a) In Satz 1 sind nach dem Wort „Krankenhäusern“ die Wörter „sowie zu möglichen Ausnahmetatbeständen“ einzufügen.
- b) In Satz 2 ist nach Nummer 2 folgende Nummer 2a einzufügen:  
„2a. zu den Ausnahmetatbeständen, bei deren Vorliegen die Personalvorgaben nicht eingehalten werden müssen,“

Begründung:

Neben der geplanten schrittweisen Anpassung der Ist- an die Soll-Besetzung, die auf der aktuellen prekären Arbeitsmarktsituation beruht, müssen jedoch, wie etwa in der Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung (PpUGV), auch Ausnahmetatbestände geregelt werden, bei deren Vorliegen die Personalvorgaben nicht eingehalten werden müssen. Hierzu gehören etwa erhöhte kurzfristige krankheitsbedingten Personalausfällen oder starke Erhöhungen der Patientenzahlen (siehe auch § 7 PpUGV). Insbesondere auch die letzten Pandemiejahre haben gezeigt, dass eine solche Regelung unerlässlich ist.

6. Zu Artikel 1 Nummer 3 (§ 137I Absatz 3 Satz 2 Nummer 3 Buchstabe a und b SGB V)

In Artikel 1 Nummer 3 ist in § 137I Absatz 3 Satz 2 Nummer 3 Buchstabe a und b jeweils das Wort „Station“ durch das Wort „Fachabteilung“ zu ersetzen.

Begründung:

Die Betrachtungsebene „Station“ erscheint zu kleinteilig beziehungsweise hat bereits in der Vergangenheit im Rahmen der Pflegepersonal-Untergrenzenverordnung zu erheblichen Problemen bei der Zuordnung geführt. Angesichts unter Umständen rascher Änderung der Inanspruchnahme (Pandemie!) muss den Einrichtungen eine entsprechende Flexibilität im Pflegepersonaleinsatz ermöglicht werden. Da die Regelungen zudem regional unterschiedliche Auswirkungen auf die Versorgungskapazitäten haben werden, ist eine Information der zuständigen Landesbehörden unerlässlich. Auf jeden Fall ist eine weitere Bürokratisierung der Pfl egetätigkeit zu vermeiden. Auch muss ein flexibler Einsatz der Pflegekräfte stationsübergreifend sanktionsfrei gewährleistet sein.

7. Zu Artikel 1 Nummer 3 (§ 137I Absatz 3 Satz 3 – neu – SGB V)

In Artikel 1 Nummer 3 ist dem § 137I Absatz 3 folgender Satz anzufügen:

„Die zuständigen Landesbehörden sind frühzeitig einzubinden und zu informieren.“

Begründung:

Da die Regelungen regional unterschiedliche Auswirkungen auf die Versorgungskapazitäten haben werden, ist eine Information der zuständigen Landesbehörden unerlässlich.

8. Zu Artikel 1 Nummer 3 (§ 137I Absatz 3 Satz 3 – neu – und Absatz 4 Satz 2 – neu – SGB V)

In Artikel 1 Nummer 3 ist § 137 I wie folgt zu ändern:

a) Dem Absatz 3 ist folgender Satz anzufügen:

„Als Inkrafttretenszeitpunkt für die Umsetzung der in der Rechtsverordnung festgelegten Vorgaben durch die Krankenhäuser ist frühestens der 1. März 2024 zu bestimmen.“

b) Dem Absatz 4 ist folgender Satz anzufügen:

„Absatz 3 Satz 3 gilt entsprechend.“

Begründung:

Ausweislich der Gesetzesbegründung haben die Krankenhäuser die festgelegten Vorgaben zum 1. Januar 2024 umzusetzen. Damit stünde den Kliniken mit dem geplanten Erlass der Rechtsverordnung bis spätestens 30. November 2023 gegebenenfalls nur eine deutlich zu kurze Vorbereitungszeit von vier Wochen zur Verfügung.

Die Frist für den Umsetzungsbeginn ist damit zum einen deutlich zu verlängern und zum anderen explizit in den Gesetzestext aufzunehmen, um den Kliniken Planungssicherheit zu gewähren. Eine Erwähnung des Umsetzungsbeginns alleine in der Begründung, insbesondere in Verbindung mit einer deutlich zu kurzen Frist, genügt nicht.

9. Zu Artikel 1 Nummer 3 (§ 1371 Absatz 4 SGB V)

In Artikel 1 Nummer 3 sind in § 1371 Absatz 4 die Wörter „im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Finanzen“ zu streichen.

Begründung:

§ 1371 SGB V beinhaltet erhebliche Festlegungen mit ihrerseits erheblichen Auswirkungen auf den Krankenhausbetrieb der Länder. Bei den Erwägungen für die Ausgestaltung der Rechtsverordnung sollte die Gesundheit der Menschen im Vordergrund stehen und nicht finanzielle Interessen auf Bundesebene dominieren.

10. Zu Artikel 1 Nummer 3 (§ 1371 Absatz 4 Nummer 1 SGB V)

In Artikel 1 Nummer 3 sind in § 1371 Absatz 4 Nummer 1 nach dem Wort „Krankenhaus“ die Wörter „unter Berücksichtigung der Lage auf dem Arbeitsmarkt“ anzufügen.

Begründung:

Im Rahmen der schrittweisen Anpassung der Ist-Personalbesetzung an die Soll-Personalbesetzung nach § 1371 Absatz 4 Nummer 1 SGB V muss sichergestellt werden, dass sich die Vorgaben, wie in der Gesetzesbegründung angeführt, an

realisierbaren Werten orientieren und insbesondere die Lage auf dem Arbeitsmarkt für Pflegekräfte auch tatsächlich ausreichend berücksichtigen. Diese aufgrund der prekären Personalsituation unerlässliche Voraussetzung sollte nicht nur in der Begründung erwähnt, sondern gleichfalls als zwingende Vorgabe an den Verordnungsgeber in der gesetzlichen Grundlage selbst festgeschrieben werden.

#### 11. Zu Artikel 1 Nummer 3 (§ 137I Absatz 4 Nummer 3 SGB V)

In Artikel 1 Nummer 3 sind in § 137I Absatz 4 Nummer 3 nach den Wörtern „zu Vergütungsabschlägen“ die Wörter „nach einem gestuften Verfahren“ einzufügen.

##### Begründung:

Offen ist, wie sich die nun in § 137I Absatz 4 Nummer 3 SGB V vorgesehenen Vergütungsabschläge als Sanktion für das Krankenhaus bei fehlender Anpassung der Ist-Personalbesetzung an die Soll-Personalbesetzung beziehungsweise bei diesbezüglich ausstehendem Nachweis gegebenenfalls auf die Gewährleistung der stationären Versorgung auswirken. Zu befürchten ist eine Reduzierung des Leistungsangebots durch die Krankenhäuser, um Sanktionen zu vermeiden. Insbesondere im Hinblick auf den bereits bestehenden Personalmangel besteht daher das Risiko, die Versorgung noch weiter zu gefährden. Die Gesetzesbegründung sieht ein gestuftes Verfahren von Maßnahmen vor, die im Verhältnis zum Ausmaß der Nichterfüllung – von der Erstellung eines Maßnahmenkataloges zum Personalaufbau bis hin zu Vergütungsabschlägen – unterschiedliche Folgen haben sollen. Dieser Aspekt eines gestuften Verfahrens sollte zwingend in den Gesetzestext selbst und nicht nur in die Begründung aufgenommen werden.

#### 12. Zu Artikel 1 Nummer 3 (§ 137I Absatz 4a – neu – SGB V)

In Artikel 1 Nummer 3 ist in § 137I nach Absatz 4 folgender Absatz 4a einzufügen:

„(4a) Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus übermittelt den zuständigen Landesbehörden eine Zusammenstellung der Angaben nach Absatz 1 nach Maßgabe der Rechtsverordnung nach den Absätzen 3 und 4.“

Begründung:

Da die Vorgaben angesichts der ohnehin angespannten Personalsituation im Pflegebereich erhebliche, regional unterschiedliche Auswirkungen auf die Versorgungskapazitäten haben werden, ist eine Information der zuständigen Landesbehörden über die gemeldeten Kapazitäten und Bedarfe unumgänglich, um auf mögliche Engpässe reagieren zu können und die Versorgung mit Krankenhausleistungen sicherzustellen. Das Meldeverfahren ist analog zu den Regelungen in § 137i Absatz 4 SGB V unter Einbeziehung der zuständigen Landesbehörde zu etablieren. Im Übrigen dient dieses auch dem erforderlichen Abgleich mit Angaben aus eben diesem Verfahren.

13. Zu Artikel 1 Nummer 3 (§ 137l SGB V)

Der Bundesrat begrüßt das laut dem Gesetzentwurf mit den Regelungen verfolgte Ziel, „die Personalsituation in der Pflege kurzfristig zu verbessern“. Allerdings lässt der Gesetzentwurf das Kernproblem außer Acht, dass der bereits bestehende Personalmangel nicht durch ein Personalbemessungsinstrument gelöst werden kann.

Die Länder sehen zudem den Umstand kritisch, dass mit dem Gesetzentwurf nicht gleichzeitig die Regelungen der Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung (PpUGV) aufgehoben werden. Denn damit fällt für die Pflegekräfte, denen ohnehin immer weniger Zeit am Patienten zur Verfügung steht, ein inakzeptabler erheblicher zusätzlicher Dokumentationsaufwand an. Sollte dies damit zusammenhängen, dass die Pflege auf Intensivstationen für Erwachsene oder Kinder aufgrund der Besonderheiten dieser Bereiche nicht von den neu geplanten Vorgaben nach § 137l SGB V erfasst werden, während die PpUGV diesen Bereich abdeckt, wäre ein in sich stimmiges Regelungssystem zu schaffen, das beide Aspekte berücksichtigt und zugleich bürokratische Doppelbelastungen ausschließt.

14. Zu Artikel 1 Nummer 8 Buchstabe a (§ 275d Absatz 1a Satz 1 Nummer 1, Satz 2 Nummer 1 SGB V),  
Buchstabe c (§ 275d Absatz 3 Satz 4 SGB V)

In Artikel 1 Nummer 8 ist § 275d wie folgt zu ändern:

- a) In Buchstabe a sind in Absatz 1a Satz 1 Nummer 1 und in Satz 2 Nummer 1 jeweils die Wörter „und dem Landesausschuss des Verbandes der Privaten Krankenversicherung“ durch die Wörter „ , dem Landesausschuss des Ver-

bandes der Privaten Krankenversicherung und den für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden“ zu ersetzen.

- b) In Buchstabe c sind in Absatz 3 Satz 4 die Wörter „und dem Landesausschuss des Verbandes der Privaten Krankenversicherung“ durch die Wörter „ , dem Landesausschuss des Verbandes der Privaten Krankenversicherung und den für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden“ zu ersetzen.

Begründung:

In der bisherigen Gesetzgebung ist eine regelhafte Information der Landesbehörden sowohl über die eingereichten Prüfungsanträge als auch über deren Ergebnisse nicht vorgesehen. Da die zu prüfenden Strukturen einen engen Zusammenhang sowohl mit den Versorgungsaufträgen als auch mit der Zuweisung von Notfallstufen aufweisen, ist eine regelhafte Information der Landesbehörden über die Einreichung von Prüfungsanträgen und über deren Ergebnisse erforderlich. Ferner ist nachdrücklich einzufordern, dass durch diese Prüfungen nicht eine „Krankenhausplanung durch die Hintertür“ erfolgt.

15. Zu Artikel 2 Nummer 2 (§ 9 Absatz 1 Nummer 5 KHEntgG)

Nummer 4 Buchstabe b (§ 11 Absatz 4 Satz 1, Satz 3, Satz 4 und Sätze 6 bis 9 KHEntgG),

Buchstabe c (§ 11 Absatz 6 KHEntgG),

Nummer 5 (§ 13 Absatz 3 KHEntgG),

Artikel 5 Nummer 2 Buchstabe b (§ 11 Absatz 4 Satz 1, Sätze 3 bis 8 BPfIV),

Buchstabe c (§ 11 Absatz 6 BPfIV) und

Nummer 3 (§ 13 Absatz 3 BPfIV)

- a) Artikel 2 ist wie folgt zu ändern:
- aa) Nummer 2 ist zu streichen.
  - bb) In Nummer 4 sind die Buchstaben b und c zu streichen.
  - cc) Nummer 5 ist zu streichen.
- b) Artikel 5 ist wie folgt zu ändern:
- aa) In Nummer 2 sind die Buchstaben b und c zu streichen.
  - bb) Nummer 3 ist zu streichen.

Begründung:

Sowohl die vorgesehenen Fristen für die Budgetverhandlungen als auch die Sanktionsregelungen sind nicht geeignet, um die Budgetverhandlungen zu vereinfachen und damit zu beschleunigen.

Sie führen dazu, dass die Budgetverhandlungen noch stärker strategiefähig werden. Dass bei einem Verfahren, bei dem Kostenträger und Leistungserbringer zu gleichen Teilen beteiligt sind, bei einer Verzögerung nur den Krankenhäusern Sanktionen auferlegt werden sollen, ist nicht nachvollziehbar und für die Verhandlungen sehr nachteilig. Dadurch würden die Krankenhäuser gezwungen, entweder einen nachteiligen Budgetabschluss oder aber einen Rechnungsabschlag sowie ein offenes Verfahren vor der Schiedsstelle in Kauf zu nehmen. Daher ist auch der geplante Rechnungsabschlag (1 Prozent) zu streichen.

Grundsätzlich können die Vertragsparteien im Rahmen der Budgetverhandlung auch heute schon zügig zu einem Budgetabschluss durch Anrufung der Schiedsstelle kommen. Es besteht deshalb kein Anpassungsbedarf am aktuellen Recht. Vielmehr führen die immer kleinteiligeren und komplexeren Regelungen der Gesetzgebung der letzten Jahre dazu, dass die Verhandlungen schwieriger werden und sich ein Abschluss hinauszögert. Die im Gesetzentwurf enthaltenen Fristen sind überdies nicht praxistauglich. Die Budgetverhandlungen stellen einen zentralen Bestandteil der Krankenhausfinanzierung dar. Sie sollten ohne weiteren zusätzlichen Zeitdruck ablaufen können. Die weitere Verkomplizierung durch zusätzliche Fristen ist zu streichen.

Die neuen Regelungen beseitigen nicht die grundlegenden Ursachen, sondern verschärfen lediglich die Verfahrensabläufe. Um das Ziel die Beschleunigung der Budgetverhandlungen zu erreichen, sind eindeutige, praxistaugliche und einfache Regelungen für die Budgetverhandlungen notwendig. Diese würde im Ergebnis auch die Vereinbarungsgeschwindigkeit erhöhen.

Auch die Regelung zum Festsetzungs-Automatismus ab dem Vereinbarungszeitraum 2024 ist aus mehreren Gründen abzulehnen:

- Der Automatismus widerspricht dem Vereinbarungsprinzip des Krankenhausbudgetrechts.
- Die Regelung, dass die Schiedsstellen nur Unterlagen berücksichtigen dürfen, die innerhalb der neuen Fristen vorgelegt wurden, ist überdies unangemessen – gerade im Zusammenspiel mit dem Automatismus.
- Überdies widerspricht die Regelung, dass auch die Gerichte nur diese Unterlagen berücksichtigen dürfen, dem Amtsermittlungsgrundsatz.
- Schließlich ist der Stichtag (31. Juli) zu früh angesetzt und daher nicht sachgerecht.

16. Zu Artikel 2 Nummer 7 (§ 21 Absatz 5 Satz 2 KHEntgG)

Es ist eine gesetzliche Regelung dahingehend zu schaffen, dass den Krankenhäusern sanktionsfrei die Möglichkeit eingeräumt wird, im Rahmen der Plausibilitätsprüfung innerhalb von durch das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus festzulegenden Fristen korrigierte Daten zu übermitteln.

Begründung:

Die Daten zum Pflegepersonal sind Grundlage für die Ausgliederung der Pflegepersonalkosten im aG-DRG-System und daher von erheblicher Bedeutung für die Kalkulation der Krankenhausbehandlungsentgelte. Es ist daher sicherzustellen, dass die Daten nicht nur fristgerecht und vollständig, sondern auch korrekt übermittelt werden.

Zugleich soll den Krankenhäusern entsprechend der Gesetzesbegründung zum Krankenhauspflegeentlastungsgesetz Gelegenheit zur sanktionslosen Korrektur bei fehlender oder nicht rechtzeitiger Datenübermittlung gegeben werden. Ein Hinweis in der Gesetzesbegründung ist dafür nicht ausreichend. Eine gesetzliche Regelung erscheint angezeigt.

17. Zu Artikel 5 Nummer 01 – neu – (§ 3 Absatz 3 Satz 4 Nummer 8 – neu – und Satz 5 BPfIV)

In Artikel 5 ist der Nummer 1 folgende Nummer 01 voranzustellen:

,01. § 3 Absatz 3 wird wie folgt geändert:

- a) In Satz 4 wird der Punkt am Ende durch ein Komma ersetzt und folgende Nummer 8 angefügt:

„8. die Personalkosten der nach § 2 Psychotherapeutengesetz approbierten Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten für die Dauer der Weiterbildung, soweit diese in tarifvertraglicher Höhe vergütet werden.“

- b) In Satz 5 werden die Wörter „Satz 4 Nummer 5 oder 7“ durch die Wörter „Satz 4 Nummer 5, 7 oder 8“ ersetzt.‘

Begründung:

Die zukünftige Psychotherapie-Weiterbildung erfolgt im ambulanten, institutionellen (zum Beispiel Jugendhilfe) und stationären Bereich. Die Diskussion der Landes-Psychotherapeutenkammern ging zuletzt dahin, dass hierfür eine

tarifliche Bezahlung der Weiterzubildenden in den Weiterbildungsordnungen der Kammern festgeschrieben wird.

Damit die Weiterbildung gelingt, müssen demnach die Gehälter für die Weiterzubildenden sowie die sonstigen Kosten refinanziert werden. Das ist aber bisher im Bundesrecht nicht vorgesehen. Die vorgeschlagene Ergänzung der Bundespflegeverordnung soll das für den stationären Bereich gewährleisten.

Auf diese Weise müssten die Personalkosten der Weiterzubildenden zukünftig in Höhe des Tarifentgelts im Gesamtbetrag der Krankenhäuser berücksichtigt werden. Damit könnte die Finanzierung der Psychotherapie-Weiterbildung im stationären Bereich im Wesentlichen abgedeckt werden.

18. Zu Artikel 8a – neu – (§ 28b Absatz 1 Satz 6 und Satz 9 IfSG)

Nach Artikel 8 ist folgender Artikel 8a einzufügen:

**„Artikel 8a**

**Änderung des Infektionsschutzgesetzes**

§ 28b Absatz 1 des Infektionsschutzgesetzes vom 20. Juli 2000 (BGBl. I S. 1045), das zuletzt durch ... geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. In Satz 6 werden nach dem Wort „Personen“ die Wörter „in Einrichtungen nach Satz 1 Nummer 3b oder“ eingefügt.
2. In Satz 9 werden vor dem Punkt am Ende folgende Wörter angefügt:

„sowie weitere Personengruppen von der Verpflichtung nach Satz 1 Nummer 3 und 4, eine Atemschutzmaske (FFP2 oder vergleichbar) zu tragen, ganz oder teilweise auszunehmen“ ‘

Begründung:

Zu Nummer 1:

Nach § 28b Absatz 1 Satz 1 Nummer 3b IfSG müssen die Bewohnerinnen und Bewohner von vollstationären Pflegeeinrichtungen und besonderen Wohnformen genauso wie beispielsweise Gäste von Tagespflegeeinrichtungen in den Einrichtungen grundsätzlich einen Atemschutz (FFP2 oder vergleichbar) tragen. Eine Ausnahme von der Maskenpflicht gilt nach § 28b Absatz 1 Satz 6 IfSG für in den Einrichtungen und Unternehmen behandelte, betreute oder gepflegte Personen in den für ihren dauerhaften Aufenthalt bestimmten Räumlichkeiten; das betrifft unter anderem Patientenzimmer. Dagegen gilt die Maskenpflicht grundsätzlich in allen gemeinschaftlich genutzten Räumlichkeiten, wo eine Vielzahl von Kontakten stattfindet (zum Beispiel Bistro in einem Krankenhaus, Wartezonen, Aufzüge, gemeinschaftliche Aufenthaltsräume).

Somit gilt die Maskenpflicht unter anderem auch in den Gemeinschaftsräumen von Wohngruppen in Pflegeheimen oder besonderen Wohnformen oder in Tagespflegen.

Mit dem Einschub in § 28b Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 IfSG wird die Maskenpflicht geregelt, dass die Verpflichtung zum Tragen einer Atemschutzmaske für Bewohnerinnen und Bewohner beziehungsweise pflegebedürftige Gäste von voll- oder teilstationären Einrichtungen zur Betreuung und Unterbringung älterer, behinderter oder pflegebedürftiger Menschen und vergleichbaren Einrichtungen nicht gilt.

Dementsprechend entfällt auch die Maskenpflicht für Menschen mit Behinderung, die in einer Werkstatt für behinderte Menschen arbeiten und dort betreut und gefördert werden. Diese Beschäftigten werden gegenüber anderen Gruppen von Beschäftigten, die in vergleichbaren Tätigkeitsfeldern, ungleich behandelt und sind von einer Maskenpflicht allein aufgrund ihrer Behinderung und nicht aufgrund ihrer Tätigkeit betroffen. Dies führt verständlicher Weise zu großem Unverständnis und Unmut bei den Betroffenen in diesem sensiblen Bereich, die hierin eine nicht begründete Ungleichbehandlung sehen.

Für Einrichtungen nach § 28b Absatz 1 Satz 1 Nummer 3a IfSG wie Krankenhäuser und Rehabilitationseinrichtungen-Einrichtungen bleibt es beim Status quo, wonach die Maskenpflicht grundsätzlich nur in für den dauerhaften Aufenthalt bestimmten Räumlichkeiten (wie zum Beispiel Patientenzimmer) entfällt.

#### Zu Nummer 2:

Die Pflicht zum Tragen einer Maske gemäß § 28b Absatz 1 IfSG dient grundsätzlich dem Schutz besonders vulnerabler Gruppen. Daher sehen § 28b Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 und 4 IfSG für die dort genannten Personen ausnahmslos die Verpflichtung zum Tragen einer Atemschutzmaske (FFP2 oder vergleichbar) vor.

Gleichzeitig hat sich der Bundesgesetzgeber bemüht, die berechtigten Interessen insbesondere der Beschäftigten der in § 28b Absatz 1 IfSG genannten Einrichtungen und Unternehmen an angemessenen und zumutbaren Belastungen in der Ausübung ihrer Tätigkeit zu berücksichtigen und folgerichtig das Kontroll- und Servicepersonal und das Fahr- und Steuerpersonal mit Kundenkontakten im öffentlichen Personenfernverkehr von dieser Pflicht befreit und alternativ eine medizinische Gesichtsmaske (Mund-Nasen-Schutz) zugelassen.

Eine vergleichbare Ausnahmeregelung ist auch für andere berufliche Tätigkeiten im Krankenhaus, in der Pflege oder in Einrichtungen der Eingliederungshilfe geboten, damit insbesondere die Beschäftigten ihren anspruchsvollen Tätigkeiten in dem erforderlichen zeitlichen Umfang und ohne unverhältnismäßige Belastungen überhaupt nachgehen können.

Das gilt beispielsweise für die operativen Eingriffe in einem Krankenhaus, in denen grundsätzlich mit medizinischer Maske (OP-Maske) gearbeitet wird, um eine teilweise mehrere Stunden andauernden operativen Eingriff ordnungsgemäß und ohne Unterbrechung durchführen zu können.

Das gilt beispielsweise auch für schwere körperliche Verrichtungen in der Pflege, die über einen längeren Zeitraum aufgrund der damit verbundenen Be-

lastungen sinnvoll nur mit einer medizinischen Maske durchgeführt werden können.

Wenn Schutzregelungen im Krankenhaus oder in der Pflege zu einer weiteren Personalknappheit durch häufigere Pausenzeiten führen, verkehren sich diese Regelungen in einen unvermeidbaren Qualitätsmangel zu Lasten der zu behandelnden und zu pflegenden Personen.

In allen Beispielsfällen, wie auch bei anderen vorstellbaren Sonderkonstellationen, kann der Schutz vulnerabler Gruppen in geeigneter Weise auch durch Rechtsverordnungen der Länder sichergestellt werden, indem im IfSG die Möglichkeit zum Erlass passgenauer Ausnahmeregelungen von der Masken-tragepflicht gemäß § 28b Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 und 4 IfSG durch die Länder eröffnet wird. Daher ist die bereits für die Testpflicht enthaltene Ermächtigungsgrundlage zur Regelung von Ausnahmen durch Landesverordnung um den genannten Halbsatz zu erweitern und die Ermächtigung auch auf die Maskenpflicht für die in § 28b Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 und 4 IfSG genannten Personengruppen zu erstrecken.