



LIGA der Freien Wohlfahrtspflege in Thüringen e.V.
Arnstädter Straße 50, 99096 Erfurt
Landesarbeitsgemeinschaft der privaten Pflegeverbände
im Freistaat Thüringen

Thüringer Ministerium für Soziales, Gesundheit, Arbeit
und Familie
Werner-Seelenbinder-Straße 6
99096 Erfurt

Ausschließlich per E-Mail:
poststelle@tmsgaf.thueringen.de

**LIGA der Freien Wohlfahrtspflege
in Thüringen e.V.**

Arnstädter Str. 50, 99096 Erfurt
E-Mail: info@liga-thueringen.de
Tel: (0361) 511499-0

**Landesarbeitsgemeinschaft der
privaten Pflegeverbände im Freistaat
Thüringen**

hier: bpa e.V.
Landesgeschäftsstelle Thüringen
Haarbergstraße 61 a 99097 Erfurt
E-Mail: thueringen@bpa.de
Tel: (0361) 6 53 86 88

Erfurt, den 18.05.2026

Stellungnahme zur Thüringer Verordnung über Hygiene und Infektionsprävention in vollstationären Pflegeeinrichtungen, stationären Wohnangeboten für Kinder und Jugendliche mit Behinderungen und in besonderen Wohnformen der Eingliederungshilfe (Thüringer Pflegehygieneverordnung - ThürPflegeHygVO -)

Die Verbände der LIGA der Freien Wohlfahrtspflege in Thüringen e.V. sowie der Landesarbeitsgemeinschaft (LAG) der privaten Pflegeverbände im Freistaat Thüringen bedanken sich für die Möglichkeit, zur Thüringer Verordnung über Hygiene und Infektionsprävention in vollstationären Pflegeeinrichtungen, stationären Wohnangeboten für Kinder und Jugendliche mit Behinderungen und in besonderen Wohnformen der Eingliederungshilfe (Thüringer Pflegehygieneverordnung - ThürPflegeHygVO -), im Weiteren bezeichnet als Verordnungsentwurf, Stellung nehmen zu können.

Bevor auf die Verordnung im Einzelnen einzugehen ist, eine grundsätzliche Anmerkung:

Der Gesetzgeber hat mit § 35 Abs. 3 Infektionsschutzgesetz die Rechtsgrundlage für den Erlass einer Rechtsverordnung für die erforderlichen Maßnahmen zur Verhütung, Erkennung, Erfassung und Bekämpfung von übertragbaren Krankheiten in vollstationären Einrichtungen zur Betreuung und Unterbringung älterer, behinderter oder pflegebedürftiger Menschen oder vergleichbaren Einrichtungen geschaffen. Die wesentlichen Inhalte einer solchen Rechtsverordnung werden durch die in § 35 Abs. 3 Satz 2 Nrn. 1 bis 5 Infektionsschutzgesetz aufgeführten Sachverhalte vorgegeben. Damit kommt die Auffassung zum Ausdruck, dass die Verbindlichkeit von Maßnahmen zur Hygiene und Infektionsprävention in vollstationären Pflegeeinrichtungen erhöht werden soll.

Diesem Grundsatz folgen die Verbände der LIGA der Freien Wohlfahrtspflege in Thüringen e. V. sowie der Landesarbeitsgemeinschaft (LAG) der privaten Verbände nicht. Die entscheidenden

hygienefachlichen Fragen sind bereits in den Maßstäben und Grundsätzen zur Qualität in der Pflege, den Expertenstandards sowie den sonstigen pflegefachlichen Anforderungen abschließend geregelt.

Seit langem etablierte und gut funktionierende Austauschprozesse innerhalb der Einrichtungen würden schlicht unnötig bürokratisiert. Darüber hinaus sollen vielfältige zusätzliche Organisations-, Dokumentations-, Aufbewahrungs- und Einsichtsregularien geschaffen werden, die einen unabsehbaren Mehraufwand, jedoch keinen absehbaren Hygiene-Mehrwert in der Versorgung bedeuten.

All das kann nicht die Intention des Gesetzgebers gewesen sein, als er die Vorgaben nach § 35 IfSG erlassen hat. Eine derartige bürokratische Mehrbelastung darf es insbesondere vor dem Hintergrund der Entbürokratisierungsbestrebungen des Zukunftspakts der Bund-Länder-AG sowie der Konzierten Aktion Pflege grundsätzlich nicht geben. Im Zukunftspakt Pflege heißt es wie folgt: *„Das BMG überprüft gemeinsam mit den zuständigen Bundesressorts und den Verbänden der Kostenträger und Leistungserbringern auf Bundesebene gesetzliche oder vertragliche Vorgaben für Beauftragte (z. B. für Hygienebeauftragte) in Pflegeeinrichtungen, um die Vorgaben für Beauftragte auf das für eine gute Qualität notwendige Maß zu reduzieren. Bisher für Beauftragte vorgesehene Stellenanteile und das Personal, das diese Stellen besetzt, werden in den Personalbestand für Pflege und Betreuung überführt, ohne dass dies zu einem Personalabbau führt. Pflegeeinrichtungen sollen die entsprechenden Stellenanteile weiter gegenüber den Kostenträgern geltend machen können.“*

Auch der Freistaat Thüringen hat sich bekanntlich in der Bund-Länder-AG für diese Regelung stark gemacht, agiert aber auf Landesebene mit der vorliegenden Verordnung nunmehr komplett konträr.

Mit dem Gesetz zur Befugnisweiterung und Entbürokratisierung in der Pflege Kabinettsentwurf – BT-Drs. 21/1511 (BEEP) macht der Gesetzgeber ein großes übergeordnetes Ziel deutlich: Die Entbürokratisierung der Pflege. Die Länder haben einstimmig formuliert, dass *„es einer konsequenten Vereinfachung und Flexibilisierung und mehr Vertrauen in die Pflege [bedarf], um den Betrieb auch einer kleinen Pflegeeinrichtung attraktiv zu machen, ohne ihn mit kaum durchschaubaren komplexen Anforderungen zu überziehen.“* Der Bundesrat teilt diese Forderungen (BR-Drs. 2/25).

Der vorliegende Verordnungsentwurf steht im Widerspruch zum Ziel der Entbürokratisierung der Pflege. Es darf nicht sein, dass die Politik/Verwaltung Entbürokratisierung ankündigt und dann eine Verordnung vorlegt, die vielfältige und nicht zu rechtfertigende Mehrbelastungen einführt.

Eine Verordnung, welche u. a. mit zusätzlichem bürokratischem Aufwand verbunden ist, ohne ein bekanntes Defizit zu adressieren, ist aus der Sicht der Leistungserbringerverbände nicht erforderlich.

Stellungnahme zu den einzelnen Regelungen des Verordnungsentwurfs

§ 1 Regelungsgegenstand

Aus hygienefachlicher Sicht ist festzustellen, dass mit § 35 des Infektionsschutzgesetzes bereits eine umfassende und rechtlich verbindliche Grundlage zur Verhütung, Erkennung, Erfassung und Bekämpfung übertragbarer Krankheiten in Gemeinschafts- und Betreuungseinrichtungen besteht. Der Paragraph verpflichtet die Einrichtungen zu angemessenen organisatorischen und hygienischen Maßnahmen zum Schutz der betreuten Personen sowie der Mitarbeitenden. Vor diesem Hintergrund besteht aus unserer Sicht keine Notwendigkeit für eine eigenständige zusätzliche Verordnung, die neue oder weitergehende Regularien zur Hygiene und Infektionsprävention vorgibt, da die relevanten Anforderungen bereits eindeutig geregelt sind.

Neben dem Infektionsschutzgesetz greifen weitere verbindliche Regelwerke, insbesondere

- die Maßstäbe und Grundsätze für die Qualität, die Qualitätssicherung und -darstellung,
- die Verpflichtung zur Entwicklung und Fortschreibung eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements nach § 113 SGB XI
- die landesspezifischen Rahmen-Hygienepläne sowie
- die Empfehlungen des Robert Koch-Instituts und
- der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention
- § 9 Thüringer Wohn- und Teilhabegesetz.

Diese Regelungen enthalten detaillierte Vorgaben zu Hygienestandards, Verantwortlichkeiten, Schulungen, Dokumentation, Meldewegen und zum Umgang mit Ausbruchsgeschehen. Die praktische Erfahrung zeigt seit vielen Jahren, dass diese Vorgaben in den Einrichtungen verbindlich umgesetzt werden und sich in einer insgesamt guten pflegerischen Versorgung sowie einem wirksamen Infektionsschutz widerspiegeln.

Die im Verordnungsentwurf vorgesehenen zusätzlichen Maßnahmen gehen hingegen mit einem erheblichen bürokratischen Mehraufwand einher. Insbesondere neue Dokumentationspflichten, organisatorische Vorgaben und Gremienstrukturen binden personelle Ressourcen, die angesichts des bereits bestehenden Fachkräftemangels dringend für die direkte Pflege, Betreuung und Präventionsarbeit benötigt werden. Aus hygienefachlicher Sicht besteht die Gefahr, dass der Fokus zunehmend auf formale Nachweispflichten verlagert wird, ohne dass hierdurch ein zusätzlicher Zugewinn an Infektionssicherheit erzielt wird.

Nach Prüfung des Entwurfs ist zudem unklar, ob und in welchem Umfang die Regelungen auch für Tagespflegeeinrichtungen und stationäre Hospize gelten sollen. Die beiden Einrichtungsformen unterscheiden sich erheblich von vollstationären Einrichtungen der Landzeitpflege, da sie häufig sehr klein strukturiert sind, oftmals nur über etwa zwölf Plätze verfügen und organisatorisch sowie personell deutlich begrenzter ausgestattet sind. Aus fachlicher Sicht wäre es daher sachgerechter, die Nutzung bereits bestehender Qualitätssicherungs- und Hygienestrukturen zu akzeptieren. So könnten die Schutzziele des § 35 Infektionsschutzgesetzes wirksam erfüllt werden, ohne kleinere Strukturen unverhältnismäßig zu belasten.

Zusammenfassend ist festzustellen, dass der bestehende rechtliche und fachliche Rahmen bereits ausreichend, erprobt und praxisbewährt ist. Eine zusätzliche Verordnung birgt das Risiko einer Doppelregulierung sowie einer weiteren Bürokratisierung ohne einen erkennbaren Mehrwert für die Sicherheit der betreuten Menschen zu schaffen.

§ 2 Allgemeine Pflichten der Leitung einer vollstationären Einrichtung

Aus hygienefachlicher Sicht ist § 2 des Verordnungsentwurfs grundsätzlich geeignet, die Verantwortung der Träger und Leitungen vollstationärer Einrichtungen für die Einhaltung von Hygiene und Infektionsprävention klar zu definieren. Insbesondere Absatz 1 entspricht den bereits bestehenden Anforderungen des Infektionsschutzgesetzes, wonach der Träger verpflichtet ist, die notwendigen betrieblich-organisatorischen sowie baulich-funktionellen Voraussetzungen zu schaffen, um Hygiene überhaupt umsetzen zu können - nicht Mitarbeitende einer Einrichtung (Leitung).

Absatz 2 des § 2 greift die Regelung des § 35 Absatz 1 Satz 2 IfSG auf und verpflichtet die Leitung der vollstationären Einrichtung, entsprechend dem jeweiligen Stand der medizinischen und pflegewissenschaftlichen Erkenntnisse sicherzustellen, dass die Regeln der Hygiene und Infektionsprävention eingehalten werden. Grundsätzlich ist diese Anbindung an den Stand der Wissenschaft fachlich korrekt und notwendig, um einen zeitgemäßen Infektionsschutz zu gewährleisten. Kritisch zu bewerten ist jedoch die Formulierung, wonach „alle erforderlichen Maßnahmen zur Verhütung, Erkennung, Erfassung und Bekämpfung von übertragbaren Krankheiten“ getroffen und umgesetzt werden müssen.

Die uneingeschränkte Verwendung des Begriffs „alle“ lässt aus fachlicher Sicht erhebliche Auslegungsprobleme erwarten. Wird dieser Begriff wörtlich verstanden, könnten daraus Maßnahmen abgeleitet werden, die weit über das hinausgehen, was in einer Einrichtung der Langzeitpflege verhältnismäßig und menschenwürdig umsetzbar ist. In letzter Konsequenz könnten Besuchsverbote, Einschränkungen sozialer Kontakte, die Unterbindung von Begegnungen zwischen Bewohnenden sowie Eingriffe in Freiheits- und Selbstbestimmungsrechte als hygienisch „erforderlich“ interpretiert werden. Dabei ist zu berücksichtigen, dass Pflegeeinrichtungen für die dort lebenden Menschen ihr Zuhause darstellen. Hygienische Vorgaben dürfen daher nicht pauschal und unbegrenzt in den privaten Lebensbereich hineinwirken. Staatliche oder einrichtungsinterne Maßnahmen zur Hygiene müssen bei ausdrücklichem Wunsch der Bewohnenden an der Tür zum Wohn-, Ess-, Schlaf- oder Badezimmer enden, sofern keine konkrete und erhebliche Gefährdung Dritter besteht.

Gerade in der Langzeitpflege ist aus hygienefachlicher Perspektive ein sensibles Gleichgewicht zwischen Schutz vor Infektionen einerseits und Wohnlichkeit, Lebensqualität, Selbstbestimmung und sozialen Bedürfnissen andererseits zwingend erforderlich. Der alleinige Fokus auf die „Erforderlichkeit“ von Maßnahmen greift dabei zu kurz. Ergänzend muss stets auch die „Angemessenheit“ und Verhältnismäßigkeit der Hygienemaßnahmen berücksichtigt werden. Diese Grundsätze lassen sich sowohl aus dem Infektionsschutzgesetz als auch aus verfassungsrechtlichen Vorgaben und pflegeethischen Grundsätzen ableiten und sollten im Verordnungstext klarer zum Ausdruck kommen.

Hinzu kommt, dass die praktische Umsetzbarkeit der im Absatz 2 formulierten Verpflichtung kritisch zu hinterfragen ist. In der täglichen Praxis der vollstationären Pflege ist bereits jetzt festzustellen, dass nicht ausreichend qualifiziertes Personal zur Verfügung steht. Ein normativer Anspruch, der die Umsetzung „aller“ erforderlichen Maßnahmen fordert, ohne den realen personellen und strukturellen Rahmenbedingungen Rechnung zu tragen, birgt die Gefahr, dass Verantwortung einseitig auf die Einrichtungsleitungen verlagert wird, obwohl diese die Voraussetzungen nicht vollständig beeinflussen können.

§ 3 Fachliche Beratung durch Hygienefachkräfte

Die in § 3 des Verordnungsentwurfs vorgesehene Verpflichtung zur fachlichen Beratung durch Hygienefachkräfte stellt einen erheblichen Eingriff in die Organisations- und Rechtsverantwortung der Träger vollstationärer Einrichtungen dar und bedarf daher besonderer rechtlicher Klarheit, Verhältnismäßigkeit und praktischer Umsetzbarkeit. Zwar entspricht es dem Grundgedanken des § 35 Infektionsschutzgesetz, infektionspräventive Maßnahmen risikoadaptiert auszugestalten und fachlich abzusichern. Die konkrete Ausgestaltung des § 3 genügt diesen Anforderungen jedoch in mehrfacher Hinsicht nicht.

Zentraler Kritikpunkt ist zunächst die Anknüpfung der Beratungspflicht an das Merkmal der „regelmäßig invasiven medizinischen Behandlungspflege“ gemäß § 3 Absatz 1. Dieser Begriff wird weder im Verordnungstext selbst noch im Infektionsschutzgesetz definiert. Die Verordnungsbegründung erweitert den Begriff zudem über das hinaus, was in der Pflegefachliteratur üblicherweise als invasive Maßnahme verstanden wird. Damit wird ein unbestimmter Rechtsbegriff verwendet, der gegen das rechtsstaatliche Bestimmtheitsgebot verstößt. Einrichtungsleitungen sind objektiv nicht in der Lage, rechtssicher zu beurteilen, ab welchem Punkt die Schwelle zur „regelmäßigen invasiven medizinischen Behandlungspflege“ überschritten ist. Dies führt zu erheblicher Rechtsunsicherheit und öffnet einer uneinheitlichen Vollzugspraxis durch Aufsichts- und Ordnungsbehörden Tür und Tor.

Besonders schwerwiegend ist diese Unbestimmtheit vor dem Hintergrund, dass die Verpflichtung zur Beratung durch eine Hygienefachkraft bußgeldbewehrt ausgestaltet ist. Nach § 11 des Verordnungsentwurfs stellt die Nichterfüllung der Verpflichtung eine Ordnungswidrigkeit dar. Ein ordnungsrechtlich sanktionierter Tatbestand setzt jedoch zwingend voraus, dass für die Normadressaten eindeutig und vorhersehbar erkennbar ist, welches Verhalten gefordert wird. Diese Voraussetzung ist bei der derzeitigen Ausgestaltung des § 3 Absatz 1 nicht erfüllt.

Auch die in § 3 Absatz 3 normierten Qualifikationsanforderungen an Hygienefachkräfte sind rechtlich problematisch. Die landesrechtlich geregelte Weiterbildung zur Hygienefachkraft umfasst einen Gesamtumfang von nahezu 2.000 Stunden - die sich in 750 Theorie- und 1.155 Praxisstunden aufteilen - mit hoher zeitlicher und organisatorischer Bindung. In Anbetracht der bekannten und anhaltenden Personalengpässe im Pflegebereich ist nicht ersichtlich, wie Einrichtungen dieser Verpflichtung in absehbarer Zeit nachkommen sollen. Der Verordnungsentwurf erkennt hierbei die tatsächlichen strukturellen Rahmenbedingungen des Pflegesystems und begründet damit eine objektive Unmöglichkeit der flächendeckenden Umsetzung.

Die theoretisch vorgesehene Möglichkeit der externen Beratung durch Hygienefachkräfte vermag diesen Mangel nicht zu kompensieren. Auch externe Hygienefachkräfte stehen nur in äußerst begrenzter Zahl zur Verfügung. Es ist weder realistisch noch belegbar, dass der zu erwartende Beratungsbedarf aller betroffenen Einrichtungen zeitnah, kontinuierlich und qualitätsgesichert durch externe Fachkräfte gedeckt werden kann. Damit läuft die Regelung Gefahr, faktisch leerzulaufen, während die rechtliche Verpflichtung gleichwohl bestehen bleibt. Es kann nicht die Intension des Gesetzgebers sein, hier einen weiteren Beratungsmarkt etablieren und die Verfügbarkeit von Fachkräften in bestehenden Einrichtungen weiter verknappen zu wollen.

Rechtsstaatlich besonders bedenklich ist zudem das Fehlen einer klar geregelten und ausreichend bemessenen Übergangs- und Implementierungsfrist. Angesichts der hohen Qualifikationsanforderungen, der eingeschränkten personellen Verfügbarkeit und der bußgeldrechtlichen Sanktionierung wäre eine großzügige Übergangsregelung zwingend erforderlich gewesen. Ohne eine ausreichende Frist werden Einrichtungen einer Pflicht unterworfen, deren Erfüllung sie objektiv nicht in ihrer eigenen Dispositionsmacht haben.

Schließlich bleibt auch die Frage der Refinanzierung der Beratungsleistungen und Qualifikationsanforderungen vollständig ungeklärt. Weder das Pflegeversicherungsrecht noch der Verordnungsentwurf selbst enthalten Regelungen, wie die entstehenden zusätzlichen Kosten gegenüber Kostenträgern geltend gemacht werden können. Eine unregelmäßige Mehrbelastung der Einrichtungen widerspricht dem Gebot der wirtschaftlichen Tragfähigkeit sozialer Einrichtungen und verstärkt die Gefahr struktureller Ungleichbehandlung, insbesondere zulasten kleinerer Träger.

Zusammenfassend ist festzustellen, dass § 3 des Verordnungsentwurfs in seiner derzeitigen Fassung erhebliche rechtliche Defizite aufweist. Der Paragraph leidet unter unbestimmten Rechtsbegriffen, fehlender Verhältnismäßigkeit, mangelnder Umsetzbarkeit, unzureichenden Übergangsregelungen sowie ungeklärter Refinanzierung. In dieser Ausgestaltung besteht die ernsthafte Gefahr, dass die Regelung nicht nur praktisch nicht vollziehbar ist, sondern auch rechtlich angreifbar wird. Eine grundlegende Überarbeitung und Präzisierung des Paragraphen ist daher zwingend erforderlich, um den Zielsetzungen des § 35 Infektionsschutzgesetz gerecht zu werden und zugleich die verfassungsrechtlichen Anforderungen an Normklarheit, Zumutbarkeit und Rechtssicherheit einzuhalten.

§ 4 Hygienebeauftragte Pflegefachkräfte in vollstationären Einrichtungen

Die in § 4 des Verordnungsentwurfs vorgesehene Verpflichtung zur Bestellung mindestens einer hygienebeauftragten Pflegefachkraft in jeder vollstationären Einrichtung ist an den Maßstäben der Erforderlichkeit, Verhältnismäßigkeit und Vollzugsfähigkeit zu messen. Zwar ist das Ziel, hygienische Verantwortung klar zuzuordnen und hygienerelevante Prozesse fachlich abzusichern, grundsätzlich nachvollziehbar und entspricht dem Präventionsgedanken des § 35 Infektionsschutzgesetz. Die konkrete Ausgestaltung des Paragraphen wirft jedoch erhebliche fachliche und rechtliche Bedenken auf.

Problematisch ist zunächst die zwingende Vorgabe, dass hygienebeauftragte Pflegefachkräfte Personal der jeweiligen Einrichtung sein müssen. Diese starre Bindung schließt alternative, bereits

in der Praxis bewährte Modelle aus, etwa trägerübergreifende oder zentrale hygienische Fachunterstützung. Gerade vor dem Hintergrund des bestehenden Fachkräftemangels in der Pflege ist eine solche Einschränkung nicht sachgerecht und erschwert die Umsetzung erheblich, ohne dass ein hygienischer Mehrwert erkennbar wäre. Der Gesetzgeber erkennt hierbei, dass Hygieneorganisation nicht zwangsläufig an die physische Zugehörigkeit zu einer einzelnen Einrichtung gebunden sein muss, sondern effektiv auch durch übergreifende Strukturen erfüllt werden kann.

Besonders kritisch ist zudem, dass § 4 vorsieht, hygienebeauftragte Pflegefachkräfte „im erforderlichen Umfang“ für die Wahrnehmung ihrer Aufgaben freizustellen, ohne diesen Umfang näher zu bestimmen oder zu konkretisieren. Damit wird ein weiterer unbestimmter Rechtsbegriff eingeführt, der erhebliche Rechtsunsicherheit erzeugt. Weder Einrichtungsleitungen noch Aufsichtsbehörden erhalten klare Kriterien dafür, welcher Stellenanteil angemessen, erforderlich oder ausreichend ist. Dies eröffnet einen weiten Interpretationsspielraum und birgt die Gefahr uneinheitlicher Vollzugspraxis sowie erheblicher Konflikte im Rahmen von Prüfungen und Aufsichtsverfahren.

In dem Umfang, in dem hygienebeauftragte Pflegefachkräfte von ihrer originären pflegerischen Tätigkeit freigestellt werden, stehen sie der direkten Versorgung der Bewohnenden nicht mehr zur Verfügung. Dies führt zwangsläufig zu einem zusätzlichen Personalbedarf, der durch Nachbesetzung oder Mehrarbeit kompensiert werden muss. Die Regelung zieht damit faktisch eine Verpflichtung zur zusätzlichen Personalvorhaltung nach sich, ohne diese klar zu benennen oder zu begründen.

Die hierdurch entstehenden Mehrkosten belasten unmittelbar die Einrichtungen selbst sowie mittelbar Pflegebedürftige und Sozialhilfeträger. Eine verbindliche Regelung zur Refinanzierung dieser zusätzlichen Personalkapazitäten fehlt vollständig. Auch auf landesrechtlicher Ebene, etwa durch rahmenvertragliche Vereinbarungen in Thüringen, ist bislang kein entsprechender Stellenanteil für hygienebeauftragte Pflegefachkräfte vorgesehen. Der Verordnungsentwurf schafft somit neue Verpflichtungen, ohne diese in die bestehende Finanzierungs- und Vertragsstruktur der Pflege einzubetten.

Auch die in § 4 Absatz 3 normierten persönlichen Anforderungen an hygienebeauftragte Pflegefachkräfte sind in Teilen nicht nachvollziehbar begründet. Zwar ist es sachgerecht, eine pflegerische Grundqualifikation nach dem Pflegeberufegesetz vorauszusetzen. Die zusätzlich geforderte Mindestberufserfahrung von zwei Jahren ist jedoch weder fachlich zwingend noch durch den Regelungszweck geboten. Zwingende Gründe, weshalb hygienische Aufgaben nicht auch von entsprechend qualifizierten Pflegefachkräften ohne diese Berufserfahrung wahrgenommen werden können, sind nicht ersichtlich. Vielmehr wird durch diese Anforderung der Kreis potenziell geeigneter Mitarbeitender unnötig eingeschränkt. Gerade vor dem Hintergrund des demografischen Wandels, der Nachwuchsproblematik in der Pflege und der steigenden Anforderungen an Hygieneorganisation erscheint es sachgerechter, flexiblere Qualifizierungswege zu eröffnen. Insbesondere sollte die Möglichkeit bestehen, die erforderliche Berufserfahrung begleitend zur Aus- oder Weiterbildung zur hygienebeauftragten Pflegefachkraft zu erwerben.

Hinweis: Die normierte Verpflichtung, die hygienebeauftragte Pflegefachkraft im erforderlichen Umfang von der unmittelbaren Pflege freizustellen, hat erhebliche finanzielle Auswirkungen, die in der Kostenabschätzung des Ordnungsgebers deutlich zu niedrig angesetzt werden. Zwar wird unter Punkt D der Kosten ausgeführt, dass sich für Thüringen jährliche Belastungen in Höhe von rund 1,25 Mio. Euro ergeben sollen, diese Annahme beruht jedoch auf einer unrealistisch niedrigen Bemessung des tatsächlichen Personal-, Organisations- und Refinanzierungsaufwandes.

Die Kostenkalkulation des Ordnungsgebers geht erkennbar davon aus, dass der Einsatz einer hygienebeauftragten Pflegefachkraft lediglich einen Zeitaufwand von einer Stunde pro Woche erfordert, der mit einem pauschalen Lohnkostenansatz von 30 Euro bewertet wird. Diese Annahme steht in einem deutlichen Widerspruch zur fachlichen Realität. Hygienebeauftragte Pflegefachkräfte übernehmen dauerhaft Aufgaben wie die Mitwirkung bei der Erstellung, Fortschreibung und Umsetzung von Hygieneplänen, die Begleitung von Begehungen und Prüfungen, Schulungs- und Unterweisungsmaßnahmen, die Bewertung hygienischer Risiken sowie die Schnittstellenarbeit mit Hygienefachkräften, Einrichtungsleitung und Aufsichtsbehörden. Diese Aufgaben lassen sich nach fachlicher Einschätzung nicht seriös mit einem Zeitumfang von einer Stunde pro Woche abbilden.

Unabhängig vom tatsächlichen zeitlichen Aufwand führt § 4 unmittelbar zu zusätzlichem Personalbedarf. In dem Umfang, in dem hygienebeauftragte Pflegefachkräfte von ihrer originären pflegerischen Tätigkeit freigestellt werden, stehen sie der direkten Versorgung der Bewohnenden nicht mehr zur Verfügung. Der entstehende Personalausfall muss kompensiert werden, entweder durch zusätzliche Neueinstellungen, durch Zeitarbeit oder durch Mehrarbeit des verbleibenden Personals. Diese Folgekosten werden in der pauschalen Kostenabschätzung vollständig außer Acht gelassen. Es handelt sich hierbei nicht um eine abstrakte Belastung, sondern um einen faktischen Nachpersonalisierungsbedarf, der unmittelbar wirksam wird.

Darüber hinaus bleibt unberücksichtigt, dass in Thüringen bislang keine rahmenvertragliche oder vergütungsrechtliche Regelung existiert, die einen konkreten Stellenanteil hygienebeauftragter Pflegefachkräfte abbildet. Die im Vorblatt getroffene Annahme, etwaige Mehrkosten würden „im Rahmen der bestehenden Refinanzierungsmechanismen“ ausgeglichen, ist daher nicht belastbar. Ohne klare normative Verankerung in den Vergütungsstrukturen besteht das erhebliche Risiko, dass die Einrichtungen die Mehrkosten zunächst vorfinanzieren oder dauerhaft selbst tragen müssen. Dies führt zu einer mittelbaren Belastung der Pflegebedürftigen durch steigende Eigenanteile.

Hinzu kommt, dass § 4 zusätzlich eine qualifizierende Weiterbildung zur hygienebeauftragten Pflegefachkraft voraussetzt. Auch die damit verbundenen Kosten für Fortbildung, Arbeitsausfall und organisatorische Begleitung sind in der Kostenprognose nicht enthalten. Diese betreffen nicht nur die unmittelbaren Weiterbildungskosten, sondern auch den temporären Ausfall der Mitarbeitenden während der Qualifizierungsphase. In der Summe steigen die tatsächlichen Belastungen damit weit über die im Vorblatt genannten Beträge hinaus.

Zusammenfassend ist festzustellen, dass § 4 des Verordnungsentwurfs zu deutlich höheren finanziellen Belastungen führt, als der Ordnungsgeber in seiner Kostenabschätzung ausweist.

§ 5 Hygienekommission

Das mit der Installierung einer Hygienekommission verbundene grundsätzliche Anliegen eines schnellen Austausches zwischen den agierenden Funktionsgruppen erklärt sich nicht. Statt organisierter regelmäßiger Dialoge im Team (die bereits installiert und erprobt sind) werden Prozesse in ein gesondertes Gremium verlagert, das die Abläufe verlangsamt und bürokratisiert. Dies steht nicht nur im Widerspruch zu den Entbürokratisierungszielen des BEEP, sondern auch zu den Empfehlungen des RKI.

Bezüglich dieser Arten des Zusammenkommens ist Folgendes anzumerken:

Die Koordination eines solchen Zusammentreffens, insbesondere sofern ggf. die Bewohnervertretung durch einen externen Einrichtungsfürsprecher beteiligt ist, nimmt mithin zu viel Zeit in Anspruch und wird der Dringlichkeit nicht gerecht. Im Falle eines Ausbruchsgeschehens ist eine schnelle und zielstrebige Reaktion erforderlich, ohne dass die Zeit ausreicht, formal eine Kommission einzuberufen, deren Verfahrensweisen in einrichtungsindividuellen Hygienekonzepten festgeschrieben sind. Zudem führt die Regelung zu einer Doppelung zum ohnehin bestehenden Bewohnerbeirat. Mit den Verpflichtungen zu regelmäßigen Sitzungen und der Zusammensetzung der Kommission und den Nachweispflichten wird mehr Bürokratie geschaffen.

Weit überzogen ist ebenso das Erfordernis, dass sich die Kommission eine Geschäftsordnung geben muss. Dies stellt einen bürokratischen Mehraufwand dar, dessen es nicht bedarf.

Der Verordnungsentwurf lässt weiterhin unklar, wie der in § 5 Abs. 2 Nr. 1 vorgesehene Beschluss zu den innerbetrieblichen Verfahrensweisen zur Infektionshygiene ausgestaltet sein soll. Problematisch erscheint besonders, dass die Abstimmung abhängig Beschäftigter erforderlich sein wird. Es bleibt unklar, ob diese die Leitung der Einrichtung überstimmen können, der Beschluss einstimmig oder inkl. der Zustimmung der Bewohnervertretung erfolgen muss. Insoweit besteht erheblicher Klärungsbedarf.

Ähnliche Erwägungen gelten auch für den nach § 5 Abs. 2 Nr. 3 Verordnungsentwurf vorgesehenen Beschluss eines Fortbildungsplans für das Personal zu Hygiene und Infektionsprävention. Hier ist insbesondere zu erwägen, ob es tatsächlich einer offiziellen Beschlussfassung bedarf oder nicht eine hinreichende Planung ausreichend ist, die in den Einrichtungen bereits etabliert ist.

Zuletzt bleibt anzumerken, dass auch die 10-jährige Aufbewahrungspflicht für die erfolgten Dokumentationen der Beratung der Kommission überzogen ist. Ein nachvollziehbarer Zweck einer solch langen Aufbewahrungszeit ist nicht erkenntlich.

Schlussendlich ist festzuhalten, dass es der Vorgabe eines zusätzlichen Gremiums nicht bedarf; sie ist ersatzlos zu streichen. Der Nutzen des bürokratischen Mehraufwandes erschließt sich nicht.

§ 6 Fortbildung der Beschäftigten

Die in § 6 des Verordnungsentwurfs geregelten Verpflichtungen zur Fortbildung des Personals im Bereich Hygiene und Infektionsprävention sind aus fachlicher Sicht grundsätzlich nachvollziehbar, da kontinuierliche Wissensvermittlung und Aktualisierung hygienerelevanter Kenntnisse eine wesentliche Voraussetzung für wirksamen Infektionsschutz darstellen. Allerdings ist festzustellen, dass die Informations- und Schulungspflichten zu Hygiene und Infektionsprävention bereits umfassend gesetzlich normiert und in der Praxis der vollstationären Einrichtungen etabliert sind, sodass es einer zusätzlichen gesonderten Vorgabe in dieser Form nicht bedarf.

Bereits das Infektionsschutzgesetz verpflichtet die Leitungen von Gemeinschafts- und Betreuungseinrichtungen, das Personal über Risiken von Infektionskrankheiten sowie über erforderliche Schutzmaßnahmen zu unterweisen. Ergänzend konkretisieren die Empfehlungen der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention beim Robert-Koch-Institut die Anforderungen an Schulungen, Unterweisungen und fachliche Fortbildung eindeutig und praxisnah. Diese Vorgaben sind seit Jahren Bestandteil der internen Hygienekonzepte, Qualitätssicherungsmaßnahmen und Fortbildungsstrukturen der Einrichtungen und werden im Rahmen von Prüfungen regelmäßig berücksichtigt. Vor diesem Hintergrund enthält § 6 Absatz 1 des Verordnungsentwurfs keine materiell neuen Anforderungen, sondern wiederholt im Wesentlichen bereits bestehende Pflichten.

Auch § 6 Absatz 2 ist in seiner konkreten Ausgestaltung kritisch zu betrachten. Die Verpflichtung von Hygienefachkräften und hygienebeauftragten Pflegefachkräften, sich mit dem jeweils aktuellen Stand der Hygiene und Infektionsprävention vertraut zu machen, stellt eine Selbstverständlichkeit dar und ergibt sich bereits aus dem allgemeinen Berufs-, Fortbildungs- und Verantwortungsverständnis dieser Funktionen. Die starre Festlegung eines jährlichen Fortbildungsumfangs von mindestens 16 Stunden für Hygienefachkräfte und 8 Stunden für hygienebeauftragte Pflegefachkräfte erscheint jedoch rechtlich und fachlich nicht hinreichend begründet. Der Stand der Hygiene- und Infektionsprävention entwickelt sich nicht linear und gleichförmig, sondern situations- und risikoadaptiert. Eine pauschale Stundenfestlegung berücksichtigt weder das jeweilige infektionshygienische Risiko der Einrichtung noch vorhandene Qualifikationen, Fortbildungsformate oder bereits geleistete Schulungen.

Zudem bleibt unberücksichtigt, dass Fortbildungszeiten Arbeitszeit darstellen und entsprechend personell kompensiert werden müssen. In einer ohnehin angespannten Personalsituation führt die starre Verpflichtung zu festgelegten Fortbildungsstunden zu zusätzlichen Belastungen der Dienstplanung und in der Konsequenz entweder zu Mehrkosten oder zu Einschränkungen in der direkten Versorgung. Auch hier fehlt eine klare Regelung zur Refinanzierung der Fortbildungszeiten, was insbesondere für kleinere Einrichtungen ein erhebliches wirtschaftliches Risiko darstellt.

§ 7 Erkennung von Risiken

Die in § 7 des Verordnungsentwurfs geregelte Verpflichtung zur frühzeitigen Erkennung von Risiken der Weiterverbreitung übertragbarer Krankheitserreger ist in ihrer Zielrichtung grundsätzlich nachvollziehbar.

Nach geltender Rechts- und Fachsystematik liegt das frühzeitige Erkennen von Infektionsrisiken, insbesondere im Hinblick auf resistente und multiresistente Erreger, primär in ärztlicher Verantwortung. Die Identifikation entsprechender Risiken setzt regelmäßig eine medizinische Diagnostik voraus, die Pflegeeinrichtungen weder rechtlich noch fachlich autonom durchführen dürfen. Die Aufgabe der Einrichtungen besteht bereits heute darin, bei Verdachtsmomenten unverzüglich eine ärztliche Abklärung zu initiieren und die erforderlichen hygienischen Vorsorgemaßnahmen umzusetzen. Diese Praxis ist seit Jahren etabliert und wird im Rahmen der KRINKO-Empfehlungen ausdrücklich vorausgesetzt.

Soweit § 7 Absatz 1 nunmehr der Einrichtungsleitung auferlegt, „sicherzustellen“, dass frühzeitig erkannt wird, ob von einer Bewohnerin oder einem Bewohner ein Risiko für die Weiterverbreitung von Krankheitserregern ausgeht, besteht die Gefahr einer Verantwortungsverschiebung, die fachlich nicht gerechtfertigt ist. Die Einrichtung kann und darf keine eigenständige medizinische Diagnose stellen, sondern lediglich Beobachtungen erfassen, Risiken einschätzen und ärztliche Diagnostik veranlassen. Eine klare Differenzierung zwischen pflegerischer Risikoerkennung und ärztlicher Diagnosestellung fehlt im Verordnungstext. Ohne diese Differenzierung besteht das Risiko, dass der Eindruck entsteht, die Einrichtungen seien selbst zur medizinischen Früherkennung verpflichtet, was weder vom § 35 Infektionsschutzgesetz gedeckt noch praktisch umsetzbar ist.

Darüber hinaus ist darauf hinzuweisen, dass die im § 7 genannten Verpflichtungen in der Praxis bereits umgesetzt werden. In vollstationären Einrichtungen bestehen innerbetriebliche Verfahrensweisen zur Infektionsprävention, die auf den KRINKO-Empfehlungen beruhen. Bei Verdacht auf infektiöse Erkrankungen oder relevante Besiedelungen wird bereits heute standardmäßig eine ärztliche Abklärung veranlasst und bis zu deren Ergebnis werden risikoadaptierte Schutzmaßnahmen ergriffen. Insofern enthält § 7 keine inhaltlich neuen Anforderungen, sondern beschreibt im Wesentlichen bestehende Standards.

Kritisch zu bewerten ist zudem die Bezugnahme auf spezifische Erregerlisten, insbesondere auf Tabelle 1 der KRINKO-Empfehlung. Diese Hinweise sind fachlich sinnvoll, dürfen jedoch nicht dazu führen, dass daraus faktisch eine Verpflichtung zu zusätzlichen Screenings oder diagnostischen Maßnahmen abgeleitet wird. Der Verordnungsentwurf enthält keine Klarstellung dazu, ob und in welchem Umfang präventive Screenings verlangt werden sollen. Sollte dies intendiert sein, stellt sich zwingend die Frage der Kostenübernahme. Zusätzliche mikrobiologische Untersuchungen, Screenings oder Testverfahren verursachen erhebliche Kosten, deren Finanzierung weder im Verordnungsentwurf noch im Pflege- oder Krankenversicherungsrecht geregelt ist. Ohne eine klare Kosten- und Zuständigkeitsregelung besteht die Gefahr, dass Einrichtungen wirtschaftlich belastet werden oder notwendige Maßnahmen aus Unsicherheit unterbleiben.

§ 8 Akteneinsicht

Die in § 8 des Verordnungsentwurfs vorgesehene Regelung zur Akteneinsicht gewährt den mit Aufgaben der Hygiene und Infektionsprävention betrauten Fachkräften ein Einsichtsrecht in sämtliche Unterlagen der vollstationären Einrichtung, einschließlich der Bewohnerakten. Dieses Einsichtsrecht soll zwar an die Voraussetzungen der Erforderlichkeit zur Aufgabenerfüllung sowie an die allgemeinen datenschutzrechtlichen Vorgaben geknüpft sein, ist in seiner konkreten Ausgestaltung jedoch als zu weitgehend zu bewerten.

Zunächst ist festzustellen, dass durch die Regelung ein sehr umfassender Zugang zu sensiblen Unterlagen eröffnet wird, ohne dass der Umfang der Einsichtnahme hinreichend bestimmt oder begrenzt wird. Der Begriff der „Unterlagen der vollstationären Einrichtung einschließlich der Bewohnerakten“ umfasst potenziell nicht nur hygienerelevante Dokumente, sondern auch Organisations-, Personal-, Vertrags- und Verwaltungsunterlagen sowie besonders schützenswerte personenbezogene Gesundheitsdaten der Bewohnenden. Auch wenn die Einsichtnahme auf das Erforderliche beschränkt sein soll, bleibt offen, wer diese Erforderlichkeit im Einzelfall bestimmt und wie sie gegenüber der Einrichtungsleitung oder dem Träger abgegrenzt wird. Der Regelung fehlt damit die notwendige Normklarheit. Hinzu kommt, dass sich durch die Regelung faktisch Zugriffsrechte ergeben können, die üblicherweise allein dem Träger oder der Einrichtungsleitung vorbehalten sind. Dies betrifft insbesondere Unterlagen, deren Einsicht für hygienische Fragestellungen regelmäßig nicht erforderlich ist. Eine solche Ausweitung der Zugriffsrechte verändert die bisherige Verantwortungs- und Kompetenzordnung innerhalb der Einrichtungen, ohne dass dies ausdrücklich benannt oder begründet wird. Dies kann zu Unsicherheiten im Innenverhältnis der Einrichtungen sowie zu Konflikten hinsichtlich der datenschutzrechtlichen Verantwortung führen.

Nicht zuletzt bleibt ungeklärt, welche rechtlichen Konsequenzen sich aus der Einsichtnahme ergeben. Die Regelung schafft Einsichts- und Kenntnisrechte, klärt jedoch nicht, wie die Verantwortlichkeiten für das Ergreifen konkreter Maßnahmen ausgestaltet sind. Insbesondere bleibt offen, ob und in welchem Umfang aus der Einsichtnahme Handlungspflichten für hygienebeauftragte Pflegefachkräfte oder Hygienefachkräfte abgeleitet werden können oder ob die Verantwortung weiterhin ausschließlich bei der Einrichtungsleitung verbleibt. Diese Unklarheit birgt die Gefahr einer faktischen Verantwortungsdiffusion, die weder der Rechtssicherheit noch einem effektiven Hygienemanagement dient.

§ 9 Information des Personals

Es ist festzustellen, dass die in dieser Vorschrift normierten Informations- und Dokumentationspflichten bereits umfassend durch bestehende gesetzliche Regelungen abgedeckt und in der Praxis der vollstationären Einrichtungen seit Jahren etabliert sind, sodass es einer erneuten Regelung in einer untergesetzlichen Verordnung nicht bedarf. Insbesondere die §§ 13 und 43 IfSG normieren entsprechende Informationspflichten, die sich je nach Tätigkeitsbereich und Risikokonstellation unterscheiden. Diese gesetzlichen Vorgaben werden in den Einrichtungen durch Hygienepläne, regelmäßige Unterweisungen, Belehrungen und Schulungen umgesetzt und sind fester Bestandteil des Qualitätsmanagements sowie der Prüf- und

Aufsichtspraxis. Der Verordnungsentwurf wiederholt diese Verpflichtungen im Wesentlichen, ohne einen erkennbaren zusätzlichen fachlichen oder rechtlichen Mehrwert zu schaffen.

Kritisch zu bewerten ist darüber hinaus, dass § 9 eine mindestens jährliche Information sämtlicher Beschäftigter und weiterer in der Einrichtung tätiger Personen vorsieht, unabhängig von Art und Umfang ihrer Tätigkeit oder ihres konkreten Infektionsrisikos. Diese pauschale Vorgabe steht in einem Spannungsverhältnis zu den differenzierten Regelungen des § 43 IfSG für Beschäftigte, die mit Lebensmitteln in Berührung kommen und ausdrücklich eine Belehrung lediglich alle zwei Jahre vorsieht. Eine untergesetzliche Verordnung, die weitergehende und häufigere Informationspflichten normiert, ohne dies fachlich oder risikobezogen zu begründen, widerspricht der Systematik des Infektionsschutzgesetzes und führt zu einer inkonsistenten Rechtslage.

Auch die Verpflichtung zur fortlaufenden Information über Maßnahmen zur Verhütung und Bekämpfung nosokomialer und pflegeassoziiierter Infektionen sowie über Krankheitserreger mit Resistenzen und Multiresistenzen ist bereits geltendes Recht und etablierte Praxis. Diese Informationspflicht ergibt sich aus den allgemeinen Arbeitgeber- und Organisationspflichten, aus den Hygienestandards nach RKI- und KRINKO-Empfehlungen sowie aus den Regelungen des Qualitätsmanagements in der Pflege. Eine erneute normative Festschreibung führt zu einer weiteren Verdichtung formaler Anforderungen und einer zusätzlichen Dokumentationspflicht, ohne dass hierdurch ein zusätzlicher Beitrag zur Verbesserung des Infektionsschutzes zu erwarten ist.

Besonders problematisch ist der damit verbundene bürokratische Mehraufwand. Die Verpflichtung, jede Kenntnisnahme durch Unterschrift oder digitale Zeichnung zu bestätigen, bindet erhebliche personelle und zeitliche Ressourcen. Dies betrifft nicht nur das Pflegepersonal, sondern insbesondere auch Einrichtungsleitungen, die für Organisation, Nachweisführung und Kontrolle verantwortlich sind.

§ 10 Information bei Verlegung und Überweisung sowie sektorenübergreifende Zusammenarbeit

Es ist als ausreichend zu erachten, dass über das vorliegende Risiko informiert wird, da davon auszugehen ist, dass Kliniken, Rettungsdienste, Krankentransportdienste und Ärzte hinreichend, über die in den jeweiligen Fällen zu treffenden Schutzmaßnahmen informiert sind. Insbesondere erfolgt die Diagnose ohnehin durch einen Arzt, sodass die Informationspflichten in erster Linie bei diesem liegen und nicht bei der Einrichtung.

Weiterhin kann ein ganzheitlicher Gesundheitsschutz nur erreicht werden, wenn eine entsprechende Pflicht auch aus der jeweils anderen Perspektive besteht (bspw. Informationspflicht des Krankenhauses, bevor Verlegung in vollstationäre Einrichtung erfolgt).

In § 10 Abs. 2 Verordnungsentwurf ist die einrichtungsübergreifende Zusammenarbeit zum Zweck des Informationsaustausches bezüglich der Erkennung, Verhütung und Bekämpfung nosokomialer Infektionen und Erregern mit speziellen Resistenzen in Form von Netzwerken zwischen verschiedenen Leistungserbringern und weiteren Betroffenen vorgesehen. Es ist jedoch zu bezweifeln, dass ein solches Netzwerk tatsächlich einen Mehrwert bringt.

- Durch das IfSG besteht nach § 23 Abs. 1 die Verpflichtung für Einrichtungen, Erreger mit besonderen Resistenzen und Mehrfachresistenzen aufzuzeichnen, zu bewerten und auf Verlangen die Daten dem Gesundheitsamt vorzulegen.
- Seit 01.07.2009 gibt es eine bundesweite Meldepflicht für den Nachweis von MRSA aus Blut und Liquor und
- seit Mai 2016 besteht eine solche Pflicht auch für MRGN (4MRGN Enterobacteriaceae und Aci- netobacter spp.)
- Es gibt bereits über 100 [regionale MRE-Netzwerke](#) unter Moderation des öffentlichen Gesundheitsdienstes, die sich regelmäßig alle 2 bis 3 Jahre zum Erfahrungsaustausch treffen.

Die Netzwerke sollen ein abgestimmtes Handeln zwischen verschiedenen Akteuren im Gesundheitswesen, insbesondere Krankenhäusern, Rehabilitationseinrichtungen, Altenpflegeheimen, Arztpraxen und ambulanten Pflegediensten ermöglichen. Ziel ist es, eine konkrete Vorstellung von Art, Umfang und Dynamik des MRE-Problems in der Region zu bekommen und bei der Bekämpfung der Weiterverbreitung dieser Erreger bestmöglich zusammenarbeiten.

Das durch den Verordnungsentwurf geforderte Netzwerk würde augenscheinlich parallel zu den bereits bestehenden Netzwerken verlaufen. Dass sie einen Mehrwert bieten, ist erheblich in Zweifel zu ziehen, da bereits Netzwerke mit der gleichen Zielsetzung bestehen.

§ 11 Ordnungswidrigkeiten

Die in § 11 des Verordnungsentwurfs vorgesehene Regelung zu Ordnungswidrigkeiten stellt eine erhebliche Verschärfung der rechtlichen Folgen bei Verstößen gegen die in den §§ 3, 4, 9 und 10 normierten Pflichten dar. Durch den unmittelbaren Verweis auf § 73 Absatz 1a Nummer 24 Infektionsschutzgesetz werden Verstöße gegen diese Regelungen bußgeldbewehrt ausgestaltet. Aus fachlicher und rechtlicher Sicht begegnet diese Regelung erheblichen Bedenken, insbesondere im Hinblick auf Verhältnismäßigkeit, Zumutbarkeit und praktische Vollziehbarkeit.

Mit § 11 wird insbesondere sanktioniert, wenn entgegen § 3 Absatz 1 oder § 4 Absatz 1 keine Hygienefachkraft oder hygienebeauftragte Pflegefachkraft beschäftigt, eingesetzt oder zur Beratung hinzugezogen wird. Dabei bleibt unberücksichtigt, dass die Erfüllung dieser personellen Anforderungen nicht allein in der Dispositionsmacht der Einrichtungsträger liegt. Wie bereits im Zusammenhang mit §§ 3 und 4 dargelegt, setzt die Qualifikation als Hygienefachkraft oder hygienebeauftragte Pflegefachkraft aufwendige Weiterbildungsmaßnahmen mit erheblichem zeitlichem Umfang voraus oder ist davon abhängig, entsprechendes Personal auf dem Arbeitsmarkt zu finden. Beides ist angesichts des bekannten und anhaltenden Fachkräftemangels im Pflege- und Hygienebereich nur eingeschränkt möglich.

Vor diesem Hintergrund ist es zwingend erforderlich, vor der bußgeldrechtlichen Sanktionierung einen klar geregelten und ausreichend bemessenen Übergangs- und Implementierungszeitraum vorzusehen. In der derzeitigen Ausgestaltung besteht die reale Gefahr, dass Einrichtungen unmittelbar mit Inkrafttreten der Verordnung objektiv nicht erfüllbare Anforderungen treffen und

damit faktisch sofort den Tatbestand einer Ordnungswidrigkeit erfüllen, ohne dass ihnen ein pflichtwidriges Verhalten im engeren Sinne vorgeworfen werden kann. Eine solche Konstruktion widerspricht grundlegenden rechtsstaatlichen Prinzipien und dem Schuldgrundsatz im Ordnungswidrigkeitenrecht.

Besonders problematisch ist zudem die vorgesehene Sanktionierung unabhängig davon, ob die Nichterfüllung der personellen Anforderungen vom Einrichtungsträger tatsächlich zu vertreten ist. Wenn sich trotz nachweislicher Bemühungen keine geeignete Hygienefachkraft oder hygienebeauftragte Pflegefachkraft findet oder Weiterbildungsplätze nicht verfügbar sind, trifft den Träger kein vorwerfbares Verhalten. Gleichwohl würde nach dem Wortlaut des § 11 eine Ordnungswidrigkeit vorliegen. Die Auferlegung einer Geldbuße in solchen Konstellationen ist aus fachlicher und rechtlicher Sicht als unverhältnismäßig zu bewerten.

Auch die in § 11 Nummer 2 und 3 genannten Tatbestände, die an Verstöße gegen Informations- und Weitergabepflichten anknüpfen, verstärken den Eindruck einer Überregulierung. Wie bereits zu § 9 ausgeführt, sind Informationspflichten des Personals zu Hygiene und Infektionsprävention bereits umfassend geregelt und etabliert. Eine erneute Bußgeldandrohung bei formalen Abweichungen von zusätzlichen untergesetzlichen Vorgaben erhöht den Sanktionsdruck erheblich, ohne dass ein entsprechender zusätzlicher Schutzgewinn für Bewohnerinnen, Bewohner oder Personal erkennbar wäre.

Insgesamt führt § 11 des Verordnungsentwurfs dazu, dass Einrichtungen einem erheblichen haftungs- und sanktionsrechtlichen Risiko ausgesetzt werden, das in keinem angemessenen Verhältnis zu den tatsächlichen Einfluss- und Handlungsmöglichkeiten der Einrichtungsträger steht. Statt einer solchen repressiven Ausgestaltung wäre es aus hygienefachlicher Sicht sachgerechter, auf Beratung, schrittweise Umsetzung und nachvollziehbare Übergangsregelungen zu setzen. Erst wenn strukturelle, personelle und finanzielle Voraussetzungen realistisch geschaffen wurden, kann eine bußgeldbewehrte Pflicht normativ gerechtfertigt sein.

Fazit:

Der § 35 Infektionsschutzgesetz formuliert einen klaren Regelungsauftrag an die Länder, durch Rechtsverordnung für bestimmte Einrichtungen die jeweils erforderlichen Maßnahmen festzulegen. Dieser Auftrag ist jedoch nach seinem Sinn und Zweck nicht als Aufforderung zu einer umfassenden Neuregelung oder Verdichtung bestehender Anforderungen zu verstehen, sondern als Rahmenvorgabe, innerhalb derer die Länder den Infektionsschutz unter Berücksichtigung bestehender bundes- und landesrechtlicher Regelungen sicherstellen sollen.

Nach Überzeugung der LIGA der Freien Wohlfahrtspflege in Thüringen e.V. sowie der Landesarbeitsgemeinschaft (LAG) der privaten Verbände wird diesem Regelungsauftrag bereits durch die vorhandenen gesetzlichen und fachlichen Instrumente in vollem Umfang entsprochen. Insbesondere das Infektionsschutzgesetz selbst, die Maßstäbe und Grundsätze für die Qualität und Qualitätssicherung, die Verpflichtung zur Entwicklung eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements nach § 113 SGB XI, die landesspezifischen Rahmen-Hygienepläne sowie die Empfehlungen des Robert Koch-Instituts und der Kommission für Krankenhaushygiene und

Infektionsprävention bilden ein in sich geschlossenes, bewährtes und praxistaugliches Regelungssystem. Diese Vorgaben sind in den vollstationären Einrichtungen seit Jahren etabliert, werden umgesetzt und regelmäßig überprüft.

Die im Verordnungsentwurf vorgesehenen zusätzlichen Anforderungen führen demgegenüber zu einer erheblichen Verdichtung organisatorischer, personeller, dokumentarischer und finanzieller Pflichten, ohne dass ein erkennbarer zusätzlicher Nutzen für den Infektionsschutz nachgewiesen werden kann. In mehreren Regelungen werden unbestimmte Rechtsbegriffe eingeführt, Verantwortlichkeiten verschoben oder erweitert und Pflichten bußgeldbewehrt ausgestaltet, obwohl ihre Erfüllung aufgrund struktureller Rahmenbedingungen, insbesondere des bestehenden Fachkräftemangels, objektiv nicht in der Dispositionsmacht der Einrichtungsträger liegt. Dies wirft erhebliche Fragen der Normklarheit, Verhältnismäßigkeit und praktischen Vollziehbarkeit auf.

Besonders kritisch zu bewerten ist, dass die vorgesehenen Regelungen teilweise zu einer faktischen Doppelregulierung führen, bestehende bewährte Vorgaben wiederholen oder sogar in Widerspruch zu höherrangigem Recht treten. Gleichzeitig bleiben zentrale Fragen der Refinanzierung zusätzlicher personeller und organisatorischer Anforderungen ungeklärt. Die daraus resultierenden Mehrkosten würden zulasten der Pflegebedürftigen und der sozialen Sicherungssysteme gehen, ohne dass hierdurch ein proportionaler Zugewinn an Sicherheit oder Versorgungsqualität entsteht.

Die LIGA der Freien Wohlfahrtspflege in Thüringen e. V. sowie die Landesarbeitsgemeinschaft der privaten Verbände bringen ausdrücklich ihre Bereitschaft zum Dialog zum Ausdruck. Gerne würden die in dieser Stellungnahme und der anhängigen Synopse dargelegten fachlichen Auffassungen und Bewertungen in einem persönlichen Gespräch vertieft erläutert werden, ebenso wie die Beweggründe und Zielsetzungen des verordnungserstellenden Referates. Die LIGA-Geschäftsstelle wird daher in den kommenden Tagen nach Eingang dieser Stellungnahme einen Gesprächstermin anfragen.

Mit freundlichen Grüßen

Tino Grübel
LIGA-Geschäftsführer

Thomas Engemann
LAG der privaten Pflegeverbände