

BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN beschlossen, die Annahme des Gesetzentwurfs auf Drucksache 19/26545 in der vom Ausschuss für Gesundheit geänderten Fassung zu empfehlen.

Der **Ausschuss für Verkehr und digitale Infrastruktur** hat in seiner 103. Sitzung am 3. März 2021 mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU und SPD gegen die Stimmen der Fraktionen AfD, FDP, DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN beschlossen, die Annahme des Gesetzentwurfs auf Drucksache 19/26545 in der vom Ausschuss für Gesundheit geänderten Fassung zu empfehlen.

Der **Ausschuss für Bildung, Forschung und Technikfolgenabschätzung** hat in seiner 66. Sitzung am 3. März 2021 mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU und SPD gegen die Stimmen der Fraktionen AfD, FDP, DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN beschlossen, die Annahme des Gesetzentwurfs auf Drucksache 19/26545 in der vom Ausschuss für Gesundheit geänderten Fassung zu empfehlen.

Der **Ausschuss für Tourismus** hat in seiner 64. Sitzung am 3. März 2021 mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU und SPD gegen die Stimmen der Fraktionen AfD, FDP, DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN beschlossen, die Annahme des Gesetzentwurfs auf Drucksache 19/26545 in der vom Ausschuss für Gesundheit geänderten Fassung zu empfehlen.

Der **Ausschuss für die Angelegenheiten der Europäischen Union** hat in seiner 86. Sitzung am 3. März 2021 mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU und SPD gegen die Stimmen der Fraktionen AfD, FDP, DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN beschlossen, die Annahme des Gesetzentwurfs auf Drucksache 19/26545 in der vom Ausschuss für Gesundheit geänderten Fassung zu empfehlen.

Der **Ausschuss Digitale Agenda** hat in seiner 74. Sitzung am 3. März 2021 mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU und SPD gegen die Stimmen der Fraktionen AfD, FDP, DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN beschlossen, die Annahme des Gesetzentwurfs auf Drucksache 19/26545 in der vom Ausschuss für Gesundheit geänderten Fassung zu empfehlen.

Zudem hat der **Haushaltsausschuss** aufgrund seiner Beteiligung gemäß § 96 der Geschäftsordnung des Deutschen Bundestages einen eigenen Bericht vorgelegt.

Zu Buchstabe c

Der **Ausschuss für Recht und Verbraucherschutz** hat in seiner 133. Sitzung am 3. März 2021 mit den Stimmen der Fraktionen CDU/CSU, SPD, FDP, DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN gegen die Stimmen der Fraktion der AfD beschlossen, die Ablehnung des Antrags auf Drucksache 19/26903 zu empfehlen.

Der **Ausschuss für Wirtschaft und Energie** hat in seiner 109. Sitzung am 3. März 2021 mit den Stimmen der Fraktionen CDU/CSU, SPD, FDP, DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN gegen die Stimmen der Fraktion der AfD beschlossen, die Ablehnung des Antrags auf Drucksache 19/26903 zu empfehlen.

IV. Beratungsverlauf und Beratungsergebnisse im federführenden Ausschuss

Beratungsverlauf

Der **Ausschuss für Gesundheit** hat in seiner 136. Sitzung am 22. Februar 2021 die Beratungen zu dem Gesetzentwurf auf Drucksache 19/26545 aufgenommen.

Die öffentliche Anhörung fand in der 137. Sitzung am 22. Februar 2021 statt. Der entsprechende Anhörungsbeschluss wurde im Umlaufverfahren gefasst. Gegenstand der Anhörung waren der Gesetzentwurf auf Drucksache 19/26545 sowie die dazugehörigen Änderungsanträge der Fraktionen der CDU/CSU und SPD auf Ausschussdrucksache 19(14)287.1. Als sachverständige Organisationen waren eingeladen: Aktionsbündnis Patientensicherheit (APS), Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege (BAGFW), Bundesärztekammer (BÄK), Bundespflegekammer, Bundesverband der Ärztinnen und Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (BVÖGD), Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände (ABDA), Bundesverband Deutscher Krankenhausapotheker (ADKA), Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste (bpa), Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände (BDA), Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände (BVKom), Deutsche Akademie der Naturforscher Leopoldina (Leopoldina), Deutsche Gesellschaft für Infektiologie (DGI), Deutsche Gesellschaft für Public Health (DGPH), Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG), Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für

Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI), Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK), Deutscher Caritasverband (Caritas), Deutscher Ethikrat, Deutscher Gewerkschaftsbund (DGB), Deutscher Richterbund (DRB), Gesellschaft für Virologie (GfV), GKV-Spitzenverband, Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (MDS), Sozialverband Deutschland (SoVD), Sozialverband VdK Deutschland, ver.di – Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft (ver.di) und Verband der privaten Krankenversicherung (PKV). Als Einzelsachverständige waren eingeladen: Prof. Dr. Michael Brenner (Lehrstuhl für Deutsches und Europäisches Verfassungs- und Verwaltungsrecht, Universität Jena), Prof. Dr. Thorsten Kingreen (Lehrstuhl für Öffentliches Recht, Sozialrecht und Gesundheitsrecht Universität Regensburg), Prof. Dr. Gérard Krause (Helmholtz Zentrum für Infektionsforschung), Prof. Dr. Anna Leisner-Egensperger (Lehrstuhl für Öffentliches Recht und Steuerrecht Friedrich-Schiller-Universität Jena), Prof. Dr. Hinnerk Wißmann (Westfälische Wilhelms-Universität Münster, Lehrstuhl für Öffentliches Recht, insb. Verwaltungswissenschaften, Kultur- und Religionsverfassungsrecht) und Prof. Dr. Ferdinand Wollenschläger (Lehrstuhl für Öffentliches Recht, Europarecht und Öffentliches Wirtschaftsrecht, Universität Augsburg). Auf das Wortprotokoll und die als Ausschussdrucksachen verteilten Stellungnahmen wird verwiesen.

Der Ausschuss für Gesundheit hat in seiner 141. Sitzung am 3. März 2021 die Beratungen zum Gesetzentwurf auf Drucksache 19/26545 fortgesetzt, die Beratungen zu den Anträgen auf den Drucksachen 19/26899 und 19/26903 aufgenommen und zu allen drei Vorlagen abgeschlossen.

Beratungsergebnisse

Der **Ausschuss für Gesundheit** hat mit den Stimmen der Fraktionen CDU/CSU und SPD gegen die Stimmen der Fraktionen AfD, FDP, DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN beschlossen, die Annahme des Gesetzentwurfs auf Drucksache 19/26545 in der vom Ausschuss geänderten Fassung zu empfehlen.

Ferner hat er mit den Stimmen der Fraktionen CDU/CSU, SPD, FDP, DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN gegen die Stimmen der Fraktion der AfD beschlossen, die Ablehnung des Antrags auf Drucksache 19/26899 zu empfehlen.

Weiter hat er mit den Stimmen der Fraktionen CDU/CSU, SPD, FDP, DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN gegen die Stimmen der Fraktion der AfD beschlossen, die Ablehnung des Antrags auf Drucksache 19/26903 zu empfehlen.

Änderungsanträge der Fraktionen der CDU/CSU und SPD zum Gesetzentwurf auf Drucksache 19/26545

Der Ausschuss für Gesundheit hat im Rahmen seiner Beratungen zum Gesetzentwurf auf Drucksache 19/26545 eine Reihe von Änderungen beschlossen. Zum Inhalt der Änderungsanträge und zur Begründung wird auf „B. Besonderer Teil“ des Berichts verwiesen.

Die auf Ausschussdrucksache 19(14)287.1neu vorliegenden Änderungsanträge der Fraktionen der CDU/CSU und SPD wurden mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU, SPD und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN gegen die Stimmen der Fraktionen der AfD und FDP bei Stimmenthaltung der Fraktion DIE LINKE. angenommen.

Änderungsanträge der Fraktion der FDP zum Gesetzentwurf auf Drucksache 19/26545

Weiter haben dem Ausschuss für Gesundheit zum Gesetzentwurf auf Drucksache 19/26545 auf Ausschussdrucksache 19(14)287.2neu sieben Änderungsanträge der Fraktion der FDP mit folgendem Inhalt vorgelegen:

Änderungsantrag 1

Zu Artikel 3

(Ausgleichszahlungen für Zahnärzte)

Nach Nummer 1 wird eine neue Nummer 1a eingefügt und wie folgt gefasst:

§ 85a SGB V Absatz 2 wird gestrichen.

§ 85a SGB V Absatz 4 werden Satz 2 und Satz 3 gestrichen.

Begründung

Hiermit werden echte Corona-Hilfen für Zahnärzte im eingeführt. Bisher waren die Vergütungen auf 90% der Gesamtvergütung des Jahres 2019 festgesetzt, sofern die erbrachten vertragszahnärztlichen Leistungen deutlich

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

unter den Werten des Jahres 2019 liegen. Lügen die erbrachten Leistungen etwa nur bei 80%, läge die Vergütung trotzdem bei 90%. Allerdings müsste dieser Vergütungsaufschlag in den Folgejahren an die Krankenkassen zurückgezahlt werden, es handelt sich also nur um einen kurzfristigen Kredit und nicht um echte Hilfszahlungen. Diese Rückzahlungsregelung soll nun sowohl für das Jahr 2020 als auch für 2021 entfallen. Damit handelt es sich um echte Wirtschaftshilfen für die Zahnärzte, die dann auch wie Ärzte Hilfen erhalten.

Änderungsantrag 2

Zu Artikel 3 Nummer 2

(Ausgleichszahlungen für Ärzte)

Nach § 87a Absatz 3a wird folgender Absatz 3b eingefügt:

„(3b) Mindert sich das Gesamthonorar eines vertragsärztlichen Leistungserbringers um mehr als 10 Prozent gegenüber dem Vorjahresquartal und ist diese Honorarminderung in einem Fallzahlrückgang in Folge einer Pandemie, Epidemie, Endemie, Naturkatastrophe oder eines anderen Großschadensereignisses begründet, kann die Kassenärztliche Vereinigung eine befristete Ausgleichszahlung an den vertragsärztlichen Leistungserbringer leisten. Die Ausgleichszahlung ist beschränkt auf Leistungen, die gemäß Absatz 3 Satz 5 und 6 außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung vergütet werden. Die Ausgleichszahlung ist in der Höhe zu mindern, in der der vertragsärztliche Leistungserbringer Entschädigungen nach dem Infektionsschutzgesetz oder finanzielle Hilfen aufgrund anderer Anspruchsgrundlagen erhält. Die Aufwendungen für die Ausgleichszahlungen sind der Kassenärztlichen Vereinigung durch die Krankenkassen zeitnah zu erstatten. Die Kassenärztliche Vereinigung hat den Krankenkassen die zur Erstattung notwendigen Daten zur Verfügung zu stellen.“

In § 87b Abs. 2a SGB V wird nach „Fallzahl“ die Wörter „oder der Fallwert“ eingefügt.

In § 87b Abs. 2a SGB V werden die Wörter „der Arztpraxis“ durch „der in Abs. 1 genannten Leistungserbringer“ ersetzt.

In § 87b Abs. 2a SGB V wird das Wort „kann“ durch das Wort „soll“ ersetzt.

Begründung

Hier soll der 90%-Rettungsschirm aus dem COVID-19-Krankenhausfinanzierungsgesetz wieder eingeführt werden. Die im Gesetzentwurf vorgesehene Regelung betrachtet zudem für Ausgleichszahlungen nur die Fallzahl, nicht aber ergänzend auch der Fallwert zur Berechnung einer Ausgleichszahlung. Infolge einer Pandemie kann nicht nur die Anzahl an Patienten sinken, also die Fallzahl, sondern auch die Leistungsmenge pro Patienten, was zur Folge haben kann, dass das durchschnittliche Honorar pro Patient sinkt und die betroffenen Leistungserbringer trotz konstanter Fallzahlen in eine finanzielle Schieflage geraten können.

Die Beschränkung der Ausgleichszahlungen auf „Arztpraxen“ ist nicht sinnvoll, hier sollten alle in § 87b Abs. 1 SGB V genannten Leistungserbringer berücksichtigt werden.

Weiter soll die Kann-Regelung durch eine Soll-Regelung ersetzt werden. Damit wird verbindlicher geregelt, dass Ausgleichszahlungen vorgenommen werden sollen.

Änderungsantrag 3

Zu Artikel 3

(Ausgleichszahlungen für Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen)

Es wird eine neue Nummer 2a eingefügt, Nummer 2a wird wie folgt gefasst:

§ 111d SGB V Abs. 2 Satz 4 wird neu gefasst:

„Die Ermittlung nach Satz 1 ist letztmalig für den Tag durchzuführen, an dem die epidemische Lage von nationaler Tragweite gemäß § 5 IfSG endet, eine Ermittlung nach Satz 1 soll nachträglich für Kalendertage ab dem 01. Februar 2021 vorgenommen werden.“

Begründung

Die Ausgleichszahlungen an Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen aufgrund von Einnahmeausfällen durch das neuartige Coronavirus SARS-CoV-2 sind am 31. Januar 2021 ausgelaufen. Sie wurden in der Vergangenheit

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

bereits in unregelmäßigen Abständen verlängert. Um das Ende der Ausgleichszahlungen flexibel an das Pandemiegeschehen anzupassen, wird statt einem festen Datum nun die Beendigung der epidemischen Lage von nationaler Tragweite festgelegt.

Weiter wird geregelt, dass Kalendertage ab dem 01. Februar 2021, also nach dem Auslaufen der bisherigen Regelung, nachträglich ermittelt und abgerechnet werden können. Somit entstehen den Kliniken keine Finanzierungslücken.

Änderungsantrag 4

Zu Artikel 3

(Ausgleichszahlungen für Heilmittelerbringer)

Es wird eine neue Nummer 2b eingefügt. Nummer 2b wird wie folgt gefasst:

§ 125 SGB V wird ein neuer Absatz 10 hinzugefügt:

„(10) Mindern sich die Einnahmen bei einzelnen Heilmittelerbringern in einem die Praxis oder selbständige Tätigkeit gefährdendem Umfang in Folge einer Pandemie, Epidemie, Endemie, Naturkatastrophe oder eines anderen Großschadensereignis, werden die Einnahmeausfälle bis zu einer Höhe von 90 Prozent des in dem letzten vollen Kalenderjahr vor der Feststellung einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite nach § 5 IfSG erbrachten Leistungen als Ausgleichszahlungen aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds erstattet. Der Antrag auf Gewährung der Ausgleichszahlung ist von dem Leistungserbringer bei der für ihn zuständigen Arbeitsgemeinschaft nach § 124 Absatz 2 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch zu stellen. Die Krankenkassen haben die Arbeitsgemeinschaften bei der Erfüllung ihrer Aufgaben zu unterstützen; insbesondere haben sie die Ausgleichszahlungen an die Leistungserbringer anzuweisen. Das Nähere zum Antragsverfahren und zur Anweisung der Ausgleichszahlung bestimmt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen.“

Begründung

Hier sollen Heilmittelerbringer nicht nur eine Einmalzahlung wie im Jahr 2020 erhalten, sondern ebenso wie Ärzte und Krankenhäuser eine fest geregelte Ausgleichszahlung.

Änderungsantrag 5

Zu Artikel 3

(Ausgleichszahlungen für Hebammen)

Es wird eine neue Nummer 2c eingefügt. Nummer 2c wird wie folgt gefasst:

§ 134a SGB V wird ein neuer Absatz 7 hinzugefügt:

„(10) Mindern sich die Einnahmen bei einzelnen Hebammen in einem die Praxis oder selbständige Tätigkeit gefährdendem Umfang in Folge einer Pandemie, Epidemie, Endemie, Naturkatastrophe oder eines anderen Großschadensereignis, werden die Einnahmeausfälle bis zu einer Höhe von 90 Prozent des in dem letzten vollen Kalenderjahr vor der Feststellung einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite nach § 5 IfSG erbrachten Leistungen als Ausgleichszahlungen aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds erstattet. Der Antrag auf Gewährung der Ausgleichszahlung ist beim Spitzenverband Bund der Krankenkassen zu stellen. Die Krankenkassen haben die Ausgleichszahlungen an die Leistungserbringer anzuweisen. Das Nähere zum Antragsverfahren und zur Anweisung der Ausgleichszahlung bestimmt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen.“

Begründung

Hier sollen Hebammen nicht nur eine Einmalzahlung wie im Jahr 2020 erhalten, sondern ebenso wie Ärzte und Krankenhäuser eine fest geregelte Ausgleichszahlung.

Änderungsantrag 6

Zu Artikel 4 / Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch:

(Ausgleich von pandemie-bedingten Mindereinnahmen)

Nummer 6 wird wie folgt geändert: Streichung des Absatzes 2a und Streichung der im Gesetzentwurf vorgenommenen Änderungen am Absatz 5a sowie unveränderte Beibehaltung des bisherigen Absatzes 2.

Begründung

Hiermit wird die derzeitige Regelung zum Ausgleich pandemie-bedingter Mindereinnahmen aufrechterhalten. Mit Blick auf die schleppend angelaufene Impfung und den anhaltenden Mangel an Impfstoffen sowie durch die aktuelle Unberechenbarkeit der Virusmutationen, die in den vergangenen Wochen und Monaten trotz aller Hygienemaßnahme zu größeren Ausbrüchen in den Pflegeheimen geführt haben, kann nicht von einer zeitnahen Rückkehr zum Normalbetrieb ausgegangen werden. Wir begrüßen eine schrittweise Rückkehr zur Normalität. Dies darf aber nicht mit der Gefahr einhergehen, dass wichtige Versorgungsangebote langfristig wegfallen. In der Praxis zeigt sich, dass z.B. durch Quarantäneanordnungen nach Krankenhausaufenthalt Doppelzimmer nicht belegt werden können, Einrichtungen wegen Todesfällen erst einmal Plätze nicht nachbesetzen können oder Tagespflegen ihre Gruppengrößen wegen der Einhaltung der Hygienevorschriften reduzieren müssen. Das gilt auch für Unterstützungsangebote im Alltag. Probleme resultieren vor allem daraus, dass die Anerkennung und der Ausgleich von Mindereinnahmen künftig nur noch möglich sein sollen, wenn diese aufgrund behördlicher oder landesrechtlicher Anordnungen entstehen. Jedoch erfolgen Anordnungen aufgrund der knappen Personalsituation des ÖGD oftmals nur mündlich bzw. telefonisch. Das erschwert die Erbringung des in Absatz 2a geforderten Nachweises.

In der Gesetzesbegründung heißt es, man solle anderweitige Mindereinnahmen beispielsweise infolge einer allgemein pandemiebedingten Nichtinanspruchnahme der Pflegeleistungen durch weitere Maßnahmen kompensieren. Die Anpassung der Kostenstrukturen an die veränderten Gegebenheiten oder auch Anpassung der Pflegesatz- bzw. Pflegevergütungsvereinbarung durch Verhandlungen mit den Kostenträgern kann in diesem Fall nur über eine Änderung der Personalstruktur erfolgen. Dies halten wir sowohl angesichts der Entwicklungen des vergangenen Jahres als auch des Personalnotstands in der Pflege für kontraindiziert.

Im Ergebnis stellt die geplante Neuregelung des § 150 Abs. 2 EpiLage-Fortgeltungsgesetz sowohl für die ambulanten Dienste als auch für die teilstationären und stationären Einrichtungen durch den fehlenden vollständigen Ausgleich der corona-bedingten Mindereinnahmen eine echte wirtschaftliche Existenzbedrohung dar, die es mit Blick auf die demografische Entwicklung zu verhindern gilt.

Änderungsantrag 7

Zu Artikel 4 / Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch:

(Wegfall der Regelung zur Verstetigung der Pflegehilfsmittelpauschale in § 40 SGB XI)

Es wird eine neue Nummer 1 eingefügt und wie folgt gefasst:

1. In § 40 Absatz 2 Satz 1 wird die Angabe „40 Euro“ durch die Angabe „60 Euro“ ersetzt.

Die nachfolgenden Nummern ändern sich entsprechend.

Begründung

Der Wegfall, der noch in der Formulierungshilfe vorgesehenen Erhöhung der Pflegehilfsmittelpauschale von 40 auf 60 Euro ins Dauerrecht ist zu kritisieren. Das Erreichen der Herdenimmunität ist in der aktuellen Situation noch nicht absehbar, so dass die vermehrt einzusetzenden Pflegehilfsmittel Betroffene noch lange in ihrem Pflegealltag begleiten werden. Unabhängig von der Corona-Pandemie ist eine Erhöhung der Mittel sachgerecht, da auch aktuellen Kostenentwicklungen Rechnung getragen werden muss.

Die Änderungsanträge 1 bis 6 der Fraktion der FDP auf Ausschussdrucksache 19(14)287.2neu wurden mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU und SPD gegen die Stimmen der Fraktionen AfD, FDP und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN bei Stimmenthaltung der Fraktion DIE LINKE. abgelehnt.

Der Änderungsantrag 7 der Fraktion der FDP auf Ausschussdrucksache 19(14)287.2neu wurde mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU, SPD und AfD gegen die Stimmen der Fraktionen FDP und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN bei Stimmenthaltung der Fraktion DIE LINKE. abgelehnt.

Weiter haben dem Ausschuss für Gesundheit zum Gesetzentwurf auf Drucksache 19/26545 zwei weitere Änderungsanträge der Fraktion der FDP auf Ausschussdrucksache 19(14)287.3 mit folgendem Inhalt vorgelegen:

Änderungsantrag 1

Zu Artikel 3 Nr. 1

(Priorisierung bei beschränkter Verfügbarkeit von Impfstoffen gegen das Coronavirus)

§ 20a IfSG wird wie folgt gefasst:

“(1) Bei beschränkter Verfügbarkeit von Impfstoffen gegen das Coronavirus darf nach näherer Maßgabe von Absatz 2 bis 7 eine Priorisierung der Anspruchsberechtigten für Schutzimpfungen und ggfs. erforderliche Folge- und Auffrischimpfungen nach Personengruppen (Prioritätsgruppen) festgelegt werden.

(2) Die höchste Priorität beim Zugang zur Schutzimpfung gegen das Coronavirus SARS-CoV-2 genießen folgende Personengruppen:

- 1. Personen im Alter von ≥ 80 Jahren*
- 2. Personen mit Trisomie 21 und Personen mit Behinderungen mit einem Grad der Behinderung von mindestens 50 und Pflegegrad 4 oder 5*
- 3. Bewohnerinnen und Bewohner von Senioren- und Altenpflegeheimen*
- 4. Personal mit besonders hohem Expositionsrisiko in medizinischen Einrichtungen (z.B. Notaufnahmen, medizinische Betreuung von COVID-19 Patientinnen und Patienten, Rettungsdienst, Beschäftigte aus Bereichen, in denen aerosolgenerierende Tätigkeiten an COVID-19- Patientinnen und Patienten durchgeführt werden, z.B. In- und Extubation, Bronchoskopie, Laryngoskopie)*
- 5. Personal in medizinischen Einrichtungen mit engem Kontakt zu vulnerablen Gruppen (z.B. Einrichtungen der Altenpflege; Einrichtungen die schwer immunsupprimierte/onkologische/transplantierte Patientinnen und Patienten betreuen; Palliativmedizin; mobile Impfteams)*
- 6. Pflegepersonal in der ambulanten und stationären Altenpflege*
- 7. andere Tätige in Senioren- und Altenpflegeheimen mit Kontakt zu den Bewohnerinnen und Bewohnern*

(3) Die zweithöchste Priorität beim Zugang zur Schutzimpfung gegen das Coronavirus SARS-CoV-2 genießen folgende Personengruppen:

- 1. Personen im Alter von $\geq 75-79$ Jahren*
- 2. Personal mit hohem Expositionsrisiko in medizinischen Einrichtungen (Infektionsstationen; hausärztliche und pädiatrische Praxen; KV-Notdienst; Transport von Notfallpatientinnen und -patienten; HNO-, Augen-, Zahn-Klinik oder -Praxis (enge Kontakte, dokumentierte Infektionsfälle bei med. Personal); Personal in Abstrichzentren; med. Personal des ÖGD mit Patientenkontakt)*
- 3. Personen in Institutionen mit einer Demenz oder geistigen Behinderung*
- 4. Tätige in der ambulanten oder stationären Versorgung von Personen mit Demenz oder geistiger Behinderung*
- 5. Personen, die in Kinderbetreuungseinrichtungen, in der Kindertagespflege und in Grundschulen, Sonderschulen oder Förderschulen tätig sind*

(4) Die dritthöchste Priorität beim Zugang zur Schutzimpfung gegen das Coronavirus SARS-CoV-2 genießen folgende Personengruppen:

- 1. Personen im Alter von $\geq 70-74$ Jahren*
- 2. Personen nach Organtransplantationen*

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

3. *Personen mit Vorerkrankungen mit hohem Risiko (Zustand nach Organtransplantation, aktive maligne hämatologische Erkrankungen, fortgeschrittene solide Tumorerkrankungen, die nicht in Remission sind, sowie Tumorerkrankungen unter aktueller systemischer Therapie (ausgenommen ausschließlich antihormonelle Monotherapie), interstitielle Lungenerkrankungen, psychiatrische Erkrankungen (bipolare Störung, Schizophrenie und schwere Depression), Demenz, Diabetes mellitus mit einem HbA1c ≥ 58 mmol/mol bzw. $\geq 7,5$ %, COPD und andere ähnlich schwere Lungenerkrankungen, Adipositas (BMI > 30 kg/m²), chronische Lebererkrankungen inkl. Leberzirrhose, chronische Nierenerkrankungen) und deren Kontaktpersonen*
4. *Bewohnerinnen und Bewohnern und Tätige in Gemeinschaftsunterkünften (z.B. für Kinder und Jugendliche, Asylsuchende, Obdachlose, Frauenhäuser)*
5. *Enge Kontaktpersonen von Schwangeren*
6. *Enge Kontaktpersonen bzw. Pflegende von Personen mit hohem Risiko*
7. *Personal mit moderatem Expositionsrisiko in medizinischen Einrichtungen (z.B. anderes medizinisches Personal in der ambulanten und stationären Versorgung mit Patientenkontakt, Blutspendepersonal, Reinigungspersonal in Kliniken und Praxen, Personal der stationären Impfzentren) und in Positionen, die für die Aufrechterhaltung der Krankenhausinfrastruktur besonders relevant (z.B. Tätige in der IT oder Krankenhaus- bzw. Medizintechnik, Personal des ÖGD ohne Patientinnen- und Patientenkontakt) sind*
8. *Teilbereiche des Öffentlichen Gesundheitsdienst*

(5) Die vierthöchste Priorität beim Zugang zur Schutzimpfung gegen das Coronavirus SARS-CoV-2 genießen folgende Personengruppen:

1. *Personen im Alter von ≥ 65 -69 Jahren*
2. *Personen mit Vorerkrankungen mit erhöhtem Risiko (Diabetes mellitus mit HbA1c < 58 mmol/mol bzw. $< 7,5$ %, Arrhythmie/Vorhofflimmern, koronare Herzkrankheit, Herzinsuffizienz, HIV-Infektion, Autoimmunerkrankungen, Krebserkrankungen in behandlungsfreier Remission, arterielle Hypertonie, rheumatologische Erkrankungen, Asthma bronchiale, chronisch entzündliche Darmerkrankungen, zerebrovaskuläre Erkrankungen/Apoplex und andere chronische neurologische Erkrankungen) und deren engste Kontaktpersonen*
3. *Personal mit niedrigem Expositionsrisiko in medizinischen Einrichtungen (z.B. Personal, das keine Patientinnen und Patienten (Verdacht auf) Infektionskrankheiten betreut und keine aerosolgenerierenden Tätigkeiten durchführt; Laborpersonal)*
4. *Lehrerinnen und Lehrer, sofern sie nicht unter Absatz 3 Nr. 5 fallen*
5. *Erzieherinnen und Erzieher, sofern sie nicht unter Absatz 3 Nr. 5 fallen*
6. *Personen mit prekären Arbeits- und/oder Lebensbedingungen (z.B.: Inhaftierte, Saisonarbeiter, Beschäftigte in Verteilzentren oder der Fleisch verarbeitenden Industrie)*

(6) Die fünfhöchste erhöhte Priorität beim Zugang zur Schutzimpfung gegen das Coronavirus SARS-CoV-2 genießen folgende Personengruppen:

1. *Personen im Alter von ≥ 60 -64 Jahren*
2. *Personal in Schlüsselpositionen der Landes- und Bundesregierungen, die zur Aufrechterhaltung zentraler staatlicher Funktionen eine Schlüsselstellung besitzen*
3. *Beschäftigte im Einzelhandel*
4. *Beschäftigte zur Aufrechterhaltung der öffentlichen Sicherheit mit erhöhtem Expositionsrisiko, insbesondere bei Polizei, Feuerwehr, Justiz, Bundeswehr, Abfallwirtschaft und öffentlichem Personennahverkehr*
5. *Berufsgruppen der kritischen Infrastruktur*

(7) Die niedrigste Priorität beim Zugang zur Schutzimpfung gegen das Coronavirus SARS-CoV-2 genießen alle übrigen Personen im Alter von < 60 Jahren.

(8) Die Schutzimpfungen werden zunächst in Impfzentren und durch mobile Impfteams, die den Impfzentren angegliedert sind, erbracht. Näheres zur Leistungserbringung und zum organisatorischen Ablauf der Schutzimpfungen, insbesondere der Terminvergabe, sowie zur Impfsurveillance, der Einbindung der niedergelassenen Ärzte, zur Finanzierung und zur Evaluierung der Schutzimpfungen regelt (sogenanntes nationales Impfportal) das Bundesministerium für Gesundheit durch Rechtsverordnung und mit Zustimmung des Bundestages. Die Rechtsverordnung muss auch regeln, dass die Impfzentren die Reihenfolge der Anspruchsberechtigten nach Abs. 2 bis 7 durch Führung von angemessenen Wartelisten gewährleisten müssen.

(9) Das Bundesministerium für Gesundheit kann durch Rechtsverordnung und mit Zustimmung des Bundestages nach Absatz 8 Satz 2 die Prioritätsgruppen nach Absatz 2 bis 7 konkretisieren. Sie kann von der dort vorgesehenen Reihenfolge im Einzelfall abweichen, sofern Impfstoffe nicht für alle in Absatz 2 bis 7 genannten Personengruppen geeignet sind. Ferner kann sie vorsehen, dass bestimmte Kontaktpersonen der Anspruchsberechtigten prioritär geimpft werden können. Die Rechtsverordnung kann für Regelungen nach diesem Absatz auf die Empfehlungen der Ständigen Impfkommission zur Durchführung von Schutzimpfungen gegen das Coronavirus SARS-CoV-2 verweisen.

(10) Für Rechtsstreitigkeiten im Zusammenhang mit den Schutzimpfungen gegen das Corona-Virus SARS-CoV-2 ist der Rechtsweg zu den Sozialgerichten eröffnet.“

Begründung

Die öffentliche Anhörung des Ausschusses für Gesundheit hat verdeutlicht, dass die im Gesetzentwurf vorgesehene Formulierung des § 20a IfSG unkonkret ist. Die Nennung von Impfzielen und deren Berücksichtigung bei der Priorisierung bei beschränkter Verfügbarkeit von Impfstoffen sind nicht ausreichend. Der parlamentarische Gesetzgeber ist daher in der Pflicht, „auch im Falle einer Delegation seiner Regelungsbefugnis zumindest die Art der anzuwendenden Auswahlkriterien und deren Rangverhältnis untereinander“ (BVerfGE 33, 303/345f.) festzulegen. Es ist daher die Aufgabe des Gesetzgebers, die Verteilung von Impfstoff gesetzlich zu regeln.

Aufgrund einer begrenzten Impfstoffverfügbarkeit muss eine Priorisierungsentscheidung im Infektionsschutzgesetz normiert werden. Denn zunächst kann die Impfung nur bestimmten Personengruppen angeboten werden, die ein besonders hohes Risiko für schwere oder tödliche Verläufe einer COVID-19 Erkrankung haben. Des Weiteren besteht für Personengruppen, die besonders exponiert sind oder in engen Kontakt zu vulnerablen Personengruppen stehen, ebenfalls eine besonders hohe Schutzbedürftigkeit. Die hier vorgenommene Priorisierung der Verimpfung ist an die Empfehlung der Ständigen Impfkommission (STIKO) vom 4. Februar 2021 angelehnt.

Die Schutzimpfungen werden zunächst in Impfzentren und durch mobile Impfteams, die den Impfzentren angegliedert sind, sowie durch niedergelassene Ärzte erbracht. Ein dafür notwendiges nationales Impfportal, welches die Leistungserbringung, den organisatorischen Ablauf der Schutzimpfungen, und die Evaluierung der Schutzimpfungen regelt ist durch Rechtsverordnung und mit Zustimmung des Bundestages zu erlassen. 5

Im Interesse der Rechtssicherheit ist es Aufgabe der jeweiligen Impfzentren, Wartelisten mit Personen aus der jeweils aktuellen Prioritätsgruppe zu führen.

Der enge sachliche Zusammenhang mit dem sozialrechtlichen Leistungsanspruch auf Schutzimpfungen nach § 20i SGB V spricht für eine Eröffnung des Rechtswegs zu den Sozialgerichten.

Änderungsantrag 2

(Befristung der epidemischen Lage von nationaler Tragweite)

1. Nach Artikel 10 wird folgender Artikel 10a eingefügt:

„Artikel 10a

Weitere Änderung des Infektionsschutzgesetzes

Das Infektionsschutzgesetz, das zuletzt durch Artikel 1 dieses Gesetzes geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

Die durch Artikel 1 dieses Gesetzes vorgenommenen Änderungen des Infektionsschutzgesetzes werden aufgehoben.“

2. Artikel 11 wird wie folgt gefasst:

**„Artikel 11
Inkrafttreten**

(1) Dieses Gesetz tritt vorbehaltlich des Absatzes 2 am Tag nach der Verkündung in Kraft.

(2) Artikel 10a tritt am 1. Januar 2022 in Kraft.“

Begründung

Die öffentliche Anhörung des Ausschusses für Gesundheit hat verdeutlicht, dass die vorgesehene Entfristung verfassungsrechtlich höchst problematisch ist. Denn nach einhelliger Ansicht der vertretenen Verfassungsrechter sind die §§ 5 Abs. 2 S. 1 Nr. 4, 7-10 und 5a IfSG, die es dem Bundesministerium für Gesundheit gestatten, von Parlamentsgesetzen abzuweichen bzw. Ausnahmen von diesen vorzusehen, verfassungswidrig. Diese Ansicht wird vom Wissenschaftlichen Dienst des Bundestages geteilt. Daher wurde in der öffentlichen Anhörung eine Befristung des § 5 (wie im Gesetz zum Schutz der Bevölkerung bei einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite, BT-Drucksache 19/18111) empfohlen. Die Verfassungswidrigkeit des § 5 wird durch eine Entfristung durch § 5 Abs. 4 IfSG-neu weiter verschärft. Denn der vorliegende Gesetzesentwurf verleiht dem Bundesgesundheitsminister auch weiterhin die Befugnis, durch Rechtsverordnungen von einer Vielzahl von Parlamentsgesetzen abzuweichen und zwar in grundrechtswesentlichen Fragen, etwa zum Arzneimittelrecht oder zum ärztlichen Ausbildungsrecht. Das führt zu einer verfassungswidrigen Verschiebung der Gewichte zwischen Exekutive und Legislative. Der Wegfall der Befristung hat insofern nicht nur einen symbolischen Wert, sondern normiert auf unbestimmte Dauer, dass die in der Pandemie vorgenommenen Änderungen des Infektionsschutzrechtes fortbestehen. Eine dafür ausreichende Debatte, die diese gravierenden Änderungen des Infektionsschutzgesetzes rechtfertigt, hat allerdings nicht stattgefunden. Die Einführung von Sonderregeln durch das erste Bevölkerungsschutzgesetz wurden seinerzeit ausdrücklich als zeitlich befristete Notlösung begründet, vgl. dazu Artikel 7 iVm Artikel 3 des Gesetzes zum Schutz der Bevölkerung bei einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite. Daher ist der vorliegende Gesetzesentwurf bis zum 31.12.2021 befristet.

Der Änderungsantrag 1 der Fraktion der FDP auf Ausschussdrucksache 19(14)287.3 wurden mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU, SPD und AfD gegen die Stimmen der Fraktion der FDP bei Stimmenthaltung der Fraktionen DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN abgelehnt.

Der Änderungsantrag 2 der Fraktion der FDP auf Ausschussdrucksache 19(14)287.3 wurden mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU und SPD gegen die Stimmen der Fraktionen AfD, FDP und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN bei Stimmenthaltung der Fraktion DIE LINKE. abgelehnt.

Weiter haben dem Ausschuss für Gesundheit zum Gesetzesentwurf auf Drucksache 19/26545 ein weiterer Änderungsantrag der Fraktion der FDP auf Ausschussdrucksache 19(14)287.4 mit folgendem Inhalt vorgelegen:

Änderungsantrag

Zu Artikel 1 Nummer 4 und 5 neu (§ 56 Absatz 1a und 2 des Infektionsschutzgesetzes)

(Entschädigung)

Nach Artikel 1 Nummer 4 wird folgende Nummer 5 angefügt:

„5. § 56 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 1a wird nach Satz 1 folgender Satz eingefügt:

„Die Ausübung der Erwerbstätigkeit in Heimarbeit stellt keine anderweitige zumutbare Betreuungsmöglichkeit nach Satz 1 Nummer 2 dar.“

b) In Absatz 2 wird nach Satz 4 folgender Satz angefügt:

„Personen, die keinen Anspruch auf Krankengeld bei Erkrankung des Kindes nach § 45 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch geltend machen können wird im Falle des Eintritts der Voraussetzungen des Absatzes 1a darüber hinaus für das Kalenderjahr 2021 für jedes Kind längstens für 10 Arbeitstage, für Alleinerziehende längstens für 20 Arbeitstage, eine Entschädigung in Höhe des Krankengeldes bei Erkrankung

des Kindes nach § 45 Absatz 2 Sätze 2 bis 5 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch gewährt. Der Anspruch nach Satz 5 besteht für nicht mehr als 25 Arbeitstage, für Alleinerziehende für nicht mehr als 50 Arbeitstage.“

Begründung

Eine zeitgleiche Betreuung der eigenen Kinder während der Ausübung der Erwerbstätigkeit in Heimarbeit geht an der Lebensrealität der Betroffenen vorbei. Es bedarf einer dahingehenden eindeutigen Klarstellung im Gesetztext, dass eine Verweigerung des Entschädigungsanspruchs seitens der zuständigen Behörden nicht damit begründet werden kann, dass die Ausübung der Erwerbstätigkeit in Heimarbeit vorliegt oder möglich wäre und damit eine zumutbare Betreuungsmöglichkeit bestehen würde. Mit dem neu einzufügenden Satz geht daher die Schaffung von Rechtssicherheit für Antragsteller sowie zuständige Behörden einher.

Aus ordnungspolitischen Erwägungen heraus wäre statt einer Ausweitung des Anspruches auf Krankengeld bei Erkrankung des Kindes im Falle notwendiger Betreuung aufgrund von Schul- und Kitaschließungen eine einheitliche und für die Betroffenen unbürokratische Regelung der Entschädigungszahlungen über das Infektionsschutzgesetz für alle Betroffenen der richtige Ansatz gewesen. Da sich der Deutsche Bundestag sich aber bereits für erstgenannte Herangehensweise entschieden hat, gilt es sicherzustellen, dass keine Benachteiligungen für jene Betroffenen bestehen bleiben, bei denen kein Anspruch auf Krankengeld bei Erkrankung des Kindes über die gesetzliche Krankenversicherung besteht.

Alle Familien mit Kindern im Schul- und Kitaalter sind gleichermaßen von der Schließung von Schulen und Kitas in der Pandemie betroffen. Daher wollen wir alle erwerbstätigen Eltern auch gleichermaßen unterstützt wissen.

Dieser Änderungsantrag der Fraktion der FDP auf Ausschussdrucksache 19(14)287.4 wurden mit den Stimmen der Fraktionen CDU/CSU, SPD und DIE LINKE. gegen die Stimmen der Fraktionen AfD, FDP und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN abgelehnt.

Fraktionsmeinungen

Die **Fraktion der CDU/CSU** erläuterte, derzeit stiegen die positiven Testergebnisse und der Anteil der besorgniserregenden Virusvarianten. Würde man in dieser Situation die Maßnahmen zur Bekämpfung der Ausbreitung des Corona-Virus aufheben, würde das Gesundheitssystem überfordert und die COVID-19-Fälle mit einem schweren Verlauf, die Long-COVID-Fälle sowie die Todesfälle würden ansteigen. Daher seien die Feststellung der epidemischen Lage von nationaler Tragweite und die darauf basierenden Verordnungen des Bundesministeriums für Gesundheit wie die Test- und Impfverordnung weiterhin unverzichtbar. In dem vorliegenden Gesetzentwurf werde nun geregelt, dass das Parlament alle drei Monate darüber entscheiden müsse, ob die epidemische Lage fortbestehe. Das stärke die parlamentarische Beteiligung. Zu den Änderungsanträgen der FDP wurde ausgeführt, dass das Bundesministerium für Gesundheit derzeit eine Regelung zur Impfung gegen COVID-19 durch niedergelassene Ärzte vorbereite. Deshalb werde man den diesbezüglichen Änderungsanträgen der FDP zur gesetzlichen Normierung der Impfreihenfolge nicht zustimmen. Mit dem Anstieg verfügbarer Impfdosen und deren Bereitstellung über den Apothekengroßhandel würden zusätzlich zu den Impfzentren und mobilen Impfteams auch Arztpraxen oder Betriebsärzte impfen können. Die Koalitionsfraktionen verlängerten in dem vorliegenden Gesetzentwurf den auf 60 Euro angehobenen Satz der Pflegehilfsmittelpauschale bis Ende 2021. Bei stationären Pflegeeinrichtungen werde die Erstattungsfähigkeit von Mindereinnahmen bis Ende Juni 2021 verlängert. Damit seien die größten Finanzsorgen behoben. Schutzschirme seien zwar wichtig, müssten jedoch finanziell hinterlegt sein. Die Änderungsanträge der FDP seien kaum umzusetzen, weil die Haushaltsmittel fehlten. Deshalb müsse man sie alle ablehnen. Künftig würden die flächendeckenden Schnelltests ausgeweitet und die Meldepflicht eines positiven Testergebnisses beibehalten, allerdings die Möglichkeit einer Ausnahme durch Rechtsverordnung geschaffen. Die Kombination aus Impfen, Testen und Nachverfolgung sei ein wichtiger Schlüssel für weitere Öffnungen und der Weg aus der Pandemie. Ein weiterer Fortschritt für Familien seien die Erleichterungen bei der Entschädigung nach § 56 IfSG. Der Kriterienkatalog in § 28a IfSG, der sich auf die Schutzmaßnahmen der Länder beziehe, werde angepasst. Nicht nur die 7-Tage-Inzidenz, sondern auch der R-Wert, der Anteil Geimpfter oder die Auslastung des Gesundheitssystems und die Virusmutationen würden künftig als Kriterien für das Ergreifen von Schutzmaßnahmen eine Rolle spielen. Zum Antrag der AfD-Fraktion auf Drucksache 19/26899, in dem die Etablierung einer Ständigen Epidemiekommision gefordert werde, erklärte die Fraktion, dass sich die AfD entscheiden müsse, entweder das SARS-CoV-2-Virus sei harmlos, dann könne die epidemische Lage aufgehoben werden und eine Epidemiekommision sei Mittelverschwendung, oder die AfD meine es ernst, dann müsse sie

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

aber der Feststellung der epidemischen Lage zustimmen. Aufgrund dieses Widerspruchs müssten beide Anträge abgelehnt werden.

Die **Fraktion der SPD** erklärte zu den AfD-Anträgen, diese seien inkonsistent und böten keine neuen Lösungsansätze und würden deshalb abgelehnt. Das gelte auch für die Anträge der FDP. Gesetzliche Regelungen zur Impfpriorisierung seien bereits mehrfach ausführlich beraten worden. Mit dem Gesetz zur Fortgeltung der pandemischen Lage und den Änderungsanträgen der Koalitionsfraktionen reagiere man auf die aktuelle Situation. Das Parlament müsse aber nach Ansicht der SPD-Fraktion und entgegen der Auffassung der CDU/CSU noch stärker in die pandemiebedingten Entscheidungen eingebunden werden. Dass die Feststellung der epidemischen Lage von nationaler Tragweite künftig befristet werde, sei vor diesem Hintergrund richtig. Wichtig sei, dass beispielsweise die Möglichkeit, Pflegezeit oder Familienpflegezeit in Anspruch zu nehmen, verlängert werde. Außerdem sei es gelungen, die vollständige Fortführung des Pflegeschutzschirms über den 31. März hinaus zu erreichen. Hier habe es große Sorgen gegeben. Außerdem seien die Klarstellungen und Verbesserungen bei dem Entschädigungsanspruch für Eltern mit Kindern sehr wichtig. Es sei zudem gut, dass die Minderung von behinderungsbedingten Risiken als ein Impfziel in das Infektionsschutzgesetz aufgenommen worden sei. Bedauerlich sei, dass die gesetzliche Ausgestaltung der Eigen- oder Laientests nicht möglich gewesen sei. Daran werde man aber in den kommenden Wochen arbeiten. Das Fortgeltungsgesetz verdeutliche, dass man mit den nun getroffenen gesetzlichen Regelungen auf die Notwendigkeiten reagiere.

Die **Fraktion der AfD** bemängelte, es werde auch mit diesem Gesetzentwurf versäumt, eine unabhängig und interdisziplinär besetzte Ständige Kommission einzurichten. Diese müsse die Aufgabe haben, das Parlament wissenschaftlich aufzuklären. Die vielfältigen Probleme infolge der epidemischen Notlagegesetze hätten verhindert werden können, wenn es so eine Kommission gegeben hätte. Ein solches Gremium solle für grundsätzliche Pandemiefragen zur Verfügung stehen, weil es auch in der Zukunft ähnliche Pandemien geben könne. Dann könne man es sich vielleicht auch ersparen, entweder eine unbefristete Gesetzeslage zu beschließen oder, wie jetzt vorgesehen, alle drei Monate zu verlängern, weil eine entsprechend fundiert vorbereitete Beratung solch eine Zuspitzung der Lage besser verhindern könne. Mit Hilfe der geforderten Kommission könne man jetzt vermutlich auch feststellen, dass die epidemische Lage aufzuheben oder gar nicht erst eingetreten ist. Daher widersprächen sich die beiden Forderungen nach der Einrichtung einer Ständigen Kommission und der Aufhebung der epidemischen Lage nicht, sondern ergänzten sich.

Die **Fraktion der FDP** begrüßte, dass der Bundestag nun mindestens alle drei Monate der Feststellung der epidemischen Lage zustimmen müsse. Ebenso wurde begrüßt, dass die Impfziele jetzt im Gesetz aufgeführt und die Schutzschirme verlängert würden. Leider überwiegen allerdings die negativen Punkte. So eröffne die Feststellung der epidemischen Lage alle drei Monate dem Ministerium weiterhin die Möglichkeit, innerhalb dieser drei Monate Verordnungen ohne Zustimmung des Bundestages zu erlassen. Es finde insofern weiterhin eine Umgehung des Parlamentsvorbehaltes statt. Diese Regelung sei verfassungswidrig. Zudem sei die Nennung von Impfzielen allein nicht ausreichend. Die öffentliche Anhörung habe verdeutlicht, dass eine Impfpriorisierung gerade bei noch beschränkter Verfügbarkeit gesetzlich normiert sein müsse. Eine Beteiligung des Bundestages bei der Festlegung der Impfreiheitsfolge sei erforderlich, da die Frage, wer wann geimpft werde, Auswirkungen auf Leben und körperliche Unversehrtheit haben könne. Des Weiteren würden die Schutzschirme leider nicht eins zu eins verlängert. Es fehlten wichtige Akteure des Gesundheitswesens wie Hebammen, Heilmittelerbringer, Zahnärzte usw.. Daher lehne die Fraktion den Gesetzentwurf ab, genauso wie die beiden Anträge der AfD. Diese seien nicht geeignet, zu einer konstruktiven Lösung der Fragen der Pandemie beizutragen.

Die **Fraktion DIE LINKE**. begrüßte, dass die Koalitionsfraktionen versuchten, die Schutzmaßnahmen auf eine gesetzliche Grundlage zu stellen, die Regelungen im Infektionsschutzgesetz verfassungsgemäßer auszugestalten und das Parlament zu beteiligen. Allerdings sei dies eine Pseudobeteiligung. Denn nach wie vor erhalte der Bundesminister für Gesundheit umfangreiche Verordnungsermächtigungen, was die Linke bereits seit Längerem problematisiere. Aus ihrer Sicht werde nach wie vor sowohl gegen das Angemessenheits- als auch gegen das Bestimmtheitsgebot des Grundgesetzes verstoßen. Aus diesem Grund werde die Fraktion den Gesetzentwurf auch ablehnen, obwohl auch positive Regelungen zu finden seien. Das eine sei die Corona-Prämie für Pflegekräfte in Krankenhäusern. Diese werde deutlich aufgestockt und die Verteilung auf die Krankenhäuser verbessert. Ebenso sei die Erhöhung der Pflegehilfsmittelpauschale, die nun länger angelegt sei, zu begrüßen. Dennoch fehlen dringende soziale Verbesserungen, insbesondere für pflegende Angehörige. Dazu legt die Fraktion einen Entschließungsantrag vor. Bei den Änderungsanträgen der Koalitions- und der FDP-Fraktion ließen sich ebenfalls positive, aber auch abzulehnende Regelungen finden, weshalb man sich bei der Abstimmung dieser Änderungsanträge

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

enthalten werde. Die zueinander im Widerspruch stehenden Anträge der AfD müssten abgelehnt werden. Zum einen sei das Aufgabenfeld der geforderten Ständigen Epidemiekommision hinreichend unbestimmt, sodass mit konstruktiven Ergebnissen nicht zu rechnen sei. Zum anderen fordere die AfD, die epidemische Lage von nationaler Tragweite als für beendet zu erklären. Gleichzeitig soll aber eine Epidemiekommision eingerichtet werden. Es stelle sich die Frage, warum diese Epidemiekommision erforderlich sein solle, wenn es keine Pandemie gebe. Das passe aber ins Bild der relativ widersprüchlichen Politikstrategie der AfD.

Die **Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN** erklärte, die epidemische Lage von nationaler Tragweite sei weiterhin gegeben. Deswegen sei es richtig, diese Lage gesetzlich zu regeln. Es fehle allerdings die gesetzliche Verankerung eines Stufenkonzepts im Infektionsschutzgesetz, das auch von sehr vielen Expertinnen und Experten immer wieder gefordert werde. Ein solches Konzept sei von großer Bedeutung, denn die Pandemiebekämpfung befinde sich in einer schwierigen Phase. Auf der einen Seite gäbe es den verständlichen Wunsch in Teilen der Bevölkerung nach einer Lockerung der einschränkenden Maßnahmen. Auf der anderen Seite bestehe die Gefahr, dass das Infektionsgeschehen, angetrieben insbesondere durch infektiösere Virusmutationen, außer Kontrolle gerate. Der vorliegende Gesetzentwurf liefere leider keine Handhabe, um durch klare bundesweite Regelungen zum weiteren Vorgehen Berechenbarkeit und Verlässlichkeit zu schaffen. So drohe abermals ein Flickenteppich völlig unterschiedlicher Vorgehensweisen in den Bundesländern. Zudem brauche es ein interdisziplinäres Beratungsgremium, den Pandemierat, den die Fraktion schon seit Mai 2020 fordere. Daher könne man dem Gesetzentwurf leider nicht zustimmen. Die Änderungsanträge der Koalition hingegen verbesserten den Gesetzentwurf, so dass man diesen genauso wie den Änderungsanträgen der FDP zustimmen werde. Die Anträge der AfD wiederum seien nicht zustimmungsfähig.

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

B. Besonderer Teil

Soweit der Ausschuss für Gesundheit die unveränderte Annahme des Gesetzentwurfs auf **Drucksache 19/26545** empfiehlt, wird auf die Begründung im Gesetzentwurf verwiesen. Zu den vom Ausschuss für Gesundheit vorgeschlagenen Änderungen ist darüber hinaus Folgendes anzumerken:

Zu Artikel 1 – Änderung des Infektionsschutzgesetzes

Zu Nummer 0 (Inhaltsübersicht)

Hierbei handelt es sich um eine Anpassung der Inhaltsübersicht des Infektionsschutzgesetzes in der Folge der Änderungen von Artikel 1 Nummer 6 und 7.

Zu Nummer 1 (§ 5)

Anknüpfend an die im Gesetzentwurf enthaltenen Regelungen zur Verlängerung der Geltungsdauer werden unter anderem die Rechtsverordnungsermächtigungen im Bereich der Ausbildung der Gesundheitsberufe bei einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite inhaltlich weiterentwickelt und um weitere Gesundheitsberufe ergänzt.

Zu Buchstabe b

Zu Doppelbuchstabe aa

Mit der Erweiterung der Ermächtigungsgrundlage werden ausdrücklich Regelungen ermöglicht, die für den Fall beschränkter Verfügbarkeit von Arzneimitteln einschließlich Impfstoffen die priorisierte Abgabe und Anwendung der Arzneimittel oder die priorisierte Nutzung dieser durch den Bund und die Länder zu Gunsten bestimmter Personengruppen vorsehen. Die Änderung hat hinsichtlich der Regelungen zur Abgabe der Arzneimittel insoweit konkretisierenden Charakter, dass die Ermächtigungsgrundlage auch Regelungen zur priorisierten Abgabe der Arzneimittel durch die Apotheken sowie durch den Bund und die Länder ermöglicht. Im Hinblick auf eine priorisierte Nutzung der Arzneimittel durch den Bund oder die Länder sowie die priorisierte Anwendung der Arzneimittel wird die Ermächtigungsgrundlage erweitert, sodass u.a. der Erlass von Regelungen ermöglicht wird, die über den derzeitigen Regelungsinhalt der Corona-Impfstoffverordnung zur priorisierten Nutzung und Anwendung der Corona-Impfstoffe vom 8. Februar 2021 hinausgehen.

Im Übrigen wird mit der Streichung des Wortes „insbesondere“ im Einleitungsteil der Nummer 4 die Regeldichte der Norm aus Gründen der Bestimmtheit erhöht, um eine hinreichende Vorhersehbarkeit der Verordnungsermächtigung zu gewährleisten.

Zu Doppelbuchstabe bb

Mit Artikel 7 des Entwurfes eines Gesetzes zur Fortgeltung der die epidemische Lage von nationaler Tragweite betreffenden Regelungen wird die Geltungsdauer von § 5 Absatz 1 bis 5 verstetigt. Damit wird auch die Geltungsdauer der Ermächtigungsgrundlagen für den Erlass von Rechtsverordnungen, mit denen von den Approbationsordnungen für Ärzte, Zahnärzte und Apotheker abweichende Regelungen zur Gewährleistung der Fortführung des Studiums getroffen werden können, verstetigt. Die bisherigen Erfahrungen aus der Praxis haben gezeigt, dass es erforderlich sein kann, während einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite abweichende Regelungen zur Regelstudienzeit zu treffen, um sicherzustellen, dass diese besondere Situation keine Auswirkungen auf die Ausbildungsförderung nach dem Bundesausbildungsförderungsgesetz hat. Aus diesem Grund werden die bestehenden Ermächtigungsgrundlagen um diesen Aspekt erweitert und auch auf das Studium erstreckt, das Voraussetzung für die Erteilung einer Approbation als Psychotherapeutin oder Psychotherapeut nach § 7 des Psychotherapeutengesetzes ist.

Eine weitergehende Ermächtigungsgrundlage für Abweichungen von der Approbationsordnung für Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten ist hingegen nicht erforderlich. Anders als beispielsweise die Approbationsordnung für Ärzte enthält die Approbationsordnung für Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten keine Vorgaben zu den Veranstaltungen der hochschulischen Lehre oder zu Zeitpunkten, zu denen bestimmte Studienabschnitte durchzuführen sind. Vielmehr ist die Organisation sowohl der Bachelor- wie der Masterstudiengänge den Universitäten überlassen. Auch in Bezug auf die psychotherapeutischen Prüfungen sind Abweichungsmöglichkeiten nicht erforderlich, weil die Prüfungen ohnehin nicht unter Beteiligung von Patientinnen und Patienten statt-

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

finden oder Einzelprüfungen sind. Dies gilt entsprechend für die Eignungs- und Kenntnisprüfung. Da die Prüfungskandidatinnen und -kandidaten durch ihren Antrag auf Zulassung zur psychotherapeutischen Prüfung selbst über den Zeitpunkt der Prüfung entscheiden, sind dahingehend ebenfalls keine Abweichungsmöglichkeiten erforderlich.

Ferner ist mit § 21 des Gesetzes über die Ausübung der Zahnheilkunde die Approbationsordnung für Zahnärzte (ZÄPrO) zum 30. September 2020 außer Kraft und die „neue“ Approbationsordnung für Zahnärzte und Zahnärztinnen (ZApprO) zum 1. Oktober 2020 in Kraft getreten. Studierende, die das Studium der Zahnheilkunde vor dem 1. Oktober 2021 beginnen oder begonnen haben, können ihr Studium nach der „alten“ ZÄPrO beginnen und fortführen. Ab dem 1. Oktober 2021 beginnen die Studierenden das Studium der Zahnheilkunde nach der „neuen“ ZApprO. Für das Studium nach der „neuen“ ZApprO fehlte bislang eine entsprechende Ermächtigungsgrundlage für den Erlass von der ZApprO abweichender Regelungen. Da zum jetzigen Zeitpunkt nicht absehbar ist, bis wann die epidemische Lage von nationaler Tragweite andauern wird, ist es erforderlich, Vorkehrungen zu treffen und eine Ermächtigungsgrundlage aufzunehmen, die es ermöglicht, während einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite abweichende Regelungen von der „neuen“ ZApprO zu treffen, um die Fortführung des Studiums zu gewährleisten. Dies soll mit dem neu eingefügten Buchstaben f erreicht werden.

Im Übrigen wird mit der Streichung des Wortes „insbesondere“ im Einleitungsteil der Nummer 7 die Regeldichte der Norm aus Gründen der Bestimmtheit erhöht, um eine hinreichende Vorhersehbarkeit der Verordnungsermächtigung zu gewährleisten.

Zu Doppelbuchstabe cc

Mit der Streichung des Wortes „insbesondere“ im Einleitungsteil der Nummer 8 wird die Regeldichte der Norm aus Gründen der Bestimmtheit erhöht, um eine hinreichende Vorhersehbarkeit der Verordnungsermächtigung zu gewährleisten.

Zu Doppelbuchstabe dd

Mit der Streichung des Wortes „insbesondere“ im Einleitungsteil der Nummer 10 wird die Regeldichte der Norm aus Gründen der Bestimmtheit erhöht, um eine hinreichende Vorhersehbarkeit der Verordnungsermächtigung zu gewährleisten.

Erfahrungen aus den Ländern machen deutlich, dass in zunehmendem Maße auch die Durchführung der praktischen Ausbildungen in den Gesundheitsfachberufen von den Maßnahmen zur Eindämmung der SARS-CoV-2-Pandemie betroffen ist. Daher wird mit der Ergänzung in § 5 Absatz 2 Satz 1 Nummer 10 des Infektionsschutzgesetzes konkretisiert, dass auch bezüglich der praktischen Ausbildungen durch Rechtsverordnung abweichende Regelungen von den jeweiligen Berufsgesetzen und den jeweiligen auf der Grundlage der Berufsgesetze erlassenen Rechtsverordnungen geschaffen werden können. Dies schließt Regelungen zur Praxisanleitung mit ein. Ebenso wird der theoretische und praktische Unterricht generell als möglicher Abweichungsbereich aufgenommen.

Zu Buchstabe d

Zu Doppelbuchstabe bb

Hierbei handelt es sich um eine Folgeänderung zur Änderung nach Nummer 1 Buchstabe b Doppelbuchstabe bb. Wird die Feststellung der epidemischen Lage von nationaler Tragweite aufgehoben, kann es sein, dass sich die Studierenden zu diesem Zeitpunkt in einer Phase in ihrem Studium befinden, für die von der jeweiligen Approbationsordnung abweichende Regelungen getroffen wurden. Den Studierenden soll es dann möglich sein, diese Phase des Studiums auch nach den von der Approbationsordnung abweichenden Vorschriften abzuschließen. Die Regelung dient somit der Planungs- und Rechtssicherheit bei den Studierenden, den Universitäten und den zuständigen Behörden.

Zu Buchstabe e

Durch die Anpassung wird klarstellt, dass die Evaluation durch unabhängige Sachverständige und interdisziplinär erfolgen soll und die Wirksamkeit der auf Grundlage der in Satz 1 genannten Vorschriften erlassenen Maßnahmen insbesondere auf Basis epidemiologischer und medizinischer Erkenntnisse untersucht werden soll. Die Sachverständigen sind jeweils zur Hälfte von der Bundesregierung und vom Deutschen Bundestag zu bestimmen.

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Zu Nummer 1a (§ 8)

Durch die Ergänzung im § 8 Absatz 1 Nummer 1 werden auch Personen der Meldepflicht nach § 6 unterworfen, wenn sie, ohne Arzt zu sein, nach § 24 Satz 2 oder aufgrund einer Rechtsverordnung nach § 24 Satz 3 Nummer 1 befugt sind, patientennahe Schnelltests anzuwenden. Darunter fallen nicht solche Tests, die für die Eigenanwendung vorgesehen sind (sog. Selbsttests). Der Verdacht nach § 6 Absatz 1 Satz 1 IfSG liegt vor, wenn ein entsprechender Schnelltest positiv war, auch wenn keine Symptome bestehen.

Zu Nummer 1b (§ 9)

Zu Buchstabe a

§ 9 Absatz 2 Satz 1 Nummer 1 Buchstabe g wird um das Entnahmedatum des Untersuchungsmaterials als zu meldende Angabe ergänzt. Diese Anpassung ist notwendig, da sich in der Praxis herausgestellt hat, dass neben dem Eingangsdatum des Untersuchungsmaterials für die weiteren Ermittlungen und die Zuordnung von Vorgängen auch das Entnahmedatum des Untersuchungsmaterials relevant ist. Zudem wird diese Angabe in der Praxis genutzt, um bei asymptomatischen COVID-19-Fällen die Absonderungsdauer zu berechnen (vgl. auch die vorgesehene Änderung in § 56 Absatz 1).

Zu Buchstabe b

Mit zusätzlichen Angaben hinsichtlich weiterer Zuordnungsmerkmale für weitere Untersuchungen soll z. B. erreicht werden, durch diese eindeutigen Merkmale das automatisierte Zusammenführen von Mehrfach-, Ergänzungs- und Korrekturmeldungen zu ermöglichen und damit die Gesundheitsämter erheblich zu entlasten. Des Weiteren kann dadurch eine Verknüpfung nach § 13 Absatz 4 Satz 4 IfSG erfolgen, um beispielsweise Sequenzierungsdaten einer spezifischen Meldung zuordnen zu können und dadurch Daten beispielsweise zur Infektionsquelle mit einer speziellen Virusvariante verknüpfen zu können. Als ein Zuordnungsmerkmal in diesem Sinne kann sequenzierungsbezogenes Pseudonym im Sinne der Coronavirus-Surveillanceverordnung verstanden werden.

Zu Nummer 1c (§ 13)

Zu Buchstabe a

Die Aufhebung des Zustimmungserfordernisses des Bundesrates beim Erlass von Verordnungen im Zusammenhang mit molekularer und virologischer Surveillance dient der Flexibilisierung der Anpassungsmöglichkeiten in Bezug auf Regelungen auf diesem Gebiet. Die Tatsache, dass die Verordnungsermächtigung des § 13 Absatz 3 an eine Zustimmung des Bundesrates geknüpft ist, die Verordnungsermächtigung im Absatz 4 aber nicht, ist sachlich nicht nachvollziehbar. § 13 Absatz 3 Satz 8 gibt dem Bundesministerium für Gesundheit die Möglichkeit, bestimmten Einrichtungen zur Übermittlung von Proben an weitere Laboratorien zwecks weiterer Untersuchungen zu verpflichten.

Zu Buchstabe b

Durch die Verordnungsermächtigung im neuen Satz 2 wird das Bundesministerium für Gesundheit ermächtigt, bestimmte Personen oder Einrichtungen, die für die Durchführung von Schutzimpfungen verantwortlich sind (in Betracht kommen insbesondere an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringer und Betriebsärzte) zu verpflichten, dem Robert-Koch-Institut (RKI) und dem Paul-Ehrlich-Institut (PEI) ebenfalls bestimmte Angaben nach Satz 1 über die von ihnen durchgeführten Schutzimpfungen zu Zwecken der Impfsurveillance und der Pharmakovigilanz zu übermitteln oder diese der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung zur Verfügung zu stellen, damit diese in der Lage ist, ihre Verpflichtung nach Satz 1 zu erfüllen.

Die Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) unterliegen der Verpflichtung, die in Satz 1 genannten Angaben für Zwecke der Feststellung der Inanspruchnahme von Schutzimpfungen und von Impfeffekten (Impfsurveillance) an das RKI und für Zwecke der Überwachung der Sicherheit von Impfstoffen (Pharmakovigilanz) an das PEI zu übermitteln. Die KVen erhalten diese Angaben überwiegend im Rahmen der Abrechnung der ärztlichen Leistungen, die von den an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringern erbracht wurden.

Nach dem neuen Satz 3 sind die KVen befugt, die ihnen nach Satz 2 übermittelten Angaben zu verarbeiten, soweit dies erforderlich ist, um ihre Verpflichtung zur Übermittlung der Angaben an das RKI und das PEI nach Satz 1 zu erfüllen.

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Zu Nummer 1d (§ 15)

Zu Buchstabe a

Durch den neuen Absatz 1 Satz 3 wird das Bundesministerium für Gesundheit ermächtigt, die Meldepflicht für Personen, die PoC-Tests durchführen (ggf. temporär) aufzuheben, wenn sich z. B. in der Praxis ergeben sollte, dass es zu einer Überlastung der zuständigen Gesundheitsbehörden kommt.

Zu Buchstabe b

Es handelt sich um eine Folgeänderung zu Buchstabe a.

Zu Nummer 2 (§ 20)

Zu Buchstabe a

Die Fassung entspricht der bisherigen Fassung des Gesetzentwurfes. Ergänzend zur Änderung in § 20i Absatz 3 SGB V wird auch hier explizit das aufenthaltsbedingte Expositionsrisiko aufgenommen, um beispielsweise auch Personen berücksichtigen zu können, die aufgrund ihres Wohnumfeldes einem besonderen Infektionsrisiko ausgesetzt sind. Auch ein besonderes aus einer Behinderung erwachsendes Risiko soll berücksichtigt werden. Darüber hinaus wird die Regelung des Gesetzentwurfes zu § 20a Absatz 2a Satz 2 des Gesetzentwurfes aus Vereinfachungsgründen umformuliert, wonach im Fall der eingeschränkten Verfügbarkeit von Impfstoffen die Empfehlungen der Ständigen Impfkommision und die aufgrund des § 5 Absatz 2 Satz 1 Nummer 4 Buchstabe f sowie des § 20i Absatz 3 Satz Nummer 1 Buchstabe a, auch in Verbindung mit Nummer 2, erlassenen Rechtsverordnungen an den in § 20a Absatz 2a Satz 1 genannten Impfzielen auszurichten sind. Dies wird bereits durch Satz 1 ausgedrückt.

Zu Buchstabe b

Mit dem Masernschutzgesetz vom 10. Februar 2020 (BGBl. 2020 I S. 148) wurde in § 20 Absatz 10 vorgesehen, dass bestimmte Personengruppen, u. a. Personen, die bereits am 1. März 2020 in Gemeinschaftseinrichtungen untergebracht waren oder dort arbeiteten, den Nachweis über eine erfolgte Masernimpfung bis zum 31. Juli 2021 erbringen müssen. Mit der Änderung wird diese Frist bis zum 31. Dezember 2021 verlängert. Damit wird dem Umstand Rechnung getragen, dass die Organisation der Prüfung der Nachweispflicht wegen der andauernden COVID-19-Pandemie erschwert sein kann.

Zu Buchstabe c

Auch im Absatz 11 wird die Vorlagefrist für Nachweise der Masernimpfung bis zum 31. Dezember 2021 verlängert.

Zu Nummer 2a (§ 22)

Zu Buchstabe a

Die Umformulierung des Absatzes 1 dient einer klaren Nennung des Normadressaten, damit eine Anknüpfung an diese Norm in den Bußgeldvorschriften geschaffen werden kann.

Zu Buchstabe b

Die Einfügung soll eine höhere Flexibilität bei der Einführung digitaler Impfdokumentationen ermöglichen. So ist es für Schutzimpfungen gegen das Coronavirus SARS-CoV-2 derzeit erforderlich, von der Ermächtigung Gebrauch zu machen, um zeitnah eine digitale Impfdokumentation sicherzustellen. Das für die Bestätigung der Impfung benötigte Siegel muss die Anforderungen nach Artikel 36 der Verordnung (EU) Nr. 910/2014 des Europäischen Parlamentes und des Rates vom 23. Juli 2014 über elektronische Identifizierung und Vertrauensdienste für elektronische Transaktionen im Binnenmarkt und zur Aufhebung der Richtlinie 1999/93/EG (eIDAS-Verordnung) erfüllen.

Zu Nummer 2b (§ 24)

§ 24 Satz 2 enthält eine Ausnahme von dem in § 24 Satz 1 normierten Arzt- und Heilkundevorbehalt. Der bisherige § 24 Satz 2 regelte, dass Satz 1 nicht für die Anwendung von In-vitro-Diagnostika, die für patientennahe Schnelltests bei Testung auf HIV, Hepatitis-C-Virus, Severe-Acute-Respiratory-Syndrome-Coronavirus-2 (SARS-CoV-

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

2) und *Treponema pallidum* verwendet werden, gilt. Damit sollten Personen unabhängig von ihrer beruflichen Qualifikation berechtigt sein, die genannten Tests durchführen zu dürfen. Vorgaben aus dem Medizinprodukte-recht bleiben hiervon unberührt, insbesondere die Vorgaben der Medizinprodukte-Betreiberverordnung.

In der Praxis wurde die Regelung jedoch zum Teil dahingehend ausgelegt, dass es sich hierbei lediglich um eine Ausnahme vom Arztvorbehalt, nicht jedoch auch vom Heilkundevorbehalt handelt, mit der Folge, dass – entsprechend den Vorgaben des Heilpraktikergesetzes – neben Ärzten nur Heilpraktiker zur Anwendung der genannten In-vitro-Diagnostika berechtigt wären. Mit der Regelung war jedoch beabsichtigt worden, insbesondere die Arbeit der Beratungs- und Testeinrichtungen für besonders gefährdete Personengruppen zu erleichtern, die entsprechenden Tests ohne die Anwesenheit eines Arztes durchführen zu können (vgl. Beschlussempfehlung des Gesundheitsausschusses, BT-Drs. 19/15164, S. 44). Der Personenkreis sollte somit nicht auf Ärzte und Heilpraktiker begrenzt, sondern weit gefasst werden. Bei der Änderung handelt es sich somit lediglich um eine Klarstellung.

Zu Nummer 2c (§ 28a)

Zu Buchstabe a

Die Anpassung des Satzes 1 sieht vor, Entscheidungen über Schutzmaßnahmen auch im Hinblick auf die fortschreitende Verbreitung neuer Virusvarianten auszurichten. Insbesondere können sich bestimmte Virusvarianten mit einer schnelleren Geschwindigkeit verbreiten, sodass dadurch die Belastungsgrenzen des Gesundheitssystems schneller erreicht werden.

Zu Buchstabe b

Bereits vor dem Überschreiten eines Schwellenwertes können Maßnahmen bereits dann angezeigt sein, wenn einer Verbreitung von bestimmten Virusvarianten entgegengewirkt werden soll, die sich als besonders gefährlich erweisen. In der Praxis hat es sich gezeigt, dass neue Virusvarianten z. T. deutlich ansteckender sind, sodass bestimmte Schutzmaßnahmen bereits vor der Überschreitung der Schwellenwerte getroffen werden müssen, um die Verbreitung effektiv eindämmen zu können.

Zu Buchstabe c

Bei der Prüfung der Aufhebung oder Einschränkung der Schutzmaßnahmen nach den Sätzen 9 bis 11 ist nach dem neuen Satz 12 insbesondere auch die Anzahl der gegen COVID-19 geimpften Personen und die zeitabhängige Reproduktionszahl (der sog. R-Wert, mit der angegeben wird, wie viele Personen durch eine infizierte Person angesteckt werden) zu berücksichtigen, ebenso wie beispielsweise die Belastung des Gesundheitssystems.

Zu Nummer 3 (§ 36)

Zu Buchstabe a

Zu Doppelbuchstabe aa

Nach § 36 Absatz 8 Satz 1 Nummer 1 kann verordnet werden, dass Personen, die in die Bundesrepublik Deutschland einreisen wollen oder eingereist sind und bei denen die Möglichkeit besteht, dass sie einem erhöhten Infektionsrisiko für die Krankheit ausgesetzt waren, die zur Feststellung der epidemischen Lage von nationaler Tragweite geführt hat, insbesondere, weil sie sich in einem entsprechenden Risikogebiet aufgehalten haben, verpflichtet sind, sich in geeigneter Weise abzusondern, auch wenn die Voraussetzungen des § 30 Absatz 1 Satz 2 nicht vorliegen. Auf diese Weise wird künftig eine bundeseinheitliche Regelung für eine Quarantäne nach Aufenthalt in Risikogebieten vorgesehen. Außerdem wird in Abweichung von § 69 Absatz 1 Satz 1 Nummer 8 vorgesehen, dass die Kosten der Absonderung aus eigenen Mitteln zu bestreiten sind.

Gemäß § 36 Absatz 8 Satz 1 Nummer 2 wird die Bundesregierung ermächtigt, im Hinblick auf Personen, die in die Bundesrepublik Deutschland einreisen oder eingereist sind und bei denen die Möglichkeit besteht, dass sie einem erhöhten Infektionsrisiko bezüglich bestimmter Krankheiten ausgesetzt waren, bestimmte Datenübermittlungspflichten zu regeln. Die Änderung des § 36 Absatz 8 erweitert die mögliche Verpflichtung der Einreisenden. Es wird die Verpflichtung zur Angabe über das Vorliegen einer Impfdokumentation sowie von ärztlichen Zeugnissen oder Testergebnissen hinsichtlich der im Absatz 8 Satz 1 genannten Krankheit ergänzt. In einer Verordnung nach Absatz 8 kann auch eine Pflicht zur Übermittlung von den o. g. Dokumenten über das elektronische System nach § 36 Absatz 9 Satz 1 geregelt werden.

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Im Zusammenhang mit der aktuellen COVID-19-Pandemie hat sich in der Praxis gezeigt, dass insbesondere eine Pflicht zur Übermittlung von Testnachweisen über das o.g. elektronische System aus Sicht der zuständigen Behörden sachdienlich erscheint und die Überwachung der Erfüllung geltender Test- und Quarantänepflichten effizienter machen würde.

Zu Doppelbuchstabe bb

Es handelt sich um eine Folgeänderung zu Doppelbuchstabe aa.

Zu Doppelbuchstabe cc

Auch soweit eine Person nach Satz 1 Nummer 1 nicht als Ansteckungsverdächtiger zu qualifizieren ist, kann er einer Beobachtung nach § 29 unterworfen werden.

Zu Doppelbuchstabe dd

Der Wortlaut des neuen Satz 4 wird insofern angepasst, dass eine schriftliche Ersatzmitteilung nicht in Fällen vorzunehmen ist, in denen eine Ausnahme nach Satz 2 besteht, sondern nur in bestimmten Fällen, in denen eine Verpflichtung nach Satz 1 Nummer 2 durch Nutzung elektronische Kommunikationsmitteln aus bestimmten Gründen nicht möglich erscheint.

Zu Doppelbuchstabe ee

Es handelt sich um eine Folgeänderung zu Doppelbuchstabe aa.

Zu Buchstabe b

Zu Doppelbuchstabe aa

Es handelt sich um eine Folgeänderung zu Buchstabe a.

Zu Doppelbuchstabe bb

Mit der Bestimmung wird explizit ausgeschlossen, dass im Rahmen der Nutzung des im Absatz 9 beschriebenen elektronischen Meldesystems erhobenen Daten durch die zuständigen Behörden zu anderen Zwecken weiterverwendet werden können. Insbesondere wird eine Weitergabe dieser Daten an andere Stellen, auch zu Strafverfolgungszwecken, explizit ausgeschlossen. Die Vorschrift entspricht damit der Regelung in § 28a Absatz 4 Satz 6.

Zu Buchstabe c

Zu Doppelbuchstabe aa

Es handelt sich um eine Korrektur eines redaktionellen Fehlers.

Zu Doppelbuchstabe bb

Die Einfügung dient der Klarstellung, dass Reisende, die eine Ersatzmitteilung nutzen, nicht nur verpflichtet werden können, diese den in der Nummer 1 genannten Stellen vorzulegen, sondern auch diesen Stellen die Ersatzmitteilung auszuhändigen.

Zu Buchstabe d

Die Fassung entspricht der bisherigen Fassung des Gesetzentwurfes.

Zu Buchstabe e

Mit der Änderung wird dem Zitiergebot nach Artikel 19 Absatz 1 Satz 2 des Grundgesetzes Rechnung getragen.

Zu Nummer 4 (§ 56)

Zu Buchstabe a

Zu Doppelbuchstabe aa

Durch die Neufassung des Satzes 2 wird klargestellt, dass auch Personen, die aufgrund einer Rechtsverordnung nach § 36 Absatz 8 Satz 1 Nummer 1 einem Absonderungsgebot unterliegen, ebenso wie Personen, die einem solchen Gebot nach §§ 30, 32 unterliegen, einen Anspruch nach Satz 2 haben. Das gilt auch dann, wenn sie sich

als Erkrankte abzusondern haben, jedoch ist wie bisher ein Verdienstausschluss Voraussetzung, der etwa dann nicht eintritt, soweit eine Entgeltersatzleistung gewährt wird. Die Formulierung ist einheitlich im Präsens gefasst, auch wenn natürlich bereits in der Vergangenheit liegende Fälle erfasst werden (soweit dieses Gesetz neue Ansprüche begründet, mit dem Zeitpunkt des Inkrafttretens dieses Gesetzes).

Weil in der Praxis eine Einstellung der beruflichen Tätigkeit bzw. eine häusliche Absonderung bereits ohne behördliche Verfügung stattfindet, soll durch den neuen Satz 3 ermöglicht werden, dass eine Entschädigung auch dann geleistet werden kann, wenn Personen sich bereits vor der Anordnung einer Absonderung nach § 30 oder eines beruflichen Tätigkeitsverbots nach § 31 vorsorglich abgesondert oder vorsorglich bestimmte berufliche Tätigkeiten ganz oder teilweise nicht ausgeübt haben und dadurch einen Verdienstausschluss erleiden. Voraussetzung ist, dass eine Anordnung einer Absonderung nach § 30 oder eines beruflichen Tätigkeitsverbots nach § 31 bereits zum Zeitpunkt der vorsorglichen Absonderung oder der vorsorglichen Nichtausübung beruflicher Tätigkeiten hätte erlassen werden können.

Zu Doppelbuchstabe bb

Es handelt sich um eine Folgeänderung zu Doppelbuchstabe aa.

Zu Buchstabe b

Zu Doppelbuchstabe aa

Die Fassung entspricht der bisherigen Fassung des Gesetzentwurfes.

Zu Doppelbuchstabe bb

Mit der Ergänzung wird sichergestellt, dass ein Entschädigungsanspruch nach § 56 Absatz 1a auch dann geltend gemacht werden kann, wenn der Zugang zum Kinderbetreuungsangebot eingeschränkt wird oder eine behördliche Empfehlung vorliegt, vom Besuch einer der genannten Einrichtungen abzusehen. Insoweit entspricht die Formulierung dem § 45 Absatz 2a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch. Der Anspruch soll unter diesen Voraussetzungen unabhängig davon bestehen, ob die geschuldete Arbeitsleistung nicht auch grundsätzlich im Homeoffice erbracht werden kann.

Zu Buchstabe c

Die Forderung nach Klarstellung, in Bezug auf welchem Zeitraum die 10 bzw. 20 Wochen, in denen eine Entschädigung ausgezahlt wird, in Anspruch genommen werden können, wurde vielfach aus der Praxis geäußert. Die Neufassung des Satzes 4 in zwei Sätzen dient der Klarstellung, dass die Entschädigung für jede erwerbstätige Person für längstens zehn Wochen, für eine erwerbstätige Person, die ihr Kind allein beaufsichtigt, betreut oder pflegt, für längstens 20 Wochen jeweils während eines laufenden Jahres der Dauer der vom Deutschen Bundestag festgestellten epidemischen Lage von nationaler Tragweite in Anspruch genommen werden kann. Der Jahreszeitraum beginnt mit der erstmaligen Feststellung des Deutschen Bundestages nach § 5 Absatz 1 Satz 1 (zum 28. März 2020). Dies gilt auch dann, wenn das Fortbestehen der epidemischen Lage von nationaler Tragweite festgestellt wird.

Die Entschädigung nach Absatz 1 soll ab der siebenten Woche künftig in Höhe von 67 Prozent des der erwerbstätigen Person entstandenen Verdienstausschlusses gewährt werden. Für einen vollen Monat wird höchstens ein Betrag von 2 016 Euro gewährt. Dasselbe soll von Anfang an für den Anspruch nach Absatz 1a gelten.

Zu Buchstabe d

Durch den Verweis auf das Entgeltfortzahlungsgesetz erfolgt die Ermittlung des Arbeitsentgelts als Ausgangsgröße für die Ermittlung der Entschädigung auf bekannten Regelungen, die in den systemgeprüften Entgeltabrechnungsprogrammen bereits seit Jahren hinterlegt sind.

Durch den Verweis auf die Berechnung des Kurzarbeitergeldes wird für alle Verfahrensbeteiligten eine einfach nachvollziehbare Berechnung des Verdienstausschlusses sichergestellt. Auch dies ist in den systemgeprüften Entgeltabrechnungsprogrammen seit Jahren hinterlegt. Dadurch wird zudem sichergestellt, dass die Arbeitgeber in der Lage sind, eine korrekte, bundeseinheitliche Entschädigung nach den Vorgaben des IfSG zu berechnen. Aktuell besteht der unhaltbare Zustand, dass weder Softwarehersteller noch Arbeitgeber wissen, wie sich die Entschädi-

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Mit der Regelung wird dem Zitiergebot nach Artikel 19 Absatz 1 Satz 2 des Grundgesetzes Rechnung getragen, weil die Regelungen zur epidemischen Lage von nationaler Tragweite entfristet werden.

Zu Artikel 11 (Inkrafttreten, Außerkrafttreten)

Zu Absatz 1 und 2

Bei der Neufassung der Inkrafttretensvorschrift handelt es sich um eine redaktionelle Folgeänderung. Absatz 1 und Absatz 2 entsprechen dabei der bisherigen Fassung des Artikels 11 des Entwurfes eines Gesetzes zur Fortgeltung der die epidemische Lage von nationaler Tragweite.

Zu Absatz 3

Mit der Regelung zum Inkrafttreten wird den Krankenhausapotheken und den krankenhausversorgenden Apotheken hinreichend Zeit zum Aufbau der erhöhten Vorräte eingeräumt. Mit dem Datum des Inkrafttretens sind die Regelungen der ITS-Arzneimittelbevorratungsverordnung nicht mehr erforderlich und daher aufzuheben.

Berlin, den 3. März 2021

Rudolf Henke
Berichtersteller

Hilde Mattheis
Berichterstellerin

Detlev Spangenberg
Berichtersteller

Christine Aschenberg-Dugnus
Berichterstellerin

Dr. Achim Kessler
Berichtersteller

Kordula Schulz-Asche
Berichterstellerin

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.