

Beschlussempfehlung und Bericht

des Ausschusses für Gesundheit (14. Ausschuss)

- a) zu dem Gesetzentwurf der Fraktionen der CDU/CSU und SPD
– Drucksache 19/26545 –

**Entwurf eines Gesetzes zur Fortgeltung der die epidemische Lage
von nationaler Tragweite betreffenden Regelungen**

- b) zu dem Antrag der Abgeordneten Detlev Spangenberg,
Paul Viktor Podolay, Dr. Robby Schlund, weiterer Abgeordneter
und der Fraktion der AfD
– Drucksache 19/26899 –

**Ständige Epidemiekommission einrichten – Unabhängige, ausgewogene
und umfassende Expertise für den Seuchenschutz in Deutschland
sicherstellen**

- c) zu dem Antrag der Abgeordneten Dr. Robby Schlund, Peter Boehringer,
Stephan Brandner, weiterer Abgeordneter und der Fraktion der AfD
– Drucksache 19/26903 –

**Sofortige Beendigung der epidemischen Lage von nationaler Tragweite –
Ende mit dem Endlos-Lockdown**

A. Problem

Zu Buchstabe a

Die Gesetzesinitianten stellen fest, mit dem Gesetz zum Schutz der Bevölkerung bei einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite vom 27. März 2020 seien erste Maßnahmen getroffen worden, um das Funktionieren des Gesundheitswesens in einer die gesamte Bundesrepublik Deutschland betreffenden epidemischen Lage sicherzustellen und die mit dieser besonderen Situation verbundenen negativen finanziellen Folgewirkungen abzumildern. Am 25. März 2020 und am 18. November 2020 habe der Deutsche Bundestag das Bestehen sowie das Fortbestehen der epidemischen Lage von nationaler Tragweite festgestellt (Plenarprotokoll 19/154, S. 19169 C und 19/191, S. 24109 C). Die daran anknüpfenden Regelungen seien bis zum 31. März 2021 befristet. Angesichts der nach wie vor dynamischen Lage im Hinblick auf die Verbreitung des Coronavirus SARS-CoV-2 und der hierdurch verursachten Krankheit COVID-19 sei es notwendig, die Geltung der Regelungen und Maßnahmen über den 31. März 2021 zu verlängern und die geschaffenen rechtlichen Grundlagen für künftige pandemische Lagen zu erhalten.

Zu Buchstabe b

Die Antragsteller sind der Auffassung, dass die Feststellung des Vorliegens bzw. des Nichtvorliegens der epidemischen Lage von nationaler Tragweite durch den Deutschen Bundestag nach dem Dritten Gesetz zum Schutz der Bevölkerung bei einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite und die durch das Infektionsschutzgesetz begründeten Grundrechtseinschränkungen bisher auf keinen verbindlich festgelegten wissenschaftlichen Kriterien, sondern auf weitgehend willkürlichen Entscheidungen beruhen.

Zu Buchstabe c

Die Antragsteller konstatieren, die für die Begründung der epidemischen Lage von nationaler Tragweite herangezogenen Daten 7-Tage-R-Wert, 7-Tage-Inzidenz und die COVID-19-bedingte Intensivbettenauslastung zeigten seit Wochen eine sinkende Tendenz. Eine ernsthafte Gefahr für die öffentliche Gesundheit, wie sie § 5 Absatz 1 Satz 4 des Infektionsschutzgesetzes für die epidemische Lage von nationaler Tragweite voraussetze, könne nicht mehr festgestellt werden. Es besteht die große Gefahr, dass das Fortbestehen der Corona-Maßnahmen mehr Opfer forderten als das Virus selbst, denn Suizide, gesundheitliche Folgeschäden, psychologische, soziale und wirtschaftliche Schäden seien die Folgen der Zwangsmaßnahmen.

B. Lösung

Zu Buchstabe a

Mit dem vorgelegten Gesetzentwurf soll sichergestellt werden, dass die zum Schutz der öffentlichen Gesundheit notwendigen Regelungen in einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite über den 31. März 2021 hinaus gelten.

Annahme des Gesetzentwurfs auf Drucksache 19/26545 in geänderter Fassung mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU und SPD gegen die Stimmen der Fraktionen AfD, FDP, DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN.

Zu Buchstabe b

Die Antragsteller fordern für die Feststellung von epidemischen Lagen von nationaler Tragweite nach § 5 Absatz 1 des Infektionsschutzgesetzes (IfSG) und als Bedingung für Grundrechtseinschränkungen nach dem IfSG ein Gesetz, mit dem eine Ständige Epidemiekommission (STEPKO) eingerichtet wird, die anhand objektiver bzw. objektivierter Kriterien Empfehlungen festlegt, welche Voraussetzungen erfüllt sein müssen, damit der Deutsche Bundestag von einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite ausgehen und diese beschließen sollte.

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

Zu Buchstabe c

Die Antragsteller fordern die sofortige Aufhebung der Feststellung der epidemischen Lage von nationaler Tragweite und die Außerkraftsetzung sämtlicher Grundrechtseingriffe und Ermächtigungen gegenüber dem Bürger, die auf dem Vorliegen einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite beruhten. Darüber hinaus müsse die Bundesregierung unverzüglich ein schlüssiges Konzept entwickeln und dem Deutschen Bundestag vorlegen, wie ein erneutes „Herunterfahren“ des öffentlichen Lebens verhindert werden könne.

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

C. Alternativen

Zu Buchstabe a

Ablehnung des Gesetzentwurfs.

Zu den Buchstaben b und c

Annahme eines Antrags oder beider Anträge.

D. Haushaltsausgaben ohne Erfüllungsaufwand

Zu Buchstabe a

Bund, Länder und Gemeinden

Der vorliegende Gesetzentwurf verlängert die Geltungsdauer der auf der Grundlage von § 36 Absatz 8 IfSG erlassenen Verordnung über den 31. März 2021 hinaus, sofern die Feststellung der epidemischen Lage von nationaler Tragweite nicht vorher aufgehoben wird. Da für die Zwecke dieser Verordnungen ein durch das Robert Koch-Institut nach § 36 Absatz 9 IfSG eingerichtetes Melde- und Informationssystem betrieben wird, fallen bei Verlängerung der Geltungsdauer der Verordnung weitere Kosten für den Betrieb und die Weiterentwicklung dieses Systems in Höhe von bis zu 1,7 Millionen Euro netto im Monat an.

Für die Länder können sich durch die Verlängerung der Geltung des § 56 Absatz 1a IfSG über den 31. März 2021 hinaus Mehrausgaben in nicht quantifizierbarer Höhe ergeben.

Durch die Beteiligung an den Kosten der Verlängerung der Regelungen zum Pflegeschutzschirm nach § 150 SGB XI und an den Kosten zur Erstattung für Aufwendungen für Testungen könnten sich für den Bund im Jahr 2021 einmalige Mehrausgaben in nicht quantifizierbarer Höhe ergeben.

Gesetzliche Krankenversicherung

Der vorliegende Gesetzentwurf sieht vor, dass Verordnungen, nach denen Versicherte Anspruch auf bestimmte Schutzimpfungen, bestimmte Testungen oder auf bestimmte Schutzmasken haben, nicht mehr spätestens mit Ablauf des 31. März 2021 außer Kraft treten. Dies hat keine unmittelbaren Kostenfolgen. Macht das Bundesministerium für Gesundheit von der Ermächtigung Gebrauch, folgt die Kostenbelastung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) dem Umfang der angeordneten Kostenübernahmeverpflichtung. Gleichzeitig kann mit entsprechenden Maßnahmen eine Verbesserung der Verhütung bestimmter Ansteckungen einhergehen. Dadurch werden Kosten für Krankenbehandlungen in nicht quantifizierbarer Höhe vermieden.

Für die gesetzliche Krankenversicherung ergeben sich aus der Verlängerung der Regelungen zum Pflegeschutzschirm nach § 150 des Elften Buches Sozialgesetzbuch (SGB XI) im Jahr 2021 einmalige Mehrausgaben von rund 30 Millionen Euro.

Soziale Pflegeversicherung

Für die soziale Pflegeversicherung ergeben sich aus der Verlängerung der Regelungen zum Pflegeschutzschirm nach § 150 SGB XI und den Kosten zur Erstattung für Aufwendungen für Testungen im Jahr 2021 einmalige Mehrausgaben von mindestens 3 Milliarden Euro, die durch Rechtsverordnung über einen Bundeszuschuss refinanziert werden können, soweit dies zur Sicherung der Beitragsstabilität notwendig wird.

Zu den Buchstaben b und c

Haushaltsausgaben ohne Erfüllungsaufwand wurden nicht erörtert.

E. Erfüllungsaufwand

Zu Buchstabe a

E.1 Erfüllungsaufwand für Bürgerinnen und Bürger

Die Maßnahmen, durch die im Gesetzentwurf nur Befugnisgrundlagen geschaffen werden, haben keine unmittelbaren Kostenfolgen. Soweit Rechtsverordnungen erlassen werden, könnten für Bürgerinnen und Bürger Kosten entstehen, die lagespezifisch und daher nicht allgemein bezifferbar sind.

E.2 Erfüllungsaufwand für die Wirtschaft

Die Maßnahmen, durch die im Gesetzentwurf nur Befugnisgrundlagen geschaffen werden, haben keine unmittelbaren Kostenfolgen. Soweit Rechtsverordnungen erlassen werden, könnten für die Wirtschaft Kosten entstehen, die lagespezifisch und daher nicht allgemein bezifferbar sind.

Davon Bürokratiekosten aus Informationspflichten

Keine.

E.3 Erfüllungsaufwand der Verwaltung

Die Maßnahmen, durch die im Gesetzentwurf nur Befugnisgrundlagen geschaffen werden, haben keine unmittelbaren Kostenfolgen. Soweit Rechtsverordnungen erlassen werden, könnten für die Verwaltung Kosten entstehen, die lagespezifisch und daher nicht allgemein bezifferbar sind.

Zu den Buchstaben b und c

Der Erfüllungsaufwand wurde nicht erörtert.

F. Weitere Kosten

Zu Buchstabe a

Für die private Pflege-Pflichtversicherung ergeben sich aus der Verlängerung der Regelungen zum Pflegeschutzschirm nach § 150 SGB XI entsprechend ihrem Anteil an den Pflegebedürftigen im Jahr 2021 einmalige Mehrausgaben von rund 25 Millionen Euro.

Zu den Buchstaben b und c

Weitere Kosten wurden nicht erörtert.

Beschlussempfehlung

Der Bundestag wolle beschließen,

- a) den Gesetzentwurf auf Drucksache 19/26545 in der aus der nachstehenden Zusammenstellung ersichtlichen Fassung anzunehmen;
- b) den Antrag auf Drucksache 19/26899 abzulehnen;
- c) den Antrag auf Drucksache 19/26903 abzulehnen.

Berlin, den 3. März 2021

Der Ausschuss für Gesundheit

Erwin Rüddel

Vorsitzender

Rudolf Henke
Berichterstatte

Hilde Mattheis
Berichterstatte

Detlev Spangenberg
Berichterstatte

Christine Aschenberg-Dugnus
Berichterstatte

Dr. Achim Kessler
Berichterstatte

Kordula-Schulz-Asche
Berichterstatte

Zusammenstellung

des Entwurfs eines Gesetzes zur Fortgeltung der die epidemische Lage
von nationaler Tragweite betreffenden Regelungen

– Drucksache 19/26545 –

mit den Beschlüssen des Ausschusses für Gesundheit (14. Ausschuss)

Entwurf		Beschlüsse des 14. Ausschusses	
Entwurf eines Gesetzes zur Fortgeltung der die epidemische Lage von nationaler Tragweite betreffenden Regelungen		Entwurf eines Gesetzes zur Fortgeltung der die epidemische Lage von nationaler Tragweite betreffenden Regelungen	
Vom ...		Vom ...	
Der Bundestag hat mit Zustimmung des Bundesrates das folgende Gesetz beschlossen:		Der Bundestag hat mit Zustimmung des Bundesrates das folgende Gesetz beschlossen:	
I n h a l t s ü b e r s i c h t		I n h a l t s ü b e r s i c h t	
Artikel 1	Änderung des Infektionsschutzgesetzes	Artikel 1	u n v e r ä n d e r t
Artikel 2	Änderung der Verordnung zur Sicherung der Ausbildungen in den Gesundheitsfachberufen während einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite	Artikel 2	u n v e r ä n d e r t
Artikel 3	Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch	Artikel 3	u n v e r ä n d e r t
Artikel 4	Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch	Artikel 4	u n v e r ä n d e r t
Artikel 5	Änderung des Pflegezeitgesetzes	Artikel 5	u n v e r ä n d e r t
Artikel 6	Änderung des Familienpflegezeitgesetzes	Artikel 6	u n v e r ä n d e r t
Artikel 7	Änderung des Gesetzes zum Schutz der Bevölkerung bei einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite	Artikel 7	u n v e r ä n d e r t
Artikel 8	Änderung des Dritten Gesetzes zum Schutz der Bevölkerung bei einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite	Artikel 8	u n v e r ä n d e r t
Artikel 9	Änderung des Krankenhauszukunftsgesetzes	Artikel 9	u n v e r ä n d e r t
		Artikel 9a	Änderung des Apothekengesetzes
		Artikel 9b	Änderung der Apothekenbetriebsordnung
		Artikel 9c	Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	Artikel 9d Änderung der COVID-19-Versorgungsstrukturen-Schutzverordnung
Artikel 10 Folgeänderungen	Artikel 10 u n v e r ä n d e r t
	Artikel 10a Einschränkung von Grundrechten
Artikel 11 Inkrafttreten	Artikel 11 Inkrafttreten, Außerkrafttreten
Artikel 1	Artikel 1
Änderung des Infektionsschutzgesetzes	Änderung des Infektionsschutzgesetzes
Das Infektionsschutzgesetz vom 20. Juli 2000 (BGBl. I S. 1045), das zuletzt durch Artikel 4a des Gesetzes vom 21. Dezember 2020 (BGBl. I S. 3136) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:	Das Infektionsschutzgesetz vom 20. Juli 2000 (BGBl. I S. 1045), das zuletzt durch Artikel 4a des Gesetzes vom 21. Dezember 2020 (BGBl. I S. 3136) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:
1. § 5 wird wie folgt geändert:	0. Die Inhaltsübersicht wird wie folgt geändert:
	a) Nach der Angabe zu § 67 wird die folgende Angabe zum 13. Abschnitt eingefügt:
	„13. Abschnitt – Rechtsweg und Kosten“.
	b) Nach der Angabe zu § 68 wird die Angabe zum bisherigen 13. Abschnitt gestrichen.
	1. § 5 wird wie folgt geändert:
a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:	a) u n v e r ä n d e r t
aa) In Satz 1 wird die Angabe „Satz 4“ durch die Angabe „Satz 6“ ersetzt.	
bb) In Satz 2 wird die Angabe „Satz 4“ durch die Angabe „Satz 6“ ersetzt.	
cc) Nach Satz 2 werden die folgenden Sätze eingefügt:	
„Die Feststellung nach Satz 1 gilt als nach Satz 2 aufgehoben, sofern der Deutsche Bundestag nicht spätestens drei Monate nach der Feststellung nach Satz 1 das Fortbestehen der epidemischen Lage von nationaler Tragweite feststellt; dies gilt entsprechend, sofern der Deutsche Bundestag nicht spätestens drei Monate nach der Feststellung des Fortbestehens der epidemischen Lage von nationaler Tragweite das Fortbestehen erneut feststellt. Die Feststellung des Fortbestehens nach Satz 3	

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
gilt als Feststellung im Sinne des Satzes 1.“	
	b) Absatz 2 Satz 1 wird wie folgt geändert:
	aa) Nummer 4 wird wie folgt geändert:
	aaa) In dem Satzteil vor Buchstabe a wird das Wort „insbesondere“ gestrichen.
	bbb) In Buchstabe f werden die Wörter „sowie Vergütung vorzusehen“ durch die Wörter „, Vergütung sowie für den Fall beschränkter Verfügbarkeit von Arzneimitteln einschließlich Impfstoffen zur Priorisierung der Abgabe und Anwendung der Arzneimittel oder der Nutzung der Arzneimittel durch den Bund und die Länder zu Gunsten bestimmter Personengruppen vorzusehen“ ersetzt.
	bb) Nummer 7 wird wie folgt geändert:
	aaa) In dem Satzteil vor Buchstabe a wird das Wort „insbesondere“ gestrichen.
	bbb) In Buchstabe b werden nach dem Wort „Ärzte“ die Wörter „die Regelstudienzeit,“ eingefügt.
	ccc) In Buchstabe c wird nach dem Wort „Zahnärzte“ ein Komma und werden die Wörter „sofern sie nach § 133 der Approbationsordnung für Zahnärzte und Zahnärztinnen weiter anzuwenden ist, die Regelstudienzeit,“ eingefügt.
	ddd) In Buchstabe d werden nach dem Wort „Apotheker“ die Wörter „die Regelstudienzeit,“ eingefügt und wird das Semikolon am Ende durch ein Komma ersetzt.
	eee) Die folgenden Buchstaben e und f werden angefügt:

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	„e) abweichend von der Approbationsordnung für Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten die Regelstudienzeit festzulegen,
	f) abweichend von der Approbationsordnung für Zahnärzte und Zahnärztinnen die Regelstudienzeit, die Zeitpunkte und die Anforderungen an die Durchführung der einzelnen Abschnitte der Zahnärztlichen Prüfung und der Eignungs- und Kenntnisprüfung, des Krankenpflegedienstes und der Famulatur festzulegen und alternative Lehrformate vorzusehen, um die Fortführung des Studiums und die Durchführung der Prüfungen zu gewährleisten;“.
	cc) In Nummer 8 wird in dem Satzteil vor Buchstabe a das Wort „insbesondere“ gestrichen.
	dd) Nummer 10 wird wie folgt geändert:
	aaa) In dem Satzteil vor Buchstabe a wird das Wort „insbesondere“ gestrichen.
	bbb) Buchstabe b wird wie folgt gefasst:
	„b) des theoretischen und praktischen Unterrichts, einschließlich der Nutzung von digitalen Unterrichtsformen,“.
	ccc) Nach Buchstabe b wird folgender Buchstabe c eingefügt:
	„c) der praktischen Ausbildung,“.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	ddd) Die bisherigen Buchstaben c bis e werden die Buchstaben d bis f.
<i>b)</i> Absatz 3 wird wie folgt geändert:	c) u n v e r ä n d e r t
aa) Satz 1 wird aufgehoben.	
bb) In dem neuen Satz 4 werden die Wörter „den Sätzen 1 und 2“ durch die Angabe „Satz 1“ ersetzt.	
<i>c)</i> Absatz 4 wird wie folgt geändert:	d) Absatz 4 wird wie folgt geändert:
aa) In Satz 1 wird nach dem Wort „Kraft“ das Komma und werden die Wörter „ansonsten spätestens mit Ablauf des 31. März 2021“ gestrichen.	aa) u n v e r ä n d e r t
	bb) In Satz 2 werden die Wörter „Absatz 2 Nummer 7 Buchstabe b, Buchstabe c oder Buchstabe d“ durch die Wörter „Absatz 2 Satz 1 Nummer 7 Buchstabe b bis f“ ersetzt.
bb) In Satz 3 wird nach dem Wort „Tragweite“ das Komma und werden die Wörter „spätestens auf den Ablauf des 31. März 2022“ gestrichen.	cc) u n v e r ä n d e r t
cc) In Satz 4 wird nach dem Wort „aufgehoben“ das Komma und werden die Wörter „ansonsten mit Ablauf des 31. März 2021“ gestrichen.	dd) u n v e r ä n d e r t
<i>d)</i> Folgender Absatz 9 wird angefügt:	e) Folgender Absatz 9 wird angefügt:
„(9) Das Bundesministerium für Gesundheit beauftragt eine externe Evaluation zu den Auswirkungen der Regelungen in dieser Vorschrift und in den §§ 5a, 28 bis 32, 36 und 56 im Rahmen der nach Absatz 1 Satz 1 festgestellten epidemischen Lage von nationaler Tragweite und <i>deren</i> Reformbedürftigkeit durch die <i>Deutsche Akademie der Naturforscher Leopoldina e. V.</i> Das Ergebnis der Evaluierung soll der Bundesregierung von der <i>Deutschen Akademie der Naturforscher Leopoldina e. V.</i> bis zum 31. Dezember 2021 vorgelegt werden. Die Bundesregierung übersendet dem Deutschen Bundestag bis zum 31. März 2022 das Ergebnis der Evaluierung sowie eine Stellungnahme der Bundesregierung zu diesem Ergebnis.“	„(9) Das Bundesministerium für Gesundheit beauftragt eine externe Evaluation zu den Auswirkungen der Regelungen in dieser Vorschrift und in den Vorschriften der §§ 5a, 28 bis 32, 36 und 56 im Rahmen der nach Absatz 1 Satz 1 festgestellten epidemischen Lage von nationaler Tragweite und zu der Frage einer Reformbedürftigkeit. Die Evaluation soll interdisziplinär erfolgen und insbesondere auf Basis epidemiologischer und medizinischer Erkenntnisse die Wirksamkeit der auf Grundlage der in Satz 1 genannten Vorschriften getroffenen Maßnahmen untersuchen. Die Evaluation soll durch unabhängige Sachverständige erfolgen, die jeweils zur Hälfte von der Bundesregierung und vom Deutschen Bundestag benannt werden. Das Ergebnis der Evaluierung soll der Bundesregierung bis zum 31. Dezember 2021 vorgelegt werden.“

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	Die Bundesregierung übersendet dem Deutschen Bundestag bis zum 31. März 2022 das Ergebnis der Evaluierung sowie eine Stellungnahme der Bundesregierung zu diesem Ergebnis.“
	1a. In § 8 Absatz 1 Nummer 1 werden nach den Wörtern „der feststellende Arzt“ die Wörter „sowie bei der Anwendung patientennaher Schnelltests bei Dritten die feststellende Person, wenn sie nach § 24 Satz 2 oder aufgrund einer Rechtsverordnung nach § 24 Satz 3 Nummer 1 zu solchen Schnelltests befugt ist“ eingefügt.
	1b. § 9 Absatz 2 Satz 1 wird wie folgt geändert:
	a) Nummer 1 Buchstabe g wird wie folgt gefasst:
	„g) Entnahmedatum oder Eingangsdatum des Untersuchungsmaterials,“.
	b) In Nummer 3 werden nach dem Wort „Meldenden“ die Wörter „sowie Zuordnungsmerkmale für weitere Untersuchungen“ eingefügt.
	1c. § 13 wird wie folgt geändert:
	a) In Absatz 3 Satz 8 werden die Wörter „mit Zustimmung des Bundesrates“ durch die Wörter „ohne Zustimmung des Bundesrates“ ersetzt.
	b) Nach Absatz 5 Satz 1 werden die folgenden Sätze eingefügt:
	„Das Bundesministerium für Gesundheit wird ermächtigt, durch Rechtsverordnung ohne Zustimmung des Bundesrates zu bestimmen, dass Personen oder Einrichtungen, die für die Durchführung von Schutzimpfungen verantwortlich sind, bestimmte Angaben nach Satz 1 zu von ihnen durchgeführten Schutzimpfungen für Zwecke der Impfsurveillance und der Pharmakovigilanz an das Robert Koch-Institut, an das Paul-Ehrlich-Institut oder an die zuständige Kassenärztliche Vereinigung zu übermitteln haben. Die Kassenärztlichen Vereinigungen sind befugt, die ihnen nach Satz 2 übermittelten Daten zu verarbeiten, soweit es erforderlich ist, um ihre Verpflichtung nach Satz 1 zu erfüllen.“

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	1d. § 15 wird wie folgt geändert:
	a) Dem Absatz 1 wird folgender Satz angefügt:
	„Das Bundesministerium für Gesundheit wird ermächtigt, durch Rechtsverordnung ohne Zustimmung des Bundesrates die Meldepflicht für feststellende Personen bei der Anwendung patientennaher Schnelltests bei Dritten aufzuheben.“
	b) In Absatz 3 Satz 1 wird jeweils nach der Angabe „Absatz 1“ die Angabe „Satz 1“ eingefügt.
	2. § 20 wird wie folgt geändert:
2. Nach § 20 Absatz 2 wird folgender Absatz 2a eingefügt:	a) Nach Absatz 2 wird folgender Absatz 2a eingefügt:
„(2a) Empfehlungen der Ständigen Impfkommission zur Durchführung von Schutzimpfungen gegen das Coronavirus SARS-CoV-2 haben sich insbesondere an folgenden Impfzielen auszurichten:	„(2a) Empfehlungen der Ständigen Impfkommission zur Durchführung von Schutzimpfungen gegen das Coronavirus SARS-CoV-2 haben sich insbesondere an folgenden Impfzielen auszurichten:
1. Reduktion schwerer oder tödlicher Krankheitsverläufe,	1. u n v e r ä n d e r t
2. Unterbindung einer Transmission des Coronavirus SARS-CoV-2,	2. u n v e r ä n d e r t
3. Schutz von Personen mit besonders hohem Risiko für einen schweren oder tödlichen Krankheitsverlauf,	3. u n v e r ä n d e r t
4. Schutz von Personen mit besonders hohem <i>tätigkeitsbedingtem</i> Infektionsrisiko,	4. Schutz von Personen mit besonders hohem behinderungs-, tätigkeits- oder aufenthaltsbedingtem Infektionsrisiko,
5. Aufrechterhaltung zentraler staatlicher Funktionen, von Kritischen Infrastrukturen, von zentralen Bereichen der Daseinsvorsorge und des öffentlichen Lebens.	5. u n v e r ä n d e r t
Die <i>Empfehlungen der Ständigen Impfkommission zur Durchführung von Schutzimpfungen gegen das Coronavirus SARS-CoV-2 und die auf Grund des § 20i Absatz 3 Satz 2 Nummer 1 Buchstabe a und Nummer 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch sowie des § 5 Absatz 2 Satz 1 Nummer 4 Buchstabe c und</i> erlassenen Rechtsverordnungen haben <i>die</i> in Satz 1 genannten <i>Impfziele</i>	Die aufgrund des § 5 Absatz 2 Satz 1 Nummer 4 Buchstabe f sowie des § 20i Absatz 3 Satz 2 Nummer 1 Buchstabe a, auch in Verbindung mit Nummer 2, des Fünften Buches Sozialgesetzbuch erlassenen Rechtsverordnungen haben sich an den in Satz 1 genannten Impfzielen im Fall beschränkter Verfügbarkeit von Impfstoffen bei notwendigen Priorisierungen auszurichten .“

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
im <i>Falle</i> beschränkter Verfügbarkeit von Impfstoffen bei notwendigen Priorisierungen zu <i>berücksichtigen</i> .“	
	b) In Absatz 10 Satz 1 und 2 wird jeweils die Angabe „31. Juli 2021“ durch die Angabe „31. Dezember 2021“ ersetzt.
	c) In Absatz 11 Satz 1 Nummer 2 wird die Angabe „31. Juli 2021“ durch die Angabe „31. Dezember 2021“ ersetzt.
	2a. § 22 wird wie folgt geändert:
	a) Absatz 1 wird wie folgt gefasst:
	„(1) Die zur Durchführung von Schutzimpfungen berechnigte Person hat jede Schutzimpfung unverzüglich in einem Impfausweis oder, falls der Impfausweis nicht vorgelegt wird, in einer Impfbescheinigung zu dokumentieren (Impfdokumentation).“
	b) Nach Absatz 2 Satz 1 wird folgender Satz eingefügt:
	„Das Bundesministerium für Gesundheit wird ermächtigt, durch Rechtsverordnung ohne Zustimmung des Bundesrates festzulegen, dass abweichend von Satz 1 Nummer 5 die Bestätigung in elektronischer Form auch mit einem fortgeschrittenen elektronischen Siegel erfolgen kann, wenn das Siegel der zur Durchführung der Schutzimpfung verantwortlichen Person eindeutig zugeordnet werden kann.“
	2b. § 24 Satz 2 wird wie folgt gefasst:
	„Abweichend von Satz 1 ist Personen unabhängig von ihrer beruflichen Qualifikation die Anwendung von In-vitro-Diagnostika, die für patientennahe Schnelltests bei Testung auf HIV, das Hepatitis-C-Virus, das Severe-Acute-Respiratory-Syndrome-Coronavirus-2 (SARS-CoV-2) und Treponema pallidum verwendet werden, gestattet.“
	2c. § 28a Absatz 3 wird wie folgt geändert:
	a) In Satz 1 werden nach dem Wort „auszurichten“ ein Semikolon und die Wörter „dabei sind absehbare Änderungen des Infektionsgeschehens durch anstecken-

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	dere, das Gesundheitssystem stärker belastende Virusvarianten zu berücksichtigen“ eingefügt.
	b) In Satz 8 werden nach dem Wort „macht“ die Wörter „oder wenn einer Verbreitung von Virusvarianten im Sinne von Satz 1 entgegengewirkt werden soll“ eingefügt.
	c) Nach Satz 11 wird folgender Satz 12 eingefügt:
	„Bei der Prüfung der Aufhebung oder Einschränkung der Schutzmaßnahmen nach den Sätzen 9 bis 11 sind insbesondere auch die Anzahl der gegen COVID-19 geimpften Personen und die zeitabhängige Reproduktionszahl zu berücksichtigen.“
3. In § 36 Absatz 12 wird nach dem Wort „Kraft“ das Komma und werden die Wörter „ansonsten spätestens mit Ablauf des 31. März 2021“ gestrichen.	3. § 36 wird wie folgt geändert:
	a) Absatz 8 wird wie folgt geändert:
	aa) Satz 1 wird wie folgt gefasst:
	„Die Bundesregierung wird, sofern der Deutsche Bundestag nach § 5 Absatz 1 Satz 1 eine epidemische Lage von nationaler Tragweite festgestellt hat, ermächtigt, durch Rechtsverordnung ohne Zustimmung des Bundesrates festzulegen, 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, ausschließlich zur Feststellung und Verhinderung der Verbreitung dieser Krankheit verpflichtet sind,
	1. sich unverzüglich nach der Einreise für einen bestimmten Zeitraum in geeigneter Weise auf eigene Kosten abzusondern sowie
	2. der zuständigen Behörde durch Nutzung des vom Robert Koch-

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	Institut nach Absatz 9 eingerichteten elektronischen Melde- und Informationssystems folgende Angaben mitzuteilen:
	a) ihre personenbezogenen Angaben,
	b) das Datum ihrer voraussichtlichen Einreise,
	c) ihre Aufenthaltsorte bis zu zehn Tage vor und nach der Einreise,
	d) das für die Einreise genutzte Reisemittel und vorliegende Informationen zum Sitzplatz,
	e) Angaben, ob eine Impfdokumentation hinsichtlich der Krankheit vorliegt, die zur Feststellung der epidemischen Lage von nationaler Tragweite geführt hat,
	f) Angaben, ob ein ärztliches Zeugnis oder ein Testergebnis hinsichtlich des Nichtvorliegens der Krankheit vorliegt, die zur Feststellung der epidemischen Lage von nationaler Tragweite geführt hat, und
	g) Angaben, ob bei ihr Anhaltspunkte für die Krankheit vorliegen, die zur Feststellung der epidemischen Lage von nationaler Tragweite geführt hat;
	in der Rechtsverordnung kann auch festgelegt werden, dass eine Impfdokumentation im Sinne des Buchstabens e oder ein ärztliches Zeugnis oder ein Testergebnis im Sinne des Buchstabens f über das nach Absatz 9 eingerichtete Melde- und Informationssystem der zuständigen Behörde zu übermitteln sind.“
	bb) In Satz 2 werden die Wörter „der Verpflichtung“ durch die Wörter „den Verpflichtungen“ ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	cc) Nach Satz 2 wird folgender Satz eingefügt:
	„Personen nach Satz 1 können einer Beobachtung nach § 29 unterworfen werden, auch wenn die in § 29 Absatz 1 genannten Voraussetzungen nicht vorliegen.“
	dd) In dem neuen Satz 4 werden die Wörter „dass, soweit eine Ausnahme vorliegt,“ durch die Wörter „in welchen Fällen“ ersetzt.
	ee) In dem neuen Satz 5 werden die Wörter „nach den Sätzen 1 und 3 festgelegte Verpflichtung“ durch die Wörter „nach den Sätzen 1 und 4 festgelegten Verpflichtungen“ ersetzt.
	b) Absatz 9 wird wie folgt geändert:
	aa) In Satz 3 werden die Wörter „der Überwachung der Absonderung“ durch die Wörter „der Erfüllung und Überwachung der Verpflichtungen, die sich aus der Rechtsverordnung nach Absatz 8 Satz 1 ergeben,“ ersetzt.
	bb) Folgender Satz wird angefügt:
	„Eine Übermittlung der aufgrund einer Rechtsverordnung nach Absatz 8 Satz 1 Nummer 2 erhobenen Daten durch die zuständigen Behörden an andere Stellen oder eine Weiterverwendung dieser Daten durch die zuständigen Behörden zu anderen als den in Satz 3 genannten Zwecken ist unzulässig.“
	c) Absatz 10 Satz 1 wird wie folgt geändert:
	aa) In dem Satzteil vor der Aufzählung wird das Wort „Bunderegierung“ durch das Wort „Bundesregierung“ ersetzt.
	bb) In Nummer 1 Buchstabe a werden die Wörter „festgelegten Verpflichtung oder die Ersatzmitteilung nach Absatz 8 Satz 3 vorzulegen“ durch die Wörter „Nummer 2 festgelegten

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	Verpflichtungen oder die Ersatzmitteilung nach Absatz 8 Satz 4 vorzulegen oder auszuhändigen“ ersetzt.
	d) In Absatz 12 wird nach dem Wort „Kraft“ das Komma und werden die Wörter „ansonsten spätestens mit Ablauf des 31. März 2021“ gestrichen.
	e) In Absatz 13 wird die Angabe „bis 7“ durch die Angabe „bis 8“ ersetzt und werden die Wörter „und der Freizügigkeit (Artikel 11 Absatz 1 des Grundgesetzes)“ durch ein Komma und die Wörter „der Freiheit der Person (Artikel 2 Absatz 2 Satz 2 des Grundgesetzes), der Freizügigkeit der Person (Artikel 11 Absatz 1 des Grundgesetzes) und der Unverletzlichkeit der Wohnung (Artikel 13 Absatz 1 des Grundgesetzes)“ ersetzt.
4. In § 56 Absatz 1a Satz 1 werden in dem Satzteil vor der Aufzählung die Wörter „Eine erwerbstätige Person erhält“ durch die Wörter „Sofern der Deutsche Bundestag nach § 5 Absatz 1 Satz 1 eine epidemische Lage von nationaler Tragweite festgestellt hat, erhält eine erwerbstätige Person“ ersetzt.	4. § 56 wird wie folgt geändert:
	a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:
	aa) Satz 2 wird durch die folgenden Sätze ersetzt:
	„Das Gleiche gilt für eine Person, die nach § 30, auch in Verbindung mit § 32, abgesondert wird oder sich aufgrund einer nach § 36 Absatz 8 Satz 1 Nummer 1 erlassenen Rechtsverordnung absondert. Eine Entschädigung in Geld kann auch einer Person gewährt werden, wenn diese 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 hat und dadurch einen Verdienstausschlag erleidet, wenn eine Anordnung einer Absonderung nach § 30 oder eines beruflichen Tätigkeitsverbots nach § 31 bereits zum Zeitpunkt der vorsorglichen Abson-

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	derung oder der vorsorglichen Nichtausübung beruflicher Tätigkeiten hätte erlassen werden können.“
	bb) In dem neuen Satz 5 wird die Angabe „Satzes 3“ durch die Angabe „Satzes 4“ ersetzt.
	b) Absatz 1a Satz 1 wird wie folgt geändert:
	aa) In dem Satzteil vor der Aufzählung werden die Wörter „Eine erwerbstätige Person erhält“ durch die Wörter „Sofern der Deutsche Bundestag nach § 5 Absatz 1 Satz 1 eine epidemische Lage von nationaler Tragweite festgestellt hat, erhält eine erwerbstätige Person“ ersetzt.
	bb) In Nummer 1 werden die Wörter „oder die Präsenzpflcht in einer Schule aufgehoben wird“ durch ein Komma und die Wörter „die Präsenzpflcht in einer Schule aufgehoben oder der Zugang zum Kinderbetreuungsangebot eingeschränkt wird oder eine behördliche Empfehlung vorliegt, vom Besuch einer Einrichtung zur Betreuung von Kindern, einer Schule oder einer Einrichtung für Menschen mit Behinderungen abzusehen,“ ersetzt.
	c) In Absatz 2 werden die Sätze 3 und 4 durch die folgenden Sätze ersetzt:
	„Vom Beginn der siebenten Woche an wird die Entschädigung abweichend von Satz 2 in Höhe von 67 Prozent des der erwerbstätigen Person entstandenen Verdienstausfalls gewährt; für einen vollen Monat wird höchstens ein Betrag von 2 016 Euro gewährt. Im Fall des Absatzes 1a wird die Entschädigung von Beginn an in der in Satz 3 bestimmten Höhe gewährt. Für jede erwerbstätige Person wird die Entschädigung nach Satz 4 für die Dauer der vom Deutschen Bundestag nach § 5 Absatz 1 Satz 1 festgestellten epidemischen Lage von nationaler Tragweite unabhängig von der Anzahl der Kinder für längstens zehn Wochen pro Jahr gewährt, für eine erwerbstätige Person, die ihr Kind allein beaufsichtigt, betreut oder

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	pfllegt, längstens für 20 Wochen pro Jahr.“
	d) Absatz 3 wird wie folgt gefasst:
	„(3) Als Verdienstausschlag gilt das Arbeitsentgelt, das dem Arbeitnehmer bei der für ihn maßgebenden regelmäßigen Arbeitszeit zusteht, vermindert um Steuern und Beiträge zur Sozialversicherung sowie zur Arbeitsförderung oder entsprechende Aufwendungen zur sozialen Sicherung in angemessenem Umfang (Netto-Arbeitsentgelt). Bei der Ermittlung des Arbeitsentgelts sind die Regelungen des § 4 Absatz 1, 1a und 4 des Entgeltfortzahlungsgesetzes entsprechend anzuwenden. Für die Berechnung des Verdienstausschlages ist die Netto-Entgeltdifferenz in entsprechender Anwendung des § 106 des Dritten Buches Sozialgesetzbuch zu bilden. Der Betrag erhöht sich um das Kurzarbeitergeld und um das Zuschuss-Wintergeld, auf das der Arbeitnehmer Anspruch hätte, wenn er nicht aus den in Absatz 1 genannten Gründen an der Arbeitsleistung verhindert wäre. Satz 1 gilt für die Berechnung des Verdienstausschlages bei den in Heimarbeit Beschäftigten und bei Selbständigen entsprechend mit der Maßgabe, dass bei den in Heimarbeit Beschäftigten das im Durchschnitt des letzten Jahres vor Einstellung der verbotenen Tätigkeit oder vor der Absonderung verdiente monatliche Arbeitsentgelt und bei Selbständigen ein Zwölftel des Arbeitseinkommens (§ 15 des Vierten Buches Sozialgesetzbuch) aus der entschädigungspflichtigen Tätigkeit zugrunde zu legen ist.“
	e) Nach Absatz 5 Satz 1 wird folgender Satz eingefügt:
	„Abweichend von Satz 1 hat der Arbeitgeber die Entschädigung nach Absatz 1a für die in Absatz 2 Satz 5 genannte Dauer auszus zahlen.“
	f) Dem Absatz 9 wird folgender Satz angefügt:
	„Das Eintreten eines Tatbestandes nach Absatz 1 oder Absatz 1a unterbricht nicht den Bezug von Arbeitslosengeld oder

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	Kurzarbeitergeld, wenn die weiteren Voraussetzungen nach dem Dritten Buch Sozialgesetzbuch erfüllt sind.“
	g) Absatz 11 Satz 1 wird durch die folgenden Sätze ersetzt:
	„Die Anträge nach Absatz 5 sind innerhalb einer Frist von zwei Jahren nach Einstellung der verbotenen Tätigkeit, dem Ende der Absonderung oder nach dem Ende der vorübergehenden Schließung, der Untersagung des Betretens, der Schul- oder Betriebsferien, der Aufhebung der Präsenzpflcht, der Einschränkung des Kinderbetreuungsangebotes oder der Aufhebung der Empfehlung nach Absatz 1a Satz 1 Nummer 1 bei der zuständigen Behörde zu stellen. Die Landesregierungen werden ermächtigt, durch Rechtsverordnung zu bestimmen, dass der Antrag nach Absatz 5 Satz 3 und 4 nach amtlich vorgeschriebenem Verfahren durch Datenfernübertragung zu übermitteln ist und das nähere Verfahren zu bestimmen. Die zuständige Behörde kann zur Vermeidung unbilliger Härten auf eine Übermittlung durch Datenfernübertragung verzichten.“
	5. § 66 Absatz 1 Satz 1 wird wie folgt gefasst:
	„Ansprüche nach den §§ 56 bis 58 richten sich gegen das Land,
	1. in dem das berufliche Tätigkeitsverbot erlassen wurde oder in den Fällen des § 34 Absatz 1 bis 3 und des § 42 in dem die verbotene Tätigkeit ausgeübt worden ist,
	2. in dem das Absonderungsgebot angeordnet oder erlassen wurde oder in dem die Absonderung aufgrund einer nach § 36 Absatz 8 Satz 1 Nummer 1 erlassenen Rechtsverordnung vorgenommen wurde oder
	3. in dem Einrichtungen zur Betreuung von Kindern, Schulen oder Einrichtungen für Menschen mit Behinderungen vorübergehend geschlossen wurden, deren Betreten untersagt wurde, Schul- oder Betriebsferien angeordnet oder verlängert wurden, die Präsenzpflcht in einer Schule aufge-

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	hoben, der Zugang zum Kinderbetreuungsangebot eingeschränkt oder eine behördliche Empfehlung abgegeben wurde, vom Besuch einer Einrichtung zur Betreuung von Kindern, einer Schule oder einer Einrichtung für Menschen mit Behinderungen abzusehen.“
	6. Nach § 67 wird folgende Überschrift des 13. Abschnitts eingefügt:
	„13. Abschnitt
	Rechtsweg und Kosten“.
	7. § 68 Absatz 1 wird durch die folgenden Absätze 1 und 1a ersetzt:
	„(1) Für Streitigkeiten über Ansprüche nach den §§ 56 bis 58 und 65 gegen das nach § 66 Absatz 1 zur Zahlung verpflichtete Land ist der Verwaltungsrechtsweg gegeben.
	(1a) Für Streitigkeiten über Ansprüche nach einer aufgrund des § 20i Absatz 3 Satz 2 Nummer 1 Buchstabe a, auch in Verbindung mit Nummer 2, des Fünften Buches Sozialgesetzbuch sowie des § 5 Absatz 2 Satz 1 Nummer 4 Buchstabe c und f erlassenen Rechtsverordnung ist der Verwaltungsrechtsweg gegeben.“
	8. Nach § 68 wird die Überschrift des bisherigen 13. Abschnitts gestrichen.
	9. § 73 wird wie folgt geändert:
	a) Absatz 1 wird aufgehoben.
	b) Absatz 1a wird wie folgt geändert:
	aa) Nummer 8 wird wie folgt gefasst:
	„8. entgegen § 22 Absatz 1 eine Schutzimpfung nicht, nicht richtig, nicht vollständig oder nicht rechtzeitig dokumentiert,“.
	bb) Nach Nummer 22a wird folgende Nummer 22b eingefügt:
	„22b. entgegen § 50a Absatz 3 Satz 1, auch in Verbindung mit einer Rechtsverordnung

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	nach § 50a Absatz 4 Nummer 2, Polioviren oder dort genanntes Material besitzt,“.
	cc) Nummer 24 wird wie folgt geändert:
	aaa) Die Wörter „§ 13 Absatz 3 Satz 1“ werden durch die Wörter „§ 13 Absatz 3 Satz 8 oder Absatz 4 Satz 2“ ersetzt.
	bbb) Die Wörter „§ 36 Absatz 8 Satz 1 oder Satz 3“ werden durch die Wörter „§ 36 Absatz 8 Satz 1 oder Satz 4, jeweils auch in Verbindung mit Satz 5,“ ersetzt und die Wörter „oder Absatz 10 Satz 1“ durch die Wörter „Absatz 10 Satz 1 Nummer 1, auch in Verbindung mit Satz 3, Nummer 2 oder Nummer 3“ ersetzt.
	10. Dem § 77 werden die folgenden Absätze 4 und 5 angefügt:
	„(4) Abweichend von § 5 Absatz 1 Satz 3 gilt eine vor dem ... [einsetzen: Tag der Verkündung nach Artikel 11 Absatz 1 dieses Gesetzes] getroffene Feststellung nach § 5 Absatz 1 Satz 1 erst dann als nach § 5 Absatz 1 Satz 2 aufgehoben, wenn der Deutsche Bundestag das Fortbestehen der epidemischen Lage von nationaler Tragweite nicht bis zum ... [einsetzen: Datum desjenigen Tages des dritten auf den Monat des Inkrafttretens nach Artikel 11 Absatz 1 folgenden Kalendermonats, dessen Zahl mit der des Tages des Inkrafttretens nach Artikel 11 Absatz 1 übereinstimmt, oder, wenn es einen solchen Kalendertag nicht gibt, Datum des ersten Tages des darauffolgenden Kalendermonats] feststellt.
	(5) Auf Streitigkeiten über Ansprüche nach § 65 gegen das nach § 66 Absatz 1 Satz 2 zur Zahlung verpflichtete Land, die nach dem ... [einsetzen: Tag der Verkündung nach Artikel 11 Absatz 1 dieses Gesetzes] rechtshängig werden, sind § 58 Absatz 2 Satz 1, § 70 Absatz 1 Satz 1 und § 75 Satz 2 der Verwaltungsgerichtsordnung mit der Maßgabe anzuwenden, dass die Fristen frühestens am ... [einsetzen: Tag des Inkrafttretens nach Artikel 11 Absatz 1 dieses Gesetzes] zu laufen beginnen.“

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
Artikel 2	Artikel 2
Änderung der Verordnung zur Sicherung der Ausbildungen in den Gesundheitsfachberufen während einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite	Änderung der Verordnung zur Sicherung der Ausbildungen in den Gesundheitsfachberufen während einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite
§ 8 Absatz 2 der Verordnung zur Sicherung der Ausbildungen in den Gesundheitsfachberufen während einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite vom 10. Juni 2020 (BAnz AT 12.06.2020 V1) wird wie folgt gefasst:	Die Verordnung zur Sicherung der Ausbildungen in den Gesundheitsfachberufen während einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite vom 10. Juni 2020 (BAnz AT 12.06.2020 V1) wird wie folgt geändert :
	1. In § 7 Absatz 1 wird jeweils die Angabe „30. Juni 2021“ durch die Angabe „30. September 2022“ ersetzt.
	2. § 8 Absatz 2 wird wie folgt gefasst:
„(2) Diese Verordnung tritt ein Jahr nach der Aufhebung der Feststellung der epidemischen Lage von nationaler Tragweite durch den Deutschen Bundestag nach § 5 Absatz 1 Satz 2 des Infektionsschutzgesetzes außer Kraft. Der Tag des Außerkrafttretens ist im Bundesanzeiger bekannt zu geben.“	(2) u n v e r ä n d e r t
Artikel 3	Artikel 3
Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch	Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch
Das Fünfte Buch Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Krankenversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477, 2482), das zuletzt durch Artikel 9 des Gesetzes vom 18. Januar 2021 (BGBl. I S. 2) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:	Das Fünfte Buch Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Krankenversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477, 2482), das zuletzt durch Artikel 9 des Gesetzes vom 18. Januar 2021 (BGBl. I S. 2) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:
1. § 20i Absatz 3 wird wie folgt geändert:	1. § 20i Absatz 3 wird wie folgt geändert:
a) In Satz 2 Nummer 1 Buchstabe a werden die Wörter „wenn sie in zentralen Bereichen der Daseinsvorsorge und für die Aufrechterhaltung zentraler staatlicher Funktionen“ durch die Wörter „wenn sie zur Aufrechterhaltung zentraler staatlicher Funktionen, Kritischer Infrastrukturen oder zentraler Bereiche der Daseinsvorsorge“ ersetzt.	a) u n v e r ä n d e r t

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
b) Nach Satz 3 werden die folgenden Sätze eingefügt:	b) Nach Satz 3 werden die folgenden Sätze eingefügt:
„Sofern in der Rechtsverordnung nach Satz 2 Nummer 1 Buchstabe a und Nummer 2 ein Anspruch auf Schutzimpfung gegen das Coronavirus SARS-CoV-2 festgelegt wird, kann zugleich im Fall beschränkter Verfügbarkeit von Impfstoffen eine Priorisierung der Anspruchsberechtigten nach Personengruppen festgelegt werden; die in § 20 Absatz 2a Satz 1 des Infektionsschutzgesetzes genannten Impfziele sind dabei zu berücksichtigen. Als Priorisierungskriterien kommen insbesondere das Alter der Anspruchsberechtigten, ihr Gesundheitszustand, ihr <i>tätigkeitsbedingtes</i> SARS-CoV-2-Expositionsrisiko sowie ihre Systemrelevanz in zentralen staatlichen Funktionen, Kritischen Infrastrukturen oder zentralen Bereichen der Daseinsvorsorge in Betracht.“	„Sofern in der Rechtsverordnung nach Satz 2 Nummer 1 Buchstabe a und Nummer 2 ein Anspruch auf Schutzimpfung gegen das Coronavirus SARS-CoV-2 festgelegt wird, kann zugleich im Fall beschränkter Verfügbarkeit von Impfstoffen eine Priorisierung der Anspruchsberechtigten nach Personengruppen festgelegt werden; die in § 20 Absatz 2a Satz 1 des Infektionsschutzgesetzes genannten Impfziele sind dabei zu berücksichtigen. Als Priorisierungskriterien kommen insbesondere das Alter der Anspruchsberechtigten, ihr Gesundheitszustand, ihr behinderungs-, tätigkeits- oder aufenthaltsbedingtes SARS-CoV-2-Expositionsrisiko sowie ihre Systemrelevanz in zentralen staatlichen Funktionen, Kritischen Infrastrukturen oder zentralen Bereichen der Daseinsvorsorge in Betracht.“
c) In dem neuen Satz 13 Nummer 5 wird die Angabe „Satz 6“ durch die Angabe „Satz 8“ ersetzt.	c) u n v e r ä n d e r t
d) In dem neuen Satz 15 werden nach den Wörtern „außer Kraft“ das Komma und die Wörter „ansonsten spätestens mit Ablauf des 31. März 2021“ gestrichen.	d) u n v e r ä n d e r t
	e) Der neue Satz 16 wird wie folgt gefasst:
	„Soweit und solange eine aufgrund des Satzes 1 oder des Satzes 2 erlassene Rechtsverordnung in Kraft ist, hat der Gemeinsame Bundesausschuss, soweit die Ständige Impfkommission Empfehlungen für Schutzimpfungen abgegeben hat, auf die ein Anspruch nach der jeweiligen Rechtsverordnung besteht, in Abweichung von Absatz 1 Satz 5 Einzelheiten zu Voraussetzungen, Art und Umfang von diesen Schutzimpfungen nach Absatz 1 Satz 3 für die Zeit nach dem Außerkrafttreten der jeweiligen Rechtsverordnung in Richtlinien nach § 92 zu bestimmen; die von der Ständigen Impfkommission empfohlenen Schutzimpfungen dürfen nach Außerkrafttreten der Rechtsverordnung so lange erbracht werden, bis die Richtlinie vorliegt.“

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
2. Nach § 87b Absatz 2 wird folgender Absatz 2a eingefügt: „(2a) Mindert sich die Fallzahl in einem die Fortführung der Arztpraxis gefährdenden Umfang infolge einer Pandemie, Epidemie, Endemie, Naturkatastrophe oder eines anderen Großschadensereignisses, <i>kann</i> die Kassenärztliche Vereinigung im Benehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen im Verteilungsmaßstab geeignete Regelungen zur Fortführung der vertragsärztlichen Tätigkeit des Leistungserbringers vorsehen.“	2. Nach § 87b Absatz 2 wird folgender Absatz 2a eingefügt: „(2a) Mindert sich die Fallzahl in einem die Fortführung der Arztpraxis gefährdenden Umfang infolge einer Pandemie, Epidemie, Endemie, Naturkatastrophe oder eines anderen Großschadensereignisses, soll die Kassenärztliche Vereinigung im Benehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen im Verteilungsmaßstab geeignete Regelungen zur Fortführung der vertragsärztlichen Tätigkeit des Leistungserbringers vorsehen. Regelungen nach Satz 1 können auch bei einer Minderung von Fallzahlen von Leistungen vorgesehen werden, die nach § 87a Absatz 3 Satz 5 Nummer 1, 3, 4, 5 und 6 und Satz 6 vergütet werden. In der Vergangenheit gebildete und noch nicht aufgelöste Rückstellungen im Rahmen der Honorarverteilung sollen ebenfalls verwendet werden. Eine weitere Voraussetzung für die Zahlung von Kompensationszahlungen ist, dass der vertragsärztliche Leistungserbringer die in § 19a Absatz 1 der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte festgelegten Mindestsprechstunden einhält. Bei einer Unterschreitung der in § 19a Absatz 1 der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte festgelegten Mindestsprechstunden können Kompensationszahlungen nur vorgenommen werden, wenn der vertragsärztliche Leistungserbringer durch eine Pandemie, Epidemie, Endemie, Naturkatastrophe oder ein anderes Großschadensereignis verursachte rechtfertigende Gründe für die Unterschreitung nachweist.“
3. In § 275b Absatz 1 Satz 1 werden die Wörter „Absatz 2 und 3“ durch die Wörter „Absatz 2 bis 3“ ersetzt.	3. u n v e r ä n d e r t
Artikel 4	Artikel 4
Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch	Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch
Das Elfte Buch Sozialgesetzbuch – Soziale Pflegeversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 26. Mai 1994, BGBl. I S. 1014, 1015), das zuletzt durch Artikel 3 des Gesetzes vom 22. Dezember 2020 (BGBl. I S. 3299) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:	Das Elfte Buch Sozialgesetzbuch – Soziale Pflegeversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 26. Mai 1994, BGBl. I S. 1014, 1015), das zuletzt durch Artikel 3 des Gesetzes vom 22. Dezember 2020 (BGBl. I S. 3299) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
1. In der Inhaltsübersicht wird nach der Angabe zu § 152 folgende Angabe eingefügt:	1. u n v e r ä n d e r t
„§ 153 Erstattung pandemiebedingter Kosten durch den Bund; Verordnungsermächtigung“.	
	1a. In § 40 Absatz 2 Satz 1 wird nach dem Wort „übersteigen“ ein Semikolon und werden die Wörter „bis zum 31. Dezember 2021 gilt ein monatlicher Betrag in Höhe von 60 Euro“ eingefügt.
2. § 114 wird wie folgt geändert:	2. u n v e r ä n d e r t
a) Absatz 2 Satz 2 wird aufgehoben.	
b) Nach Absatz 2 wird folgender Absatz 2a eingefügt:	
„(2a) Abweichend von Absatz 2 Satz 1 ist in dem Zeitraum vom 1. Oktober 2020 bis zum 31. Dezember 2021 in allen zugelassenen Pflegeeinrichtungen eine Regelprüfung durchzuführen, wenn die Situation vor Ort es aufgrund der SARS-CoV-2-Pandemie zulässt. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen beschließt im Benehmen mit dem Medizinischen Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen und dem Prüfdienst des Verbandes der Privaten Krankenversicherung e. V. sowie im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Gesundheit unverzüglich das Nähere zur Durchführbarkeit von Prüfungen, insbesondere, unter welchen Voraussetzungen Prüfaufträge angesichts der aktuellen Infektionslage angemessen sind und welche spezifischen Vorgaben, insbesondere zur Hygiene, zu beachten sind. Dabei sind insbesondere die aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnisse zu berücksichtigen. Der Beschluss nach Satz 2 ist entsprechend der Entwicklung der SARS-CoV-2-Pandemie zu aktualisieren. Er ist für die Landesverbände der Pflegekassen, die Medizinischen Dienste und den Prüfdienst des Verbandes der Privaten Krankenversicherung e. V. verbindlich. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen berichtet dem Bundesministerium für Gesundheit zum 30. September 2021 über die Erfahrungen der Pflegekassen mit der Durchführung von Qualitätsprüfungen in dem in Satz 1 genannten Zeitraum.“	

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
3. § 114b wird wie folgt geändert:	3. u n v e r ä n d e r t
a) In Absatz 1 Satz 1 wird die Angabe „31. Dezember 2020“ durch die Angabe „31. Dezember 2021“ und die Angabe „1. Januar 2021“ durch die Angabe „1. Januar 2022“ ersetzt.	
b) In Absatz 2 wird die Angabe „31. Dezember 2020“ durch die Angabe „31. Dezember 2021“ ersetzt und wird das Wort „erstmal“ gestrichen.	
4. § 114c wird wie folgt geändert:	4. u n v e r ä n d e r t
a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:	
aa) In Satz 1 wird die Angabe „1. Juli 2021“ durch die Angabe „1. Januar 2023“ ersetzt und werden die Wörter „sichergestellt ist“ durch die Wörter „erreicht worden ist“ ersetzt.	
bb) In Satz 4 werden die Wörter „sichergestellt ist“ durch die Wörter „erreicht worden ist“ ersetzt.	
b) Absatz 3 wird wie folgt geändert:	
aa) In Satz 1 in dem Satzteil vor der Aufzählung wird die Angabe „31. März 2021“ durch die Angabe „30. Juni 2022“ und wird die Angabe „30. September 2021“ durch die Angabe „31. März 2023“ ersetzt.	
bb) In Satz 2 wird die Angabe „30. September 2021“ durch die Angabe „31. März 2023“ ersetzt.	
5. In § 147 Absatz 1 Satz 1 und Absatz 6 wird jeweils die Angabe „31. März 2021“ durch die Angabe „30. Juni 2021“ ersetzt.	5. u n v e r ä n d e r t
6. In § 148 wird die Angabe „31. März 2021“ durch die Angabe „30. Juni 2021“ ersetzt.	6. u n v e r ä n d e r t
7. § 150 wird wie folgt geändert:	7. § 150 wird wie folgt geändert:
a) In Absatz 2 Satz 1 werden die Wörter „sowie Mindereinnahmen“ gestrichen.	a) entfällt
b) Nach Absatz 2 wird folgender Absatz 2a eingefügt:	b) entfällt
„(2a) Absatz 2 findet entsprechende Anwendung bei Mindereinnahmen, die den zugelassenen Pflegeeinrichtungen infolge der Umsetzung behördlicher Maßnahmen sowie	

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
<i>von landesrechtlichen Regelungen zur Verhinderung und Verbreitung der Coronavirus-Krankheit-2019 (COVID-19) unmittelbar entstehen. Die in Satz 1 genannte Voraussetzung für die Erstattung von Mindereinnahmen ist von der Pflegekasse vor der Auszahlung zu überprüfen.“</i>	
c) Absatz 4 wird wie folgt geändert:	c) entfällt
aa) In den Sätzen 1 und 2 wird jeweils die Angabe „Absatz 2“ durch die Wörter „den Absätzen 2 und 2a“ ersetzt.	
bb) In Satz 5 wird die Angabe „Absatz 2“ durch die Wörter „den Absätzen 2 und 2a“ ersetzt.	
d) Absatz 5a wird wie folgt geändert.	d) entfällt
aa) In Satz 1 werden die Wörter „sowie Mindereinnahmen“ und die Wörter „oder die Mindereinnahmen glaubhaft machen“ gestrichen.	
bb) Nach Satz 1 werden die folgenden Sätze eingefügt:	
<i>„Satz 1 findet entsprechende Anwendung bei Mindereinnahmen, die den anerkannten Angeboten zur Unterstützung im Alltag infolge der Umsetzung behördlicher Maßnahmen sowie von landesrechtlichen Regelungen zur Verhinderung der Verbreitung der Coronavirus-Krankheit-2019 (COVID-19) unmittelbar entstehen.“</i>	
e) Absatz 5c wird wie folgt gefasst:	a) unverändert
<i>„(5c) Abweichend von § 45b Absatz 1 Satz 5 zweiter Halbsatz kann der im Jahr 2019 sowie der im Jahr 2020 nicht verbrauchte Betrag für die Leistung nach § 45b Absatz 1 Satz 1 in den Zeitraum bis zum 30. September 2021 übertragen werden.“</i>	
f) In Absatz 6 wird jeweils die Angabe „31. März 2021“ durch die Angabe „30. Juni 2021“ ersetzt.	b) unverändert

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
8. Nach § 152 wird folgender § 153 eingefügt:	8. u n v e r ä n d e r t
„§ 153	
Erstattung pandemiebedingter Kosten durch den Bund; Verordnungsermächtigung	
Wenn der Mittelbestand der sozialen Pflegeversicherung aufgrund pandemiebedingter Mehrausgaben absehbar das gesetzliche Betriebsmittel- und Rücklagesoll der Pflegekassen zu unterschreiten droht, gewährt der Bundeshaushalt der sozialen Pflegeversicherung im Jahr 2021 einen Zuschuss in erforderlicher Höhe (Bundeszuschuss). Das Bundesministerium für Gesundheit wird ermächtigt, das Nähere durch Rechtsverordnung im Einvernehmen mit dem Bundesministerium der Finanzen ohne Zustimmung des Bundesrates zu bestimmen.“	
Artikel 5	Artikel 5
Änderung des Pflegezeitgesetzes	u n v e r ä n d e r t
In § 9 Absatz 1 Satz 1, Absatz 2, 4 Satz 1, Absatz 5 und 7 des Pflegezeitgesetzes vom 28. Mai 2008 (BGBl. I S. 874, 896), das zuletzt durch Artikel 4c des Gesetzes vom 22. Dezember 2020 (BGBl. I S. 3299) geändert worden ist, wird jeweils die Angabe „31. März 2021“ durch die Angabe „30. Juni 2021“ ersetzt.	
Artikel 6	Artikel 6
Änderung des Familienpflegezeitgesetzes	u n v e r ä n d e r t
Das Familienpflegezeitgesetz vom 6. Dezember 2011 (BGBl. I S. 2564), das zuletzt durch Artikel 4b des Gesetzes vom 22. Dezember 2020 (BGBl. I S. 3299) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:	
1. § 3 Absatz 3 wird wie folgt geändert:	
a) Die Sätze 1 und 2 werden wie folgt gefasst:	
„Das pauschalierte monatliche Nettoentgelt vor der Freistellung nach Absatz 1 wird berechnet auf der Grundlage des regelmäßigen durchschnittlichen monatlichen Bruttoarbeitsentgelts ausschließlich der Sachbezüge	

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
der letzten zwölf Kalendermonate vor Beginn der Freistellung. Das pauschalierte monatliche Nettoentgelt während der Freistellung wird berechnet auf der Grundlage des Bruttoarbeitsentgelts, das sich aus dem Produkt aus der vereinbarten durchschnittlichen monatlichen Stundenzahl während der Freistellung und dem durchschnittlichen Entgelt je Arbeitsstunde ergibt.“	
b) Nach Satz 3 wird folgender Satz eingefügt:	
„Die Berechnung der pauschalierten Nettoentgelte erfolgt entsprechend der Berechnung der pauschalierten Nettoentgelte gemäß § 106 Absatz 1 Satz 5 bis 7 des Dritten Buches Sozialgesetzbuch.“	
c) In dem neuen Satz 7 wird die Angabe „Satz 5“ durch die Angabe „Satz 6“ und die Angabe „31. März 2021“ durch die Angabe „30. Juni 2021“ ersetzt.	
2. § 16 wird wie folgt geändert:	
a) In Absatz 2 wird die Angabe „1. März 2021“ durch die Angabe „1. Juni 2021“ ersetzt.	
b) In Absatz 3 Satz 1, Absatz 4 Satz 1 und Absatz 6 wird jeweils die Angabe „31. März 2021“ durch die Angabe „30. Juni 2021“ ersetzt.	
Artikel 7	Artikel 7
Änderung des Gesetzes zum Schutz der Bevölkerung bei einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite	u n v e r ä n d e r t
Die Artikel 3 und 7 Absatz 4 des Gesetzes zum Schutz der Bevölkerung bei einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite vom 27. März 2020 (BGBl. I S. 587) werden aufgehoben.	

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
Artikel 8	Artikel 8
Änderung des Dritten Gesetzes zum Schutz der Bevölkerung bei einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite	u n v e r ä n d e r t
Das Dritte Gesetz zum Schutz der Bevölkerung bei einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite vom 18. November 2020 (BGBl. I S. 2397) wird wie folgt geändert:	
1. Artikel 2 wird aufgehoben.	
2. In Artikel 8 Absatz 3 werden die Wörter „und Artikel 2 treten“ durch das Wort „tritt“ ersetzt.	
Artikel 9	Artikel 9
Änderung des Krankenhauszukunftsgesetzes	u n v e r ä n d e r t
In Artikel 13 Absatz 5 des Krankenhauszukunftsgesetzes vom 23. Oktober 2020 (BGBl. I S. 2208), das durch Artikel 4d des Gesetzes vom 22. Dezember 2020 (BGBl. I S. 3299) geändert worden ist, wird die Angabe „1. April 2021“ durch die Angabe „1. Juli 2021“ ersetzt.	
	Artikel 9a
	Änderung des Apothekengesetzes
	Dem § 21 Absatz 2 des Apothekengesetzes in der Fassung der Bekanntmachung vom 15. Oktober 1980 (BGBl. I S. 1993), das zuletzt durch Artikel 2 des Gesetzes vom 9. Dezember 2020 (BGBl. I S. 2870) geändert worden ist, wird folgender Satz angefügt:
	„Bei den Regelungen nach Satz 1 Nummer 8 zum Warenlager der Apotheken ist insbesondere sicherzustellen, dass auch im Falle vorübergehender Lieferengpässe oder Mehrbedarfe eine ordnungsgemäße Versorgung insbesondere mit Arzneimitteln, die in Krankenhäusern zur intensivmedizinischen Behandlung benötigt werden, gewährleistet ist.“

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	Artikel 9b
	Änderung der Apothekenbetriebsordnung
	Die Apothekenbetriebsordnung in der Fassung der Bekanntmachung vom 26. September 1995 (BGBl. I S. 1195), die zuletzt durch Artikel 3 des Gesetzes vom 9. Dezember 2020 (BGBl. I S. 2870) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:
	1. Nach § 15 Absatz 3 Satz 1 wird folgender Satz eingefügt:
	„Abweichend von Satz 1 muss der Leiter einer krankenhausversorgenden Apotheke parenteral anzuwendende Arzneimittel zur intensivmedizinischen Versorgung in einer Art und Menge vorrätig halten, die mindestens dem durchschnittlichen Bedarf der intensivmedizinischen Abteilungen des jeweils versorgten Krankenhauses für vier Wochen entspricht.“
	2. Nach § 30 Satz 1 wird folgender Satz eingefügt:
	„Abweichend von Satz 1 müssen parenteral anzuwendende Arzneimittel zur intensivmedizinischen Versorgung in ausreichender Menge vorrätig gehalten werden, die mindestens dem durchschnittlichen Bedarf der intensivmedizinischen Abteilungen des jeweils versorgten Krankenhauses für vier Wochen entsprechen muss.“
	Artikel 9c
	Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes
	Nach § 26c des Krankenhausfinanzierungsgesetzes in der Fassung der Bekanntmachung vom 10. April 1991 (BGBl. I S. 886), das zuletzt durch Artikel 2a des Gesetzes vom 22. Dezember 2020 (BGBl. I S. 3299) geändert worden ist, wird folgender § 26d eingefügt:

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	„§ 26d
	Erweiterte Sonderleistung an Pflegekräfte aufgrund von besonderen Belastungen durch die SARS-CoV-2-Pandemie
	(1) Zugelassene Krankenhäuser, die ihre Leistungen nach dem Krankenhausentgeltgesetz abrechnen und die im Zeitraum vom 1. Januar 2020 bis zum 31. Dezember 2020 durch die voll- oder teilstationäre Behandlung von mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 infizierten Patientinnen und Patienten besonders belastet waren, haben für ihre Pflegekräfte in der unmittelbaren Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen, soweit diese durch die Versorgung von mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 infizierten Patientinnen und Patienten einer erhöhten Arbeitsbelastung ausgesetzt waren, Anspruch auf eine Auszahlung aus den in Absatz 3 Satz 1 genannten Mitteln, mit der sie diesen Beschäftigten eine Prämie als einmalige Sonderleistung zu zahlen haben. Als besonders belastet gelten Krankenhäuser mit weniger als 500 Betten mit mindestens 20 voll- oder teilstationär behandelten Patientinnen und Patienten, die mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 infiziert waren, sowie Krankenhäuser ab 500 Betten mit mindestens 50 voll- oder teilstationär behandelten Patientinnen und Patienten, die mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 infiziert waren. Krankenhäuser, die nach § 26a Absatz 1 anspruchsberechtigt waren, werden bei der Verteilung berücksichtigt, wenn sie im Zeitraum vom 1. Juni 2020 bis zum 31. Dezember 2020 die Voraussetzungen der Sätze 1 und 2 erfüllt haben. Unter den nach den Sätzen 1 bis 3 anspruchsberechtigten Krankenhäusern werden 150 Millionen Euro nach der jeweiligen Summe der Verweildauertage der voll- oder teilstationär behandelten Patientinnen und Patienten, die in den in den Sätzen 1 und 3 genannten Zeiträumen in den besonders belasteten Krankenhäusern mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 infiziert waren und entlassen wurden, sowie 150 Millionen Euro nach der Anzahl der im Jahr 2019 beschäftigten Pflegekräfte in der unmittelbaren Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen, umgerechnet in Vollkräfte, verteilt. Zusätzlich werden 150 Millionen Euro unter den nach den Sätzen 1 bis 3 anspruchsberechtigten Krankenhäusern verteilt, in denen im Zeitraum nach Satz 1 mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 infizierte Patientinnen

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	und Patienten mehr als 48 Stunden gemäß der Anlage zur Vereinbarung über die Übermittlung von Daten nach § 21 Absatz 4 und Absatz 5 des Krankenhausentgeltgesetzes – Version 2020 für das Datenjahr 2019, Fortschreibung vom 4. Dezember 2019 – beatmet wurden; die Anspruchshöhe wird nach der Anzahl dieser Fälle im jeweiligen Krankenhaus bemessen. Der jedem anspruchsberechtigten Krankenhaus nach Maßgabe der Sätze 4 und 5 zustehende Betrag wird durch das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus auf der Grundlage der Daten ermittelt, die dem Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus nach § 24 Absatz 2 Satz 1 Nummer 1 sowie nach § 21 Absatz 2 Nummer 1 Buchstabe e des Krankenhausentgeltgesetzes zur Verfügung stehen. Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus veröffentlicht für jedes anspruchsberechtigte Krankenhaus unter Angabe des Namens und des Kennzeichens nach § 293 Absatz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch das Prämienvolumen nach den Sätzen 4 und 5 bis zum ... [einsetzen: Datum des siebten Tages nach Inkrafttreten nach Artikel 11 Absatz 1 dieses Gesetzes] barrierefrei auf seiner Internetseite.
	(2) Die Auswahl der Prämienempfängerinnen und Prämienempfänger sowie die Bemessung der individuellen Prämienhöhe entsprechend der Belastung durch die Versorgung von mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 infizierten Patientinnen und Patienten obliegt dem Krankenhausträger im Einvernehmen mit der Arbeitnehmervertretung. Zudem sollen neben den in Absatz 1 Satz 1 Genannten auch andere Beschäftigte für die Zahlung einer Prämie ausgewählt werden, die aufgrund der Versorgung von mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 infizierten Patientinnen und Patienten besonders belastet waren.
	(3) Zur Finanzierung der Prämien nach Absatz 1 zahlt das Bundesamt für Soziale Sicherung einen Betrag von 450 Millionen Euro bis zum ... [einsetzen: Datum des 14. Tages nach Inkrafttreten gemäß Artikel 11 Absatz 1 dieses Gesetzes] aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds an den Spitzenverband Bund der Krankenkassen. Der Bund erstattet den Betrag nach Satz 1 unverzüglich an die Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen leitet den Betrag nach Satz 1 auf Grundlage der Veröffentlichung nach Absatz 1 Satz 7 an die anspruchsberechtigten Krankenhäuser weiter. Nach Abschluss

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	der Zahlungen nach Satz 3 übermittelt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen dem Bundesministerium für Gesundheit bis zum 30. September 2021 eine krankenhausbegleitende Aufstellung der ausgezahlten Mittel.
	(4) Die Krankenhausträger haben die Prämien nach Absatz 2 bis zum 30. Juni 2021 an die Beschäftigten nach Absatz 2 auszusahlen. Den Vertragsparteien nach § 18 Absatz 2 Nummer 1 oder Nummer 2 und dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen ist bis zum 31. März 2022 eine Bestätigung des Jahresabschlussprüfers über die zweckentsprechende Verwendung der Mittel vorzulegen. Werden die Bestätigungen nicht oder nicht vollständig vorgelegt oder wurden die Mittel nicht zweckentsprechend verwendet, ist der entsprechende Betrag bis zum 30. April 2022 an den Spitzenverband Bund der Krankenkassen zurückzuzahlen. Dieser leitet die Beträge nach Satz 3 unverzüglich an die Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds weiter. Das Bundesamt für Soziale Sicherung erstattet die Summe der Beträge nach Satz 4 bis zum 30. Juni 2022 aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds an den Bund. Soweit die Zahlungen nach Satz 1 zur Folge haben, dass der Betrag nach § 3 Nummer 11a des Einkommensteuergesetzes für einzelne Beschäftigte überschritten wird, können die Krankenhäuser auch Arbeitgeberanteile an den Sozialversicherungsbeiträgen für die Zahlungen nach Satz 1 aus den Mitteln nach Absatz 3 Satz 3 decken.
	(5) Die nach Absatz 1 Satz 1 bis 3 anspruchsberechtigten Krankenhäuser berichten dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen bis zum 31. März 2022 in anonymisierter Form über die Anzahl der Prämienempfängerinnen und Prämienempfänger, die jeweilige Prämienhöhe und die der Verteilung nach Absatz 2 zugrunde liegenden Kriterien. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen kann den Krankenhäusern weitere Vorgaben zum Inhalt der Berichte machen und erstellt auf der Grundlage der Berichte einen Abschlussbericht, den er bis zum 31. August 2022 dem Bundesministerium für Gesundheit vorlegt.“

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	Artikel 9d
	Änderung der COVID-19-Versorgungsstrukturen-Schutzverordnung
	Die COVID-19-Versorgungsstrukturen-Schutzverordnung vom 30. April 2020 (BAnz AT 04.05.2020 V1), die zuletzt durch Artikel 1 der Verordnung vom 6. Januar 2021 (BAnz AT 07.01.2021 V1) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:
	1. In der Bezeichnung werden die Wörter „sowie zur Pflegehilfsmittelversorgung“ gestrichen.
	2. § 4 wird aufgehoben.
	3. In § 5 werden die Wörter „vom 20. Juli 2000 (BGBl. I S. 1045), das zuletzt durch Artikel 3 des Gesetzes vom 27. März 2020 (BGBl. I S. 587) geändert worden ist,“ gestrichen.
Artikel 10	Artikel 10
Folgeänderungen	Folgeänderungen
(1) In § 4 der DIVI IntensivRegister-Verordnung vom 8. April 2020 (BAnz AT 09.04.2020 V4), die durch Artikel 1 der Verordnung vom 29. Mai 2020 (BAnz AT 02.06.2020 V2) geändert worden ist, werden die Wörter „vom 20. Juli 2000 (BGBl. I S. 1045), das zuletzt durch Artikel 3 des Gesetzes vom 27. März 2020 (BGBl. I S. 587) geändert worden ist,“ gestrichen.	(1) unverändert
(2) In § 5 der COVID-19-Versorgungsstrukturen-Schutzverordnung vom 30. April 2020 (BAnz AT 04.05.2020 V1), die zuletzt durch Artikel 1 der Verordnung vom 6. Januar 2021 (BAnz AT 07.01.2021 V1) geändert worden ist, werden die Wörter „vom 20. Juli 2000 (BGBl. I S. 1045), das zuletzt durch Artikel 3 des Gesetzes vom 27. März 2020 (BGBl. I S. 587) geändert worden ist,“ gestrichen.	(2) entfällt
(3) In § 10 der Medizinischer Bedarf Versorgungssicherstellungsverordnung vom 25. Mai 2020 (BAnz AT 26.05.2020 V1) werden die Wörter „vom 20. Juli 2000 (BGBl. I S. 1045), das zuletzt durch Artikel 3 des Gesetzes vom 27. März 2020 (BGBl. I S. 587) geändert worden ist,“ gestrichen.	(2) unverändert

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
(4) In § 3 der ITS-Arzneimittelbevorratungsverordnung vom 7. Juli 2020 (BAnz AT 08.07.2020 V1) werden die Wörter „vom 20. Juli 2000 (BGBl. I S. 1045), das zuletzt durch Artikel 1 des Gesetzes vom 19. Mai 2020 (BGBl. I S. 1018) geändert worden ist,“ gestrichen.	(3) u n v e r ä n d e r t
(5) In § 9 Absatz 1 der SARS-CoV-2-Arzneimittelversorgungsverordnung vom 20. April 2020 (BAnz AT 21.04.2020 V1), die durch Artikel 1 der Verordnung vom 28. September 2020 (BAnz AT 30.9.2020 V1) geändert worden ist, werden die Wörter „vom 20. Juli 2000 (BGBl. I S. 1045), das zuletzt durch Artikel 3 des Gesetzes vom 27. März 2020 (BGBl. I S. 587) geändert worden ist,“ gestrichen.	(4) u n v e r ä n d e r t
(6) In § 10 Absatz 1 der Coronavirus-Einreiseverordnung vom 13. Januar 2021 (BAnz AT 13.01.2021 V1) wird nach dem Wort „Infektionsschutzgesetzes“ das Komma und werden die Wörter „das zuletzt durch Artikel 4a des Gesetzes vom 21. Dezember 2020 (BGBl. I S. 3136) geändert worden ist, ansonsten spätestens mit Ablauf des 31. März 2021“ gestrichen.	(5) u n v e r ä n d e r t
(7) In § 11 der Coronavirus-Schutzmasken-Verordnung vom 14. Dezember 2020 (BAnz AT 15.12.2020 V1), die durch Artikel 1 der Verordnung vom 4. Februar 2021 (BAnz AT 05.02.2021 V1) geändert worden ist, werden die Wörter „Satz 13 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Krankenversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477, 2482), das zuletzt durch Artikel 4 Nummer 1 des Gesetzes vom 18. November 2020 (BGBl. I S. 2397) geändert worden ist,“ durch die Wörter „Satz 15 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch“ ersetzt.	(6) u n v e r ä n d e r t
(8) In § 19 Absatz 1 der Coronavirus-Testverordnung vom 27. Januar 2021 (BAnz AT 27.01.2021 V2) werden die Wörter „Satz 13 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Krankenversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 20. Dezember 1988 BGBl. I S. 2477, 2482), das zuletzt durch Artikel 9 des Gesetzes vom 18. Januar 2021 (BGBl. I S. 2) geändert worden ist,“ durch die Wörter „Satz 15 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch“ ersetzt.	(7) In § 19 Absatz 1 der Coronavirus-Testverordnung vom 27. Januar 2021 (BAnz AT 27.01.2021 V2) werden die Wörter „Satz 13 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch“ durch die Wörter „Satz 15 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch“ ersetzt.
(9) In § 15 Satz 1 der Coronavirus-Impfverordnung vom 8. Februar 2021 (BAnz AT 08.02.2021 V1) werden die Wörter „Satz 13 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch“ durch die Wörter „Satz 15 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch“ ersetzt.	(8) u n v e r ä n d e r t

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	(9) In Artikel 3 Absatz 2 der Verordnung zur Änderung der Medizinprodukte-Abgabeverordnung im Rahmen der epidemischen Lage von nationaler Tragweite vom 2. Dezember 2020 (BAnz AT 03.12.2020 V1) werden die Wörter „vom 20. Juli 2000 (BGBl. I S. 1045), das zuletzt durch Artikel 2 des Gesetzes vom 18. November 2020 (BGBl. I S. 2397) geändert worden ist,“ gestrichen.
	(10) In Artikel 3 Absatz 2 der Zweiten Verordnung zur Änderung der Medizinprodukte-Abgabeverordnung im Rahmen der epidemischen Lage von nationaler Tragweite vom 15. Januar 2021 (BAnz AT 19.01.2021 V1) werden die Wörter „vom 20. Juli 2000 (BGBl. I S. 1045), das zuletzt durch Artikel 4a des Gesetzes vom 21. Dezember 2020 (BGBl. I S. 3136) geändert worden ist,“ gestrichen.
	(11) In Artikel 3 Absatz 2 der Dritten Verordnung zur Änderung der Medizinprodukte-Abgabeverordnung im Rahmen der epidemischen Lage von nationaler Tragweite vom 1. Februar 2021 (BAnz AT 02.02.2021 V1) werden die Wörter „vom 20. Juli 2000 (BGBl. I S. 1045), das zuletzt durch Artikel 4a des Gesetzes vom 21. Dezember 2020 (BGBl. I S. 3136) geändert worden ist,“ gestrichen.
	Artikel 10a
	Einschränkung von Grundrechten
	Durch Artikel 1 Nummer 1 Buchstabe a und c, Nummer 3 und Artikel 7 werden die Grundrechte der körperlichen Unversehrtheit (Artikel 2 Absatz 2 Satz 1 des Grundgesetzes), der Freiheit der Person (Artikel 2 Absatz 2 Satz 2 des Grundgesetzes), der Versammlungsfreiheit (Artikel 8 des Grundgesetzes), der Freizügigkeit (Artikel 11 Absatz 1 des Grundgesetzes) und der Unverletzlichkeit der Wohnung (Artikel 13 Absatz 1 des Grundgesetzes) eingeschränkt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
Artikel 11	Artikel 11
Inkrafttreten	Inkrafttreten, Außerkrafttreten
(1) Dieses Gesetz tritt vorbehaltlich <i>des Absatzes 2</i> am Tag nach der Verkündung in Kraft.	(1) Dieses Gesetz tritt vorbehaltlich der Absätze 2 und 3 am Tag nach der Verkündung in Kraft.
(2) Artikel 3 Nummer 2 tritt mit Wirkung vom 1. Januar 2021 in Kraft.	(2) Artikel 3 Nummer 2 tritt mit Wirkung vom 1. Januar 2021 in Kraft.
	(3) Die Artikel 9a und 9b treten am 1. Juli 2021 in Kraft. Gleichzeitig tritt die ITS-Arzneimittelbevorratungsverordnung vom 7. Juli 2020 (BAnz AT 08.07.2020 V1) außer Kraft.

Bericht der Abgeordneten Rudolf Henke, Hilde Mattheis, Detlev Spangenberg, Christine Aschenberg-Dugnus, Dr. Achim Kessler und Kordula Schulz-Asche

A. Allgemeiner Teil

I. Überweisung

Zu Buchstabe a

Der Deutsche Bundestag hat den Gesetzentwurf auf **Drucksache 19/26545** in seiner 210. Sitzung am 12. Februar 2021 in erster Lesung beraten und zur federführenden Beratung an den Ausschuss für Gesundheit überwiesen. Ferner hat er ihn zur Mitberatung an den Ausschuss für Inneres und Heimat, den Ausschuss für Recht und Verbraucherschutz, den Haushaltsausschuss, den Ausschuss für Wirtschaft und Energie, den Ausschuss für Arbeit und Soziales, den Ausschuss für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, den Ausschuss für Verkehr und digitale Infrastruktur, den Ausschuss für Bildung, Forschung und Technikfolgenabschätzung, den Ausschuss für Tourismus, den Ausschuss für die Angelegenheiten der Europäischen Union sowie an den Ausschuss Digitale Agenda überwiesen.

Zudem wurde der Haushaltsausschuss gemäß § 96 der Geschäftsordnung des Deutschen Bundestages beteiligt.

Zu den Buchstaben b und c

Der Deutsche Bundestag hat die Anträge auf den Drucksachen 19/26899 und 19/26903 in seiner 212. Sitzung am 25. Februar 2021 in erster Lesung beraten. Der Antrag auf **Drucksache 19/26899** wurde zur Beratung an den Ausschuss für Gesundheit überwiesen; der Antrag auf **Drucksache 19/26903** wurde zur federführenden Beratung an den Ausschuss für Gesundheit und zur Mitberatung an den Ausschuss für Recht und Verbraucherschutz sowie an den Ausschuss für Wirtschaft und Energie überwiesen.

II. Wesentlicher Inhalt der Vorlagen

Zu Buchstabe a

Die Gesetzesinitianten stellen fest, mit dem Gesetz zum Schutz der Bevölkerung bei einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite vom 27. März 2020 seien erste Maßnahmen getroffen worden, um das Funktionieren des Gesundheitswesens in einer die gesamte Bundesrepublik Deutschland betreffenden epidemischen Lage sicherzustellen und die mit dieser besonderen Situation verbundenen negativen finanziellen Folgewirkungen abzumildern. Hierzu sei insbesondere das Infektionsschutzgesetz (IfSG) erweitert und präzisiert worden. Der Deutsche Bundestag hat am 25. März 2020 und am 18. November 2020 das Fortbestehen der epidemischen Lage von nationaler Tragweite festgestellt (Plenarprotokoll 19/154, S. 19169 C und 19/191, S. 24109 C). Die an diese Feststellung anknüpfenden Regelungen u. a. sowohl im IfSG, als auch im SGB V sowie verschiedene Rechtsverordnungen wie die Coronavirus-Testverordnung, die Coronavirus-Impfverordnung und die Coronavirus-Einreiseverordnung sind bis zum 31. März 2021 befristet. Angesichts der nach wie vor dynamischen Lage im Hinblick auf die Verbreitung vor allem der neuen Mutationen des Coronavirus SARS-CoV-2 und der hierdurch verursachten Krankheit COVID-19 sei es notwendig, die Geltung der Regelungen und Maßnahmen zum Schutz der öffentlichen Gesundheit und zur Bewältigung der Auswirkungen auf das Gesundheitswesen und die langzeitpflegerische Versorgung über den 31. März 2021 zu verlängern und die geschaffenen rechtlichen Grundlagen für künftige pandemische Lagen zu erhalten.

Mit dem vorliegenden Gesetzentwurf soll dies sichergestellt werden.

1. Die der Feststellung einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite zu Grunde liegende Norm des § 5 Absatz 1 IfSG sowie die Regelungen zu Anordnungen und zum Erlass von Rechtsverordnungen im Rahmen der epidemischen Lage von nationaler Tragweite in § 5 Absatz 2 bis 5 IfSG sollen nicht aufgehoben werden.

Die Feststellung einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite soll jedoch als aufgehoben gelten, wenn der Deutsche Bundestag nicht spätestens drei Monate nach deren Feststellung bzw. der Feststellung des Fortbestehens das weitere Fortbestehen der epidemischen Lage von nationaler Tragweite feststellt.

2. Das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) soll eine externe wissenschaftliche Evaluation der Regelungsgesamtheit zur epidemischen Lage von nationaler Tragweite durch die Deutsche Akademie der Naturforscher Leopoldina e.V. beauftragen. Das Ergebnis soll bis zum 31. Dezember 2021 dem BMG und bis zum 31. März 2022 mit einer Stellungnahme der Bundesregierung dem Deutschen Bundestag vorliegen.
3. Pandemierelevante Verordnungsermächtigungen und Rechtsverordnungen sollen künftig nur noch an die Feststellung der epidemischen Lage von nationaler Tragweite anknüpfen und nicht mehr spätestens mit Ablauf des 31. März 2021 oder, im Fall einer Verordnung auf Grund des § 5 Absatz 2 Satz 1 Nummer 10 IfSG, spätestens mit Ablauf des 31. März 2022 außer Kraft treten.
4. Die Regelung des § 56 Absatz 1a IfSG soll ebenfalls an die Feststellung einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite geknüpft und die Befristung zum 31. März 2021 aufgehoben werden.
5. In § 20 Absatz 2a IfSG werden Impfziele festgelegt. Damit soll der Rahmen für Priorisierungsentscheidungen auf Grundlage der Rechtsverordnung nach § 20i Absatz 3 Satz 2 Nummer 1 Buchstabe a und Nummer 2 SGB V verstärkt werden.
6. In der Rechtsverordnung nach § 20i Absatz 3 Satz 2 Nummer 1 Buchstabe a und Nummer 2 SGB V soll künftig die Priorisierung der Anspruchsberechtigten nach Personengruppen festgelegt werden können, wenn darin ein Anspruch auf Schutzimpfung gegen das Coronavirus SARS-CoV-2 festgelegt wird.
7. Die Regelung des § 87b Absatz 2a SGB V soll ermöglichen, dass durch die Pandemie gefährdete vertragsärztliche Leistungserbringer ihren Versorgungsauftrag trotz des Rückgangs der Fallzahlen fortführen können.
8. Die pandemiebedingten Sonderregelungen im SGB XI zugunsten von Pflegebedürftigen und pflegenden Angehörigen, zugelassenen Pflegeeinrichtungen und Angeboten zur Unterstützung im Alltag sowie zum Schutz der Pflegebedürftigen und Mitarbeitenden der Medizinischen Dienste sollen um weitere drei Monate verlängert werden. Darüber hinaus sollen im Bereich der Qualitätssicherung durch die Verlängerung der pandemischen Lage notwendig gewordene Neufestlegungen von Aufgaben und Fristen für Einrichtungen und Pflegekassen vorgenommen werden.
9. Um trotz der Mehrausgaben die Beitragssatzstabilität der sozialen Pflegeversicherung und damit die Einhaltung der Sozialgarantie 2021 zu gewährleisten, soll mittels Rechtsverordnung die Möglichkeit geschaffen werden, dass der Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung einen Zuschuss aus Mitteln des Bundeshaushaltes erhält.

Zu Buchstabe b

Die Antragsteller sind der Auffassung, dass die Feststellung des Vorliegens bzw. des Nichtvorliegens der epidemischen Lage von nationaler Tragweite durch den Deutschen Bundestag nach dem Drittes Gesetz zum Schutz der Bevölkerung und die durch das Infektionsschutzgesetz (IfSG) begründeten Grundrechtseinschränkungen bisher auf keinen verbindlich festgelegten wissenschaftlichen Kriterien, sondern auf weitgehend willkürlichen Entscheidungen beruhen. Deshalb müssten verbindliche wissenschaftliche Kriterien und Parameter von einem unabhängigen, eigenständigen und speziell für diese Aufgabe konzipierten Gremium nach streng wissenschaftlichen Maßstäben erarbeitet und dem Bundestag bzw. den Landesregierungen als Entscheidungsgrundlage vorgelegt werden.

Die Antragsteller fordern für die Feststellung von epidemischen Lagen von nationaler Tragweite nach § 5 Absatz 1 IfSG und als Bedingung für Grundrechtseinschränkungen nach dem IfSG ein Gesetz, mit dem eine Ständige Epidemiekommision (STEPKO) eingerichtet wird, die anhand objektiver bzw. objektivierter Kriterien Empfehlungen festlegt, welche Voraussetzungen erfüllt sein müssen, damit der Deutsche Bundestag von einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite ausgehen und diese beschließen sollte. Die STEPKO müsse als eine politisch unabhängige und streng wissenschaftlich arbeitende Expertenkommission in Form einer eigenständigen Körperschaft des öffentlichen Rechts mit ehrenamtlichen Mitgliedern organisiert sein und von der Ethikkommission beraten werden. Die Mitglieder sollen von den Fraktionen im Deutschen Bundestag vorgeschlagen und vom Deutschen Bundestag berufen werden und verschiedene Fachdisziplinen vertreten.

Zu Buchstabe c

Die Antragsteller konstatieren, die Corona-Lage und die epidemische Lage veränderten sich täglich. Auch das Coronavirus SARS-CoV-2 mutiere ständig, sodass derzeit weltweit hunderte Virusvarianten bekannt seien. Die Virusmutationen in Großbritannien, Südafrika oder Nigeria verbreiteten sich zwar teilweise schneller, seien aber nicht unbedingt tödlicher, und durch manche Mutationen werde das Virus im Laufe der Zeit deutlich abgeschwächt. Viren seien Teil des Lebens. Deshalb werde auch das Coronavirus SARS-CoV-2 mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit nicht vollständig ausgerottet werden können. Die für die Begründung der epidemischen Lage von nationaler Tragweite herangezogenen Daten 7-Tage-R-Wert, 7-Tage-Inzidenz und die COVID-19-bedingte Intensivbettenauslastung zeigten seit Wochen eine stetig sinkende Tendenz. Der 7-Tage-R-Wert liege beispielsweise seit der zweiten Januarwoche konstant unter 1 und am 17. Februar 2021 habe die bundesweite 7-Tage-Inzidenz bei 57 gelegen. Die Zahl gemeldeter intensivmedizinisch behandelter COVID-19-Patienten sei Mitte Februar 2021 auf 3 736 Patienten gesunken. Eine ernsthafte Gefahr für die öffentliche Gesundheit, wie sie § 5 Absatz 1 Satz 4 IfSG für die epidemische Lage von nationaler Tragweite voraussetze, könne aufgrund der genannten Parameter nicht festgestellt werden. Es besteht die große Gefahr, dass die Corona-Maßnahmen, wenn sie weiter fortbestünden, mehr Opfer forderten als das Virus selbst, denn Suizide, gesundheitliche Folgeschäden wegen verschobener Behandlungen oder Operationen, psychologische, soziale und wirtschaftliche Schäden seien die Folgen der Zwangsmaßnahmen.

Die Antragsteller fordern daher die sofortige Aufhebung der Feststellung der epidemischen Lage von nationaler Tragweite und die Außerkraftsetzung sämtlicher Grundrechtseingriffe und Ermächtigungen gegenüber dem Bürger, die auf dem Vorliegen einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite beruhen. Darüber hinaus müsse die Bundesregierung unverzüglich ein schlüssiges Konzept entwickeln und dem Deutschen Bundestag vorlegen, das unter Erfassung und Berücksichtigung des Immunisierungsgrades der Bevölkerung in Deutschland sowie unter Berücksichtigung fortschreitender Wirksamkeit von Therapeutika sowie der Auswertung von Hygienekonzepten verbindlich darstelle, wie ein erneutes „Herunterfahren“ des öffentlichen Lebens verhindert werden könne.

III. Stellungnahmen der mitberatenden Ausschüsse

Zu Buchstabe a

Der **Ausschuss für Inneres und Heimat** hat in seiner 125. 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 zu empfehlen.

Der **Ausschuss für Recht und Verbraucherschutz** hat in seiner 133. 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 **Haushaltsausschuss** hat in seiner 90. 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 Wirtschaft und Energie** hat in seiner 109. 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 Arbeit und Soziales** hat in seiner 114. 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 Familie, Senioren, Frauen und Jugend** hat in seiner 85. 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 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 dazugehörenden 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 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 geänderten Fassung zu empfehlen.

Ferner hat der **Ausschuss für Gesundheit** 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.

Weiterhin hat der **Ausschuss für Gesundheit** 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)287.1 neu vorliegenden Änderungsanträge der Fraktionen der CDU/CSU und SPD wurden mit den Stimmen der Fraktionen 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)287.2 neu 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

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

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 ≥ 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 ≥ 70 -74 Jahren*
- 2. Personen nach Organtransplantationen*

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.

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 wurde 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 wurde 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 Gesetzestext, 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 wurde 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 Impfreihefolge 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 Epidemiekommission sei Mittelverschwendung, oder die AfD meine es ernst, dann müsse sie 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 Entschlößungsantrag 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 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.

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 Regelungsdichte 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 stattfinden 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 (ZÄPrO) 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“ ZÄPrO. Für das Studium nach der „neuen“ ZÄPrO fehlte bislang eine entsprechende Ermächtigungsgrundlage für den Erlass von der ZÄPrO 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“ ZÄPrO 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 Regelungsdichte 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 Regelungsdichte 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 Regelungsdichte 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.

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.

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 Impfkommission 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-Syndrom-Coronavirus-2 (SARS-CoV-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 Medizinprodukterecht 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.

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 Verdienstausschlag 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 Verdienstausschlag 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 Verdienstaufschlags 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 Verdienstaufschlags 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 Entschädigung konkret berechnet. Es besteht für Arbeitgeber die konkrete Gefahr, die in Vorleistung gezahlten Entschädigungen nicht vollumfänglich erstattet zu bekommen. Darüber hinaus besteht ein erhebliches Nachzahlungsrisiko für SV-Beiträge im Falle einer Betriebsprüfung.

Zu Buchstabe e

Die Änderung bewirkt, dass der Arbeitsgeber die Entschädigung nach Absatz 1a während der gesamten Bezugsdauer und nicht nur in den ersten sechs Wochen auszuzahlen hat. Für die Praxis führt das zu einer Vereinfachung der Verwaltungsprozesse, da auch bei einer Bezugsdauer, die sechs Wochen übersteigt, die Entschädigung durch den Arbeitgeber und nicht, wie bisher nach der Regelung des Satzes 1, von der zuständigen Behörde, ausgezahlt wird.

Zu Buchstabe f

Durch den neuen Satz 2 soll klargestellt werden, dass das Eintreten eines Tatbestandes nach Absatz 1 oder Absatz 1a nicht den Bezug von Arbeitslosengeld oder Kurzarbeitergeld unterbricht. Die weiteren Voraussetzungen nach dem SGB III müssen jeweils erfüllt sein.

Zu Buchstabe g

Es handelt sich bei der Neuformulierung um eine Folgeänderung zu Buchstabe b Doppelbuchstabe bb. Des Weiteren wird die Antragsfrist (Ausschlussfrist) auf zwei Jahre verlängert. Durch den neuen Satz 2 soll es den Ländern ermöglicht werden, ein elektronisches Abrechnungsverfahren für Anträge nach Absatz 5 Satz 2 und Satz 3 zu ermöglichen. Die zuständige Behörde kann zur Vermeidung unbilliger Härten auf eine Übermittlung durch Datenerfernübertragung verzichten (Satz 3).

Zu Nummer 5 (§ 66)

Es handelt sich um eine Folgeänderung zu den Änderungen in § 36 Absatz 8 Satz 1 Nummer 1 und § 56 Absatz 1a Satz 1 Nummer 1. Generell wird aber erstmals eine Regelung hinsichtlich der Konstellation der Fälle des § 56 Absatz 1 Satz 2 aufgenommen, die bislang aufgrund eines Redaktionsfehlers keine Berücksichtigung gefunden hat.

Zu den Nummern 6 (§ 67), 7 (§ 68), 8 (13. Abschnitt)

Der § 68 wird in den Abschnitt Rechtsweg und Kosten überführt, da er nunmehr nicht ausschließlich zu Themen des 12. Abschnitts Inhalte enthält.

Nachdem bereits mit dem Dritten Gesetz zum Schutz der Bevölkerung Streitigkeiten über Ansprüche nach den §§ 56 bis 58 dem Verwaltungsrechtsweg zugewiesen worden sind, soll dies nunmehr auch für Ansprüche nach § 65 gelten, da oftmals aus beiden Anspruchsgrundlagen Ansprüche verfolgt werden und eine Rechtswegzersplitterung bei einer einheitlichen Entscheidung gleicher Sachverhalte nicht praxisgerecht erscheint.

Der neu eingefügte Absatz 1a weist Streitigkeiten über Ansprüche nach einer aufgrund des § 20i Absatz 3 Satz 2 Nummer 1 Buchstabe a, auch in Verbindung mit Nummer 2, des Fünften Buches Sozialgesetzbuch sowie § 5 Absatz 2 Satz 1 Nummer 4 Buchstabe c und f erlassenen Rechtsverordnung ausdrücklich den Verwaltungsgerichten zu. Im Rahmen der Entscheidung über Ansprüche auf Zugang zu Schutzimpfungen im Rahmen der Coronavirus-Impfverordnung gab es in der Praxis Unklarheit darüber, ob der Rechtsweg zu den Sozialgerichten oder zu den Verwaltungsgerichten eröffnet ist.

Zu Nummer 9 (§ 73)

Zu Buchstabe a

Der Ordnungswidrigkeitentatbestand in Absatz 1 wird mit dem nach Absatz 1a Nummer 22a zusammengeführt, auch eine fahrlässige Erfüllung des Tatbestandes soll künftig bußgeldbewehrt werden.

Zu Buchstabe b

Zu Doppelbuchstabe aa

Eine unrichtige, fehlende oder unvollständige Dokumentation von Impfungen durch einen Arzt wird nach der Regelung mit einem Bußgeld bewehrt. Da Impfnachweise in vielen Bereichen des Lebens und insbesondere im Hinblick auf die Masern-Impfpflicht nach § 20 Absatz 8 des Infektionsschutzgesetzes eine wichtige Nachweisfunktion zukommt, müssen Verstöße gegen die Dokumentationspflicht nach § 22 Absatz 1 des Infektionsschutzgesetzes entsprechend sanktioniert werden.

Zu Doppelbuchstabe bb

Die bisher in Absatz 1 enthaltene Vorschrift wird aus redaktionellen Gründen in Nummer 22a übertragen.

Zu Doppelbuchstabe cc

Es werden verschiedene Ergänzungen der Ordnungswidrigkeiten Tatbestände vorgenommen.

Zu Dreifachbuchstabe aaa

Durch die Änderung wird die Bußgeldbewehrung von Verstößen gegen eine nach § 13 Absatz 4 Satz 2 erlassene Verordnung sichergestellt. Darüber hinaus wird der Verweis auf § 13 Absatz 3 Satz 8 korrigiert.

Zu Dreifachbuchstabe bbb

Durch die Ergänzung wird eine Bußgeldbewehrung auch dann sichergestellt, wenn die Sicherstellung der Erfüllung der in einer Verordnung nach § 36 Absatz 1 Satz 1 oder Satz 3 oder nach Absatz 10 festgelegten Pflichten in Bezug auf geschäftsunfähige oder beschränkt geschäftsfähige Personen denjenigen obliegt, denen die Sorge über diese Personen zusteht, z.B. Eltern in Bezug auf ihre Kinder.

Zu Nummer 10 (§ 77)**Zu Absatz 4**

Nach Inkrafttreten des Gesetzes zur Fortgeltung der die epidemische Lage von nationaler Tragweite betreffenden Regelungen hat der Beschluss nach § 5 Absatz 1 Satz 3 über das Fortbestehen der epidemischen Lage von nationaler Tragweite spätestens drei Monate später zu erfolgen. Soweit die epidemische Lage von nationaler Tragweite nicht vorher aufgehoben wird, greift die neue Fiktion nach Satz 3 also frühestens drei Monate nach Inkrafttreten des Gesetzes zur Fortgeltung der die epidemische Lage von nationaler Tragweite betreffenden Regelungen.

Zu Absatz 5

In § 77 Absatz 5 wird analog zu Absatz 3 eine Übergangsvorschrift vorgesehen.

Zu Artikel 2 (Änderung der Verordnung zur Sicherung der Ausbildungen in den Gesundheitsfachberufen während einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite)**Zu Nummer 1**

Mit der Änderung wird – vor dem Hintergrund der andauernden epidemischen Lage – die Frist, innerhalb derer Praxisanleitung auch durch Personen erbracht werden darf, deren berufspädagogische Zusatzqualifikation begonnen hat und innerhalb der Frist abgeschlossen werden kann, bis zum 30. September 2022 verlängert. Hiermit wird ein Anliegen mehrerer Länder umgesetzt.

Angesichts der andauernden epidemischen Lage ist die weitere Fortgeltung dieser Ausnahmeregelung unmittelbar erforderlich.

Zu Nummer 2

Die Änderung entspricht dem Gesetzentwurf.

Zu Artikel 3 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)**Zu Nummer 1****Zu Buchstabe b**

Als Priorisierungskriterium soll auch ein aufenthaltsbedingtes SARS-CoV-2-Expositionsrisiko berücksichtigt werden, um beispielsweise auch Personen berücksichtigen zu können, die aufgrund ihres Wohnumfeldes einem besonderen Infektionsrisiko ausgesetzt sind. Auch soll ein behinderungsbedingt erhöhtes Expositionsrisiko Berücksichtigung finden.

Zu Buchstabe e

Die Regelung dient der Klarstellung des Verhältnisses von Entscheidungen des Gemeinsamen Bundesausschusses, der Empfehlungen der Ständigen Impfkommission und der geltenden Verordnungen, die Ansprüche auf bestimmte Schutzimpfungen betreffen. Der Gemeinsame Bundesausschuss soll verpflichtet sein, nach Vorliegen einer Empfehlung der Ständigen Impfkommission eine Entscheidung nach Absatz 1 Satz 5 zu treffen, jedoch für die Zeit nach dem Außerkrafttreten der jeweiligen Rechtsverordnung (insoweit kann unter einer aufschiebenden Bedingung formuliert werden). Die durch den Gemeinsamen Bundesausschuss nach Absatz 1 Satz 5 zu treffende Entscheidung hat sich im Falle der Geltung einer solchen Rechtsverordnung auf den Zeitraum nach dem Außerkrafttreten zu beziehen. Damit soll eine Dopplung der Regelungen in Bezug auf denselben Sachverhalt vermieden werden.

Zu Nummer 2

Die Regelung in Satz 1 entspricht mit einer Abweichung dem Gesetzentwurf: Aus der Kann-Regelung wurde eine Soll-Regelung, um sicherzustellen, dass die Kassenärztlichen Vereinigungen die Honorarverteilungsmaßstäbe in den genannten Konstellationen tatsächlich anpassen.

Mit dem Ziel, eine Benachteiligung von Arztgruppen mit einem hohen Anteil an extrabudgetären Leistungen zu vermeiden, wird mit der Regelung in Satz 2 klargestellt, dass auch Kompensationszahlungen für Fallzahlrückgänge im Bereich der extrabudgetären Leistungen möglich sind. Dabei ist jedoch davon auszugehen, dass ein erheblicher Anteil extrabudgetärer Leistungen wie ambulante Operationen und Präventionsleistungen zu einem späteren Zeitpunkt nachgeholt werden können. So hat der Gemeinsame Bundesausschuss beispielsweise Ausnahmeregelungen für Kinder-Früherkennungsuntersuchungen gefasst, nach denen diese auch durchgeführt und abgerechnet werden können, wenn die vorgegebenen Untersuchungszeiträume und Toleranzzeiten überschritten sind. Eine Leistungserbringung zu einem späteren Zeitpunkt ist im Bereich des ambulanten Operierens bei planbaren Eingriffen ebenfalls möglich. Zu berücksichtigen ist auch, dass aufgrund von Sonderregelungen für die ambulante Versorgung alternative Möglichkeiten zur ärztlichen und psychotherapeutischen Leistungserbringung und Abrechnung bestehen, wie zum Beispiel Konsultationen per Telefon oder per Videosprechstunde. So dürfen während der SARS-CoV-2-Pandemie bis zum 31. März 2021 extrabudgetär vergütete Psychotherapieleistungen per Video durchgeführt werden.

Mit der Regelung in Satz 3 wird vorgegeben, dass die in der Vergangenheit in den Kassenärztlichen Vereinigungen gebildeten und noch nicht aufgelösten Rückstellungen, zum Beispiel aus der Differenz zwischen Gesamtvergütung und Honorar, ebenfalls verwendet werden sollen.

Satz 4 bestimmt als weitere Voraussetzung für die Zahlung von Kompensationsbeträgen die Einhaltung der Mindestdsprechstunden nach § 19 Absatz 1 der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte. Im Fall des Unterschreitens der Mindestdsprechstunden erhält der vertragsärztliche Leistungserbringer eine Kompensationszahlung nur dann, wenn es hierfür rechtfertigende Gründe gibt, die ihre Ursache in der betreffenden Pandemie, Epidemie, Endemie, Naturkatastrophe oder eines anderen Großschadensereignisses haben. Dies ist zum Beispiel der Fall, wenn er nach der Coronavirus-Impfverordnung oder der Coronavirus-Testverordnung in einem Impf- oder Testzentrum tätig ist oder in einem Krankenhaus aushilft, um außerhalb der vertragsärztlichen Versorgung die Herausforderungen der SARS-CoV-2-Pandemie zu bewältigen.

Zu Artikel 4 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Zu Nummer 1a

Die bisher in § 4 der COVID-19-Versorgungsstrukturen-Schutzverordnung geregelte pandemiebedingte Anhebung der Monatspauschale für zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel wird bis zum 31. Dezember 2021 unverändert fortgeführt, nun jedoch in § 40 Absatz 2 Satz 1 des Elften Buches Sozialgesetzbuch. Die im Zuge der Corona-Pandemie stark angestiegenen Preise für zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel, insbesondere für Schutzmasken und Desinfektionsmittel, machen eine Verlängerung dieser Regelung erforderlich, um die Versorgung mit derartigen Produkten im häuslichen Bereich zu stützen. Die Aufwendungen der Pflegekassen für zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel dürfen daher bis zum 31. Dezember 2021 monatlich den Betrag von 60 Euro je Pflegebedürftigen erreichen.

Dieser Betrag stellt zugleich die Vergütung dar, die ein Leistungserbringer für die Versorgung eines Pflegebedürftigen mit zum Verbrauch bestimmten Pflegehilfsmitteln monatlich höchstens beanspruchen kann, ohne dass es insoweit einer Änderung der Verträge nach § 78 Absatz 1 des Elften Buches Sozialgesetzbuch bedarf.

Unter der Annahme eines Auslaufens der pandemischen Lage zum 30. Juni 2021 ergeben sich aus dem Änderungsantrag im zweiten Halbjahr 2021 auf Basis der bisherigen Wirkung der Anhebung Mehrausgaben von 60 bis 90 Millionen Euro.

Zu Nummer 7

Zu den Buchstaben a bis d

Die geltenden pandemiebedingten Kostenerstattungsverfahren für die zugelassenen Pflegeeinrichtungen nach § 150 Absatz 2 bis 4 sowie für die Angebote zur Unterstützung im Alltag nach § 150 Absatz 5a werden bis zum 30. Juni 2021 unverändert fortgeführt. Die im Gesetzesentwurf vorgesehene Konkretisierung in Bezug auf die Mindereinnahmen wird gestrichen. Dadurch ergeben sich für die Pflegeversicherung voraussichtliche Mehrausgaben in Höhe von insgesamt rund 50 Millionen Euro je Monat und für die Krankenversicherung rund 10 Millionen Euro je Monat.

Zu Artikel 9a (Änderung des Apothekengesetzes)

Die COVID-19-Pandemie hat gezeigt, dass eine erhöhte Bevorratung bestimmter Arzneimittel in Krankenhausapotheken und krankenhausversorgenden Apotheken sinnvoll ist, um einer Gefährdung der ordnungsgemäßen Arzneimittelversorgung in Krankenhäusern bei vorübergehenden Lieferengpässen oder Mehrbedarfen entgegenzuwirken. Mit der ITS-Arzneimittelbevorratungsverordnung vom 7. Juli 2020 (BAnz AT 08.07.2020 V1) ist eine vorübergehende erhöhte Bevorratung von Arzneimitteln, die für die intensivmedizinische Versorgung benötigt werden, angeordnet worden. Aus Vorsorgegründen sollen entsprechende Bevorratungspflichten auch nach der Pandemie gelten. Daher wird die Ermächtigungsgrundlage für den Erlass der Apothekenbetriebsordnung insoweit ergänzt und konkretisiert.

Zu Artikel 9b (Änderung der Apothekenbetriebsordnung)

Mit den Änderungen in § 15 Absatz 3 und § 30 soll die intensivmedizinische Versorgung von Patientinnen und Patienten eines Krankenhauses auch künftig bei vorübergehenden Lieferengpässen und Mehrbedarfen, z. B. infolge einer (erneuten) epidemischen Lage, sichergestellt werden. Im Zusammenhang mit der Corona-Pandemie hat sich gezeigt, dass eine erhöhte Bevorratung bestimmter Arzneimittel sinnvoll ist.

Die Verpflichtung zur erhöhten Bevorratung gilt nur für Arzneimittel zur parenteralen Anwendung in der intensivmedizinischen Versorgung. In den Krankenhäusern können unterschiedliche Arzneimittel zum Einsatz kommen. Die Verpflichtung zur erhöhten Bevorratung beschränkt sich auf die Arzneimittel, die dem Bedarf des jeweils versorgten Krankenhauses entsprechen, d. h. in dem jeweiligen Krankenhaus in der Intensivmedizin eingesetzt werden.

Die neuen Regelungen sehen eine Bevorratung dieser Arzneimittel im Umfang des Bedarfs für vier Wochen vor. Damit wird die Versorgungssicherheit bei Lieferengpässen gestärkt und den Krankenhausapotheken und krankenhausversorgenden Apotheken mehr Zeit eingeräumt, sich auf erhöhte Bedarfe einzustellen.

In der Folge der Änderung der Ermächtigungsgrundlage der Apothekenbetriebsordnung im Apothekengesetz wird aufgrund des unmittelbaren Sachzusammenhangs auch die Verordnung geändert.

Artikel 9c (Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes)

§ 26d sieht eine Erweiterung der in § 26a geregelten Prämien für aufgrund der SARS-CoV-2-Pandemie besonders belastete Krankenhausbeschäftigte vor. Die zweite Welle der Pandemie hat viele Krankenhäuser und ihre Beschäftigten vor eine noch größere Belastung gestellt als die erste Welle. Auch für diesen herausragenden Einsatz bei der Versorgung von COVID-19-Patientinnen und -Patienten soll den besonders betroffenen Beschäftigten eine Corona-Prämie als zusätzliche finanzielle Anerkennung zu Teil werden. Um erneut ein schnelles und unbürokratisches Verfahren zu etablieren und eine zeitnahe Auszahlung zu gewährleisten, wird in § 26d die Grundkonzeption des § 26a beibehalten und erweitert.

Zu Absatz 1

Satz 1 gewährt zugelassenen Krankenhäusern, die in dem Zeitraum vom 1. Januar 2020 bis zum 31. Dezember 2020 durch die voll- oder teilstationäre Behandlung von mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 infizierten Patientinnen und Patienten besonders belastet waren, für ihre Pflegekräfte in der unmittelbaren Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen einen Anspruch auf eine Auszahlung aus Bundesmitteln, um ihren Beschäftigten, die durch die Versorgung von mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 infizierten Patientinnen und Patienten einer erhöhten Arbeitsbelastung ausgesetzt waren, eine Prämie als einmalige Sonderleistung zu zahlen. Anspruchsberechtigt sind nur Krankenhäuser, die ihre Leistungen nach dem Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) abrechnen, also mindestens einen voll- oder teilstationären Fall aus dem Entgeltbereich des § 17b erbracht haben und mit der Datenübermittlung gemäß § 24 Absatz 2 Satz 1 Nummer 1 (Entlassung zwischen 1. Januar 2020 und 31. Dezember 2020) in der Datei „Fall“ voll- oder teilstationäre Fälle für den Entgeltbereich „DRG“ übermittelt haben. Begleitpersonen und rein vorstationäre Fälle werden dabei nicht berücksichtigt. Nicht anspruchsberechtigt sind demgegenüber psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen, Krankenhäuser und entsprechende Krankenhausabteilungen, die ihre Leistungen nach der Bundespflegesatzverordnung abrechnen.

Als mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 infiziert im Sinne dieser Vorschrift gelten ausschließlich Patientinnen und Patienten mit der Diagnose U07.1. Wie in § 26a gelten Krankenhäuser mit weniger als 500 Betten als besonders belastet, in denen mindestens 20 voll- oder teilstationäre Fälle von Patientinnen und Patienten, die mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 infiziert waren, im Zeitraum nach Satz 1 behandelt wurden. Krankenhäuser ab 500 Betten gelten als besonders belastet, wenn dort im Zeitraum nach Satz 1 mindestens 50 voll- oder teilstationäre Fälle von Patientinnen und Patienten, die mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 infiziert waren, behandelt wurden.

Der Regelung liegt damit der Gedanke zugrunde, dass die Belastungen durch die SARS-CoV-2-Pandemie in den verschiedenen Krankenhäusern und Regionen sehr unterschiedlich waren. Diese Gegebenheiten wurden durch die gesetzlichen Festlegungen zur Anspruchsberechtigung nachvollzogen.

Satz 3 bestimmt, dass Krankenhäuser, soweit sie bereits auf der Grundlage des § 26a Mittel erhalten haben, bei der Verteilung nach § 26d erneut berücksichtigt werden, wenn sie im Zeitraum vom 1. Juni 2020 bis zum 31. Dezember 2020 die in den Sätzen 1 und 2 genannten Voraussetzungen erneut erfüllt haben.

In Satz 4 wird festgelegt, dass 150 Millionen Euro nach der jeweiligen Summe der Verweildauertage der voll- oder teilstationär behandelten Patientinnen und Patienten, die im Jahr 2020 in den besonders belasteten Krankenhäusern nach Satz 2 mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 infiziert waren und entlassen wurden, verteilt werden. An den Zeitpunkt der Entlassung wird angeknüpft, da die Ermittlung der Anspruchsberechtigung nach Satz 6 auf den auch unabhängig von den Prämien vorzunehmenden Datenlieferungen der jeweiligen Krankenhäuser an das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) basiert, für die der Zeitpunkt der Entlassung maßgeblich ist. Das Kriterium Verweildauer ist gegenüber dem in § 26a verwendeten Kriterium (Anzahl der Fälle) zielgenauer, da einzelne Fälle sehr unterschiedliche Verweildauern aufweisen. Die Anspruchshöhe des einzelnen Krankenhauses wird ermittelt, indem der Betrag von 150 Millionen Euro durch die Gesamtsumme der Verweildauertage der COVID-19-Fälle in allen Krankenhäusern, die die Voraussetzungen nach den Sätzen 1 bis 3 erfüllen, geteilt wird und das Ergebnis mit der Summe der Verweildauertage der COVID-19-Fälle in dem jeweiligen Krankenhaus multipliziert wird.

Weitere 150 Millionen Euro werden nach der Anzahl des im Jahr 2019 beschäftigten Pflegepersonals in der unmittelbaren Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen, umgerechnet in Vollkräfte, verteilt. Die Anspruchshöhe des einzelnen Krankenhauses wird ermittelt, indem der Betrag von 150 Millionen Euro durch die Gesamtanzahl der im Jahr 2019 in allen Krankenhäusern, die die Voraussetzungen nach den Sätzen 1 bis 3 erfüllen, beschäftigten Pflegekräfte in der unmittelbaren Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen, umgerechnet in Vollkräfte, geteilt wird und das Ergebnis mit der Anzahl der Pflegekräfte in dem jeweiligen Krankenhaus multipliziert wird. Dabei werden Angaben nicht berücksichtigt, die in der Datei „Pflegepersonal“ des Datensatzes gemäß § 21 KHEntgG für das Datenjahr 2019 in psychiatrischen oder psychosomatischen Fachabteilungen gemeldet wurden (Fachabteilungsschlüssel 29** bis 31**). Das Kriterium Pflegekräfte am Bett umfasst die Gruppe der am meisten in den Kliniken betroffenen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter; es wurde von den Selbstverwaltungspartnern für die Prämienzahlung in der ersten Welle vorgeschlagen und ist statistisch eindeutig belegt. Soweit dem InEK für einzelne Krankenhäuser keine Daten zur Anzahl des Pflegepersonals in der unmittelbaren Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen vorliegen, wohl aber zur Zahl der mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 infizierten Patientinnen und Patienten, erhalten diese Krankenhäuser nur das Mittelvolumen, das sich nach der Anzahl der mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 infizierten Patientinnen und Patienten bemisst, nicht aber das Mittelvolumen, für das die Bemessungsgrundlage fehlt.

Aus Satz 5 ergibt sich, dass ein zusätzlicher Betrag von 150 Millionen Euro an nach den Sätzen 1 bis 3 anspruchsberechtigte Krankenhäuser verteilt wird, in denen im Jahr 2020 mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 infizierte Patientinnen und Patienten mehr als 48 Stunden beatmet wurden. Dabei werden für die Anspruchsberechtigung ausschließlich Beatmungsstunden einbezogen, die nach der Anlage zur Vereinbarung über die Übermittlung von Daten nach § 21 Absatz 4 und Absatz 5 KHEntgG gemeldet wurden. Die Anlage zur Vereinbarung über die Übermittlung von Daten nach § 21 Absatz 4 und Absatz 5 des Krankenhausentgeltgesetzes – Version 2020 für das Datenjahr 2019, Fortschreibung vom 4. Dezember 2019 – ist auf der Internetseite des InEK abrufbar. Die Anspruchshöhe des einzelnen Krankenhauses wird ermittelt, indem der Betrag nach Satz 5 durch die Gesamtanzahl dieser Fälle in allen Krankenhäusern, die die Voraussetzungen nach den Sätzen 1 bis 3 erfüllen, geteilt wird und das Ergebnis mit der Anzahl der Fälle in dem jeweiligen Krankenhaus multipliziert wird. Eine Zuteilung zusätzlicher Mittel nach der Anzahl der behandelten COVID-19-Patientinnen und -Patienten, die mehr als 48 Stunden

beatmet wurden, wurde eingeführt, um eine leistungsgerechtere Verteilung der Mittel zwischen den Häusern zu gewährleisten.

Das Prämienvolumen wird durch das InEK auf der Grundlage der ihm nach § 24 Absatz 2 Satz 1 Nummer 1 und nach § 21 Absatz 2 Nummer 1 Buchstabe e KHEntgG zur Verfügung stehenden Daten ermittelt. Damit wurde ein bürokratiearmes und transparentes Vorgehen gewählt.

Satz 7 bestimmt, dass das InEK auf seiner Internetseite das ermittelte Prämienvolumen für jedes anspruchsberechtigte Krankenhaus unter Angabe des Namens und des Institutionskennzeichens barrierefrei veröffentlicht. Damit wird erneut ein bürokratiearmes und transparentes Verfahren auf der Basis vorhandener Daten gewählt, um eine zeitnahe und fristgerechte Auszahlung der Prämien an die Beschäftigten zu gewährleisten. Die Krankenhausträger können bereits sieben Tage nach Inkrafttreten des Gesetzes einsehen, welches Prämienvolumen in den anspruchsberechtigten Krankenhäusern an die Beschäftigten ausgezahlt werden kann und auf dieser Basis mit den Vorbereitungen für die krankenhausinterne Verteilung, Abstimmung und Auszahlung beginnen. Um im Sinne einer besseren Zuordnung der Krankenhäuser die Abrechnungsmodalitäten zu erleichtern, wird auch das Institutionskennzeichen nach § 293 Absatz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch veröffentlicht.

Zu Absatz 2

Im Rahmen des auf das jeweilige Krankenhaus entfallenden Prämienvolumens entscheidet der jeweilige Krankenhausträger im Einvernehmen mit der Arbeitnehmervertretung entsprechend der Belastung aufgrund der SARS-CoV-2-Pandemie über die Auswahl der Prämienempfängerinnen und Prämienempfänger und die Höhe der Prämien. Dieses Vorgehen auf lokaler Ebene wird als interessengerecht erachtet, da nur vor Ort die individuelle pandemiebedingte Betroffenheit und die besonderen Gegebenheiten in den einzelnen Häusern beurteilt werden können.

Die besondere Belastung ergibt sich vor allem aus dem unmittelbaren Kontakt mit Patientinnen und Patienten, die mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 infiziert sind. Insbesondere für Pflegekräfte in der unmittelbaren Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen bedeutet dies, besonders im Hinblick auf die körperbezogene Pflege, eine Erschwerung der Arbeitsbedingungen. Hinzu kommen beispielsweise erhebliche Mehrarbeit, die Einhaltung besonderer Vorschriften und Hygienemaßnahmen, das Tragen von Schutzkleidung sowie die potentielle Gefährdung der eigenen physischen und psychischen Gesundheit.

Durch die Einbindung der Arbeitnehmervertretungen in den Prozess der Auswahl der Prämienberechtigten und die Festlegung der Prämienhöhe bzw. durch die Möglichkeit einer gemeinsamen Erarbeitung von Auswahlkriterien wird die Intention verfolgt, eine gerechte Auswahl der Prämienberechtigten im Sinne der Beschäftigten zu gewährleisten. Insoweit wird an das allgemeine Mitbestimmungsrecht des § 87 Absatz 1 Nummer 10 des Betriebsverfassungsgesetzes angeknüpft.

Die Prämie soll sich grundsätzlich an Pflegekräfte in der unmittelbaren Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen richten und damit an Pflegefachkräfte und Pflegehilfskräfte sowie weiteres in der Pflege am Bett eingesetztes Personal. Abhängig von den jeweiligen Umständen und Gegebenheiten während der SARS-CoV-2-Pandemie werden die Krankenhausträger zudem ausdrücklich dazu aufgefordert, Prämien auch an sonstiges Personal auszuzahlen, das von der SARS-CoV-2-Pandemie besonders betroffen war. Dies können zum Beispiel Beschäftigte in der Notaufnahme, Reinigungskräfte oder Freiwilligendienstleistende sein, nicht aber Ärztinnen und Ärzte. Sollten der Krankenhausträger und die Interessenvertretung der Beschäftigten einvernehmlich der Überzeugung sein, dass die Prämiensumme unter allen Beschäftigten zu gleichen Teilen aufzuteilen ist, weil sich die Belastung gleichermaßen auf alle Beschäftigten verteilt hat, so wäre auch dies nach der Vorschrift nicht ausgeschlossen.

Nach § 3 Nummer 11a des Einkommenssteuergesetzes ist für den Zeitraum vom 1. März 2020 bis 31. Juni 2021 pro Arbeitnehmer bzw. Arbeitnehmerin eine Steuerfreiheit für einen Gesamtbetrag von 1 500 Euro vorgesehen. Zu berücksichtigen sind hier neben der Prämie nach § 26a auch etwaige landesrechtlich vorgesehene Prämienzahlungen, Prämien nach Tarifvertrag oder durch die Krankenhausträger ausgezahlte Prämien. Bei der Verteilung der zusätzlichen Mittel haben die Krankenhausträger und die Beschäftigtenvertretungen diese Gegebenheiten zu berücksichtigen und darauf hinzuwirken, dass der steuerfreie Betrag für möglichst viele Beschäftigte ausgeschöpft wird, soweit sich dadurch kein schwerwiegender Widerspruch zu dem Verteilkriterium der besonderen Belastung

ergibt. Damit soll gewährleistet werden, dass die an die Krankenhäuser ausgegebenen Mittel auch ganz überwiegend an die Beschäftigten ausgezahlt werden und nur nachrangig für entstehende Arbeitgeberanteile an den Sozialversicherungsbeiträgen nach Absatz 4 Satz 6 verwendet werden.

Vom Krankenhausträger für den Prämienbezug ausgewählte Beschäftigte, die im Bemessungszeitraum in Teilzeit gearbeitet haben, sind mit anteiliger Anrechnung zu begünstigen. Die Möglichkeit der Zahlung von Prämien durch die Krankenhausträger an die Beschäftigten in Form von Zuschüssen bestand schon bisher. Eine Erhöhung des nach dieser Vorschrift auszahlenden Prämienvolumens durch die Krankenhausträger, um den Beschäftigten eine möglichst weitgehende Ausschöpfung des steuer- und sozialversicherungsabgabenfreien Prämienbetrags zu ermöglichen, ist möglich. Auch eine von dieser Vorschrift unabhängige zusätzliche Prämienzahlung durch die Krankenhausträger bleibt möglich.

Zu Absatz 3

Das Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS) zahlt einen Betrag in Höhe von 450 Millionen Euro aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds an den Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-Spitzenverband) aus. Der Bund erstattet den Betrag unverzüglich an die Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds. Auf der Grundlage der Veröffentlichung der Übersicht der anspruchsberechtigten Krankenhäuser auf der Internetseite des InEK nach Absatz 1 Satz 7 verteilt der GKV-Spitzenverband unverzüglich nach Eingang der Zahlung nach Satz 1 die ermittelten Beträge an die anspruchsberechtigten Krankenhäuser.

Die Regelung in Satz 4 dient dazu, Transparenz hinsichtlich der Verteilung der an die einzelnen Krankenhäuser gezahlten Mittel herzustellen. Dies ist erforderlich, um die korrekte Umsetzung der Regelungen zu prüfen. Aus diesem Grund hat der GKV-Spitzenverband nach Abschluss der Zahlungen an die Krankenhäuser dem Bundesministerium für Gesundheit eine krankenhausbegleitende Aufstellung der durch das BAS ausgereichten Mittel vorzulegen. Eine zeitnahe Übermittlung wird durch die gesetzte Frist bis Ende September 2021 gewährleistet.

Zu Absatz 4

Die Krankenhäuser haben die Prämien zusätzlich zum geschuldeten Arbeitslohn an ihre Beschäftigten bis zum 30. Juni 2021 auszusahlen, da bis zu diesem Zeitpunkt nach § 3 Nummer 11a des Einkommenssteuergesetzes aufgrund der SARS-CoV-2-Pandemie für Zuschüsse des Arbeitgebers zusätzlich zum Arbeitslohn die Steuerfreiheit bis zu einer Höhe von 1 500 Euro gilt. Um zu gewährleisten, dass die an die Krankenhäuser ausgeschütteten Prämiensummen an die Beschäftigten ausgezahlt werden, ist die zweckentsprechende Mittelverwendung durch den Jahresabschlussprüfer zu bestätigen. Werden die Mittel nicht zweckentsprechend verwendet oder die Nachweise nicht oder nicht rechtzeitig vorgelegt, sind die jeweiligen Mittel bis zum 30. April 2022 an den GKV-Spitzenverband zurückzuzahlen, der diese über das BAS und die Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds an den Bundeshaushalt zurückführt.

Satz 6 trägt den Fällen Rechnung, in denen der steuerfreie Höchstbetrag von 1 500 Euro nach § 3 Nummer 11a EStG für den Zeitraum vom 1. März 2020 bis 31. Juni 2021 für einzelne Beschäftigte durch die Prämienzahlung nach Satz 1 insgesamt überschritten wird. In diesen Fällen unterliegt der Betrag, der 1 500 Euro übertrifft, der Einkommensteuerpflicht und der Sozialversicherungspflicht. Die Krankenhausträger haben in diesen Fällen einen Arbeitgeberanteil an den Sozialversicherungsbeiträgen zu entrichten, sofern das reguläre Arbeitsentgelt der Prämienempfängerin oder des Prämienempfängers nicht bereits die Beitragsbemessungsgrenzen der Sozialversicherung übersteigt. Weder die Krankenhausträger noch die Kostenträger sollen durch diese Beiträge belastet werden. Die Regelung in Satz 6 schafft für solche Fälle die Möglichkeit, dass Krankenhäuser diese Arbeitgeberanteile an den Sozialversicherungsbeiträgen ebenfalls aus den ihnen nach Absatz 3 Satz 3 ausgezahlten Mitteln decken können. Da hierdurch der Gesamtbetrag, der in dem jeweiligen Krankenhaus für Prämienzahlungen zur Verfügung steht, geschmälert wird, steht es den Krankenhäusern nach der Formulierung offen, die Arbeitgeberanteile an den Sozialversicherungsbeiträgen selbst zu finanzieren, um höhere Summen an ihre Beschäftigten auszahlen zu können.

Zu Absatz 5

Um Aufschluss über die Anzahl der Prämienempfängerinnen und Prämienempfänger, die jeweilige Prämienhöhe und die Kriterien zu erhalten, die die Krankenhäuser der Prämienverteilung zugrunde gelegt haben, haben die Krankenhäuser dem GKV-Spitzenverband hierüber zu berichten. Die Frist zum 31. März 2022 gewährt den Krankenhäusern ein großzügiges Zeitfenster, um auch in Anbetracht von Belastungen aufgrund der SARS-CoV-2-Pandemie ihrer Berichtspflicht nachzukommen. Der GKV-Spitzenverband kann den Krankenhäusern Vorgaben

zum Inhalt der Berichte machen. Er erstellt auf dieser Grundlage einen Abschlussbericht über die Prämienszahlungen und legt diesen bis zum 31. August 2022 dem Bundesministerium für Gesundheit vor.

Zu Artikel 9d (Änderung der COVID-19-Versorgungsstrukturen-Schutzverordnung) und zu Artikel 10 Absatz 2 (Folgeänderungen)

In § 4 der COVID-19-Versorgungsstrukturen-Schutzverordnung ist die pandemiebedingte Anhebung der Monatspauschale für zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel von 40 Euro auf 60 Euro geregelt. Diese Vorschrift ist entbehrlich, weil die Fortgeltung der pandemiebedingten Anhebung bis zum 31. Dezember 2021 in § 40 Absatz 2 Satz 1 des Elften Buches Sozialgesetzbuch übernommen wird. Entsprechend ist auch der Name der Verordnung anzupassen.

Im Übrigen handelt es sich um die rechtsförmlich erforderliche Überführung der bereits im Gesetzentwurf enthaltenen Regelung aus Artikel 10 Absatz 2 in den neuen Artikel 9d, ohne inhaltliche Änderung sowie die Streichung des Artikel 10 Absatz 2 nebst Folgeänderungen.

Zu Artikel 10 (Folgeänderungen)

Zu den Absätzen 8 bis 12

Es handelt sich um weitere Folgeänderungen, die notwendig geworden sind, da es inzwischen Anpassungen der betroffenen Verordnungen gegeben hat bzw. da die Rechtsgrundlage für den Erlass dieser Verordnungen nicht mehr an die Frist des 31. März 2021 geknüpft ist. Daher werden die statischen Verweise im Hinblick auf eine Befristung zum 31. März 2021 durch einen dynamischen Verweis auf § 5 Absatz 4 Satz 1 IfSG ersetzt, damit für die Aufhebung der geänderten Regelungen die jeweils aktuelle Fassung des Infektionsschutzgesetzes maßgeblich ist, das die Aufhebung der Regelungen an die Aufhebung der epidemischen Lage von nationaler Tragweite knüpft (vgl. die Begründung zu Artikel 1 Nummer 1 Buchstabe c des Gesetzentwurfs).

Zu Artikel 10a (Einschränkung von Grundrechten)

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 den Absätzen 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
Berichterstatte

Hilde Mattheis
Berichterstatte

Detlev Spangenberg
Berichterstatte

Christine Aschenberg-Dugnus
Berichterstatte

Dr. Achim Kessler
Berichterstatte

Kordula Schulz-Asche
Berichterstatte

