

Zusammenstellung
der schriftlichen Stellungnahmen,
die dem Hauptausschuss zu seiner öffentlichen Anhörung
am 15. November 2021

zum

- Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des Infektionsschutzgesetzes und weiterer Gesetze anlässlich der Aufhebung der Feststellung der epidemischen Lage von nationaler Tragweite (BT-Drs. 20/15)
 - Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung des Schutzes vor Impfpassfälschungen (BT-Drs. 20/27)
- zugeleitet wurden.

- Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege e. V. (BAGFW)
- Bundesverband der Ärztinnen und Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes e. V. (BVÖGD)
- Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände e. V. (BDA)
- Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin e. V. (DIVI)
- Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V. (DKG)
- Deutscher Gewerkschaftsbund (DGB)
- Deutscher Landkreistag (DLT)
- Deutscher Pflegerat e. V. (DPR)
- Gesellschaft für Virologie e. V. (GfV)
- GKV-Spitzenverband
- Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV)
- Sozialverband VdK Deutschland e. V.
- Sozialverband Deutschland e. V. (SoVD)
- Prof. Dr. Jörg Eisele (Eberhard Karls Universität Tübingen, Lehrstuhl für Deutsches und Europäisches Straf- und Strafprozessrecht)

- Prof. em. Dr. Thomas Weigend (Universität zu Köln, Institut für ausländisches und internationales Strafrecht)
- Prof. Dr. Hinnerk Wißmann (Westfälische Wilhelms-Universität Münster, Rechtswissenschaftliche Fakultät)
- Prof. Dr. Ferdinand Wollenschläger (Universität Augsburg, Lehrstuhl für Öffentliches Recht, Europarecht und Öffentliches Wirtschaftsrecht)
- Prof. Dr. Frank Zieschang (Julius-Maximilians-Universität Würzburg, Lehrstuhl für Strafrecht und Strafprozessrecht)
- Verband der Privaten Krankenversicherung e. V.

**Stellungnahme der
Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege e. V. (BAGFW)
zum
Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des
Infektionsschutzgesetzes und weiterer Gesetze
anlässlich der Aufhebung der Feststellung der epidemischen Lage
von nationaler Tragweite
BT-Dr. 20/15**

Der vorliegende Gesetzentwurf soll die Feststellung einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite nach § 5 IfSG aufheben und eine Reihe von mit dieser Lage verbundenen besonderen Schutzmaßnahmen aufheben. Neben den mit § 5 IfSG vorgesehenen Eingriffen in die parlamentarischen Rechte knüpfen allerdings auch Schutzmaßnahmen für Beschäftigte sowie unterschiedliche Schutzschirmregelungen an dieser Feststellung an. Vor diesem Hintergrund stellt der Gesetzentwurf das Ergebnis einer Abwägung dar, die die Corona-bedingten weitgehenden Freiheitseingriffe beenden, gleichzeitig aber auch weiterhin notwendige Maßnahmen zum Schutz vor der Pandemie und zur Abmilderung ihrer Folgen treffen soll.

Die BAGFW begrüßt sowohl das Ziel, weitgehende Freiheitsbeschränkungen im Rahmen des Erforderlichen und Angemessenen zu halten und deshalb zu revidieren, wenn die allgemeine Lage dies rechtfertigt. Stetig steigende Infektionszahlen und Hospitalisierungsraten zeigen allerdings, dass die Pandemie bei weitem noch nicht vorüber ist. Aus diesem Grund verlangen die aus den Grundrechten abzuleitenden Schutzpflichten sowohl der Bevölkerung im Allgemeinen als auch der Beschäftigten, die mit vulnerablen Gruppen arbeiten, weiterhin wirksame Schutzmaßnahmen gegenüber der Ansteckungsgefahr.

Aus diesem Grund begrüßt die BAGFW, dass der Gesetzgeber im Rahmen der Arbeitsschutzverordnung weiterhin den Schutz der Beschäftigten vor Ansteckungen bei ihrer Berufsausübung und die Abfederung sozialer Risiken, z.B. durch die Fortzahlung des Kinderkrankengelds, sicherstellt. Beide Risiken werden auch nach Wegfall

der epidemischen Lage von nationaler Tragweite andauern und die davon betroffenen belasten.

Positiv zu bewerten ist auch die Verlängerung des erleichterten Zugangs zur Grundversorgung. Wie groß allein die wirtschaftliche Not ist, die die Corona-Krise mit sich gebracht hat, zeigt eine Umfrage der AG SBV- zur dramatisch angestiegenen Inanspruchnahme von Schuldnerberatungsleistungen in den Monaten der Corona-Pandemie. Ebenfalls sehr positiv ist die Verlängerung vieler weiterer Unterstützungsleistungen, wie insbesondere Sonderregelungen zur flexibleren Inanspruchnahme von Pflegezeit und Familienpflegezeit in § 16 Familienpflegezeitgesetz und § 9 Pflegezeitgesetz und die Sonderregelung zum Pflegeunterstützungsgeld. Dafür hatte sich die BAGFW eingesetzt.

Die BAGFW begrüßt insbesondere, dass der Gesetzentwurf die weiterhin sehr angespannte Lage der gemeinnützigen Wohlfahrtspflege berücksichtigt und die Schutzschirme für die Sozialwirtschaft umfassend verlängert. Wie die Ergebnisse der 4. Umfrage der Bank für Sozialwirtschaft zeigen, sind die wirtschaftlichen Belastungen und Bestandsgefährdungen noch keinesfalls weggefallen. Zugleich zeigen die ansteigenden Ansteckungszahlen und Impfdurchbrüche von Covid 19 selbst in Einrichtungen mit einer hohen Impfquote unter den Bewohner/innen und Mitarbeitenden, dass weder die Pandemie noch die mit ihr einhergehenden besonderen Belastungen der Sozialwirtschaft beendet sind. Vielmehr bleiben auch in dieser vierten und hoffentlich letzten Pandemie-Phase nach wie vor Sicherungs-Maßnahmen wie Testungen, Abstandsgebote und Schutzausrüstung notwendig, die sich in den vergangenen Pandemie-Wellen als effektiv und notwendig, aber gleichzeitig auch als wirtschaftliche Belastung für die gemeinnützige Sozialwirtschaft erwiesen haben. Dass die wirtschaftlichen Belastungen der Einrichtungen gerade nicht zeitgleich mit der epidemischen Lage von nationaler Tragweite enden, belegen bereits die Einschätzungen des Gesetzentwurfs zum Erfüllungsaufwand (S. 7). Die Schutzschirme nach dem SGB XI, SGB V und dem SodEG haben sich seit Beginn der Pandemie bewährt und es der sozialen Infrastruktur ermöglicht, während der zurückliegenden Pandemie-Monate trotz erheblicher Belastungen für Menschen in Not bereitzustehen, diese zu unterstützen und zu beraten. Ihre Verlängerung bis zum 31. März 2022 bzw. 19. März (SodEG) stellen sicher, dass wir auch morgen noch die Klientinnen und Klienten versorgen können. Für die mit der Verlängerung dieser Sicherungszusage verbundene wichtige Unterstützung und das Vertrauen in die Sozialwirtschaft, bedanken wir uns ausdrücklich.

Zu einzelnen, in dem Gesetzentwurf vorgesehenen Maßnahmen nimmt die BAGFW im Folgenden detailliert Stellung.

1. Artikel 1 IfSG

Nr. 3 § 28a IfSG-E – Neufassung des Abs. 7 – Katalog bevölkerungsbezogener Schutzmaßnahmen

Die BAGFW begrüßt, dass auch nach Wegfall der besonderen Lage nach § 5 IfSG weiterhin Grundregeln des Ansteckungsschutzes sichergestellt bleiben.

Stellungnahme BAGFW zum
Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des Infektionsschutzgesetzes und weiterer Gesetze anlässlich der Aufhebung der Feststellung der epidemischen Lage von nationaler Tragweite

Da auch bei Beendigung der Lage nach § 5 IfSG nach wie vor eine hohe Ansteckungsgefahr besteht, besteht auch ein Bedarf nach Schutzmaßnahmen fort. Die Umstellung des Maßnahmenkatalogs von beispielhaft aufgezählten Schutzmaßnahmen auf eine abschließende Aufzählung bestimmter Schutzmaßnahmen geht einher mit der fortbestehenden Möglichkeit zu konkreten Maßnahmen in bestätigten Ansteckungsfällen oder in Verdachtsfällen nach § 28 IfSG.

Die Maßnahmen nach Nr. 3, 4, 5 und 6 (Vorlage von Impf-, Genesenen-, Testnachweis, Erstellen und Anwendung von Hygienekonzepten, Besucherdatenverarbeitung, Auflagen für die Fortführung von Kitas und Kinder- und Jugendschutzeinrichtungen) betreffen auch Einrichtungen des Gesundheits- und Sozialwesens und schreiben weitgehend Maßnahmen fort, die dort neben Abstandsgeboten und Maskenpflicht bereits in den vergangenen Monaten gegolten und sich grundsätzlich bewährt haben. Die Impfdurchbrüche in den Pflegeeinrichtungen und die damit ausgelösten schwerwiegenden Ausbrüche zeigen, wie wichtig es ist, den in § 28a Abs. 7 IfSG-E vorgesehenen Wegfall von Untersagungen oder Schließungen und seine Ersetzung durch weniger eingriffserhebliche Einschränkungen mit konsequenten Grundregelungen von AHA, Hygienekonzepten und Nachweispflichten zu flankieren. Der nur in der Begründung angeführte Grundsatz, dass den Belangen von Kindern und Jugendlichen in besonderer Weise Rechnung zu tragen sei, ist als Satz 2 in § 28a Absatz 7 aufzunehmen.

Nr. 4 § 36 Absatz 3 IfSG-E – Recht des Arbeitgebers zur Erhebung des Impf- oder Serostatus der Beschäftigten in Einrichtungen nach § 36 Absätze 1 und 2

Die BAGFW erachtet die Möglichkeit des Arbeitgebers, den Impf- oder Serostatus von Beschäftigten in Einrichtungen, die vulnerable Gruppen betreuen, zu deren Schutz zu erheben, grundsätzlich als sinnvoll und begrüßt die Verlängerung der Regelung bis zum 19. März 2022. Zugleich bitten wir dringend, den datenschutzrechtlichen Bedenken des Bundesdatenschutzbeauftragten aus seiner Stellungnahme vom 2. September 2021 Rechnung zu tragen und § 36 Absatz 3 entsprechend anzupassen.

Nr. 5 § 56 Abs. 1a IfSG-E – Entschädigung bei Verdienstausschlag wegen Kinderbetreuung während Schul- oder Kitaschließung

Die BAGFW begrüßt den Fortbestand des Entschädigungsanspruchs unabhängig von dem Bestehen der Lage nach § 5 IfSG ausdrücklich.

Die Erfahrungen gerade auch im Kitabereich zeigen, dass die noch ausstehende Möglichkeit zur Impfung von Kindern unter 12 Jahren immer wieder zu Ausbrüchen führen kann. Auch wenn in solchen Fällen Krankheitsverläufe milder sind oder nicht alle von Schließungen betroffene Kinder auch erkranken, nehmen diese Maßnahmen immer auch einen Elternteil in Anspruch.

Entsprechend darf dann auch deren Entschädigung für den Verdienstausschlag nicht am politisch begründeten Wegfall der epidemischen Lage von nationaler Tragweite scheitern.

Stellungnahme BAGFW zum
Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des Infektionsschutzgesetzes und weiterer Gesetze anlässlich der Aufhebung der Feststellung der epidemischen Lage von nationaler Tragweite

2. Artikel 3 Änderung des Zweiten Buches Sozialgesetzbuch § 67 SGB II-E – Vereinfachtes Verfahren für den Zugang zu sozialer Sicherung aus Anlass der COVID-19-Pandemie

Die BAGFW begrüßt die Verlängerung des erleichterten Zugangs sowie die Option zur weiteren Verlängerung bis Ende 2022 im vereinfachten Wege einer Rechtsverordnung ausdrücklich. Hinsichtlich des Zeitrahmens, für den der Entwurf die Vermögensprüfung aussetzt, regen wir an, diesen auf ein Jahr auszudehnen. Eine solche Verlängerung empfiehlt sich wegen der Abläufe im Antragsverfahren für Grundsicherung. Der derzeitige Verlängerungszeitraum von sechs Monaten bewirkt, dass bei einer Antragstellung für einen neuen Bewilligungszeitraum wieder die bisherigen Regelungen der Vermögensprüfung zum Tragen kommen.

3. Artikel 4 und 5 Änderung des Fünften und Dritten Buches Sozialgesetzbuch Nr. 1 § 45 Abs. 2a bis 2c SGB V-E Krankengeld für Kinder

Die BAGFW begrüßt die vorübergehende Ausdehnung des Anspruchs auf Kinderkrankengeld bei einer Corona-bedingten Schließung oder einem Corona-bedingten Betretungsverbot und die damit korrespondierende Regelung in § 421d SGB III-E ausdrücklich. Durch die Ausdehnung des Anspruchs auf 30 Tage gewinnen betroffene Eltern die Möglichkeit, in dieser Zeit Kinder im Krankheitsfall bis zu deren vollständiger Genesung zu pflegen oder adäquat zu betreuen, wenn dieses auch ohne selber Krankheits-Symptome zu zeigen daheimbleiben muss.

Nr. 2 § 111 Absatz 5 Satz 6 SGB V-E – Verlängerung des Schutzschilds für zugelassene stationäre Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen

Die vorgesehene Verlängerung der Möglichkeit zur Vergütungsanpassung bis zum 19.3.2022 wird ausdrücklich begrüßt. Allerdings greift die Regelung nicht für die Rehabilitations- und Vorsorgemaßnahmen nach dem SGB VI. Insbesondere die Maßnahmen der Kinder- und Jugendrehabilitation sowie der Suchtrehabilitation werden überwiegend durch die Rentenversicherung finanziert. Aktuell stellen wir fest, dass nicht angetretene oder Corona-bedingt abgebrochene Rehabilitationen erhebliche Mindereinnahmen verursachen. In der Kinder- und Jugendrehabilitation sind ca. 70 Prozent der Rehabilitanden unter 12 Jahre alt und können somit nicht geimpft werden. Vor diesem Hintergrund begrüßen wir mit großem Nachdruck, dass der Schutzschild des SodEG entsprechend verlängert wurde.

Nr. 3 § 111c Absatz 3 Satz 6 SGB V-E – Verlängerung des Schutzschilds für zugelassene ambulante Versorgungs- und Rehabilitationseinrichtungen

Die vorgesehene Verlängerung der Möglichkeit zur Vergütungsanpassung bis zum 19.3.2022 wird ausdrücklich begrüßt.

Nr. 4 § 221a Absatz 4 SGB V-E – Ergänzende Bundeszuschüsse an den Gesundheitsfonds in den Jahren 2021 und 2022

Die BAGFW begrüßt, dass die Corona-bedingten Zusatzausgaben der Krankenversicherung für das Kinderkrankengeld in geschätzter Höhe von 300 Mio. Euro aus Steuermitteln ausgeglichen werden, da es sich um Zusatzausgaben handelt, die der Pandemie geschuldet sind.

4. Artikel 7 Verordnung zur Verlängerung des Zeitraums für Vereinbarungen zur wirtschaftlichen Sicherung der Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen

Die Verlängerungsregelungen für die Vereinbarungen nach § 111 Abs. 4 Satz 5 und § 111c A Abs. 3 Satz werden ausdrücklich begrüßt.

5. Artikel 8 § 150 SGB XI-E – Sicherstellung der pflegerischen Versorgung, Kostenerstattung für Pflegeeinrichtungen und Pflegebedürftige

Die BAGFW begrüßt ausdrücklich die Verlängerung der Schutzschirme für den Bereich der Pflege. Angesichts der sich gerade abzeichnenden Infektionslage und der aktuellen Prognosen des RKI hatten sich die Verbände der BAGFW für eine Verlängerung dringend eingesetzt.

Nach den Ausführungen der GMK vom 05.11.2021 wurde der seit Ende September beobachtete Trend der rasanten Zunahme der Neuinfektionen in den letzten Wochen in fast allen Altersgruppen sichtbar und das auf einem deutlich höheren Niveau als im Vorjahr. Auch wenn besonders junge Menschen und Kinder betroffen sind, so sind dennoch auch vermehrt Ausbrüche in Folge von Impfdurchbrüchen in medizinischen Einrichtungen sowie in vollstationären Pflegeeinrichtungen zu verzeichnen. Daher können die Einrichtungen durch Fluktuation frei werdende Plätze nicht in dem Maße nachbesetzen, wie es ohne Ausbruchsgeschehen der Fall wäre. Zudem entstehen wieder erhöhte Mehraufwendungen in Folge der zu ergreifenden zusätzlichen Schutzmaßnahmen. Auch das Testen der Mitarbeitenden muss mit steigenden Inzidenzen wieder in stärkerem Maße erfolgen, auch bei geimpften Mitarbeitenden. Die GMK führt in ihrem Beschluss vom 05.11.2021 aus, dass angemessene Testkonzepte neben einer hohen Impfquote angezeigt sind, um einen hohen Schutz in Pflegeeinrichtungen in Herbst und Winter zu gewähren und dort gleichzeitig weiterhin soziale Kontakte zu ermöglichen. Die GMK macht zu einer Anpassung der Teststrategie dezidierte Vorschläge, die zu deutlichen Mehraufwendungen der Pflegeeinrichtungen führen werden. In diesem Zusammenhang weisen wir darauf hin, dass die Testkosten nicht aus den Beiträgen der Versicherten, sondern durch einen zusätzlichen Bundeszuschuss in die Pflegeversicherung finanziert werden sollten.

Neben den Testungen von Mitarbeitenden, Bewohner/innen und Besuchern sind aber pandemiebedingt weiterhin Schutz- und Hygienemaßnahmen vorzunehmen, die ebenfalls zu pandemiebedingten Mehraufwendungen führen.

Stellungnahme BAGFW zum
Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des Infektionsschutzgesetzes und weiterer Gesetze anlässlich der Aufhebung der Feststellung der epidemischen Lage von nationaler Tragweite

Darüber hinaus ist weiterhin mit Mindereinnahmen zu rechnen, z. B. in Folge von notwendigen Quarantänen oder wenn das Abstandsgebot oder Hygienevorschriften zu Belegungsrückgängen, z.B. in Tagespflegen führen. Wir weisen darauf hin, dass die Tagespflegen auch im Sommer, als die Inzidenzen relativ niedrig lagen, in vielen Bundesländern aufgrund behördlicher Vorgaben nicht voll belegt werden konnten. Es ist dringend geboten, die für die Entlastung der pflegenden Angehörigen so eminent wichtige Struktur der Tagespflegen mittels des Schutzschirms aufrecht zu erhalten. All diese Probleme zeigt die 4. Studie der Bank für Sozialwirtschaft deutlich auf.

Neben den Regelungen zur Kostenerstattung für die Maßnahmen nach § 150 Absätze 1 bis 4 SGB XI begrüßen wir die Verlängerung der Kostenerstattungsregelungen für die pandemiebedingten Mindereinnahmen und Mehraufwendungen der nach Landesrecht anerkannten Unterstützungsangebote im Alltag gemäß § 150 Absatz 5a. Viele Gruppenangebote haben, ebenso wie die Tagespflegen, behördliche Auflagen und können wegen des Abstandsgebots und der Hygieneregeln ihre Betreuungsangebote nur in reduzierter Form anbieten. Daher ist es auch sinnvoll und geboten, die Ansparmöglichkeit für in den Jahren 2019 und 2020 nicht verbrauchte Leistungsbeträge für den Entlastungsbetrag nach § 45b Absatz 1 SGB XI weiterhin zu verlängern. Diese Leistung ist u.a. auch für Familien mit Kindern mit Behinderungen von hoher Relevanz.

Sehr positiv zu bewerten ist auch die Verlängerung des flexiblen Einsatzes des Entlastungsbetrags bei Pflegegrad 1 und die Verlängerung der Sonderregelung zum Pflegeunterstützungsgeld, das bis zum 31.12.2021 für bis zu 20 Arbeitstage statt regulär 10 Arbeitstage in Anspruch genommen werden kann. Mit diesen Maßnahmen werden pflegebedürftige Menschen und die sie betreuenden und versorgenden Angehörigen wirkungsvoll unterstützt.

Ausdrücklich begrüßt wird zudem die Möglichkeit, den Pflegeberatungsbesuch nach § 37 Absatz 3 SGB XI weiterhin telefonisch oder digital oder per Videokonferenz durchführen zu können. Diese Möglichkeit hat sich in der Praxis sehr bewährt und sollte auch über die Pandemie hinaus verstetigt werden.

6. Artikel 9 bis 11, 14 bis 16 Änderung der sozialen Schutzschirme nach dem Zwölften Buch Sozialgesetzbuch, dem Bundesversorgungsgesetz, des Künstlersozialversicherungsgesetzes und des Bundeskindergeldgesetzes, Bundesausbildungsförderungsgesetz, Aufstiegsfortbildungsförderungsgesetz

Die BAGFW begrüßt die Verlängerungen der Erleichterungen bei der Sicherstellung des Existenzminimums ausdrücklich.

7. Artikel 12 und 13 Änderung des Arbeitsschutzgesetzes und der SARS-CoV-2-Arbeitsschutzverordnung

Die BAGFW begrüßt es ausdrücklich, dass sich angesichts steigender Inzidenzen und Hospitalisierungen wieder ein besonderes Augenmerk auf den Ansteckungsschutz in Unternehmen richtet. Die in der SARS-CoV-2-Arbeitsschutzverordnung und den sie konkretisierenden Arbeitsschutzstandards der Unfallversicherungsträger vorgesehenen Maßnahmen zum Schutz der Mitarbeitenden und Kund/innen, für die gerade im Bereich der Wohlfahrtspflege wegen ihres hohen oder geringen Alters oder wegen eines schlechten Gesundheitszustands eine Covid-Infektion besonders gefährlich wäre, vermögen diesen Schutz zu leisten.

Allerdings zeigen die Ergebnisse der 4. BfS-Umfrage, dass diese Maßnahmen – ungeachtet ihrer unbestrittenen Notwendigkeit, Wirksamkeit und Effizienz – viele Einrichtungen nach wie vor in wirtschaftliche Bedrängnis bringen. Zum einen bringen die Abstandsgebote markante Belegungsausfälle mit sich; zum anderen führen die ebenfalls effizienten Schutzkleidungen und Masken im Alltag einer Einrichtung, wie z.B. in Einrichtungen der Eingliederungshilfe zu Mehrkosten, die sich umso weniger ausgleichen lassen, je mehr die Einrichtung wegen Auslastungsrückgängen Mindereinnahmen zu verbuchen hat. Auf diese Weise entstehen strukturelle Liquiditätslücken, die gemeinnützige Träger nur in sehr geringem Umfang aus ihren begrenzten Rücklagen ausgleichen können. So führen auch in stationären Angeboten der Wohnungslosenhilfe Abstandsgebote zu Auslastungslücken und zu signifikanten Mindereinnahmen. Da diesen Mehrkosten in nahezu gleicher Höhe gegenüberstehen, lassen sich diese Liquiditätsengpässe auch nicht ausgleichen, sondern belasten die Leistungserbringer nachhaltig.

Vor diesem Hintergrund ist die Verlängerung des Pflegeschutzschirms eine wesentliche Absicherung, für die es auch in den übrigen vom SGB geregelten und bislang durch das SodEG abgesicherten Arbeitsfeldern eine adäquate Lösung geben muss.

8. Artikel 17 und 18: Änderungen des Pflegezeitgesetzes und Familienpflegezeitgesetzes

Die BAGFW hatte sich dafür eingesetzt, die Sonderregelungen in § 16 Familienpflegezeitgesetz und § 9 Pflegezeitgesetz bis zum 19. März 2022 zu verlängern und begrüßt die Verlängerung daher nachdrücklich. Die flexiblere Kombinierbarkeit von Familienpflegezeit und Pflegezeit, die ermöglicht, bislang nicht ausgeschöpfte Restzeiten in Anspruch zu nehmen, hat sich in der Pandemie bewährt und sollte auch nach Beendigung der Pandemie verstetigt werden. Grundsätzlich bedarf es dringender Regelungen zur Harmonisierung dieser beiden Pflegekarenzen. Perspektivisch sollte eine Pflegekarenz aus Sicht der BAGFW mit einer Lohnersatzleistung unterlegt werden.

Angesichts wieder stark steigender Inzidenzen ist vor allem auch die Möglichkeit einer erhöhten Inanspruchnahme des Pflegeunterstützungsgelds für die kurzzeitige Arbeitsverhinderung sehr zu begrüßen.

Stellungnahme BAGFW zum
Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des Infektionsschutzgesetzes und weiterer Gesetze anlässlich der Aufhebung der Feststellung der epidemischen Lage von nationaler Tragweite

9. Artikel 20 – Änderung des Sozialdienstleistereinsatzgesetzes (SodEG) § 5 Satz 3

Wie bereits eingangs dargestellt, begrüßt die BAGFW die Verlängerung des in § 2 SodEG verankerten Sicherstellungsauftrags.

Die Erkenntnisse der BfS-Studie zeigen, dass nach wie vor die Sozialwirtschaft in ihrer Gesamtheit noch nicht „über den Berg ist“ und dass auch die bislang nach dem SodEG abgesicherten Arbeitsfelder wegen Corona-bedingter wirtschaftlicher Belastungen auf Unterstützung angewiesen sind. Vor diesem Hintergrund hat sich das SodEG als letztes Auffangnetz und als politisches Signal der Schutzzusage bewährt. Denn es stellte bei angemessener Betonung der Subsidiarität dieser Hilfe klar, dass die Leistungsträger bei Corona-bedingten wirtschaftlichen Krisen den Bestand der sozialen Infrastruktur sicherstellen. Die Verlängerung dieser Zusage ist ein wichtiges politisches Signal, für das wir sehr dankbar sind.

Über die aktuelle COVID-19 Krise hinaus müssen wir auch für die Zukunft damit rechnen, dass sich pandemische Situationen wiederholen, wenn z.B. Krankheiten von Tieren auf die Menschen übertragen werden. Eine langfristige Absicherung der sozialen Infrastruktur in Krisen, die ihre Arbeitsfähigkeit grundlegend in Frage stellen, kann die gesetzlich vorgesehene Möglichkeit zur Anpassung laufender Leistungs- und Vergütungsvereinbarungen nach dem SGB VI, VIII, IX, XII sein. Diese würde es den Leistungserbringern jedenfalls ermöglichen, ihre bestehenden Verträge an die durch die Pandemie grundlegend geänderten Rahmenbedingungen anzupassen und sicherstellen, dass ggf. auch im Wege einer Schlichtung eine entsprechende Einigung über eine Vertragsanpassung möglich wird.

Berlin, 09.11.2021

Bundesarbeitsgemeinschaft
der Freien Wohlfahrtspflege e. V.

Dr. Gerhard Timm
Geschäftsführer

Kontakt:

Dr. Friederike Mussnug (friederike.mussnug@diakonie.de)

Stellungnahme BAGFW zum
Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des Infektionsschutzgesetzes und weiterer Gesetze anlässlich
der Aufhebung der Feststellung der epidemischen Lage von nationaler Tragweite

Bundesgeschäftsstelle BVÖGD: Dr. Claudia Kaufhold, Manfred-von-Richthofen-Str. 19, 12101 Berlin; gf@bvoegd.de

An den Hauptausschuss des Deutschen Bundestages
z. Hd. Dr. Beate Hasenjäger
Leiterin Unterabteilung PA
Platz der Republik 1
11011 Berlin

Offenbach, den 12.11.2021

Sitzung des Hauptausschusses am 15. November 2021
Drucksachen 20 / 15 20/27

Gesetzentwurf der Fraktion der CDU/CSU
Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung des Schutzes vor Impfpassfälschungen
BT-Drucksache 20/27

Gesetzentwurf der Fraktionen SPD, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und FDP
**Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des Infektionsschutzgesetzes und weiterer Gesetze
anlässlich der Aufhebung der epidemischen Lage von nationaler Tragweite**
BT-Drucksache 20/15

Sehr geehrte Mitglieder des Hauptausschusses,

Zu 20/27

Dem Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung des Schutzes vor Impfpassfälschungen stimmen wir zu. Es ist sinnvoll, dass das Fälschen bestraft wird.
Gegen den Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des Infektionsschutzgesetzes und weiterer Gesetze anlässlich der Aufhebung der epidemischen Lage von nationaler Tragweite möchten wir unsere Bedenken vorbringen.

Zu 20/15

Zunächst einmal erscheinen die Änderungen des § 28a Absatz 7 geringfügig. Der Gesetzgeber hat allerdings die Absicht mit den Bestimmungen des § 28a Absatz 7 die Auswirkungen der Pandemie zu beherrschen ohne die Erklärung nach § 5 IfSG Epidemische Lage von nationaler Tragweite zu verlängern. Dies wird nicht gelingen, da in Absatz § 28a Absatz 7 keine wirksamen Maßnahmen zu Erreichung von Kontaktbeschränkungen mehr aufgeführt sind wie:

„3. Ausgangs- oder Kontaktbeschränkungen im privaten sowie im öffentlichen Raum,
 7. Untersagung oder Beschränkung von Kulturveranstaltungen oder des Betriebs von Kultureinrichtungen,
 8. Untersagung oder Beschränkung von Sportveranstaltungen und der Sportausübung,
 9. umfassendes oder auf bestimmte Zeiten beschränktes Verbot der Alkoholabgabe oder des Alkoholkonsums auf bestimmten öffentlichen Plätzen oder in bestimmten öffentlich zugänglichen Einrichtungen,
 10. Untersagung von oder Erteilung von Auflagen für das Abhalten von Veranstaltungen, Ansammlungen, Aufzügen, Versammlungen sowie religiösen oder weltanschaulichen Zusammenkünften,
 11. Untersagung oder Beschränkung von Reisen; dies gilt insbesondere für touristische Reisen,
 12. Untersagung oder Beschränkung von Übernachtungsangeboten,
 13. Untersagung oder Beschränkung des Betriebs von gastronomischen Einrichtungen,
 14. Schließung oder Beschränkung von Betrieben, Gewerben, Einzel- oder Großhandel,
 15. Untersagung oder Beschränkung des Betretens oder des Besuchs von Einrichtungen des Gesundheits- oder Sozialwesens,
 16. Schließung von Gemeinschaftseinrichtungen im Sinne von § 33, Hochschulen, außerschulischen Einrichtungen der Erwachsenenbildung oder ähnlichen Einrichtungen oder Erteilung von Auflagen für die Fortführung ihres Betriebs

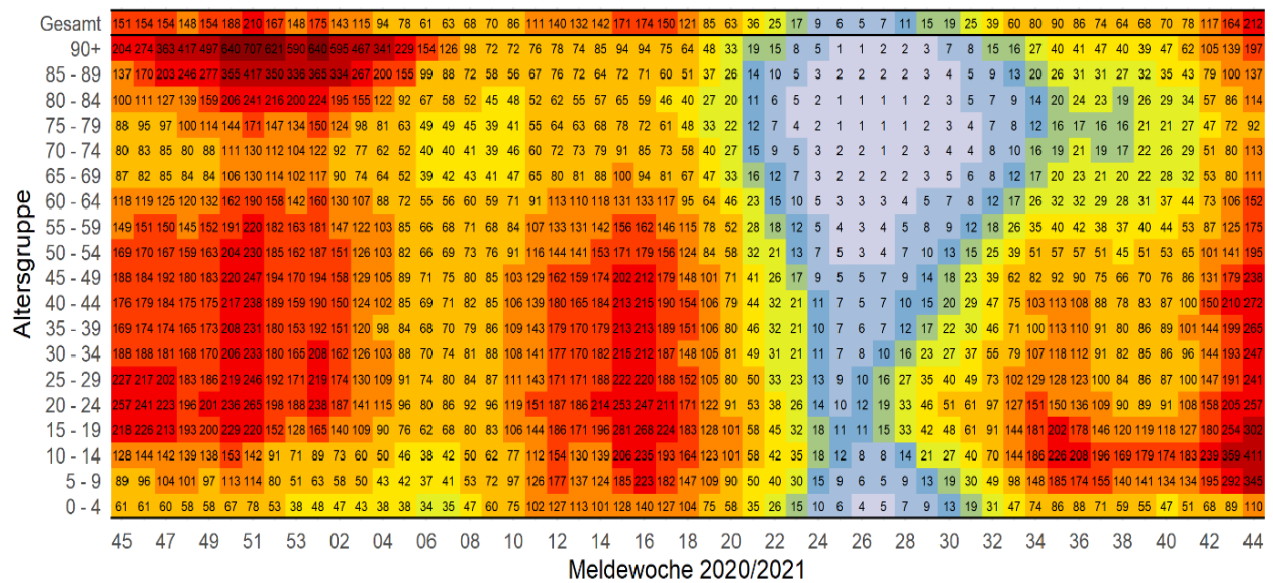
(2) Die Anordnung der folgenden Schutzmaßnahmen nach Absatz 1 in Verbindung mit § 28 Absatz 1 ist nur zulässig, soweit auch bei Berücksichtigung aller bisher getroffenen anderen Schutzmaßnahmen eine wirksame Eindämmung der Verbreitung der Coronavirus-Krankheit-2019 (COVID-19) erheblich gefährdet wäre:

1. Untersagung von Versammlungen oder Aufzügen im Sinne von Artikel 8 des Grundgesetzes und von religiösen oder weltanschaulichen Zusammenkünften nach Absatz 1 Nummer 10,
2. Anordnung einer Ausgangsbeschränkung nach Absatz 1 Nummer 3, nach der das Verlassen des privaten Wohnbereichs nur zu bestimmten Zeiten oder zu bestimmten Zwecken zulässig ist, und
3. Untersagung des Betretens oder des Besuchs von Einrichtungen im Sinne von Absatz 1 Nummer 15, wie zum Beispiel Alten- oder Pflegeheimen, Einrichtungen der Behindertenhilfe, Entbindungseinrichtungen oder Krankenhäusern für enge Angehörige von dort behandelten, gepflegten oder betreuten Personen.“

Somit steht dem bisher ungebremsster Verlauf der Pandemie ($R\text{-Wert} > 1$) in diesem Winter kein wirksames Instrumentarium mehr entgegen. Die Zahl der Patienten in den Intensivstationen wird weiter steigen und nachfolgend die Zahl der Toten, da die Zahl der Geimpften noch nicht ausreichend ist. Bis dies erkannt wird und eine Reaktion des Bundestages nach § 5 IfSG erfolgen kann, wird wertvolle Zeit ins Land gegangen sein.

Die folgende Graphik des Wochenberichtes vom 11.11.21 zeigt die sich entwickelnde Lage. Besonders die alten, vulnerablen Bevölkerungsgruppen sind wieder betroffen.

Deutschland - Wöchentliche COVID-19-Inzidenz (pro 100.000)



Für Rückfragen stehen wir gerne zur Verfügung.

Sprecher des Fachausschusses Infektionsschutz des BVÖGD

Dr. Bernhard Bornhofen

Erfolgreicher Gesundheitsschutz macht Fragerecht notwendig

Stellungnahme zum Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des Infektionsschutzgesetzes und weiterer Gesetze anlässlich der Aufhebung der epidemischen Lage von nationaler Tragweite und zum Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung des Schutzes vor Impfpassfälschungen

12. November 2021

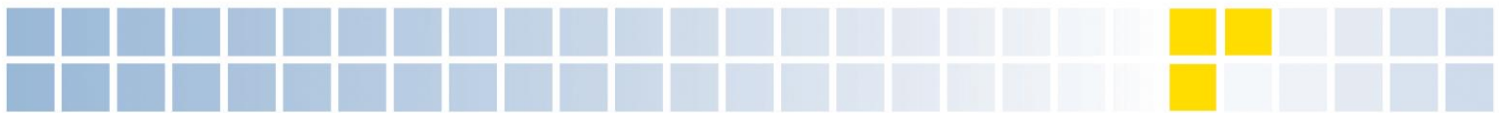
Zusammenfassung

Seit Beginn der Pandemie versuchen die Unternehmen in Deutschland unter größtmöglichem Einsatz, Produktion und Dienstleistungen aufrechtzuerhalten und die Gesundheit ihrer Beschäftigten zu sichern. Dazu wurden zahlreiche Maßnahmen, unter anderem großflächige Impfkampagnen zusammen mit den Betriebsärzten, initiiert. Die erfolgreiche Umsetzung und die Wirksamkeit dieser Maßnahmen belegen unterschiedlichste Studien – unter anderem der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin und des IAB. Auch in Zeiten der Pandemie sind die Arbeitsplätze in Deutschland sicher.

Um den Infektionsschutz in den Betrieben zu stärken und Schutzkonzepte sinnvoll anzupassen und weiterzuentwickeln, ist ein Fragerecht nach dem Impf- oder Teststatus des Arbeitnehmers unverzichtbar. Das Bestehen eines solchen Fragerechts ist Basis jeder sinnvollen betrieblichen Gestaltung des Infektionsschutzes. Das gilt unabhängig davon, ob sich der Betrieb für sogenannte 3G, 2G oder 2G Plus-Maßnahmen entscheidet oder andere Wege findet, die Gesundheit der Beschäftigten zu bewahren. Ein solches Fragerecht ist mit der Rechtsordnung auch vereinbar. Die Datenschutzgrundverordnung und das Bundesdatenschutzgesetz stehen dem nicht entgegen. Wer die Beschäftigten schützen soll, muss sie nach ihrem Impfstatus, ihrem Genesenenstatus oder dem Testergebnis fragen und auch weiter verarbeiten dürfen.

Auf der Grundlage der Ergebnisse eines solchen Fragerechts kann der Arbeitgeber / kann der Betrieb – innerhalb des per Gesetz und Verordnung vorgesehenen Rahmens - am ehesten selbst entscheiden, wie die Maßnahmen zum Schutz seiner Beschäftigten notwendig sind. Sollte der Gesetzgeber dennoch zu der Entscheidung kommen, dass neben den im hier vorliegenden Entwurf angesprochenen Maßnahmen eine gesetzliche Verpflichtung zur Einführung eines sogenannten 3G-Standards auch am Arbeitsplatz geboten ist (nur Genesene, Geimpfte oder getestete Beschäftigte können ihrer Arbeit nachgehen), muss dies für die Betriebe mit möglichst geringen Eingriffen an bisherigen Schutzkonzepten verbunden und betriebspraktisch umsetzbar sein.

Das bedeutet zum Beispiel, dass der Arbeitgeber Beschäftigte von Tests ausnehmen kann, sobald er über deren Impf- bzw. Genesenenstatus informiert ist. Ausgeschlossen werden dürfen ebenfalls nicht bestehende kluge Testkonzepte. Arbeitgebern muss es freistehen, welche zugelassenen in-vitro-Test er im Rahmen seines betrieblichen Konzepts anwendet. Hierzu muss auch die Möglichkeit gehören, den Nachweis einer Testung außerbetrieblich zu organisieren. So wird z. B. in der Republik Italien das Modell eines sogenannten „Grünen Passes“ umgesetzt, das sehr erfolgreich und unbürokratisch den Aufwand für Beschäftigte und Betriebe beim Einsatz von 2- oder 3G-Lösungen gering hält. Auch mit solchen Lösungen lassen sich kluge Ergebnisse für die Gewährleistung des betrieblichen Pandemieschutzes erzielen.



Wünschenswert ist es, wenn künftig ein so zentraler Gesetzentwurf, wie der hier vorliegende, in einem Stadium in die Anhörung gegeben wird, in der man über wichtige einzelne Punkte auf Grund gesetzlicher Vorschriften sinnvoll und substantiiert sprechen kann. Das offenbar nur vorliegende Rudiment erfüllt diese Voraussetzung an eine „gute Sachverständigenanhörung“ nicht.

Im Einzelnen

Die epidemische Lage von nationaler Tragweite soll nach dem Willen der Fraktionen von SPD, Bündnis90/Die Grünen und FDP (vgl. Eckpunktepapier der Ampelfraktionen von Ende Oktober) nicht verlängert werden, sondern am 24. November auslaufen. Diese Annahme kann vor den aktuellen Entwicklungen hinterfragt werden. Entscheidend für die Betriebe ist, dass kein Flickenteppich an unterschiedlichen Länderregelungen entsteht. Notwendig wäre in der jetzigen Situation ein transparenter, konsistenter und möglichst einheitlicher Maßnahmenkatalog, z. B. durch die Kopplung bestimmter Maßnahmen an festgelegte Schwellenwerte, der gleichzeitig eine differenzierte und maßvolle Umsetzung ermöglicht.

Art. 1 - Änderung von § 28a Abs. 7 IfSG prüfen

Die Streichung des heute in § 28a Abs. 7 IfSG vorgesehene Möglichkeit für die Länder, den Schutzmaßnahmenkatalog aus § 28a Abs. 1 IfSG in einzelnen Bundesländern nach Beschluss der Landesparlamente zur Anwendung zu bringen, nimmt den Ländern nach Auslaufen der epidemischen Lage landesspezifische Handlungsmöglichkeiten, die sie heute ohne eine zusätzliche Gesetzesänderung ergreifen könnten. Positiv zu bewerten ist, dass in Zukunft Schließungen ausgeschlossen sind. Darüber hinaus erschließt sich der Vorteil der Aufhebung von § 28a Abs. 7 IfSG gegenüber der Einführung einer neuen Rechtsgrundlage für Maßnahmen der Länder jedoch nicht. Durch die Streichung der Möglichkeit, durch Beschluss der Landesparlamente eine Anwendung von § 28a Abs. 1 IfSG zu ermöglichen, entfällt eine Beteiligung des Landesparlaments vor der Festlegung von Schutzmaßnahmen per Verordnung.

Verlängerung von § 56 Abs. 1a IfSG sinnvoll

Die Fortgeltung von § 56 Abs. 1a IfSG bis zum Ablauf des 19. März 2022 unabhängig von dem Bestehen der epidemischen Lage ist für den Fall, dass die epidemische Lage zum 25. November 2021 ausläuft – zu begrüßen. In diesem Fall haben betroffene Eltern bis zum 19. März die Möglichkeit, bei der Schließung von Betreuungseinrichtungen oder im Fall von Absonderungen ihre Kinder zuhause zu betreuen und dafür Entschädigungszahlungen zu erhalten. Gerade bei Kindern ist aufgrund der noch anstehenden Impfungen mit einem weiteren Ansteigen der Infektionen und damit einer Zunahme von Absonderungen zu rechnen. Das Offenhalten von Schulen und anderen Betreuungseinrichtungen muss dabei Priorität haben, vorschnelle Schließungen sollten nicht erfolgen. Ergänzend zu der Ergänzung von § 56 Abs. 1a muss auch in Abs. 2 bei der Regelung zur Anspruchsdauer eine Entkopplung von der epidemischen Lage erfolgen und der neue Anspruchsbeginn klar geregelt werden, um Umsetzbarkeit in der Praxis sicherzustellen.

Art. 2 – Änderungen des Strafgesetzbuches

Die vorgesehenen Änderungen der Strafvorschriften bezüglich des strafrechtlichen Schutzes von Gesundheitszeugnissen sind zu begrüßen. Strafbarkeitslücken bezüglich der Vorlage von gefälschten Impfausweisen müssen geschlossen und insbesondere die Vorlage von gefälschten Impfausweisen muss -unabhängig vom Täuschungsadressaten – strafrechtlich erfasst werden. Um möglichst wenige Strafbarkeitslücken offen zu lassen, sollte bei der Änderung des StGB auch auf die Vorschläge der Fraktion CDU/CSU in ihrem Gesetzentwurf zur Verbesserung des Schutzes vor Impfpassfälschungen zurückgegriffen werden.



Art. 3 und 4 Vereinfachter Zugang zur Grundsicherung nach SGB II und Änderungen

Im Gesetzentwurf wird die Verordnungsermächtigung für den vereinfachten Zugang zur Grundsicherung in § 67 Abs. 5 SGB II wieder aufgenommen. Zum 31. Dezember 2021 läuft die Verordnungsermächtigung in § 109 Abs. 5 SGB III zu den Sonderregelungen zur Kurzarbeit aus. Das Gesetzgebungsverfahren sollte dafür genutzt werden, eine Verordnungsermächtigung im Bereich Kurzarbeit aufzunehmen, um im Falle von außergewöhnlichen Situationen, für die die normalen Kurzarbeitergeldregelungen nicht ausreichen, schnell und differenziert reagieren zu können.

Art. 11 - Änderung des Künstlersozialversicherungsgesetzes

Angeichts der außergewöhnlichen pandemisch bedingten Lage, die nach wie vor mit einigen Unsicherheiten verbunden ist, ist eine Verlängerung der bisherigen Aussetzung der jährlichen Mindesteinkommensgrenze für die in der Künstlersozialkasse (KSK) Versicherten vertretbar, um besondere, mit der Pandemie verbundene, Härten auszugleichen. Genauso richtig ist aber, dass diese Sonderregelungen mit dem Abklingen der Pandemie enden müssen. Eine Reform der Künstlersozialkasse ist dringend erforderlich.

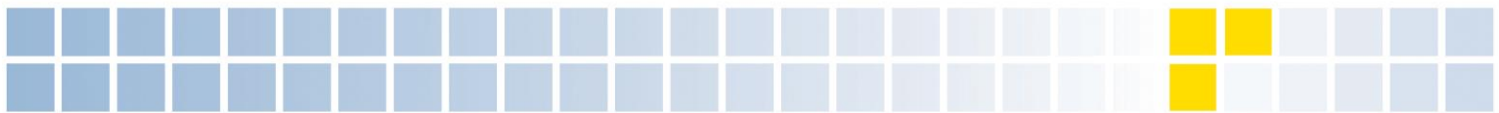
Art. 12 – Änderung des § 18 Abs. 3 ArbSchG

Bei Auslaufen der epidemischen Lage sollte auch die mit dem Bestehen dieser Lage verknüpfte Sonderermächtigung für das BMAS enden. Im Bereich des Arbeitsschutzes besteht gemäß § 18 Abs. 1 ArbSchG eine Verordnungsermächtigung der Bundesregierung, Maßnahmen des Arbeitsschutzes zu regeln. Nach dem 24. November weiterhin erforderliche Maßnahmen können auf diese Ermächtigungsgrundlage gestützt werden. Für den Fall der Verlängerung der Rechtsgrundlage in § 18 Abs. 3 für das Bundesministerium für Arbeit und Soziales mit Zustimmung des Bundesrates sollte die Verlängerung allenfalls für einen begrenzten Zeitraum und nur zur Bekämpfung der Corona-Pandemie in Betracht kommen. Eine zeitliche Einschränkung der Ermächtigungsgrundlage ist deshalb angemessen. Um einen Gleichlauf mit der Verlängerung weiterer Maßnahmen zur Bekämpfung der Pandemie zu schaffen, darf diese spezielle Rechtsgrundlage nur zur Überbrückung dienen und sollte nicht über den Ablauf des 19. März 2021 hinaus gelten.

Zur Bekämpfung und Eindämmung der Verbreitung des Coronavirus schaffen bundeseinheitliche Regelungen die notwendige Klarheit für die Betriebe. Außerhalb dieser besonderen Situation sind grundsätzlich jedoch Maßnahmen, die Arbeitgeber passgenau für ihre jeweiligen Betriebe treffen, besser geeignet, um Gesundheits- und Arbeitsschutz für ihre Mitarbeiter zu gewährleisten. Für die Betriebe ist Handlungssicherheit wesentlich. Sie müssen zudem die Möglichkeit haben, sich wirtschaftlich zu erholen und ihre Beschäftigten aus der Kurzarbeit zurückzuholen. Dies gelingt nur mit sinnvollen und angemessenen Schutzmaßnahmen, die diese Übergangszeit nach Ende der epidemischen Maßnahmen befristet begleiten. Es braucht schlanke Regelungen und ggf. branchenspezifische Handlungsempfehlungen.

Art. 13 – Änderung der Corona-ArbSchV

Die Änderung und Verlängerung der Corona-ArbSchV steht unter der Prämisse, die weiterbestehende Gefahr sozialer und wirtschaftlicher Härten abzuwehren. Die Haltung, die Arbeitgeber müssen einseitig zu bestimmten Maßnahmen verpflichtet werden, ist unangemessen. Um dem geleisteten Einsatz der Betriebe und der aktuellen Situation angemessen Rechnung zu tragen, müssen die Inhalte der Corona-ArbSchV angepasst werden, insbesondere muss das Fragerecht



des Arbeitgebers nach dem Impfstatus klargestellt werden. Zudem muss die SARS-CoV-2-Arbeitsschutzregel dahingehend angepasst werden, dass sie andere Schutzmaßnahmen für Geimpfte und Genesene vorsieht. Regelungen, die bereits in der Arbeitsschutzregel vorhanden sind, sollten nicht durch Corona-ArbSchV erneut aufgegriffen werden.

Fragerecht des Arbeitgebers nach dem Impfstatus

Im Rahmen verschiedener Schutzmaßnahmen sind Differenzierungsmöglichkeiten zwischen Geimpften, Genesenen und Geimpften möglich. Das betrifft insbesondere die Einführung von 3G- sowie 2G-Regelungen, die Testangebotsverpflichtung der Arbeitgeber sowie die Erstellung und praktische Umsetzung betrieblicher Hygienekonzepte. Um diese Differenzierungsmöglichkeiten sinnvoll zu nutzen, müssen Arbeitgeber sich ein umfassendes Bild vom Immunisierungsstatus innerhalb ihrer Belegschaft machen. Nur auf freiwillige Auskünfte zu setzen, reicht nicht aus, um einen umfassenden Schutz der gesamten Belegschaften innerhalb der Betriebe zu organisieren und zu erreichen. Eine Klarstellung des Fragerechts ist dringend notwendig. Arbeitgeber und Beschäftigte brauchen Rechtssicherheit. Notwendig ist eine ausdrückliche klarstellende Regelung, dass der Arbeitgeber den Impfstatus erheben darf. Das entspricht auch der Beschlusslage der Gesundheitsministerkonferenz vom 5. November 2021, die den Bundesgesetzgeber auffordern, eine generelle Nachweispflicht der Beschäftigten gegenüber ihren Arbeitgebern über ihren Impf- oder Genesenenstatus zu schaffen. Um Rechtssicherheit herzustellen und Schutzmaßnahmen in den Betrieben sinnvoll umzusetzen, ist eine klarstellende Verankerung eines Fragerechts des Arbeitgebers nach dem Immunisierungsstatus der Arbeitnehmer, verbunden mit einer Nachweispflicht des Arbeitnehmers, notwendig.

Kontaktreduktionen im Betrieb - § 3

Dieser Punkt sollte aus der Corona-ArbSchV gestrichen werden. Zum einen sind alle notwendigen Maßnahmen zur Kontaktreduktion und zum weiterführenden Infektionsschutz in der SARS-CoV-2-Arbeitsschutzregel vorhanden. Zum anderen muss es Betrieben und Beschäftigten weiter gestattet bleiben, den Arbeitsplatz als Ort des sozialen Austausches zu nutzen. Es muss den Betrieben überlassen bleiben, entsprechend ihrer jeweiligen Situation, ihrer Arbeitsabläufe und auch in Abhängigkeit vom Immunisierungssstatus ihrer Beschäftigten über das sinnvolle Maß an Kontaktreduzierung zu entscheiden. Gleiches gilt für § 2 „Gefährdungsbeurteilung und betriebliches Hygienekonzept“, wobei die Erstellung einer Gefährdungsbeurteilung bereits Teil der Corona-Arbeitsschutzregel ist und das Hygienekonzept dort aufgenommen werden kann.

Schutzimpfungen während der Arbeitszeit - § 5

Arbeitgeber leisten mit umfassenden Impfangeboten an ihre Belegschaft einen wesentlichen Beitrag zur Impfkampagne des Staats. Dazu gehört vielfach auch die Wahrnehmung von Impfterminen während der Arbeitszeit. Mit diesem Angebot haben die Arbeitgeber einen wesentlichen Beitrag zur Bekämpfung der Pandemie geleistet. Die repräsentativen Umfragen im Auftrag des BMAS zeigen eine überdurchschnittlich hohe Impfquote bei Beschäftigten - insbesondere auch innerhalb der relevanten Altersgruppe. So haben Mitte August 2021 nach eigenen Angaben 91 Prozent der Beschäftigten mindestens eine Corona-Schutzimpfung erhalten, und 90 Prozent geben an, bereits vollständig geimpft worden zu sein. Zusätzliche Verpflichtungen für Arbeitgeber sind angesichts des hohen freiwilligen Engagements der Arbeitgeber nicht notwendig.

Art. 8, 17, 18 –Änderung von SGB XI, Pflegezeit-, und Familienpflegezeitgesetz

Die Sonderregelungen in Pflege- und Familienpflegezeitgesetz (§ 9 PflegeZG und § 16 FPfZG) und in § 150 Abs. 5d und 6 SGB XI zum Pflegeunterstützungsgeld werden über den 31. Dezember 2021 hinaus bis um 31. März 2022 verlängert. Für die Berechnung des Darlehens wird vom Begriff der epidemischen Lage von nationaler Tragweite Abstand genommen und auf die Pandemie abgestellt. Die erneute Verlängerung der Sonderregelungen ist aufgrund der besonderen Belastungen, die die Pandemie für den Bereich der Pflege und damit für die Vereinbarkeit von



Pflege und Beruf bedeutet, vertretbar. Wichtig ist, dass die Sonderregelungen auf den Zeitraum der Pandemie beschränkt bleiben und trotz der ohnehin angespannten Lage im Bereich der Pflege mit dem Abklingen der Pandemie enden. Für die Zukunft müssen eigene, von der akuten Notlage der Pandemie unabhängige Regelungen für die Vereinbarkeit von Pflege und Beruf gefunden werden, die auch wieder die Auswirkungen auf die Unternehmen angemessen in den Blick nehmen.

Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung des Schutzes vor Impfpassfälschungen

Die Schließung von Strafbarkeitslücken bei der Herstellung und dem Gebrauch gefälschter Impfpässe ist zu begrüßen. Der Entwurf der Fraktion CDU/CSU sieht weitgehende Änderungen bezüglich der Strafbarkeit von Gesundheitszeugnissen vor. So soll u. a. der Strafrahmen für §§ 277 - 279 StGB angehoben, besonders schwere Fälle eingefügt und der Kreis möglicher Täuschungsadressaten erweitert sowie eine Versuchsstrafbarkeit für das Ausstellen und Gebrauchen unrichtiger Gesundheitszeugnisse eingeführt, werden. Mit der vorgeschlagenen Anhebung des Strafrahmens in §§ 277 – 279 StGB und der Einführung von besonders schweren Fällen geht der Gesetzentwurf weiter als der Entwurf der Ampelfraktionen und kann so einen weitreichenderen Schutz vor gefälschten Gesundheitszeugnissen sicherstellen.

Ansprechpartner:

BDA | DIE ARBEITGEBER

Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände

Abteilung Arbeitsrecht und Tarifpolitik

T +49 30 2033-1200

<mailto:arbeitsrecht@arbeitgeber.de>

Abteilung Soziale Sicherung

T +49 30 2033-1600

Soziale.Sicherung@arbeitgeber.de

Die BDA organisiert als Spitzenverband die sozial- und wirtschaftspolitischen Interessen der gesamten deutschen Wirtschaft. Wir bündeln die Interessen von einer Million Betrieben mit rund 20 Millionen Beschäftigten. Diese Betriebe sind der BDA durch freiwillige Mitgliedschaft in Arbeitgeberverbänden verbunden.

DIVI e.V. · Schumann-Str. 2 · 10117 Berlin

Deutscher Bundestag
Hauptausschuss
Dr. Beate Hasenjäger
Leiterin Unterabteilung PA
Platz der Republik 1
11011 Berlin

14.11.2021

DIVI – Stellungnahme zur Öffentlichen Anhörung - Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des Infektionsschutzgesetzes und weiterer Gesetze anlässlich der Aufhebung der epidemischen Lage von nationaler Tragweite

Angesichts der zunehmenden und beunruhigenden Dynamik des aktuellen Infektionsgeschehens in der vierten Corona Welle ist es aus der Sicht der DIVI entscheidend, diese umgehend abzubremesen.

Heute, am 14.11.2021, hatten wir erstmals in der vierten Welle mehr als 3000 Patienten mit Covid-19 auf der Intensivstation in Behandlung. Allein in der letzten Woche, wurden 1662 Patienten mit Covid-19 aufgenommen. Es starben im gleichen Zeitraum 579 an oder in Zusammenhang mit Corona auf unseren Intensivstationen.

Dies bedeutet, dass wir allein in der letzten Woche etwa 1000 Patienten mehr auf den Intensivstationen behandelt haben und sehen dabei noch nicht die kommenden Belastungen durch die Neuinfektionen der letzten Tage. Zusätzlich beobachten wir wieder vermehrt Patienten, die über 70 Jahre oder älter sind. Unsere Sorge gilt dabei nicht nur der drohenden Überlastung der Intensivstationen, sondern auch den Notaufnahmen und den Rettungsdiensten, deren Kapazitätsgrenze in einigen Regionen bereits fast erreicht ist und zu einer eingeschränkten Versorgung von Notfällen führt.

Auf dieser Grundlage sieht die DIVI es als zwingend notwendig, dass das Gesetz zur „epidemischen Lage von nationaler Tragweite“ noch beibehalten wird. Insbesondere sollte 28a Abs. 7 IfSG nicht geändert werden, damit den Verantwortlichen in den Bundesländern weiterhin das gesamte Maßnahmenbündel zur Eindämmung der Pandemie zur Verfügung steht.

Präsident

Prof. Dr. med. G. Marx, FRCA

Vizepräsidenten

Prof. Dr. med. U. Janssens

Prof. Dr. med. F. Walcher

Generalsekretär

PD Dr. med. F. Hoffmann

Schatzmeister

Prof. Dr. med. B. Böttiger

Schriftführer

Prof. Dr. med. C. Waydhas

Geschäftsstelle der DIVI

med. Geschäftsführer

Prof. Dr. med. A. Markewitz

Geschäftsführer

Volker Parvu, Dipl. Inf.

NEUE ADRESSE

Schumann Str. 2

10117 Berlin

Tel +49 30 4000 5607

Fax +49 30 4000 5637

Eingetragen im Vereinsregister

Düsseldorf VR5548

St.Nr. 27/640/59133

Bankverbindung

Deutsche Bank Köln

IBAN DE06 3707 0060 0252 0344 00

BIC DEUTDE33XXX

Wir unterstützen ausdrücklich die vom RKI verfasste ControlCOVID-Strategie zur Vorbereitung auf den Herbst/Winter 2021/22 und die dort aufgeführten Maßnahmen.

Die DIVI fordert darüber hinaus, bundeseinheitliche Beschlüsse, um das Infektionsgeschehen umgehend einzudämmen. In diesem Zusammenhang erachten wir als besonders relevant:

- Kontaktbeschränkungen (insb. Veranstaltungen)
- Testpflicht in Kliniken und Pflegeheimen für Mitarbeiter und Besucher, auch wenn diese geimpft oder genesen sind
- Tragen von FFP2-Masken in der Patientenbehandlung
- Tragen von mind. medizinischen Masken in allen öffentlichen Innenräumen
- Beschleunigte Zulassungsverfahren für Medikamente zur Behandlung einer Covid-19 Infektion

Verbesserung eines niederschweligen Impfangebotes (und Booster-Impfung) durch:

- Einbinden von Betriebs- und Fachärzten
- Reduktion des Dokumentationsaufwandes der Covid-19 Schutzimpfung auf das übliche Niveau (z.B. Influenza)
- Freigabe der inzwischen verbesserten Haltbarkeitshinweise der Impfstoffe

Professor Dr. med. Gernot Marx,
Präsident der DIVI

Stellungnahme
der Deutschen Krankenhausgesellschaft

zum

**Gesetzentwurf der Fraktionen
SPD, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und FDP**

zum

**Entwurf eines Gesetzes zur Änderung
des Infektionsschutzgesetzes und weiterer Gesetze
anlässlich der Aufhebung der Feststellung
der epidemischen Lage von nationaler Tragweite**

**sowie
zum geplanten Versorgungsaufschlag für Kranken-
häuser**

Stand: 12. November 2021

Inhaltsverzeichnis

Allgemeiner Teil.....	3
Besonderer Teil	8
Zum Änderungsantrag 7 und 8.....	8
Zu Änderungsantrag 7 Artikel 20a Nummer 1 (§ 21a KHG) Versorgungsaufschläge für Krankenhäuser; Verordnungsermächtigung	8
Zu Änderungsantrag 7 Artikel 20a Nummer 2 (§ 23 KHG) Versorgungsaufschläge für Krankenhäuser; Verordnungsermächtigung	12
Zu Änderungsantrag 8 Artikel 20b Nummer 1 (§ 5 der Verordnung zur Regelung weiterer Maßnahmen zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser) Verordnung zur Regelung weiterer Maßnahmen zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser	13
Weiterer gesetzlicher Handlungsbedarf	15
Wirtschaftliche Lage der Krankenhäuser im Herbst 2021: Aktuelle Analysen und dringende Handlungsbedarfe („Rettungsschirm 3.0“)	15
Absenkung der Prüfquote für das Jahr 2022 auf 5 % (§ 275c Abs. 2 Satz 1 SGB V) und Verschiebung der Einführung des variablen Prüfquotensystems um ein Jahr	24
Verschiebung des Beginns der Durchführung der Prüfung von Strukturmerkmalen nach § 275d SGB V auf das Jahr 2023 (§ 275d Abs. 3 und 4 KHG)	26

Allgemeiner Teil

Die vierte Corona-Welle hat Deutschland erreicht. Die aktuelle Impfquote und die ergriffenen Präventionsmaßnahmen reichen nicht aus, um die massive Ausbreitung des Corona-Virus zu stoppen. In fast allen Bundesländern ist ein steiler Anstieg der 7-Tage-Inzidenz zu verzeichnen, mit kurzem zeitlichen Verzug ist ein entsprechender Anstieg der Corona-Patientinnen und -Patienten auf den Normal- und den Intensivstationen zu erwarten. Die Lage in den Krankenhäusern ist bereits jetzt vielerorts angespannt und wird sich in den kommenden Wochen und Monaten weiter zuspitzen. Der weitere deutliche Zuwachs an Krankenhauspatienten in den kommenden 14 Tagen ist bereits heute nicht mehr umkehrbar. Insbesondere die Intensivstationen stehen vor einer gewaltigen Herausforderung. Eine steigende Anzahl schwerkranker und pflegeintensiver Corona-Patientinnen und -Patienten trifft auf Personal, das sich seit März 2020 in einer emotionalen und arbeitsbelastenden Ausnahmesituation befindet. Die Krankenhäuser und ihre Beschäftigten sind sich ihrer Verantwortung und Bedeutung für die Corona-Versorgung bewusst und unternehmen größte Anstrengungen, um die flächendeckende Versorgung weiterhin aufrechtzuerhalten. Dabei sind sie jedoch auf die Unterstützung der Politik angewiesen.

Seit Oktober 2021 sehen sich Krankenhäuser erneut gezwungen, planbare Eingriffe und Leistungen zu verschieben, um ausreichend Kapazitäten zur Behandlung von Corona-Patientinnen und -Patienten vorhalten zu können und dies bereits im Vorgriff auf entsprechende landesrechtliche Anordnung. Flächendeckende Kapazitätseinschränkungen aufgrund des erhöhten Infektionsgeschehens treffen alle Krankenhäuser auch ohne gleichzeitige COVID-Belegung. Diese zwingend notwendigen Maßnahmen schaffen einerseits Versorgungssicherheit, zugleich aufgrund des fallpauschalenbasierten Vergütungssystems aber auch eine hohe wirtschaftliche Unsicherheit. Die Krankenhäuser tun dies im Vertrauen darauf, dass auch die Partner der voraussichtlichen Ampelkoalition die damit verbundenen Liquiditäts- und Erlöseinbrüche kompensieren werden. In diesem Zusammenhang muss mit Nachdruck betont werden, dass grundsätzlich alle Krankenhäuser von dieser Entwicklung betroffen sind, da sich die gewünschte Zurückhaltung der Patientinnen und Patienten, bereits geplante Krankenhausaufenthalte während der Pandemie wahrzunehmen, gleichermaßen auf alle Krankenhäuser auswirkt, nicht nur auf die, die schwerpunktmäßig Corona-Patientinnen und -Patienten versorgen.

Versorgungsaufschlag

Die Krankenhäuser begrüßen ausdrücklich, dass die Fraktionen SPD, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und FDP die Notwendigkeit der Unterstützung der Krankenhäuser während der vierten Welle anerkennen und entsprechende Entlastungsmaßnahmen mit dem nun vorliegenden Änderungsantrag auf den Weg bringen möchten. Der geplante Versorgungsaufschlag kann einen Beitrag zur wirtschaftlichen Sicherung der maßgeblich an der Corona-Versorgung teilnehmenden Krankenhäuser leisten. Allerdings wurde bereits mehrfach darauf hingewiesen, dass alle Krankenhäuser unter den gegebenen Rah-

menbedingungen eines fallpauschalenbasierten Vergütungssystems in Kombination mit einem hohen Rückgang der Regelversorgung unter Erlös- und Liquiditätseinbrüchen leiden. Vor diesem Hintergrund ist es wichtig, dass alle Krankenhäuser die Möglichkeit erhalten, diesen finanziellen Rettungsschirm in Anspruch zu nehmen. Die Verknüpfung des Versorgungsaufschlags an die Corona-Versorgung ist auch vor dem Hintergrund der bereits etablierten und politisch gewünschten Versorgungsnetzwerke kritisch zu hinterfragen. Die Versorgungsaufteilung, teilweise mit COVID-Schwerpunktkliniken in einigen Regionen hat sich bewährt und ist aus vielerlei Gründen vorteilhaft (Erfahrung, Infektionsprävention usw.). Wir empfehlen deshalb dringend, den Rettungsschirm breiter zu fassen. In einem ersten Schritt könnte dazu der Pflegeentfelltwert, den die Kliniken zur Kompensation der Pflegekosten pro Belegungstag abrechnen, deutlich erhöht werden.

Infolge der nun vorgesehenen Ausgestaltung des Versorgungsaufschlags erhalten die Krankenhäuser lediglich 15% des Versorgungsaufschlags als erlöswirksame finanzielle Unterstützung. 85% des Aufschlages sind hingegen über den Ganzjahresausgleich zurückzuzahlen und damit eine reine Liquiditätshilfe. Hier fordern die Krankenhäuser mehr Anerkennung für ihren Beitrag in der Pandemiebekämpfung. Die Anrechnung des Versorgungsaufschlags im Rahmen des Ganzjahreserlösausgleichs 2021 (und 2022) sollte daher auf maximal 50% festgesetzt werden. Diese Maßnahme würde einen spürbaren Beitrag zur Entlastung der Krankenhäuser leisten.

Die Pandemie wird zum Jahreswechsel nicht überstanden sein. Vielmehr ist davon auszugehen, dass die Zahl der stationären Corona-Patientinnen und -Patienten zu diesem Zeitpunkt einen neuen Höchstwert erreichen wird. Zudem ist bereits jetzt absehbar, dass die Hospitalisierungszahlen und die Inzidenz in der Bevölkerung bis ins Jahr 2022 hinein auf einem hohen Niveau bleiben werden und die Krankenhäuser aufgrund der dargestellten Zusammenhänge weiterhin deutliche Leistungs- und Erlösverluste verzeichnen werden. Vor diesem Hintergrund ist auch für das Jahr 2022 eine Absicherung des Budgets zwingend notwendig. Der Änderungsantrag sieht vor, dass das Bundesministerium für Gesundheit über eine Verordnungsermächtigung auch einen Ganzjahreserlösausgleich für das Jahr 2022 regeln kann. Das Bundesministerium für Gesundheit wird dringend gebeten, zeitnah von dieser Verordnungsermächtigung Gebrauch zu machen. Dabei bedarf es zwingend einer erweiterten Betrachtung über die reinen akutstationären Erlöse der Krankenhäuser hinaus auch auf Erlöseinbußen aus den ambulanten Versorgungsbereichen und weiteren Nebenbetrieben.

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass alle Krankenhäuser eine sofortige liquiditätssichernde Maßnahme benötigen und zur Budgetabsicherung und Planbarkeit im dritten Pandemiejahr 2022 bereits jetzt der Ganzjahreserlösausgleich 2022 gesetzlich auf den Weg gebracht werden muss. Zur ganzheitlichen wirtschaftlichen Absicherung der Krankenhäuser und zur Aufrechterhaltung der Zahlungsfähigkeit bedarf es darüber hinaus noch der folgenden Maßnahmen:

1. Erhöhung des vorläufigen Pflegeentgeltwertes zum 1.12.2021 auf 213 Euro

Aufgrund der komplexen und oft konfliktbehafteten Verhandlungen über die Pflegebudgets der Krankenhäuser konnten für 2020 bisher nur maximal die Hälfte aller Pflegebudgets vereinbart werden. Für 2021 wurden bislang nur vereinzelt Pflegebudgets fortgeschrieben. Im Ergebnis können die Krankenhäuser ihre tatsächlichen Pflegepersonalkosten – inkl. Personalaufbau sowie Lohnentwicklung – noch immer nicht vollständig refinanzieren.

Die fehlenden Budgetvereinbarungen in Kombination mit der pandemiebedingten, geringeren Belegung führen zu einer Liquiditätslücke bei den Krankenhäusern, die durch einen höheren vorläufigen Pflegeentgeltwert wirksam abgeschwächt werden könnte.

2. Nachbesserung des Ganzjahreserlösausgleichs 2021

Bei der Vereinbarung eines Erlösrückgangs im Rahmen des Ganzjahresausgleichs 2021 sind gemäß der aktuell geltenden Rechtslage nur 98 Prozent der Erlöse für 2019 (s. g. angepasster Budget-Referenzwert) zu berücksichtigen. Eine 2%ige Erlösdifferenz zu 2021 wird insofern grundsätzlich nicht ausgeglichen, was seitens des Verordnungsgebers mit einem Leistungsanreiz begründet wurde. Bereits über den nur 85%-Ausgleich ist dieser Anreiz bereits ausreichend gegeben. Vielmehr führt diese Regelung dazu, dass grundsätzlich 2% der Leistungsrückgänge nicht berücksichtigt werden können. Bei einem Budgeterlös von 100 Mio. € würden somit bereits 2 Mio. € Erlöse in Gänze nicht ausgeglichen. Mit zunehmend größeren Leistungsrückgängen vergrößern sich jedoch auch die nicht ausgeglichenen Erlösverluste der Krankenhäuser. Für Nordrhein-Westfalen bedeutet dies beispielsweise, dass 300 Mio. € nur in Bezug auf das Ausgabenvolumen der DRG-Fallpauschalen nicht ausgeglichen werden. Angesichts der unerwarteten und erneuten äußerst prekären Lage müssen die finanziellen Verluste der Krankenhäuser wirksamer begrenzt werden als ursprünglich vorgesehen. Die Krankenhäuser fordern daher dringend die Streichung der 2%-Absenkung der Vergleichsgröße des Jahres 2019, die sich in Anbetracht der neuen Situation und unter Berücksichtigung der grundsätzlich nur anteiligen Ausgleichs nicht mehr rechtfertigen lässt.

Detaillierte Ausführungen und Hintergrundanalysen zur Entwicklung des Leistungsgeschehens und zum ganzheitlichen Konzept eines „Rettungsschirms 3.0“ sind dem weiteren gesetzlichen Handlungsbedarf zu entnehmen.

Corona-Mehrkostenzuschlag fortführen

Mit dem Corona-Mehrkostenzuschlag sollen anderweitig nicht finanzierte coronabedingte Mehrkosten im Zusammenhang mit einer voll- und teilstationären Behandlung refinanziert werden. Dieser Zuschlag läuft nach aktueller Gesetzeslage Ende 2021 aus. Der Gesetzgeber ist davon ausgegangen, dass 2022 diese coronabedingten Mehrkosten dann in der DRG-Kalkulation abgebildet sein müssten. Sofern die coronabedingten Mehrkosten tatsächlich in das Finanzierungssystem überführt werden, wären diese Kostensteigerungen systemlogisch über die Anhebung der Landesbasisfallwerte umzusetzen. Eine Refinanzierung über die Landesbasisfallwerte ist allerdings auf Basis der

aktuellen Rechtslage nicht sichergestellt. Hier bedarf es einer gesetzlichen Klarstellung. Als alternative Lösungsoption ist auch ein pauschaler Rechnungszuschlag denkbar.

Impfquote steigern

Von übergeordneter Wichtigkeit sind die weiteren Bemühungen zur Steigerung der Impfquote. Um die vierte Coronawelle zu brechen und die Intensivstationen vor Überlastung zu schützen, muss umgehend das Impftempo erhöht werden. Dazu gehört auch Klarheit, ob eine Impfpflicht für Beschäftigte in Gesundheitseinrichtungen umgesetzt werden soll. Zugleich muss die Geschwindigkeit der Booster-Impfungen deutlich erhöht werden, um die besonders vulnerablen Gruppen zu schützen.

Krankenhäuser spürbar von Bürokratie entlasten

Damit die Krankenhäuser sich mit allen Kräften auf die Versorgung ihrer Patientinnen und Patienten und damit der Bekämpfung der Pandemie konzentrieren können, müssen diese sofort spürbar von Bürokratie- und Dokumentationsanforderungen entlastet werden.

In dem Glauben, dass die Pandemieauswirkungen 2021 für die Krankenhäuser weniger belastend werden, hat der Gesetzgeber die für 2020 auf 5% abgesenkte Prüfquote in 2021 wieder auf 12,5 % festgesetzt. Leider zeigt sich aktuell umso deutlicher, dass sich diese Vermutung als falsch herausgestellt hat. Das medizinische und pflegerische Personal wird dringendst vollumfänglich für die Patientenversorgung benötigt und darf nicht in bürokratischem Aufwand gebunden werden. Vor diesem Hintergrund ist die **Prüfquote für 2022 wieder auf 5%** abzusenken. Unter keinen Umständen akzeptabel ist die aktuell im Gesetz vorgesehene Scharfschaltung und Erhöhung der Prüfquote auf bis zu 15%.

Auch der Beginn der extrem aufwendigen und erstmaligen Durchführung der OPS-Strukturprüfung ist zu diesem Zeitpunkt der Pandemie nicht zu rechtfertigen. Für diese Prüfungen stehen aktuell keine ausreichenden (Personal-)Ressourcen der Krankenhäuser zur Verfügung, wenn sie nicht aus der Patientenversorgung abgezogen werden sollen. **Die OPS-Strukturprüfungen sind zwingend um ein weiteres Jahr auf 2023 zu verschieben.**

Pandemiebedingte Sanktionsbefreiung der Pflegepersonaluntergrenzen

Wie bereits dargestellt, steigt die Anzahl der stationären Corona-Patientinnen und Patienten derzeit rasant. Angesichts der noch zu niedrigen Impfquote ist mit einem weiteren Anstieg in den kommenden Wochen zu rechnen. In der Pädiatrie führt die hohe Anzahl der Respiratorischen Synzytial-Virus-Infektionen (RSV) zusätzlich dazu, dass die entsprechenden Stationen mittlerweile überfüllt sind und keine Reservekapazitäten mehr existieren. Dabei wird deutlich, dass die Vorgaben der Pflegepersonaluntergrenzen hier nicht mehr eingehalten werden können. Damit besteht die Gefahr, dass Kliniken für ihr Engagement in der Behandlung dieser Patientinnen und Patienten finanziell bestraft werden. Alternativ wären Krankenhäuser gezwungen, Betten zu sperren und damit die dringend notwendige Versorgung von schwerkranken Patientinnen und Patienten einzuschränken. Das kann politisch nicht gewollt sein.

Die in der PpUGV formulierten Ausnahmetatbestände sind nicht ausreichend, da die Entscheidung über das Vorliegen einer Ausnahmesituation – und der damit verbundenen Sanktionsbefreiung – letztlich den Kassen vor Ort überlassen wird. Die Krankenhäuser schlagen daher vor, eine grundsätzliche PpUG-Sanktionsbefreiung für die Krankenhäuser rückwirkend ab 1. Oktober 2021 einzuführen. Alternativ könnte eine entsprechende Klarstellung auch direkt in der noch ausstehenden PpUGV 2022 aufgenommen werden. Sollte ein differenzierteres Vorgehen zur Sanktionsbefreiung angestrebt werden, so könnten entsprechend sinnvolle und handhabbare Kriterien vorgegeben werden, z. B. Anzahl Covid-Patientinnen und -Patienten oder Anzahl RSV-Patientinnen und -patienten.

Besonderer Teil

Zu den Änderungsanträgen 7 und 8

Zu Änderungsantrag 7 Artikel 20a Nummer 1 (§ 21a KHG)

Versorgungsaufschläge für Krankenhäuser; Verordnungsermächtigung

Beabsichtigte Neuregelung

In Absatz 1 der Regelung wird vorgegeben, dass die Krankenhäuser bei der voll- oder teilstationären Behandlung von Patientinnen und Patienten mit einer SARS-CoV-2-Infektion einen zeitlich befristeten Versorgungsaufschlag erhalten. Der Versorgungsaufschlag wird für die Zeit vom 1. November 2021 bis zum 20. März 2022 zusätzlich zur Vergütung für die stationäre Behandlung gewährt. Die Regelung gilt nicht für Patientinnen und Patienten, die am Tag der Aufnahme oder am darauffolgenden Tag in ein anderes Krankenhaus verlegt werden.

In Absatz 2 werden Vorgaben zur Ermittlung des Versorgungsaufschlages geregelt. Hierzu wird für jeden COVID-19 Fall die sich aus der COVID-19-Ausgleichszahlungs-Anpassungs-Verordnung ergebende tagesbezogene Pauschale mit 90 Prozent multipliziert. Die so ermittelte anteilige Pauschale wird mit der durchschnittlichen Verweildauer der in somatischen Krankenhäusern mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 infizierten Patientinnen und Patienten (13,9 Tage) multipliziert. Die Versorgungsaufschläge gelten sowohl für die somatischen Krankenhäuser, für die besonderen Einrichtungen nach § 17b Absatz 1 Satz 10 KHG als auch für die psychiatrischen und psychosomatischen Krankenhäuser.

In Absatz 3 bis Absatz 8 werden das Verfahren und die Abrechnung der Zahlungen der Versorgungsaufschläge geregelt. Die Regelungen orientieren sich weitgehend an dem Verfahren, in dem die Ausgleichszahlungen nach § 21 KHG an die Krankenhäuser gezahlt worden sind.

Nach dem Regelungsinhalt des § 21 Abs. 1 Abs. 3 KHG kann die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde für die Prüfung der zweckentsprechenden Verwendung der Mittel Unterlagen vom Krankenhaus anfordern. Die Länder haben die Ergebnisse ihrer krankenhausbefugten Prüfung der Meldungen an das Bundesministerium für Gesundheit zu übermitteln. Dabei ist darzustellen, welche zusätzlichen Unterlagen für die Prüfung angefordert wurden.

Nach Absatz 7 übermitteln die Länder dem Bundesministerium für Gesundheit und dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen bis zum 15. Januar 2022 für das Jahr 2021 und bis zum 20. April 2022 für das Jahr 2022 eine krankenhausbefugte Aufstellung der ausgezahlten Finanzmittel. Der GKV-SV übermittelt den Vertragsparteien nach § 18

Absatz 2 die Höhe der einem Krankenhaus ausgezahlten Beträge, differenziert nach den Jahren 2021 und 2022.

Stellungnahme

Die DKG begrüßt die Regelung zum Versorgungsaufschlag für die Krankenhäuser. Der Gesetzgeber erkennt hierbei die besondere Leistung der Krankenhäuser in der Pandemie an und installiert – vor dem Hintergrund der massiv steigenden Fallzahlen – eine Absicherung für die angespannte finanzielle Lage in den Krankenhäusern. Insbesondere begrüßt die DKG, dass auch die psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen in die Regelungen mit einbezogen werden. Um die Versorgung der Bevölkerung auch in der aktuellen Krisensituation sicherzustellen, benötigen aber alle Krankenhäuser finanzielle Unterstützung um den Betrieb weiter aufrecht zu erhalten.

Zu Absatz 1:

Die DKG hat in ihrem Mitgliedsbereich eine Umfrage zur Fallzahl- und Case-Mix-Entwicklung im Jahr 2021 durchgeführt. Demnach erwarten die Krankenhäuser für das Jahr 2021 insgesamt einen Rückgang des Leistungsniveaus in Höhe von circa 12 Prozent. Die Umfrage fand im Zeitraum vom 15.09.2021 bis 15.10.2021 statt. Insofern sind die Ergebnisse ohne die sich aktuell verschärfende Entwicklungen der Corona-Pandemie zu bewerten. Es muss daher davon ausgegangen werden, dass die Prognosen sogar zu optimistisch ausgefallen sind. Insofern befinden sich die Krankenhäuser erneut in einer absolut mit 2020 vergleichbaren und damit finanziell äußerst angespannten Lage, die dringenden Handlungsbedarf nach sich zieht.

Vor diesem Hintergrund sollten alle Krankenhäuser von unterstützenden Zahlungen zum Ausgleich der bestehenden Erlösverluste von dem Versorgungsaufschlag profitieren. Im Rahmen der Pandemie haben sich in vielen Ländern Netzwerke mit koordinierten Krankenhäusern gebildet, die die Versorgung sicherstellen. Eine alleinige Berücksichtigung der COVID-19-Fälle beim Versorgungsaufschlag greift insofern zu kurz, da beispielsweise im Rahmen dieser Netzwerke Krankenhäuser die Corona-Versorger von der Behandlung der Grund- und Regelversorgung entlasten und dafür Kapazitäten freihalten. Dies gilt auch für Krankenhäuser ohne Corona-Schwerpunktversorgung. Diese – in der Pandemie gewachsenen Strukturen – werden durch den alleinigen Bezug auf die COVID-19-Fälle konterkariert. Hinzu kommt, dass die Fallzahlen erfahrungsgemäß immer korrespondierend mit hohen Inzidenzwerten einbrachen. Aufgrund der nahezu vollständigen Finanzierung der Krankenhäuser über Fallpauschalen brechen bei allen Krankenhäusern die regulären Erlöse ein.

Die Regelung, dass verlegenden Krankenhäuser keinen Versorgungsaufschlag erhalten sollen, wird mit dem geringeren Anteil an der Versorgung der COVID-Patienten begründet. Allerdings müssen auch diese Krankenhäuser wiederum hohe Hygienemaßnahmen einhalten. Dies ist insbesondere problematisch, da die Zuschläge nach § 5 Abs. 3i KHEntgG zur Finanzierung von nicht anderweitig finanzierten Mehrkosten, die den Krankenhäusern im Zusammenhang mit der voll- und teilstationären Behandlung von Patientinnen und Patienten entstehen, zum 31.12.2021 auslaufen. Aufgrund der Kon-

stanzhaltung des nationalen Case Mixes bei der Normierung des aG-DRG-Systems ist eine Refinanzierung der coronabedingten Mehrkosten über das DRG-System nicht sichergestellt. Vielmehr werden die anderen Leistungen abgewertet, was zu einer zusätzlichen Schlechterstellung der Häuser ohne Corona-Fälle führt.

Zu Absatz 2:

Die Ausgleichszahlungen nach der COVID-19-Ausgleichszahlungsanpassungsverordnung bilden die krankenhausindividuell errechneten Schweregrade des Fallspektrums ab und refinanzieren die durch die Belegung der Betten entgangenen Kosten. Diese Zahlungen sollen mit der durchschnittlichen Verweildauer der COVID-19-Patienten multipliziert werden. Es erschließt sich allerdings inhaltlich nicht, warum diese Pauschalen noch mit dem Faktor 0,9 (90 Prozent) multipliziert werden sollen. Dies ist nicht sachgerecht und die Regelung der nur 90-prozentigen Berücksichtigung ist in jedem Fall zu streichen.

Zu Absatz 3 / Absatz 8:

Vor dem Hintergrund der steigenden Anforderungen an die Abläufe der Krankenhäuser, die mit dem massiven Anstieg der Corona-Patienten einhergehen, muss sichergestellt sein, dass die Versorgungsaufschläge möglichst bürokratiearm und ohne nochmaligen Prüfungsaufwand an die Krankenhäuser ausgeschüttet werden. Die sollte bei der Umsetzung der Regelungen grundsätzlich beachtet werden.

Die Regelung im Gesetzestext zu Absatz 3 passt nicht zur Regelung in Absatz 8 und der korrespondierenden Begründung. So wird im Wortlaut von Absatz 3 auf die Prüfung der zweckentsprechenden Verwendung der Mittel abgestellt. In der Begründung zu Absatz 3 wird allerdings auf die Prüfung der Korrektheit der Meldungen der Mittelbedarfe der Krankenhäuser durch die Länder vor Weiterleitung an das BAS abgestellt.

Da bei dem Versorgungsaufschlag – analog der Ausgleichszahlungen – keine Prüfung der zweckentsprechenden Mittelverwendung vorgesehen ist, sollte diese Formulierung im Wortlaut des Absatzes 3 der Gesetzesbegründung angepasst werden. Anderenfalls erschließt sich nicht, wie die Krankenhäuser bei einer nur anteiligen Berücksichtigung im Rahmen des Ganzjahresausgleich 2021 die zweckentsprechende Mittelverwendung nachweisen sollen. Vor dem Hintergrund des aktuellen Infektionsgeschehens dürfte ein derartiger Prüfungsaufwand für die Krankenhäuser kaum umsetzbar sein.

Im korrespondierenden Absatz 8, in dem die Übermittlung der Ergebnisse der krankenhausbezogenen Prüfung der Meldung geregelt ist, wird zudem auch nicht auf die zweckentsprechende Mittelverwendung abgestellt.

Zu Absatz 7:

Zur Plausibilisierung und zur Unterstützung der weiteren Diskussion, sind die Daten der Länder nicht nur an den GKV-SV sondern auch an die DKG zu übermitteln. Dies ist

notwendig, um eine sachgerechte Diskussion zur Weiterentwicklung der Krankenhausfinanzierung in 2022 auf Basis der gleichen Datengrundlage führen zu können.

Änderungsvorschlag

§ 21a Abs. 1 und 2 werden wie folgt gefasst:

„§ 21a

Versorgungsaufschlag an Krankenhäuser aufgrund von Sonderbelastungen durch das Coronavirus SARS-CoV-2

(1) Zugelassene Krankenhäuser erhalten vom 1. November 2021 bis zum 20. März 2022 einen Versorgungsaufschlag aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds.

(2) Die Krankenhäuser ermitteln die Höhe des Versorgungsaufschlags nach Absatz 1, indem sie täglich, erstmals für den 1. November 2021, von der Zahl der im Jahresdurchschnitt 2019 pro Tag voll- oder teilstationär behandelten Patientinnen und Patienten (Referenzwert) die Zahl der am jeweiligen Tag stationär behandelten Patientinnen und Patienten abziehen. Sofern das Ergebnis größer als Null ist, ist dieses mit der für das jeweilige Krankenhaus geltenden tagesbezogenen Pauschale nach § 1 der COVID-19-Ausgleichszahlungs-Anpassungs-Verordnung vom 3. Juli 2020 (BGBl. I S. 1556) oder der sich aus der Anlage zu dieser Verordnung ergebenden tagesbezogenen Pauschale zu multiplizieren.

Zudem werden die nachfolgenden Absätze wie folgt geändert:

(3) Die Krankenhäuser nach Absatz 1 Satz 1 ermitteln die Höhe des Versorgungsaufschlags nach Absatz 2 und melden ~~wöchentlich die Zahl der mit dem Coronavirus SARS-Cov-2 infizierten Patientinnen und Patienten sowie~~ den sich jeweils ergebenden Betrag nach Absatz 1 Satz 1 an die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde, die die von den Krankenhäusern gemeldeten Beträge prüft und summiert. Die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde kann für die Prüfung der ~~zweckentsprechenden Verwendung der Mittel der Meldung nach Satz 1~~ Unterlagen von den Krankenhäusern anfordern. Die Ermittlung nach Satz 1 ist erstmalig für die 44. Kalenderwoche des Jahres 2021 und letztmalig für die 11. Kalenderwoche des Jahres 2022 durchzuführen. § 21 Absatz 2a Satz 5 und 6 gilt entsprechend. [...]

(5) Die Vertragsparteien nach § 17b Absatz 2 vereinbaren bis zum 30. November 2021 das Nähere zum Verfahren des Nachweises der Zahl der ~~mit dem Coronavirus SARS-Cov-2 infizierten im jeweiligen Krankenhaus täglich~~ voll- oder teilstationär behandelten Patientinnen oder Patienten ~~im Vergleich zum Referenzwert~~. Kommt eine Vereinbarung nach Satz 1 nicht innerhalb dieser Frist zustande, legt die Schiedsstelle nach § 18a Absatz 6 den Inhalt der Vereinbarung ohne Antrag einer Vertragspartei innerhalb von weiteren zwei Wochen fest. [...]

(7) Die Länder übermitteln dem Bundesministerium für Gesundheit, ~~und~~ dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen **und der Deutschen Krankenhausgesellschaft** bis zum 15. Januar 2022 für das Jahr 2021 und bis zum 20. April 2022 für das Jahr 2022 eine krankenhausbetrefende Aufstellung der nach Absatz 4 Satz 3 ausbezahlten Finanzmittel. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen übermittelt den Vertragsparteien nach § 18 Absatz 2 die Höhe der einem Krankenhaus nach Absatz 4 Satz 3 ausbezahlten Beträge, differenziert nach den Jahren 2021 und 2022.

Zu Änderungsantrag 7 Artikel 20a Nummer 2 (§ 23 KHG)

Versorgungsaufschläge für Krankenhäuser; Verordnungsermächtigung

Beabsichtigte Neuregelung

Mit der Änderung in § 23 Absatz 2 Nummer 4 KHG wird die Verordnungsermächtigung zur Regelung eines Ganzjahresausgleichs auf das Jahr 2022 erweitert.

Mit der Änderung in § 23 Abs. 3 KHG wird die Verordnungsermächtigung auf wesentliche Inhalte des neuen § 21 Abs. 1 KHG ausgeweitet.

Stellungnahme

Insbesondere die Ausweitung der Verordnungsermächtigung zur Regelung eines Ganzjahresausgleichs wird ausdrücklich begrüßt. Aufgrund der Infektionslage in der 4. Welle ist bereits jetzt absehbar, dass der größte Teil der Krankenhäuser ohne eine Erlösabsicherung für das Jahr 2022 nicht wirtschaftlich bestehen kann.

Für den Ganzjahresausgleich 2021 fordert die DKG aufgrund der unerwartet hohen Fallzahl daher dringend die Streichung der 2%-Absenkung des Budget-Referenzwertes des Jahres 2019, die sich in Anbetracht der neuen Situation und unter Berücksichtigung der grundsätzlich nur anteiligen Ausgleichs nicht mehr rechtfertigen lässt (Vgl. § 5 Abs. 9 der Verordnung zur Regelung weiterer Maßnahmen zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser).

Da nach den aktuellen Regelungen des § 21 Abs. 1a KHG in 2022 die Finanzhilfen auf Corona-Patienten beschränkt sind, ist bereits jetzt darauf hinzuweisen, dass der Ausgleichssatz für Erlösrückgänge für den Ganzjahresausgleich 2022 mit 85% nicht tragfähig ist. Zur wirtschaftlichen Sicherung ist hier ein deutlich höherer Ausgleichssatz notwendig.

Änderungsvorschlag

Keiner.

Zu Änderungsantrag 8 Artikel 20b Nummer 1 (§ 5 der Verordnung zur Regelung weiterer Maßnahmen zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser)
Verordnung zur Regelung weiterer Maßnahmen zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser

Beabsichtigte Neuregelung

Bei den Änderungen der Verordnung handelt es sich um notwendige Folgeänderungen zu der mit der Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes vorgesehenen Einführung von Versorgungsaufschlägen. Die Folgeänderungen sehen vor, dass die Versorgungsaufschläge, soweit sie auf das Jahr 2021 entfallen, bei der Durchführung der Erlösausgleiche für das Jahr 2021 zu berücksichtigen sind.

Nach Nummer 1, Nummer 2 und Nummer 4 sind hierzu die notwendigen Vorgaben zur Anpassung der Vereinbarung nach § 5 Absatz 1 der Verordnung zur Regelung weiterer Maßnahmen zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser (Corona-Ausgleichsvereinbarung 2021) zu treffen.

In Nummer 3 wird vorgegeben, dass die Versorgungsaufschläge, die für das Jahr 2021 geleistet wurden, wie Ausgleichszahlungen bei der Ermittlung der Erlöse für das Jahr 2021 zu berücksichtigen sind (Anrechnung in Höhe von 85% bei der Durchführung des Ganzjahresausgleichs 2021).

In Nummer 5 wird vorgegeben, dass die Vertragsparteien auf Ortsebene verpflichtet sind, einen Erlösanstieg zu vereinbaren, der neben Ausgleichszahlungen auch durch Versorgungsaufschläge begründet sein kann. Eine Verpflichtung, einen Erlösausgleich durchzuführen, gilt nach Nummer 5 Buchstabe b für alle Krankenhäuser, die einen Versorgungsaufschlag erhalten haben. In der Begründung heißt es hierzu weiter, dass die Regelung dem Charakter des Versorgungsaufschlags als Liquiditätshilfe Rechnung trägt.

In Nummer 6 wird vorgegeben, dass die Vertragsparteien auf Ortsebene bei der Vereinbarung des Ausgleichsbetrags die Versorgungsaufschläge, die für das Jahr 2021 geleistet wurden, zu berücksichtigen haben.

Stellungnahme

Zu Nummer 1, Nummer 2 und Nummer 6:

Die Einbeziehung der Versorgungsaufschläge in den Ganzjahresausgleich 2021 ist technisch sachgerecht umgesetzt.

Zu Nummer 3:

Die Regelung, dass die Versorgungsaufschläge nicht vollständig in den Ganzjahresausgleich 2021 einbezogen und wie Ausgleichszahlungen behandelt werden, wird begrüßt. Insofern bleibt auch sichergestellt, dass die in der Kalkulation der Ausgleichszah-

lungen einbezogene weitere Kostenbestandteile für beispielsweise ambulante Leistungen beim Krankenhaus verbleiben.

Zur besonderen Situation der Versorgung der Corona-Patienten sollte, bei Beibehaltung der ausschließlichen Finanzierung des Versorgungsaufschlags für COVID-19-Patienten, der Anrechnungssatz auf 50 Prozent abgesenkt werden.

Zu Nummer 5:

Die Regelung, dass alle Krankenhäuser die einen Versorgungsaufschlag nach § 21 Abs. 1a Satz 1 KHG abgerechnet haben verpflichtet sind einen Ganzjahresausgleich 2021 zu vereinbaren, führt in der Gesamtschau zu nicht sachgerechten Ergebnissen.

Der Versorgungsaufschlag wird den Krankenhäusern für die Behandlung von Corona-Patienten gewährt. Da sich diese Mittel – aufgrund der Netzwerkorganisation der Krankenhäuser verschiedener Versorgungsstufen – ungleich über die Krankenhäuser verteilen dürften, führt diese Regelung im Ergebnis dazu, dass stark betroffene Krankenhäuser einen Großteil der finanziellen Hilfen wieder zurückzahlen müssen.

Die von Corona-Patienten weniger stark betroffenen Krankenhäuser erhalten allerdings keine Liquiditätssicherung. Aus Sicht der DKG ist eine Liquiditätshilfe für alle Krankenhäuser erforderlich, die direkt und indirekt an der Versorgung der Corona-Patienten beteiligt sind.

Änderungsvorschlag

Zu Nummer 3:

In Absatz 4 ~~Satz 1~~ wird folgender Satz 2 angefügt:

~~werden nach den Wörtern „§ 21 Absatz 1a Satz 1“ die Wörter „sowie Abweichend von Satz 1 sind die für das Jahr 2021 gezahlten Versorgungsaufschläge nach § 21a Absatz 1 Satz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes in Höhe von 50 Prozent zu berücksichtigen.“ eingefügt.~~

Weiterer gesetzlicher Handlungsbedarf

Wirtschaftliche Lage der Krankenhäuser im Herbst 2021: Aktuelle Analysen und dringende Handlungsbedarfe („Rettungsschirm 3.0“)

Angesichts des exponentiellen Anstiegs der 7-Tage-Inzidenzen in fast allen Bundesländern wird sich die Lage in den Krankenhäusern in den kommenden Wochen und Monaten dramatisch zuspitzen. Äußerst kritisch ist insbesondere die Situation auf den Intensivstationen. Die zunehmende Zahl der Covid-Patientinnen und -Patienten trifft auf Intensivstationen, dessen Personal bereits in den vergangenen Pandemie-Wellen an seine Belastungsgrenze - und vielerorts auch darüber hinaus - gehen musste.

Seit Oktober dieses Jahres sehen sich zudem immer mehr Krankenhäuser gezwungen, planbare Eingriffe zu verschieben, um ausreichend Kapazitäten zur Behandlung von Covid-Patientinnen und -Patienten vorhalten zu können. Schon jetzt ist absehbar, dass bereits in den kommenden Tagen in vielen Ländern die nächsten Stufen der jeweiligen Corona-Frühwarnsysteme („Corona-Ampeln“) erreicht werden. Die Krankenhäuser wurden daher vielerorts bereits von ihrer Landesregierung aufgefordert, sämtliche planbare Operationen abzusagen. Auch ohne eine gesetzliche Verpflichtung per Landesverordnung kommen die Krankenhäuser dieser Forderung selbstverständlich nach, erwarten aber im Gegenzug - und völlig zu Recht - eine angemessene Kompensation der dadurch ausgelösten Liquiditäts- und Erlöseintrübe. Zwingend zu berücksichtigen ist in diesem Zusammenhang, dass die noch im Frühjahr 2021 für den gesamten Jahresverlauf erwartete wirtschaftliche Erholung der Krankenhäuser nicht eingetreten ist. Ganz im Gegenteil. Selbst im Sommer, als die Inzidenzen in allen Bundesländern äußerst niedrig waren, konnten die Krankenhäuser das Leistungsniveau der Vor-Pandemie-Zeit nicht erreichen. Bereits vor Beginn der vierten Pandemiewelle erwarteten die Krankenhäuser für das Gesamtjahr 2021 einen Fallzahlrückgang von rund 12%. Aufgrund der in diesem Ausmaß nicht zu erwartenden vierten Welle muss davon ausgegangen werden, dass der Fallzahl- und Erlösrückgang sogar noch deutlich höher ausfallen wird. Ausdrücklich zu betonen ist an dieser Stelle, dass grundsätzlich alle Krankenhäuser von dieser Entwicklung betroffen sind, da sich vor allem auch die Zurückhaltung der Patientinnen und Patienten, bereits geplante Krankenhausaufenthalte während der Pandemie tatsächlich wahrzunehmen, gleichermaßen auf alle Krankenhäuser auswirkt. In diesem Zusammenhang weisen wir ausdrücklich auf die beigefügte Analyse zum nicht vorhandenen Zusammenhang zwischen der Leistungsentwicklung der Krankenhäuser im Pandemieverlauf und dem Vorhandensein von Ausgleichszahlungen für die Freihaltung von Behandlungskapazitäten hin.

Die geschilderten Entwicklungen machen ein entschlossenes Handeln und Eingreifen des Gesetzgebers zwingend erforderlich. Die Krankenhäuser fordern die geschäftsführende Bundesregierung und die Partner der geplanten Ampelkoalition daher auf, im Rahmen Ihres „Gesetzes zur Änderung des Infektionsschutzgesetzes und weiterer Gesetze anlässlich der Aufhebung der Feststellung der epidemischen Lage von nationaler Tragweite“ ergänzend zur Einführung des Versorgungsaufschlags die folgenden Maß-

nahmen zur Vermeidung einer Überlastung der Krankenhäuser und zu deren wirtschaftlicher Absicherung auf den Weg zu bringen:

1. Erhöhung des vorläufigen Pflegeentgeltwertes zum 1.12.2021 auf 213 Euro
2. Nachbesserung des Ganzjahreserlösausgleichs 2021
3. Ausgleichs- bzw. Abschlagzahlungen ab 1.11.2021
4. Ganzjahreserlösausgleich 2022

Weiterführende Informationen zur derzeitigen Ausgestaltung des Ganzjahreserlösausgleichs 2021, zum nicht vorhandenen Zusammenhang zwischen Leistungsentwicklung und Ausgleichszahlungen und zur konkreten Ausgestaltung der für die Jahre 2021 und 2022 erforderlichen Maßnahmen zur wirtschaftlichen Entlastung und Sicherung der Krankenhäuser sind den folgenden Ausführungen zu entnehmen.

Bestehende implizite Leistungsanreize im Rahmen des Erlösausgleichs für 2021

Die wirtschaftliche Absicherung der Krankenhäuser im Jahr 2021 erfolgt über einen Erlösausgleich, der sich wie für das Jahr 2020 an den jeweiligen Leistungsvolumen des Krankenhauses im Jahr 2019 orientiert. Der Erlösausgleich führt jedoch nicht zu einem vollständigen Ausgleich der entfallenden Erlöse. Dies ist politisch begründet und soll Krankenhäuser mit geringeren Leistungsrückgängen besserstellen gegenüber Krankenhäusern mit höheren Rückgängen. Es soll dadurch sichergestellt werden, dass die Regelleistungen, auch bei entsprechenden Aufforderungen der Länder und des Bundes, nicht weiter als unbedingt nötig zurückgefahren werden.

Für die Krankenhäuser besteht daher aufgrund der folgenden Regelungen des Ausgleichs zu keiner Zeit ein Anreiz Leistungen zu reduzieren:

- Direkt mit der Leistung verknüpfte, variable Kosten werden schon aus der Vergleichsgröße des Jahres 2019 herausgerechnet und werden daher grundsätzlich nicht ausgeglichen.
- Die verbleibende Erlösdifferenz wird nur zu 85% ausgeglichen. Das bedeutet für das Krankenhaus entsteht mindestens einen Erlösverlust in Höhe von 15% der Erlösdifferenz.
- Hinzu kommt die für den Ausgleich des Jahres 2021 rein politisch motivierte Absenkung der Vergleichsgröße des Jahres 2019 um 2%. Das bedeutet, dass dieser Fehlbetrag noch zusätzlich zu den nicht vollständigen Ausgleichen von den Krankenhäusern getragen werden muss.
- In 2021 konnten Ausgleichszahlungen den Verlust begrenzen. Allerdings waren Ausgleichszahlungen nur bis 15.06.2021 möglich und darüber hinaus aufgrund der eingrenzenden Kriterien wie regionale Inzidenzwerte, Intensivauslastung und Notfallstufenzuordnungen nur für bestimmte Krankenhäuser möglich. Die Leistungseinbrüche betreffen allerdings viele Krankenhäuser und werden nicht mit diesen Kriterien erfasst.
- Die Ausgleichszahlungen werden gesetzlich vorgegeben nur zu 90% des eigentlich ermittelten Bedarfes an die Krankenhäuser ausgezahlt.
- Auch wenn Ausgleichszahlungen abgerufen werden konnten, ersetzen diese die Erlösausfälle daher nur teilweise und beinhalten ebenfalls einen impliziten Leistungsanreiz.
- Sollten die Erlöse des Krankenhauses aufgrund von Ausgleichszahlungen das Erlösniveau des Jahres 2019 überschreiten, sind diese Finanzierungsmittel zurückzuzahlen. Angesichts der erneut deutlichen Leistungsrückgänge in 2021 ist dies aber nur in Ausnahmefällen zu erwarten.

Beispielrechnung

Erlös des Krankenhauses 2019: 50 Mio. Euro

Erlös des Krankenhauses 2021: 45 Mio. Euro

Nach Abzug der variablen Sachkosten (15 Prozent):

Erlös des Krankenhauses 2019: 42,5 Mio. Euro

Erlös des Krankenhauses 2021: 38,25 Mio. Euro

Nach Anpassung der Erlöse 2019 (Absenkung um 2% gemäß § 5 Abs. 9 der Verordnung zur Regelung weiterer Maßnahmen zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser):

Erlös des Krankenhauses 2019: 41,65 Mio. Euro

Erlös des Krankenhauses 2021: 38,25 Mio. Euro

Erlösdifferenz 2021 / 2019: 3,4 Mio. €

Ausgleich (85 %): 2,89 Mio. €

Erlöse des Krankenhauses nach Ausgleich:

Erlös des Krankenhauses 2019: 42,5 Mio. Euro

Erlös des Krankenhauses 2021: 41,14 Mio. €

Verbleibender Erlösverlust für das Krankenhaus: 1,36 Mio. €

Das bedeutet, dass ein Krankenhaus mit einem Jahresbudget von 50 Mio. Euro bei einem 10%-igen Leistungsrückgang und durchschnittlichen variablen Kosten von 15% ein geplantes Defizit von 1,36 Mio. Euro tragen muss.

Analysen zu impliziten Leistungsanreizen durch Ausgleichszahlungen

Seitens des GKV-SV wird vielfach argumentiert, dass aufgrund der Ausgleichszahlungen ein Anreiz bestehe, Operationen und medizinische Leistungen abzusagen. Nachfolgend soll hierzu eine Analyse des Leistungsgeschehens der Krankenhäuser des Jahres 2020 / 2021 erfolgen.

Methodischer Hintergrund:

Zur Analyse des Leistungsgeschehens erfolgte eine Verknüpfung der nachfolgenden Datenquellen. Hierzu wurden tagesbezogen die verschiedenen Variablen miteinander verknüpft.

Corona-Infektionszahlen (Differenz Vortag COVID):

Auf der Internetseite des RKI wurden die tagesbezogenen Neu-Infektionszahlen der COVID-Patienten abgefragt. Um Doppelzählungen zu vermeiden, wurden nur die am jeweiligen Tag gemeldeten Differenzen zum Vortag in die weitere Analyse einbezogen.

Entlassungen aus dem Krankenhaus (Entlassungen KH 2019, Entlassungen KH 2020):

Zur Darstellung der tatsächlichen Fallzahl wurden die Daten nach § 21 KHEntgG des Jahres 2019 und 2020 analysiert. Zur Analyse des Fallgeschehens wurden die am jeweiligen Tag entlassenen voll- und teilstationären Fälle einbezogen.

Entlassungen von COVID-Patienten aus dem Krankenhaus (Entlassungen KH COVID):

Zur Darstellung der COVID-Fallzahl wurden die Daten nach § 21 KHEntgG des 2020 analysiert. Zur Analyse des Corona-Fallgeschehens wurden die am jeweiligen Tag entlassenen voll- und teilstationären Fälle mit der Nebendiagnose U07.1 *COVID-19, Virus nachgewiesen* selektiert.

Entlassungen aus dem Krankenhaus (2021):

Zur Fortführung der Zeitreihe wurden die nach § 21 Abs. 3b Satz 1 Nummer 1 KHEntgG an das InEK übermittelten Daten händisch ausgelesen und in der Zeitreihe ergänzt.

Zur weiteren Analyse wurden die tagesbezogenen Daten auf Kalenderwochen aggregiert. Dies war notwendig, um Effekte, wie beispielsweise das Schaltjahr in 2019 in der Analyse ausgleichen zu können. Zudem wurden die jeweiligen Zeitpunkte der Ausgleichszahlungen eingefügt.

1. Undifferenzierte Ausgleichszahlungen: Zeitraum vom 16.03.2020 bis 12.07.2020

2. Differenzierte Ausgleichszahlungen: Zeitraum vom 13.07.2020 bis 30.09.2020
3. Keine Ausgleichszahlungen: Zeitraum vom 01.10.2020 bis 17.11.2020
4. Erneute Ausgleichszahlungen: ab dem 18.11.2020

Ergebnis:

Die Ergebnisse sind in Abbildung 1 dargestellt.

Fallzahlen und COVID-Neuinfektionen:

Bei der Analyse des Fallgeschehens des Jahres 2019 im Vergleich zu 2020 lässt sich ein deutlicher Leistungsrückgang über den gesamten Jahreszeitraum feststellen. Hierbei zeigt sich eine deutliche Korrelation mit dem tatsächlichen Inzidenz-Geschehen nach der ersten Welle im Februar/März 2020.

Über den Sommer des Jahres 2020 zeigt sich eine leichte Erholung des Leistungsgeschehens auf – im Vergleich zu 2019 – niedrigem Niveau. Als Mitte Oktober 2020 die Zahl der Corona-Neuinfektionen zu steigen begann, führte dies zu einer Reduktion des Fallgeschehens.

Als Zwischenergebnis lässt sich festhalten, dass die Fallzahlen der Krankenhäuser bei steigenden Corona-Zahlen sinken.

Fallzahlen und Ausgleichszahlungen:

Betrachtet man nun etwaige Effekte der Ausgleichszahlungen auf das Leistungsgeschehen, so wird seitens der Kostenträger die These vertreten, dass bei der Aussetzung von Ausgleichzahlungen die Fallzahl steigen müsste. Bei der Fortführung von Ausgleichszahlungen hingegen, müsse von einem Rückgang der Fallzahlen ausgegangen werden.

Betrachtet man den Zeitraum der differenzierten Ausgleichszahlungen (360 € bis 760 €) im Zeitraum August / September 2020 (KW 32 bis KW 40), lässt sich eine steigende Fallzahl – trotz Ausgleichzahlungen – feststellen. Die Corona-Inzidenz war zu diesem Zeitpunkt in Deutschland sehr niedrig.

Betrachtet man hingegen den Zeitraum nach Aussetzung der Ausgleichszahlungen zum 30.09.2020 (KW 40 bis KW 46), so zeigt sich ein deutlicher Fallzahlrückgang. Dieser Fallzahlrückgang ist allerdings nicht auf die Ausgleichszahlungen zurückzuführen. Vielmehr ist der Rückgang im Fallgeschehen die verantwortungsbewusste Reaktion der Krankenhäuser auf die steigenden Corona-Neuinfektionen.

Es zeigt sich, dass die Fallzahlentwicklung nicht von der Zahlung von Ausgleichszahlungen beeinflusst wird. Vielmehr entwickelt sich das Leistungsgeschehen in Abhängigkeit von der Anzahl der Corona-Neuinfektionen.

Ein negativer Leistungsanreiz durch die Ausgleichszahlungen kann somit nicht beobachtet werden.

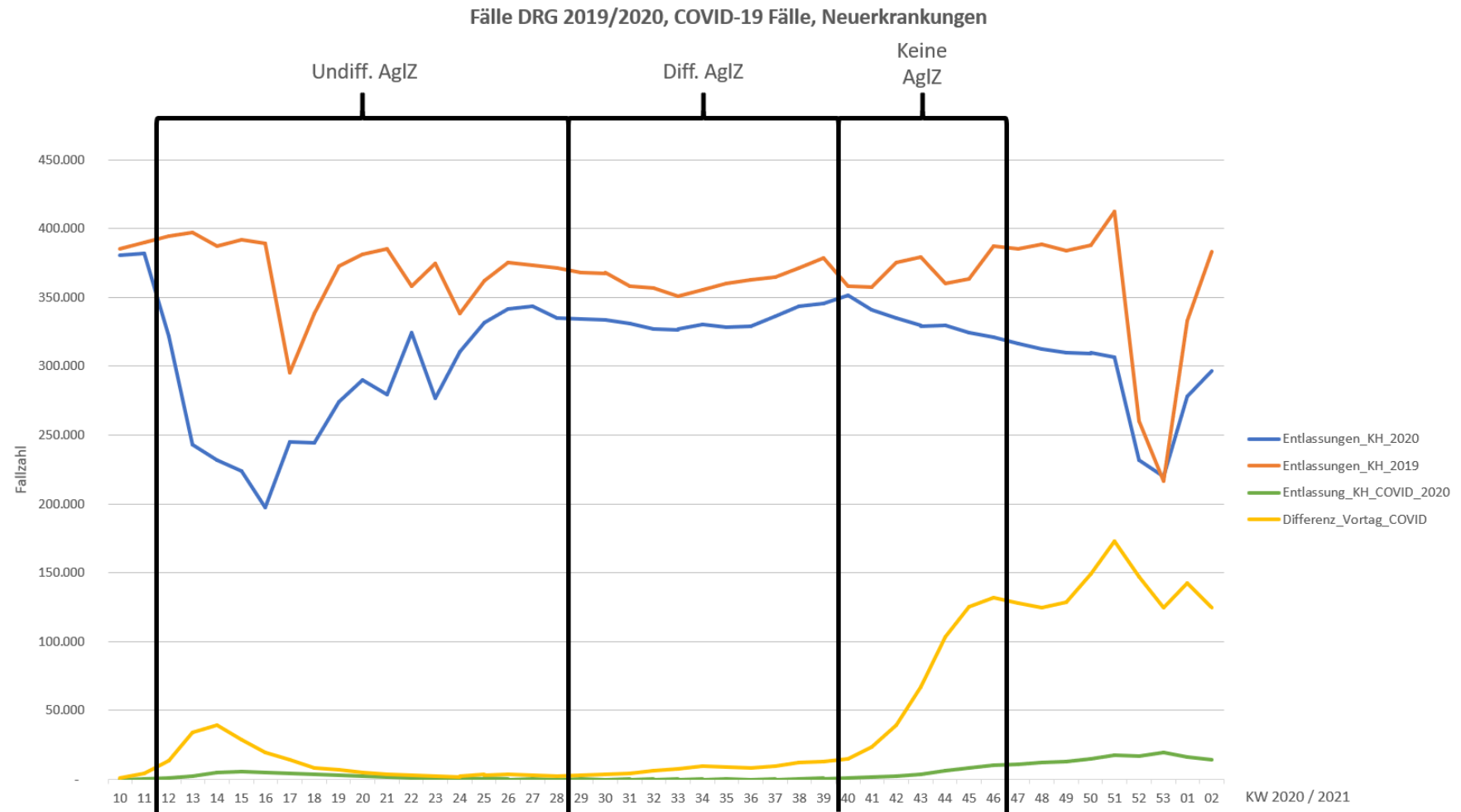


Abbildung 1 Leistungsgeschehen und Ausgleichszahlungen

Limitationen:

Die tagesbezogene Vergleichbarkeit der Werte wird leicht eingeschränkt, da bei der Datenlieferung nach § 21 KHEntgG an das InEK, die vom 01.01. bis 31.12. entlassenen Fälle gemeldet werden. Zudem sind Diagnosekodierungen (U07.1) nicht mit einem konkreten Testdatum hinterlegt, wodurch die am jeweiligen Tag entlassenen Fälle die aufgenommenen Fälle von ca. 6 Tagen (mittlere Verweildauer) vorher darstellen. Diese Limitationen haben keine inhaltlichen Auswirkungen auf den Aussagegehalt der Analysen.

Notwendige Maßnahmen zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser („Rettungsschirm 3.0“)

Die DKG hat in ihrem Mitgliedsbereich eine Umfrage zur Fallzahl- und Case-Mix-Entwicklung im Jahr 2021 durchgeführt. Demnach erwarten die Krankenhäuser für das Jahr 2021 insgesamt einen Rückgang des Leistungsniveaus in Höhe von circa 12 Prozent. Die Umfrage fand im Zeitraum vom 15.09.2021 bis 15.10.2021 statt. Insofern sind die Ergebnisse ohne die sich aktuell verschärfenden Entwicklungen der Corona-Pandemie zu bewerten. Es muss daher davon ausgegangen werden, dass die Prognosen sogar zu optimistisch ausgefallen sind. Insofern befinden sich die Krankenhäuser erneut in einer absolut mit 2020 vergleichbaren und damit finanziell äußerst angespannten Lage, die dringenden Handlungsbedarf nachsichzieht. Werden nicht erneut schnelle und tragfähige Lösungen gefunden, würden die Krankenhäuser nun doch noch massiven finanziellen Schaden aufgrund der Folgen der Pandemie erleiden, der bisher weitgehend abgewendet werden konnte. Die Politik muss daher zwingend Maßnahmen ergreifen, damit die Krankenhäuser nicht angesichts der sich erneut verschlechternden Corona-Lage in ihrer wirtschaftlichen Existenz bedroht werden.

Hinzu kommt, dass sogar die Budgetverhandlungen für das Jahr 2020 in vielen Bundesländern immer noch zu großen Teilen nicht abgeschlossen werden konnten, was häufig auch an den von den Krankenkassen verkomplizierten und verschleppten Verhandlungen zu den Pflegebudgets liegt. Daraus resultiert aber auch, dass nicht nur die notwendigen Pflegeentgeltwerte nicht in der aktuellen, notwendigen Höhe abgerechnet werden können, sondern auch alle weiteren Verhandlungstatbestände des Budgets nicht vorliegen und insofern noch Zuschläge und Entgelte in der alten, zu niedrigen Form abgerechnet werden müssen oder gar nicht abgerechnet werden können. Das verschärft noch die aktuell bestehenden Engpässe in der Liquidität der Krankenhäuser.

- Erhöhung der Ersatzbeträge gemäß § 15 Abs. 2a KHEntgG (vorläufiger Pflegeentgeltwert)

Aufgrund der komplexen und konfliktären Verhandlungen zum Pflegebudget auf der Ortsebene sind für 2020 bisher nur maximal die Hälfte aller Pflegebudgets vereinbart worden, für 2021 wurden nur vereinzelt Pflegebudgets fortgeschrieben. Im Ergebnis können die Krankenhäuser ihre tatsächlichen Pflegepersonalkosten – inkl. Personalaufbau sowie Lohnentwicklung – noch immer nicht vollständig refinanzieren.

Die fehlenden Budgetvereinbarungen in Kombination mit der pandemiebedingten, geringeren Belegung führen zu einer Liquiditätslücke bei den Krankenhäusern, die durch

einen höheren vorläufigen Pflegeentgeltwert wirksam abgeschwächt werden könnte. Durch den zu geringen Ersatzbetrag nach § 15 Abs. 2a KHEntgG (vorläufiger Pflegeentgeltwert) entsteht den Krankenhäusern eine Unterdeckung der Liquidität in Höhe von 20 Prozent. Um diesen Effekt abzumildern, muss der Ersatzbetrag ab dem 1. Dezember auf 213 Euro erhöht werden.

Aufgrund des gesetzlich festgelegten Mehr- und Minderkostenausgleichs gemäß § 6a Abs. 2 Satz 3 KHEntgG führt diese Maßnahme im Ergebnis nicht zu Mehrausgaben für die Krankenkassen.

- Ganzjahresausgleich 2021

Zum Zeitpunkt der Festlegung des Ganzjahresausgleiches für das Jahr 2021 wurde angenommen, dass die Corona-Inzidenzen im Sommer rückläufig sind und im folgenden Herbst aufgrund der dann abgeschlossenen Impfkampagne keine weitere „Corona-Welle“ mehr zu erwarten ist. Man ging vielmehr davon aus, dass es ab der Jahresmitte zu Nachholeffekten in der stationären Versorgung kommen könnte. Insofern liegt dem Rettungsschirm 2.0 die Annahme und Erwartung zu Grunde, dass die Leistungen des Gesamtjahres 2021 sich erholen und deutlich über dem Niveau des Jahres 2020 liegen würden. Diese Einschätzungen sind jedoch nicht eingetreten. Die aktuellen Prognosen erwarten einen Fallzahlrückgang in Höhe von mindestens 12 Prozent für das Jahr 2021 bei einer aktuell noch deutlichen Zunahme Inzidenzzahlen mit Corona-Infektion. Das entspricht den Fallzahlrückgängen in 2020 und könnte diese sogar übertreffen. Die derzeit geltende Ausgestaltung des Ganzjahresausgleichs 2021 (gemäß § 5 der Verordnung zur Regelung weiterer Maßnahmen zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser) ist daher vor diesem Hintergrund dringend neu zu bewerten.

Bei der Vereinbarung eines Erlösrückgangs im Rahmen des Ganzjahresausgleichs 2021 sind nur 98 Prozent der Erlöse für 2019 (angepasster Budget-Referenzwert) zu berücksichtigen. Eine 2-prozentige Erlösdifferenz zu 2021 wird insofern grundsätzlich nicht ausgeglichen. Die Absenkung des Budgetreferenzwertes 2019 bei einem Leistungsrückgang wurde seitens des Ordnungsgebers mit einem Leistungsanreiz begründet. Regelleistungen sollen nur soweit zurückgestellt werden, soweit dies unbedingt erforderlich ist. Erlösrückgänge in 2021 werden allerdings davon unabhängig grundsätzlich nur in Höhe von 85 % ausgeglichen. Dabei sind die variablen Kosten vor dem Ausgleich schon herausgerechnet. Schon über diesen nur anteiligen Ausgleich wird dieses Ziel erreicht.

Dies führt im Ergebnis dazu, dass die Krankenhäuser erst einen Erlösausgleich geltend machen können, wenn der Erlösrückgang gegenüber 2019 größer als 2 Prozent ausfällt. Bei einem Budgeterlös von 100 Mio. € würden somit bereits 2 Mio. € Erlöse in Gänze nicht ausgeglichen. Bezogen auf ein Bundesland wie NRW mit einem Leistungsvolumen von rd. 4 Mio. CM-Punkten und einem daraus resultierendem Ausgaben-volumen nur für DRG-Fallpauschalen von mehr als 15 Mrd. Euro würde sich, alleine bezogen auf die 2 %-ige Absenkung der Referenzgröße, ein vollständiger Erlösabzug auf einen Betrag von rund 300 Mio. € belaufen. Mit zunehmend größeren Leistungsrückgängen vergrößern sich jedoch auch die nicht ausgeglichenen Erlösverluste der Krankenhäuser. Angesichts der unerwarteten und erneuten äußerst prekären Lage müssen die finanziellen Verluste der Krankenhäuser wirksamer begrenzt werden als

ursprünglich vorgesehen. Die DKG fordert daher dringend zumindest die Streichung der 2%-Absenkung der Vergleichsgröße des Jahres 2019, die sich in Anbetracht der neuen Situation und unter Berücksichtigung der grundsätzlich nur anteiligen Ausgleichs nicht mehr rechtfertigen lässt.

- Ganzjahresausgleich 2022

Die notwendigen Anpassungen an die sich derzeit weiter verschärfende Lage stellen eine erneute Herausforderung für die Kliniken dar. Die Krankenhäuser müssen daher die entsprechenden Maßnahmen zur internen Vorbereitung, zur Behandlung von Covid-Erkrankten und zur Abstimmung und Vernetzung mit anderen Kliniken bzw. mit Schwerpunktkliniken in der Covid-Versorgung ergreifen können, ohne dadurch Erlösverluste befürchten zu müssen. Außerdem ist absehbar, dass die Inzidenz- und Hospitalisierungszahlen weit in das Jahr 2022 hinein auf einem hohen Niveau bleiben und die Krankenhäuser aufgrund der dargestellten Zusammenhänge weiterhin deutliche Leistungs- und Erlösverluste verzeichnen werden. Aus diesen Gründen ist auch für das Jahr 2022 eine Absicherung des Budgets notwendig, damit die Leistungsfähigkeit und die Handlungsspielräume der Krankenhäuser erhalten bleiben. Ohne stabilisierende Maßnahmen sind etablierte und bedarfsnotwendige Versorgungskapazitäten bis hin zu ganzen Krankenhausstandorten in ihrem Bestand gefährdet.

Zur Vermeidung von erheblichen Budgetverlusten aufgrund der Corona-Pandemie in Verbindung mit daraus resultierenden Fallzahlrückgängen in der Regelversorgung sollte grundsätzlich auf das Instrument des Ganzjahreserlösausgleiches zurückgegriffen werden, das auch bereits für die Jahre 2020 bzw. 2021 Anwendung findet. Hier bedarf es allerdings einer erweiterten Betrachtung über die reinen akutstationären Erlöse der Krankenhäuser hinaus auch auf Erlöseinbußen aus den ambulanten Versorgungsbereichen und weiteren Nebenbetrieben.

Zwingend notwendig sind flankierende Ausgleichs- bzw. Abschlagszahlungen, die insbesondere zur Aufrechterhaltung der Liquidität dienen und über den Ganzjahresausgleich weitgehend wieder ausgeglichen und so ggfs. auch wieder zurückgezahlt werden. Sofern Ausgleichs- bzw. Abschlagszahlungen reine Liquiditätshilfen darstellen ist der Ausgleichssatz des Erlösausgleichs deutlich zu erhöhen [alternativ: auf mindestens 95% festzulegen], da sich ansonsten die verbleibenden Erlösverluste in einer für die Krankenhäuser nicht zu verkraftenden Größenordnung bewegen.

Absenkung der Prüfquote für das Jahr 2022 auf 5 % (§ 275c Abs. 2 Satz 1 SGB V) und Verschiebung der Einführung des variablen Prüfquotensystems um ein Jahr

Stellungnahme

Das Gesetz zum Ausgleich COVID-19 bedingter finanzieller Belastungen der Krankenhäuser und weiterer Gesundheitseinrichtungen (COVID-19-Krankenhausentlastungsgesetz) vom 27.03.2020 hat die für 2020 eigentlich vorgesehene, feste quartalsbezogene Prüfquote von 12,5% auf 5% abgesenkt. Die Intention des Gesetzgebers war es, vor dem Hintergrund eines möglichen massenhaften Anfalls stationär behandlungsbedürftiger Patientinnen und Patienten aufgrund

von Erkrankungen durch das Coronavirus SARS-CoV-2 (COVID-19) durch eine Reduzierung der maximal zulässigen Prüfquote für das Jahr 2020 eine deutliche Entlastung der Krankenhäuser bei den Prüfungen, die durch die Krankenkassen eingeleitet und von den Medizinischen Diensten durchgeführt werden, zu erreichen. Um eine umfassende Entlastung der Krankenhäuser zu erreichen, galt die reduzierte Prüfquote von fünf Prozent rückwirkend bereits für das erste Quartal 2020.

Flankiert wurde diese Maßnahme durch die Verschiebung der festen quartalsabhängigen Prüfquote in Höhe von 12,5% auf das Jahr 2021 sowie der Einführung der variablen, quartalsabhängigen Prüfquote auf das Jahr 2022 durch das zweite Gesetz zum Schutz der Bevölkerung bei einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite vom 19.05.2020. Beweggrund der vorgenommenen Verschiebung war, dass der Gesetzgeber es wegen der aufgrund der COVID-19-Pandemie entstandenen Ausnahmesituation nicht als sachgerecht angesehen hat, auf der Basis des Jahres 2020 ein Prüfquotensystem aufzubauen, in dem die Höhe der Prüfquote eines Krankenhauses im Jahr 2021 von dem Anteil seiner beanstandeten Abrechnungen im Jahr 2020 abhängt. Daher wurden die geplanten Regelungen für die Einführung eines variablen Prüfquotensystems um ein Jahr verschoben.

Die Praxis hat gezeigt, dass die Absenkung der Prüfquote von 12,5% auf 5% im Jahre 2020 zu einer deutlichen Entlastung der Krankenhäuser geführt hat. Trotz dringender Bitten der Krankenhäuser wurde die abgesenkte 5 %-ige Prüfquote nicht auf das Pandemiejahr 2021 verlängert. Leider leiden die Krankenhäuser im Jahre 2021 nach wie vor unter extremen Belastungen aufgrund der mittlerweile vierten Infektionswelle der COVID-19-Pandemie, ohne dass ein Ende absehbar wäre. Zur Bewältigung des bürokratischen Aufwandes wird Personal gebunden, welches dringender für die Versorgung von Patientinnen und Patienten benötigt wird. Vor dem Hintergrund der fortdauernden Pandemiesituation und der sich daraus für die Krankenhäuser – auch im Abrechnungsbereich – ergebenden vielfältigen Herausforderungen muss der durch die Absenkung der Prüfquote auf 5% erwiesenermaßen erzielte positive Effekt auf die Ressourcenbindung des Krankenhauses wieder eingeführt werden. Dadurch können sowohl Ärztinnen und Ärzte sowie Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Krankenhauses als auch des Medizinischen Dienstes für die Durchführung anderer, im Zusammenhang mit der Pandemie stehender Aufgaben – insbesondere in der Patientenversorgung und ggfs. in der Umsetzung von Impfkonzepthen – eingesetzt werden.

Dies rechtfertigt eine erneute Begrenzung der zulässigen Prüfquote auf 5% der prüfbaren Schlussrechnungen für vollstationäre Krankenhausbehandlungen im Jahre 2022. Auf Grundlage der gleichen Überlegungen wie im Jahr 2020 ist daher auch die Einführung des Systems der variablen Prüfquoten entsprechend um ein Jahr zu verschieben, d. h., im Jahr 2022 erfolgt eine Erhöhung der festen, quartalsbezogenen Prüfquoten, bevor im Jahr 2023 die variablen, quartalsbezogenen Prüfquoten Anwendung finden. Insbesondere sorgen der umfassende Verzicht der Krankenhäuser auf die Erbringung elektiver Leistungen sowie die Fokussierung auf die Behandlung von COVID-19-Patienten für eine Verzerrung der Daten, die spätestens der Bestimmung der quartalsbezogenen Prüfquoten zugrunde zu legen sind, so dass eine Verschiebung der Einführung des Systems der quartalsbezogenen Prüfquoten sinnvoll ist.

Änderungsvorschlag

1. § 275c Absatz 1 Satz 1 wird wie folgt gefasst:

Im Jahr 2020 **sowie im Jahr 2022** darf eine Krankenkasse in jedem Quartal von den nach Absatz 1 Satz 1 prüfbaren Schlussrechnungen für vollstationäre Krankenhausbehandlung bis zu Prozent der Anzahl der bei ihr im vorvergangenen Quartal eingegangenen Schlussrechnungen für vollstationäre Krankenhausbehandlung eines Krankenhauses nach Absatz 1 durch den Medizinischen Dienst prüfen lassen (quartalsbezogene Prüfquote); im Jahr 2021 gilt eine quartalsbezogene Prüfquote von bis zu 12,5 Prozent.

2. In § 275c Absatz 1 Satz 2 wird die Angabe „2022“ durch die Angabe „2023“ ersetzt.

Verschiebung des Beginns der Durchführung der Prüfung von Strukturmerkmalen nach § 275d SGB V auf das Jahr 2023 (§ 275d Abs. 3 und 4 KHG)

Stellungnahme

Ebenfalls durch das Gesetz zum Ausgleich COVID-19 bedingter finanzieller Belastungen der Krankenhäuser und weiterer Gesundheitseinrichtungen (COVID-19-Krankenhausentlastungsgesetz) vom 27.03.2020 wurde der Beginn der Durchführung von Prüfungen von Strukturmerkmalen nach § 275d SGB V auf das Jahr 2022 verschoben. Beweggrund des Gesetzgebers für diese Verschiebung war die Erkenntnis, dass die durch den Coronavirus SARS-CoV-2 (COVID-19) verursachte Pandemie und die damit einhergehenden Belastungen aller mit der stationären Krankenhausbehandlung befassten Beteiligten eine Verschiebung der Einführung von Strukturprüfungen um ein Jahr rechtfertigen.

An dieser Erkenntnis hat sich bislang nichts geändert, da die Krankenhäuser im Jahr 2021 wegen der andauernden Pandemiesituation nach wie vor erheblichen Belastungen ausgesetzt sind, deren Ende aktuell noch nicht abzusehen ist. Die an der Belastungsgrenze operierenden Krankenhäuser können aktuell nicht noch weitere Aufgaben wahrnehmen, die zu einer enormen Bindung von (Personal-)Ressourcen führt. Die beabsichtigten Strukturprüfungen werden zu einer erheblichen Ressourcenbindung führen, da sie für zahlreiche Leistungsbereiche im Krankenhaus vorgesehen sind. Nach den bislang bekannten Entwürfen des MDS sollen 53 OPS-Kodes auf dem Wege einer Prüfung nach § 275d SGB V kontrolliert werden können, u. a. wird die gesamte intensivmedizinische Leistungserbringung von diesen Kontrollen umfasst. Für diese Prüfungen stehen in der aktuellen Pandemiesituation keine ausreichenden (Personal-)Ressourcen der Krankenhäuser zur Verfügung, wenn sie nicht aus der Patientenversorgung abgezogen werden. Auch die Leistungsfähigkeit der intensivmedizinischen Versorgung kann wegen der Einbindung in den Prüfkatalog beeinträchtigt werden.

Um eine sachgerechte Prüfung des Vorliegens von Strukturmerkmalen zu gewährleisten und die erforderliche Patientenversorgung aufrecht zu erhalten, darf die Durchführung der Strukturprüfungen frühestens im Jahr 2022 für das Jahr 2023

erfolgen. Eine Verschiebung der Strukturprüfung schafft die notwendige Flexibilität des Krankenhauses, um einen dem bislang nicht absehbaren Verlauf der Pandemie Rechnung tragenden, zweckmäßigen und von administrativen Zwängen befreiten Personaleinsatz für die stationäre Versorgung von an COVID-19 erkrankten Patientinnen und Patienten gewährleisten zu können. Positiver Nebeneffekt ist, dass das BfArM zusätzlich Zeit erhält, um weitere streitbehaftete und interpretationsanfällige Formulierungen in den OPS-Kodes zu präzisieren und somit zukünftige Streitigkeiten zu vermeiden.

Ergänzend ist zu regeln, dass die Bescheinigung erstmals für die Vereinbarung für das Jahr 2023 an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen zu übermitteln ist. Die Frist für die erste Übermittlung wird somit auf den 31. Dezember 2022 verschoben

Änderungsvorschlag

1. § 275d Absatz 3 Satz 2 wird wie folgt gefasst:

„Für die Vereinbarung für das Jahr ~~2022~~ 2023 ist die Bescheinigung spätestens bis zum 31. Dezember ~~2024~~ 2022 zu übermitteln.“

2. In § 275d Absatz 4 Satz 1 wird die Angabe „2022“ durch die Angabe „2023“ ersetzt.

3. In § 275d Absatz 4 Satz 2 wird die Angabe „2021“ durch die Angabe „2022“ ersetzt.

Stellungnahme



Stellungnahme des Deutschen Gewerkschaftsbundes zum
Gesetzesentwurf der Bundestagsfraktionen von BÜNDNIS 90/DIE
GRÜNEN, FDP und SPD

Gesetz zur Änderung des Infektionsschutzgesetzes und weiterer
Gesetze anlässlich der Aufhebung der Feststellung der epidemi-
schen Lage von nationaler Tragweite

Infektionsschutz sicherstellen, soziale Folgen abfangen

12.11.2021

Der vorliegende Gesetzesentwurf regelt angesichts der Nicht-Verlängerung der Epidemischen Lage von nationaler Tragweite (ELNT) verschiedene Gesetze und Verordnungen neu, die in Ihrer Anwendbarkeit an die Erklärung einer ELNT gebunden sind. Ziel ist es dabei, einige Maßnahmen der Pandemiebekämpfung sowie Erleichterungen im Zusammenhang mit der Pandemie über das Auslaufen der ELNT hinaus bis zum 19. März 2022 zu verlängern. Neben ausgewählten Maßnahmen des Infektionsschutzes und Maßnahmen des Arbeitsschutzes sollen etwa auch die Ausweitung des Kinderkrankengeldes und Erleichterungen im Zugang zu Leistungen der Grundsicherung vorübergehend fortgeführt werden. Auf Grund der angekündigten Entscheidung, die ELNT auch angesichts eines fortschreitenden Pandemiegeschehens, rasant zunehmender Inzidenzwerte sowie der drohenden Überlastung der Intensivstationen nicht zu verlängern, begrüßen der DGB und seine Mitgliedsgewerkschaften die Weiterführung von Maßnahmen des Infektionsschutzes sowie insbesondere die Verlängerung von sozialpolitischen Erleichterungen im Kontext der Pandemie. Der wirksame Schutz der Beschäftigten und der Bevölkerung muss auch nach Auslaufen der ELNT sichergestellt werden, sowohl vor Infektionen wie vor sozialen Folgen der Pandemie. Der DGB und seine Mitgliedsgewerkschaften sind der Auffassung, dass Maßnahmen, die einschränkend in Beschäftigungsverhältnisse eingreifen – insbesondere 3G-Regelungen im Arbeitsleben –, einer bundeseinheitlichen Regelung bedürfen.

Deutscher Gewerkschaftsbund
Bundesvorstand

Abteilung Sozialpolitik

sozialpolitik.bvv@dgb.de

Henriette-Herz-Platz 2
10178

www.dgb.de

Zu Art. 1: Änderung des IfSG

Zu § 28a IfSG

Mit der geplanten Aufhebung der ELNT entfällt die Grundlage für die in § 28a Abs. 1 und 2 IfSG genannten und über diverse Verordnungen des Bundes und der Ländern eingeführten Maßnahmen des Infektionsschutzes. Bisher sieht Abs. 7 des § 28a vor, dass die Länder nach Beendigung der epidemischen Lage innerhalb von drei Monaten auf Grundlage einer Entscheidung der Länderparlamente eine landesweite Gefahrenlage bzw. epidemische Lage feststellen können und die bisherigen Maßnahmen aufrechterhalten können. Durch die geplante Neuregelung von § 28a Abs. 7 IfSG werden die Landesparlamente diese Kompetenz verlieren. Stattdessen werden die Länder – per § 32 IfSG die Exekutiven der Länder – eine Kompetenz erhalten, bestimmte Maßnahmen auch außerhalb der epidemischen Lage und damit ohne Feststellung einer konkreten Gefahrenlage durch den (Bundes- oder Landes-)Gesetzgeber bis zum 19. März 2022 anzuordnen.



Konkret sollen die Länder befähigt werden, Abstandsgebote im öffentlichen Raum, Maskenpflicht, Verpflichtungen zur Vorlage eines Impf-, Genesenen – oder Testnachweises (3G/2G-Regelungen), Verpflichtungen zur Erstellung und Anwendung von Hygienekonzepten, Auflagen für die Fortführung des Betriebs von Gemeinschaftseinrichtungen und die Anordnung der Verarbeitung der Kontaktdaten zu regeln. Maßnahmen pauschaler Untersagung und Beschränkung – also ein allgemeiner Lockdown – sollen ohne Erklärung einer ELNT demnach nicht möglich sein. Maßnahmen der Zugangsbeschränkung auf Grundlage von landesrechtlichen 3G-Plus- oder 2G-Vorgaben können jedoch einem faktischen Lockdown für Ungeimpfte gleichkommen. Eine einheitliche Vorgabe, in welchen Situationen welche Maßnahmen zu ergreifen sind, trifft der vorliegende Gesetzesentwurf nicht.

Der DGB und seine Mitgliedsgewerkschaften begrüßen grundsätzlich die Fortführung von Maßnahmen des Infektionsschutzes auch über die ELNT hinaus. Offen bleibt jedoch, nach welchen Parametern dann auf Landesebene die infektionsschutzrechtlich vorausgesetzte Gefährdungslage festgestellt werden soll. Parameter sollten etwa Inzidenz, Hospitalisierungsinzidenz und die Auslastung der Intensivstationen sein. Schließungsmaßnahmen und Ausgangsbeschränkungen i.S. eines pauschalen Lockdowns stehen unter Parlamentsvorbehalt. Angesichts rasant steigender Inzidenzwerte und ebenfalls steigender Hospitalisierungsinzidenzen ist die Notwendigkeit der Fortsetzung von Maßnahmen des Infektionsschutzes evident. Je nach Lage des Pandemiegeschehens sowie der Auslastung des Gesundheitssystems können in den Ländern jedoch auch Maßnahmen notwendig sein, die über den Maßnahmenkatalog des § 28a IfSG Abs. 7 im Sinne des Gesetzesentwurfs hinausgehen. Deshalb ist die Kompetenz der Länder im Sinne des momentan geltenden § 28a IfSG Abs. 7 zu erhalten, nach Erklärung einer besonderen epidemischen Lage durch das Landesparlament auch die weitreichenderen Maßnahmen des § 28a IfSG Abs. 1 zu ergreifen. Der DGB und seine Mitgliedsgewerkschaften kritisieren daher die Ersetzung des bisherigen § 28a IfSG Abs. 7, da sie eine erhebliche Einschränkung des Handlungsspielraums der Länder in der Pandemiebekämpfung darstellt. Stattdessen schlagen sie vor, den Maßnahmenkatalog des § 28a IfSG Abs. 7 im Sinne des Gesetzesentwurfs ergänzend und nicht ersetzend zum bisherigen § 28a IfSG Abs. 7 einzuführen.

zu § 36 Abs. 3 IfSG

Die Verlängerung der Regelung zur Verarbeitung von personenbezogenen Daten der Beschäftigten über ihren Impf- oder Serostatus durch den Arbeitgeber in manchen Branchen betrifft einen sehr sensiblen Bereich. Das Arbeitsverhältnis ist auf Grund des immanenten Machtgefälles sowie der unmittelbaren Angewiesenheit der Beschäftigten auf ihren Arbeitsplatz anders zu bewerten als etwa das Verhältnis zwischen Kund*innen und Dienstleister*innen. Der DGB und seine Mitgliedsgewerkschaften lehnen eine Auskunftspflicht über den Corona-Impfstatus von Beschäftigten gegenüber dem Arbeitgeber ab. Aufgrund der Gefahr von Impfdurchbrüchen ist insbesondere in Berufen mit Kontakt zu besonders vulnerablen Gruppen die Anwendung der Testpflicht unabhängig vom Impf- und Serostatus zu prüfen.

Da mit § 36 des IfSG im Kontext der Pandemie ein erheblicher Eingriff in den Schutz der Gesundheitsdaten der Beschäftigten vorgenommen wird, ist die Wahrung des Datenschutzes insbesondere auch über den Verlängerungszeitraum bis zum 19. März 2022 hinaus sicherzustellen. Dazu fordern der DGB und seine Mitgliedsgewerkschaften eine Nachweispflicht für das Löschen der Daten gemäß des § 36 nach Ablauf des Regelungszeitraums. Die Verwendung der Daten über den Anwendungszeitraum hinaus sowie zu anderen Zwecken als der Pandemiebekämpfung muss mit empfindlichen Strafen sanktioniert werden.



Zu § 56 Abs. 1a IfSG

Solange staatlicherseits die Gefahr von Schul- und Kitaschließungen oder -einschränkungen und somit der Wegfall der Betreuungsmöglichkeiten für berufstätige Eltern besteht, sind Lohnausfallregelungen grundsätzlich sinnvoll und zu begrüßen, so auch die Verlängerung der Regelung im § 56 Abs. 1a IfSG. Der DGB begrüßt daher die Verlängerung der Regelung bis zum 19. März 2022. Allerdings hat sich in der Praxis die Regelung des § 45 Abs. 2a SGB V (sog. „Corona-Kinderkrankengeld“) als wesentlich praxistauglicher erwiesen.

zu Art. 2: Änderung Strafgesetzbuch

Die Fälschung von Impfausweisen soll unter Strafe gestellt werden. Dazu sind Änderungen im StGB geplant, mit denen vorrangig die Strafbarkeitslücke bei der Fälschung von Impfausweisen geschlossen werden soll. Der DGB und seine Mitgliedsgewerkschaften begrüßen die Schließung der Strafbarkeitslücke grundsätzlich. Es ist nicht ersichtlich, warum das Herstellen und Gebrauchen von gefälschten Impfausweisen straffrei sein sollte. Die strafrechtliche Gleichsetzung der Fälschung von Impfausweisen mit dem Fälschen von amtlichen Ausweisen ist gleichwohl kritisch zu sehen. So ist die Beweiskraft eines amtlichen Ausweises ungleich höher, wie auch das Schädigungspotential. Lässt man das derzeitige Pandemie-Geschehen außen vor, so haben Impfausweise bei Weitem nicht die rechtliche Bedeutung von amtlichen Ausweisen. Einer Änderung des § 275 StGB und damit Gleichsetzung von Impfausweisen mit amtlichen Ausweisen bedarf es nicht; mit der Änderung der § 277 ff. StGB wird das Fälschen von Impfausweisen hinreichend unter Strafe gestellt.

zu Art. 3, 9, 10 und 14: Verlängerung erleichterter Zugang zu Mindestsicherungsleistungen

Die nach geltendem Recht bis zum Jahresende befristeten Sonderregelungen zum erleichterten Zugang zu Grundsicherungsleistungen werden bis zum 31. März 2022 verlängert. Dies betrifft die vollständige Übernahme der tatsächlichen Wohnkosten ohne Prüfung der Angemessenheit sowie die Nicht-Berücksichtigung von Vermögen, sofern es nicht erheblich ist (Grenzwert: 60.000 Euro für die erste Person, 30.000 Euro für jede weitere). Die Verlängerung gilt sowohl für den Rechtskreis SGB II – Grundsicherung für Arbeitsuchende – (Artikel 3 GE) als auch im SGB XII – Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung und Sozialhilfe – (Artikel 9 des GE). Zudem wird in beiden Rechtskreisen eine Verordnungsermächtigung eingeführt, die es der Bundesregierung erlaubt die Sonderregelungen untergesetzlich per Rechtsverordnung abermals zu verlängern, längstens bis zum 31. Dezember 2022.

Die analoge Regelung zur deutlich entschärften Vermögensprüfung, die beim Kinderzuschlag nach dem BKGG gilt, wird ebenfalls bis Ende März 2022 verlängert (Artikel 14 GE). Hier ist zudem vorgesehen, dass die Weitergeltung der Sonderregelung im BKGG an die zeitliche Geltung der Sonderregelungen zum erleichterten Zugang zu SGB-II-Leistungen gekoppelt wird.

Der DGB bewertet diese Gesetzesänderungen ausgesprochen positiv. Die Corona-Pandemie und ihre Auswirkungen sind noch nicht überwunden. Die erleichterten Zugangsregelungen senken die Zugangshürden zu den Leistungen deutlich und sind insbesondere für Beschäftigte in Kurzarbeit, Arbeitslose und Soloselbstständige mit Auftragsmangel eine wichtige Unterstützung. Mit der faktisch ausgesetzten Vermögensprüfung wird der Kreis der Leistungsberechtigten ausgeweitet und die tatsächliche Übernahme der Wohnkosten stellt eine spürbare Erhöhung des Leistungsniveaus dar.



Der DGB spricht sich zudem dafür aus, die entschärfte Vermögensprüfung und die tatsächliche Übernahme der Wohnkosten im Rahmen der Einführung des angekündigten Bürgergeldes zu verstetigen und generell – zumindest für die ersten beiden Jahre des Leistungsbezugs – vorzusehen. Damit würde das sozialstaatliche Sicherungsversprechen deutlich gestärkt. Denn die Pflicht, kleine Ersparnisse vorab aufbrauchen zu müssen sowie die Sorge, die vertraute Wohnung nicht halten zu können, sind zwei zentrale Merkmale des heutigen Hartz-IV-Systems, die von langjährig Beschäftigten – völlig zu Recht – als zutiefst ungerecht erlebt werden.

Der DGB weist zudem darauf hin, dass beim Kinderzuschlag eine befristete Sonderregelung bereits ausgelaufen ist, die eine wichtige Unterstützung für Geringverdienende mit Kindern ermöglichte: Danach war für die Prüfung, ob ein Anspruch auf den Kinderzuschlag besteht, nur das Einkommen aus dem letzten Monat vor Antragstellung maßgebend statt der Einkommensdurchschnitt aus den letzten sechs Monaten. Die Sonderregelung stellte sicher, dass nach einem Einkommensverlust – etwa bei beginnender Kurzarbeit – zeitnah ein Leistungsanspruch besteht. Der DGB fordert, den vorliegenden Gesetzentwurf zum Anlass zu nehmen, diese Sonderregelung in modifizierter Form wieder einzuführen: Bemessungsrahmen sollten grundsätzlich die letzten sechs Monate sein; ist jedoch das Einkommen im letzten Monat erheblich gesunken – z.B. um mindestens 15 Prozent – sollte der letzte Monat Basis der Anspruchsprüfung sein.

Bezüglich des Bildungs- und Teilhabepakets weist der vorliegende Gesetzentwurf eine Regelungslücke auf, die im Gesetzgebungsverfahren geschlossen werden sollte: Derzeit gilt hier die Sonderregel, dass ein Rechtsanspruch auf Mittagsverpflegung auch dann besteht, wenn das Essen in Kitas und Schulen nicht gemeinschaftlich eingenommen werden kann (§ 68 SGB II, § 142 SGB XII).

Das kostenlose Mittagessen stellt eine spürbare und wichtige Entlastung für einkommensschwache Haushalte mit Kindern dar. Da die erwähnte Sonderregelung an das Anhalten der epidemischen Lage von nationaler Tragweite gekoppelt ist, droht hier unmittelbar eine Leistungseinschränkung.

Zwar besteht ein starker politischer Wille, den Präsenzunterricht aufrecht zu erhalten; doch angesichts steigender Inzidenzwerte kann ein abermaliger Wechsel in den Distanzunterricht, ggf. nur für einige Klassen oder Schulen, keineswegs ausgeschlossen werden. Schon heute befindet sich zudem ein Teil der Schüler*innen in Quarantäne. Der DGB fordert daher, die Sonderregelung zum Schulmittagessen ebenfalls zu verlängern und die Geltungsdauer an die Geltungsdauer des erleichterten Zugangs zu Grundsicherungsleistungen zu koppeln. Das SGB II erlaubt es, entfallenes Schulmittagessen unbürokratisch durch eine zusätzliche Geldleistung zu kompensieren, da die kommunalen Träger beim Bildungs- und Teilhabepaket über die Form der Leistungserbringung (Geld- oder Sachleistung, Direktabrechnung mit Anbieter) selbst entscheiden können (§ 29 Abs. 1 S. 2 SGB II). Dafür muss aber das Kriterium des gemeinschaftlichen Essens weiterhin ausgesetzt bleiben.

zu Art. 4,5 und 6: Verlängerung Corona-Kinderkrankengeld

Die Bezugsdauer von Kinderkrankengeld soll auch bis zum Ende des Jahres 2022 verlängert werden. Bis zum 19. März 2022 soll ein Anspruch auf Kinderkrankengeld zudem auch im Falle der pandemiebedingten Nichtverfügbarkeit der Betreuungseinrichtungen gelten. Analog zur Bezugsdauer des Kinderkrankengeldes soll zudem die Leistungsfortzahlung des Arbeitslosengeldes bei Erkrankung eines Kindes verlängert werden. Der DGB begrüßt die Verlängerung des Corona-Kinderkrankengeldes als eine wichtige Entlastung von Eltern in



Zeiten der Pandemie. Die Regelung hat insbesondere Mütter entlastet, da sie überproportional stark die Verantwortung für die Betreuung von Kindern in Zeiten der Pandemie übernommen haben. Dabei haben auch Väter Anspruch auf Corona-Kinderkrankengeld. Das Bewusstsein und die Bereitschaft dafür, es bei Bedarf auch zu beantragen, muss deutlich gestärkt werden, damit verhindert wird, dass sich überkommene Rollenbilder verfestigen.

Ebenfalls begrüßt der DGB, dass eine Erstattung der Ausgaben der GKV für die Ausweitung der Dauer des Krankengeldes durch Bundesmittel an den Gesundheitsfonds vorgesehen ist. Es ist richtig, dass die Kosten der Pandemie von der Gemeinschaft der Steuerzahlenden und nicht nur von den Beitragszahlenden getragen werden. Eine weitere, zumal sachlich falsche Belastung der Krankenkassen wäre auch angesichts der extrem angespannten Haushaltslage der GKV nicht zu verantworten.

zu Art. 7: Wirtschaftliche Sicherung der Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen

Die Verordnung zur Verlängerung des Zeitraums für Vereinbarungen zur wirtschaftlichen Sicherung der Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen soll bis zum 19. März 2022 verlängert werden. Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen sind ein wichtiger Teil der Gesundheitsversorgung, ihre Leistungsfähigkeit ist auch in Zeiten der Pandemie sicherzustellen. Daher begrüßt der DGB die Verlängerung der Verordnung.

zu Art. 8: Änderung des SGB XI

Die bis 31.12.2021 verlängerte Regelung, regelmäßig Testungen auf das Coronavirus SARS-CoV-2 bei Pflegebedürftigen, bei Beschäftigten in Pflege und Betreuung sowie bei Besuchspersonen in Pflegeheimen durchzuführen, wird um weitere drei Monate bis 31. März 2022 verlängert. Im Interesse von Pflegeeinrichtungen, Angeboten zur Unterstützung im Alltag, Pflegebedürftigen und pflegenden An- und Zugehörigen erfolgt die Verlängerung einheitlich. Diese Regelung ist zu begrüßen, ebenso wie die Verlängerung des digitalen Beratungsbesuchs zur Verhinderung von Kontakten sowie die Sicherstellung der Nichtanrechnung nach § 150 b.

Der DGB und seine Mitgliedsgewerkschaften begrüßen insbesondere die Ausweitung des Anwendungszeitraums § 153 SGB XI auf das Jahr 2021. Angesichts der angespannten Finanzlage der Pflegekassen sowie der erheblichen Kosten für die Gesetzesänderungen wird eine entsprechende Erhöhung des Bundeszuschusses unausweichlich sein. Der DGB fordert den Gesetzgeber daher nachdrücklich dazu auf, von der Kostenerstattung auch Gebrauch zu machen.

zu Art. 11: Änderung Künstlersozialversicherungsgesetz

Die Aussetzung der Mindesteinkommengrenze im Künstlersozialversicherungsgesetz wird für das Jahr 2022 verlängert. Dadurch verlieren die Versicherten ihre Pflichtversicherung auch dann nicht, wenn sie das eigentlich notwendige Mindesteinkommen in Höhe von 3.900 Euro nicht erwirtschaften. Der DGB begrüßt die Verlängerung der Aussetzung.

zu Art. 12 und 13: Änderung Arbeitsschutzgesetz und SARS-CoV-2-Arbeitsschutzverordnung



Durch Ergänzung des § 18 Absatz 3 des Arbeitsschutzgesetzes wird das BMAS ermächtigt, für einen Zeitraum von sechs Monaten nach Aufhebung der ELNR spezielle Rechtsverordnungen zu erlassen. Zudem wird die SARS-CoV-2-Arbeitsschutzverordnung bis zum 19. März 2022 verlängert und in Teilen geändert. Der DGB begrüßt die befristete Beibehaltung der bewährten SARS-CoV-2 Arbeitsschutzverordnung zur Sicherstellung des sicheren und gesunden Arbeitens im Betrieb als wichtiges Instrument für die betrieblichen Akteure.

§ 3 über Maßnahmen der Kontaktreduktion im Betrieb wird geändert. Die Verpflichtung, „alle geeigneten technischen und organisatorischen Maßnahmen“ zur Kontaktreduktion zu treffen, wird durch einen Prüfauftrag ersetzt, welche Maßnahmen getroffen werden können. Auch die Regelung zur Reduktion der gleichzeitigen Nutzung von Räumen wird eingeschränkt, insofern andere Maßnahmen einen gleichwertigen Schutz sicherstellen. In der Begründung heißt es dazu: „Der Impf- und Genesenenstatus kann daher, sofern er bekannt ist, in der Bewertung der Maßnahmen zur Kontaktreduktion berücksichtigt werden, so dass im Einzelfall Maßnahmen zur Kontaktreduktion wegfallen können.“ Der DGB und seine Mitgliedsgewerkschaften kritisieren die geplante Änderung, da die Regelung zum einen unzulässigen Druck auf die Beschäftigten ausüben könnte, den Impfstatus offen zu legen, zum anderen aber auch deswegen, weil auf dieser Basis für geimpfte und genesene Beschäftigte technische oder organisatorische Maßnahmen reduziert oder vollständig abgeschafft werden könnten. Gerade angesichts der „vierten Welle“ werden entsprechende Maßnahmen wie vermehrte Nutzung von mobiler Arbeit/Homeoffice oder Lüftungsmaßnahmen vom RKI weiterhin empfohlen (vgl. ControlCOVID-Strategie zur Vorbereitung auf den Herbst/Winter 2021/22 vom 22.09.2021) – auch unter Gesichtspunkten des Fremdschutzes. Ansonsten wird die Betonung der Maßnahmenhierarchie begrüßt. Impfungen sind nach herrschender Meinung der Arbeitsschutz-Fachwelt keine Maßnahme des Arbeitsschutzes und können technische und organisatorische Maßnahmen daher nicht ersetzen.

§ 4 legt die Aufbewahrung über die Nachweise zur Beschaffung von Tests und Vereinbarungen mit Dritten über die Testung der Beschäftigten durch den Arbeitgeber fest. In Bezug auf den Vollzug der Aufsichtsschutzbehörden ist dies unerlässlich und die unveränderte Verlängerung bis zum 19. März zu begrüßen.

Ebenfalls neu eingefügt wird ein neuer § 6, durch den das BMAS die beratenden Arbeitsschutzausschüsse nach § 18 Absatz 2 Nummer 5 sowie § 24a des Arbeitsschutzgesetzes beauftragen kann, Regeln und Erkenntnisse zur Erfüllung der Anforderungen der Arbeitsschutzverordnung zu ermitteln, die das BMAS wiederum im Gemeinsamen Ministerialblatt bekannt machen kann. Der DGB begrüßt die Einbindung der Arbeitsschutzausschüsse. Der DGB und seine Mitgliedsgewerkschaften mahnen jedoch an, dass die Einführung einer eingriffsintensiven Maßnahme wie etwa einer 3G-Zugangsregelung im Arbeitsleben der Entscheidung des Gesetzgebers bedarf.

Um die Beschäftigten und ihre Angehörigen angesichts des eskalierenden Infektionsgeschehens zu schützen und die drohende Überlastung des Gesundheitssystems zu verhindern, kann die Anwendung der 3G-Regelung im Arbeitsleben eine wirksame Maßnahme darstellen. Ein solcher Eingriff in die Beschäftigungsverhältnisse bedarf jedoch einer bundeseinheitlichen Regelung, in der die Interessen der Beschäftigten gewährleistet bleiben. Ein entsprechendes Bundesgesetz muss ein spezielles Maßregelungsverbot beinhalten, das Kündigungen im Zusammenhang mit der Umsetzung von 3G-Regeln ausschließt. Gleichzeitig darf eine solche Regelung – nicht zuletzt aus Gründen des Fremdschutzes – nicht dazu führen, dass nach SARS-CoV-2-Arbeitsschutzverordnung sowie nach SARS-CoV-2-Arbeitsschutzregel getroffenen Arbeitsschutzmaßnahmen in den Betrieben vernachlässigt oder gar abgebaut werden.



Die Kosten für Tests im Arbeitsverhältnis dürfen unter keinen Umständen den Arbeitnehmer*innen angelastet werden. Die Zeit, die zur Durchführung eines Tests benötigt wird, inklusive der Wegzeiten zur Stelle der Testung, muss Teil der vergütungspflichtigen Arbeitszeit sein. Ein positives Testergebnis darf unabhängig vom Vorliegen eines Impfschutzes; zu keinen Einbußen beim Lohnanspruch oder der Entschädigung der getesteten Person führen; die Einführung einer 3G-Regelung im Arbeitsleben muss mit einer entsprechenden Korrektur von § 56 Abs. 1 Satz 4 IfSG einhergehen. Die freie Wahl der Beschäftigten, welches Nachweiskriterium erbracht wird, muss dabei jederzeit gewährleistet sein. Eine Auskunftspflicht von Beschäftigten gegenüber dem Arbeitgeber über den eigenen Impf- oder Genesungsstatus greift im erheblichen Maße in die schutzwürdigen Interessen der Beschäftigten ein; der Schutz ihrer Gesundheitsdaten muss unbedingt gewährleistet bleiben. Die Möglichkeit der Vorlage eines Testnachweises muss für alle Beschäftigten unabhängig vom Impf- oder Genesungsstatus garantiert werden und die freiwillige Vorlage eines Impf- oder Genesungsausweises muss zugleich von der Pflicht zur Vorlegung eines Testnachweises entbinden. Bei der Vorlage des Nachweises im Betrieb sind möglichst datensparende und datensensible Abläufe vorzugeben. Jegliche Nachweis- und Gesundheitsdaten der Beschäftigten sind nach zwei Wochen zu löschen, wobei die Löschung rechtssicher dokumentiert und durch den Betriebsrat und die Arbeitsschutzbehörden begleitet sowie mit öffentlichem Aushang an alle Beschäftigten belegt werden muss. Die konkrete Umsetzung der 3G-Regel im Betrieb ist mitbestimmungspflichtig.

zu Art. 17 und 18: Pflegezeit und Familienpflegezeit

Der DGB begrüßt die Verlängerung der Sonderregelungen im Pflegezeitgesetz anlässlich der Pandemie ebenso wie die Verlängerungen der Erleichterungen im Familienpflegezeitgesetz. Der DGB weist darauf hin, dass Frauen auch in der Pandemie überproportional oft die Pflege von Angehörigen übernommen haben.

zu Art. 20: Änderung Sozialdienstleister-Einsatzgesetz

Das Sozialdienstleister-Einsatzgesetz soll bis zum 19. März 2022 verlängert werden, um die Infrastruktur sozialer Dienstleister in Zeiten der Pandemie zu stabilisieren. Der DGB hält diese Änderung für sachgerecht und bewertet sie positiv.



DEUTSCHER
LANDKREISTAG

Deutscher Landkreistag, Postfach 11 02 52, 10832 Berlin

Deutscher Bundestag
Hauptausschuss
Platz der Republik 1
11011 Berlin

Nur per Mail an: hauptausschuss@bundestag.de

Ulrich-von-Hassell-Haus
Lennéstraße 11
10785 Berlin

Tel.: 0 30 / 59 00 97 – 3 21
Fax: 0 30 / 59 00 97 – 4 00

E-Mail: Klaus.Ritgen@Landkreistag.de

AZ: II/21

Datum: 12.11.2021

Stellungnahme zur öffentlichen Anhörung

- Gesetzentwurf der Fraktionen SPD, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und FDP
Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des Infektionsschutzgesetzes und weiterer Gesetze anlässlich der Aufhebung der epidemischen Lage von nationaler Tragweite
BT-Drucksache 20/15
- Gesetzentwurf der Fraktion der CDU/CSU
Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung des Schutzes vor Impfpassfälschungen
BT-Drucksache 20/27

Sehr geehrte Frau Bundestagspräsidentin,

der Deutsche Landkreistag bedankt sich für die Einladung zur öffentlichen Anhörung des Hauptausschusses des Deutschen Bundestags zu den beiden genannten Gesetzentwürfen. Von der Möglichkeit, dazu vorab schriftlich Stellung zu nehmen, machen wir gerne Gebrauch.

I. Vorbemerkung

Der Deutsche Bundestag hat am 25.3.2020 erstmals nach § 5 Abs. 1 S. 1 IfSG eine epidemische Lage von nationaler Tragweite festgestellt und diese Feststellung in der Folge mehrfach verlängert. Die Feststellung der epidemischen Lage von nationaler Tragweite gilt aufgrund von § 5 Abs 1 S. 3 IfSG mit Ablauf des 25.11.2021 als aufgehoben, sofern der Deutsche Bundestag bis dahin keinen Beschluss über die Fortgeltung der epidemischen Lage von nationaler Tragweite trifft.

Der von den Fraktionen SPD, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und FDP auf BT-Drs. 20/15 vorgelegte Gesetzentwurf beruht auf der politisch getroffenen Annahme, dass es nicht zu einer erneuten Feststellung der epidemischen Lage, mithin zu einer Fortgeltung derselben, kommt. Damit wäre es, wie es im Gesetzentwurf auch ausdrücklich heißt, den Ländern nicht mehr möglich, von den in § 28a Abs. 1 IfSG genannten Schutzmaßnahmen Gebrauch zu machen. Auch der Anwendungsbereich zahlreicher Ländergesetze, deren Tatbestände auf das Bestehen einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite abstellen, wäre dann nicht mehr eröffnet.

Die Ankündigung, auf eine erneute Feststellung des Bestehens einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite verzichten zu wollen, war bereits Gegenstand eines von den Fraktionen

SPD, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und FDP am 27.10.2021 vorgelegten Eckpunktepapiers. Seither hat sich die Dynamik des Infektionsgeschehens in einer in diesem Ausmaß nicht vorhersehbaren Weise beschleunigt. Die Zahl der Neuinfizierungen sowie der bundesweite Inzidenzwert befinden sich auf einem im bisherigen Verlauf der Pandemie noch nie erreichten Niveau, auch wenn – vor allem dank der schon heute erreichten Impfquote und der Zahl der bereits vollzogenen Auffrischungsimpfungen – die Hospitalisierungsrate noch deutlich von ihrem Höchststand entfernt ist.

Sollte der Deutsche Bundestag ungeachtet dessen tatsächlich auf eine erneute Feststellung des Bestehens einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite verzichten wollen, wäre es aus Sicht des Deutschen Landkreistags vor dem Hintergrund des aktuellen Infektionsgeschehens zwingend geboten, dass der Bund den Ländern im Rahmen seiner Gesetzgebungskompetenz für das Infektionsschutzrecht jedenfalls nach wie vor die Möglichkeit bietet, diejenigen Corona-Schutzmaßnahmen anzuordnen, die für eine wirksame Eindämmung einer weiteren Ausbreitung des SARS-CoV-2-Virus im jeweiligen Land erforderlich sind. Dafür spricht insbesondere auch der Umstand, dass sich das Infektionsgeschehen derzeit regional unterschiedlich darstellt. Die von besonders hohen Infektionszahlen aktuell betroffenen Länder – deren Anzahl sich im weiteren Verlauf erkennbar erweitern wird – sollten auch zukünftig über den 25.11.2021 hinaus die Möglichkeit haben, unter Beachtung des Verhältnismäßigkeitsgrundsatzes rechtssicher auf alle in § 28a Abs. 1 IfSG genannten Maßnahmen zurückgreifen zu können.

Wir schlagen daher vor, den Wortlaut des § 28a IfSG unverändert zu lassen und die im Gesetzentwurf der Fraktionen SPD, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und FDP als Ersatz für den bisherigen § 28a Abs. 7 IfSG vorgesehenen Regelungen als neuen Abs. 8 in das Gesetz aufzunehmen.

Dies hätte zur Folge, dass die Länder mit einem sehr dynamischen Infektionsgeschehen nach dem Ende einer durch den Deutschen Bundestag festgestellten epidemischen Lage von nationaler Tragweite die Absätze 1 bis 6 des § 28a IfSG weiterhin anwenden könnten, soweit und solange die konkrete Gefahr der epidemischen Ausbreitung von Corona im jeweiligen Land besteht und das Parlament in dem betroffenen Land die Anwendbarkeit der Absätze 1 bis 6 für das Land feststellt. In denjenigen Ländern, die von dieser Möglichkeit keinen Gebrauch machen wollen, würde dagegen der im Entwurf auf BT-Drs. 20/15 als neuer § 28a Abs. 7 IfSG vorgesehene Katalog weniger eingriffsintensiver Maßnahmen gelten.

II. Im Einzelnen

Dies vorausgeschickt, nehmen wir zu den konkret vorgeschlagenen Regelungen der beiden Gesetzentwürfe wie folgt Stellung:

- Zu Artikel 1 Nr. 3 des Gesetzesentwurfs auf BT-Drs. 20/15:

Der als Artikel 1 Nr. 3 des Entwurfs vorgeschlagene § 28a Abs. 7 IfSG-E enthält eine Reihe von Schutzmaßnahmen von ihm Vergleich zu § 28a Abs. 1 IfSG geringerer Eingriffstiefe. Soweit und solange sich das Infektionsgeschehen auf einem niedrigen Niveau bewegt, erscheinen die vorgesehenen Maßnahmen auch aus Sicht des Deutschen Landkreistags als ausreichend, zumal § 28a Abs. 7 S. 2 IfSG-E klarstellend zu Recht darauf hinweist, dass weitergehende individuelle Schutzmaßnahmen sowie ggf. auch die Schließung von Gemeinschaftseinrichtungen auf der Grundlage von § 28 IfSG nach wie vor möglich bleiben.

Nach § 28a Abs. 7 Satz 3 IfSG-E gelten die Absätze 4 bis 6 von § 28a IfSG auch für die nunmehr als § 28a Abs. 7 Satz 1 IfSG-E vorgeschlagenen Maßnahmen entsprechend. Wir schlagen vor, diese Regelung auch auf den Absatz 3 des § 28a IfSG auszuweiten.

- Zu Artikel 1 Nr. 4 des Gesetzentwurfs auf BT-Drs. 20/15:

Zu § 36 Abs. 3 IfSG-E regen wir an, weitere Einrichtungen und Berufsgruppen in den Anwendungsbereich der Vorschrift einzubeziehen und den entsprechenden Arbeitgebern damit die Möglichkeit zu geben, den Impfstatus ihrer Beschäftigten zu erheben und daraus Rückschlüsse auf ihren Einsatz zu ziehen. Das gilt nicht zuletzt auch für den Bereich des Öffentlichen Gesundheitsdienstes.

- Zu Artikel 2 des Gesetzentwurfs auf BT-Drs. 20/15 und zum Gesetzentwurf auf BT-Drs. 20/27:

Artikel 2 des Gesetzentwurfs auf BT-Drs. 20/15 sowie der Gesetzentwurf auf BT-Drs. 20/27 beinhalten Verschärfungen des Strafgesetzbuches, die zu begrüßen sind. Aus Sicht des Deutschen Landkreistags sollte die Aufnahme von Regelungen hinsichtlich der Eintragung falscher Impfdokumentationen im StGB möglichst weit gefasst werden. Uns sind im Zusammenhang mit dem Masernschutzgesetz Eintragungen von Masernimpfungen in Impfausweise bekannt geworden, bei denen homöopathische Behandlungen in Kombination mit Bioresonanzverfahren als Masernimpfung in den Impfpass eingetragen wurden. Derartiger Missbrauch sollte ebenfalls strafrechtlich sanktioniert werden. Wir gehen davon aus, dass die vorgeschlagenen Regelungen dies vorsehen.

Abschließend weisen wir darauf hin, dass die im Übrigen beabsichtigten Verlängerungen der Geltungsdauer einer Vielzahl von Regelungen in das kommende Jahr notwendig und sachgerecht sind.

Mit freundlichen Grüßen

Im Auftrag

Dr. Ritgen

**Stellungnahme des Deutschen Pflegerates e.V. (DPR) zum
Gesetzentwurf der Fraktionen
SPD, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und FDP
Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des
Infektionsschutzgesetzes und weiterer Gesetze anlässlich der
Aufhebung der Feststellung der epidemischen Lage von
nationaler Tragweite**

Stand 08.11.2021

Der Deutsche Pflegerat (DPR) vertritt als Dachverband der bedeutendsten Berufsverbände des deutschen Pflege- und Hebammenwesens die Positionen der Pflegeorganisationen und ist primärer Ansprechpartner für die Politik. Im Nachfolgenden nimmt der DPR Stellung zum Gesetzentwurf der Fraktionen SPD, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und FDP, Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des Infektionsschutzgesetzes und weiterer Gesetze anlässlich der Aufhebung der Feststellung der epidemischen Lage von nationaler Tragweite.

Der Gesetzentwurf sieht vor, die „epidemische Lage von nationaler Tragweite“ am 25. November 2021 auslaufen zu lassen. Damit geht die Zuständigkeit für Regelungen bzgl. der Pandemie weitenteils wieder auf die Bundesländer über. Es soll sichergestellt werden, dass die zum Schutz der öffentlichen Gesundheit notwendigen Schutzmaßnahmen auch dann durch die Länder angewendet werden können, wenn die epidemische Lage von nationaler Tragweite nicht mehr besteht.^a

Grundsätzlich bitten wir angesichts der aktuellen pandemischen Entwicklung mit ungebremsst steigenden Infektionszahlen und der in einigen Bundesländern schon eingetretenen Überlastung des Gesundheitswesens zu überdenken, die „epidemische Lage von nationaler Tragweite“ nicht ohne Not zum 25. November auslaufen zu lassen. Damit bleibt Zeit und Spielraum die erforderlichen Konkretisierungen des vorliegenden Gesetzentwurfs vorzunehmen.

Die Regelungen des Gesetzentwurfs sehen nunmehr im § 28a Absatz 7 Satz 1 IfSG einen bundesweit einheitlichen Maßnahmenkatalog vor, durch den die Pandemie eingedämmt werden soll. Damit können die Bundesländer die Maßnahmen an die jeweils konkret vorliegende Situation anpassen. In diesem Zusammenhang gilt es aus Sicht des DPR abzuwägen, ob es dazu einen bundeseinheitliche Fahrplan geben soll oder ob die Entscheidungen in den Ländern und ggf. auch in den jeweiligen Einrichtungen flexibel getroffen werden sollen. Weiterhin kommt es darauf an, diese Maßnahmen konkret und nachvollziehbar auszugestalten und für die Einrichtungen umsetzbar zu machen.

Der DPR begrüßt, dass der Gesetzentwurf keine Impfpflicht enthält, die sich nur auf die Berufsgruppe der Pflegenden bezieht. Der DPR sieht es als erforderlich an, über eine Impfpflicht für alle Mitarbeiter*innen nachzudenken, die Menschen aller Altersgruppen mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen und Pflegebedarf versorgen. Hier bedarf es eindeutiger

Kriterien zur sachgerechten Auswahl der entsprechenden Berufsgruppen bzw. der in diesen Bereichen Beschäftigten. Die Kriterien müssen nachvollziehbar und juristisch haltbar definiert sein.

Der Gesetzentwurf enthält zahlreiche begrüßenswerte Regelungen:

- Die Regelung des § 36 Absatz 3 IfSG, die vorsieht, dass Arbeitgeber*innen in bestimmten Einrichtungen und Unternehmen zur Verhinderung der Verbreitung von COVID-19 Beschäftigtendaten zum Impf- und Serostatus der Beschäftigten in Bezug auf COVID-19 unabhängig vom Bestehen der epidemischen Lage von nationaler Tragweite bis zum Ablauf des 19. März 2022 verarbeiten können.
- Die Verlängerung der Sonderregelungen zum Kinderkrankengeld.
- Das Maßnahmenportfolio, das „die erforderliche flexible Anpassung der betrieblichen Hygienekonzepte an das jeweilige regionale oder branchenspezifische Infektionsgeschehen sowie auch den Impfstatus der Belegschaft ermöglicht und zugleich einen wirkungsvollen Vollzug sicherstellt“.
- Die Regelungen, dass „zur Abwehr einer Gefahr sozialer und wirtschaftlicher Härten für besonders von COVID-19 betroffene Gruppen mit dem vorliegenden Gesetzesentwurf sichergestellt wird, dass die zum Schutz der öffentlichen Gesundheit und für eine bessere Vereinbarkeit von Pflege und Beruf notwendigen Regelungen im Pflegezeitgesetz, Familienpflegezeitgesetz und im Elften Buch Sozialgesetzbuch (SGB XI) auch nach Beendigung der epidemischen Lage von nationaler Tragweite und über den 31. Dezember 2021 hinaus gelten“.
- Die Fortführung von Sonderregelungen in der pflegerischen Versorgung bis 31. März 2022, wie auch die Regelung, dass, um die entstehenden Mehraufwendungen aus Bundesmitteln refinanzieren zu können, die Verordnungsermächtigung des § 153 SGB XI auf das Jahr 2022 ausgedehnt wird.
- Das Unter-Strafe-Stellen unrichtige Impfdokumentationen.

Artikel 8 Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch

§ 150 SGB XI

Der begrüßt, dass der Schutzschirm zur Sicherung der pflegerischen Versorgung verlängert wird.

Der DPR regt an, über die bisher gemachten Erfahrungen bei der pflegerischen Versorgung im Zusammenhang der steigenden Infektionszahlen nachzudenken und ggf. weitere Regelungen zur Unterstützung der Pflegenden und der Pflegeeinrichtungen in den Gesetzentwurf aufzunehmen:

So ist es durch Hygienemaßnahmen und Abstandregelungen in der jüngeren Vergangenheit dazu gekommen, dass Plätze in stationären Pflegeeinrichtungen nicht zeitnah wieder belegt werden konnten, was zu erheblichen finanziellen Einbußen geführt hat. Dies traf insbesondere auch auf Tagespflegeeinrichtungen zu, die aufgrund entsprechender Anordnungen ihre Betreuungsmöglichkeiten reduzieren mussten bzw. aus Angst vor einer Infektion von Pflegebedürftigen nicht mehr aufgesucht wurden.

Zudem hat das Testen bei Pflegenden, Pflegebedürftigen, Angehörigen und Besucher*innen wie auch die Durchführung von Hygienemaßnahmen zu einem zeitlichen und finanziellen Mehraufwand in den Einrichtungen geführt.

Zudem dürfen die Regelungen nicht dazu führen, dass durch Unterschreitung von Personalbesetzung in den Einrichtungen die fach- und sachgerechte pflegerische Versorgung nicht mehr sichergestellt werden kann.

§ 40 Absatz 2 SGB XI

Ergänzend zu den genannten Regelungen schlagen wir folgende Änderung des § 40 Abs. 2 Satz 1 SGB XI vor:

Die Aufwendungen der Pflegekassen für zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel dürfen monatlich den Betrag von ~~40 60~~ Euro nicht übersteigen; ~~bis zum 31. Dezember 2021 gilt ein monatlicher Betrag in Höhe von 60 Euro~~. Die Leistung kann auch in Form einer Kostenerstattung erbracht werden.

Es sei darauf hinzuweisen, dass die erhöhte Vergütung der Pflegehilfsmittel zuvor Bestandteil des Pflegerettungsschirms war und erst vor dem Hintergrund der angedachten Entfristung im EpiLage-Fortgeltungsgesetz aus dem Rettungsschirm herausgelöst wurde und getrennt im § 40 Abs. 2 SGB V XI geregelt worden ist.

Der DPR sieht es aus verschiedenen Gründen als erforderlich und sachgerecht an, den Leistungsbetrag bei 60 Euro zu belassen: So sind pflegebedürftige Menschen, ihre Angehörigen und Pflegenden auch weiterhin auf höhere Mengen an Desinfektionsmitteln und adäquater Schutzausrüstung (Schutzkittel, Masken, Handschuhe und auch Visire und Hauben) angewiesen, da sich ein Ende der Corona-Pandemie noch nicht abzeichnet und damit auch weiterhin hohe Kosten für diese Pflegehilfsmittel in zusätzlicher Menge anfallen.

Artikel 13 Änderung der SARS-CoV-2-Arbeitsschutzverordnung

Der DPR begrüßt, dass in dem Gesetzentwurf Arbeitsschutzregelungen in den Blick genommen werden.

Allerdings ist angesichts der steigenden Inzidenzen zu befürchten, dass bundes- und/oder landesgesetzlich Arbeitsschutzrichtlinien zumindest vorübergehend wieder außer Kraft gesetzt werden. So gibt es zumindest eine schon bekannte Regelung, die den Arbeitseinsatz positiv getesteter (symptomfreier) Pflegenden ermöglicht. Dabei handelt es sich um die sog. „Pendel-Isolation“. Demnach können positiv getestete Pflegenden eingesetzt werden und müssen nach Beendigung der Arbeit sofort in die häusliche Isolation zurückkehren.

Angesichts der bereits extremen Arbeitsbelastung Pflegenden, die nunmehr seit knapp zwei Jahren anhält, ist ein derartige Verletzung des Arbeits- und Gesundheitsschutz Pflegenden unerträglich.

In dem Gesetzentwurf wird ausgeführt, dass die Impfunterstützungspflicht des Arbeitgebers beibehalten werden soll, um das Risiko von Infektionen in Betrieben zu senken, und dass den Beschäftigten die Schutzimpfungen unter bestimmten Bedingungen während der Arbeitszeit ermöglicht werden soll (letzter Absatz auf Seite 3).

Der DPR schlägt vor die Wörter „unter bestimmten Bedingungen“ zu streichen. Erfahrungen zeigen, dass die Möglichkeit sich während der Arbeit impfen zu lassen, zu hohen Impfquoten führen.

Ergänzend fügen wir in der Anlage unsere Stellungnahme vom 05. Juli 2021 „Langfristige Konsequenzen für das Gesundheitssystem – Lernen aus der Pandemie“ bei. Die dort aufgeführten Punkte unserer „Vorschläge im Einzelnen“ müssen bei den Gesetzesänderungen mit in den Blick genommen werden.

Berlin, 12. November 2021
Deutscher Pflegerat e.V. – DPR
Alt- Moabit 91, 10559 Berlin
Tel.: + 49 30 / 398 77 303
Fax: + 49 30 / 398 77 304
E-Mail: info@deutscher-pflegerat.de
www.deutscher-pflegerat.de

Stellungnahme des Deutschen Pflegerates e.V. (DPR) zum Thema "Langfristige Konsequenzen für das Gesundheitssystem - Lernen aus der Pandemie"

Der Deutsche Pflegerat (DPR) vertritt als Dachverband der bedeutendsten Berufsverbände des deutschen Pflege- und Hebammenwesens die Positionen der Pflegeorganisationen und ist primärer Ansprechpartner für die Politik. Im Nachfolgenden nimmt der DPR Stellung zum Thema "Langfristige Konsequenzen für das Gesundheitssystem - Lernen aus der Pandemie".

Pflege als Heilberuf ist der Garant dafür, dass Deutschland in Zukunft die Versorgung der Bevölkerung sichern kann.

Pflege muss mit ihrem Heilberufestatus in allen Bundesländern in eine selbstverantwortliche Struktur gemäß der Selbstverwaltung überführt werden und staatliche Aufgaben übertragen bekommen. So kann sie souverän vor und in Krisen angesprochen und einbezogen werden.

Die Kompetenzen der Pflegenden müssen in die sozialen Sicherungssysteme souverän mit einfließen und zu neuen Verantwortungsbereichen in der Handlungspraxis führen. Pflegende könnten dann in Zukunft in z.B. mobilen Versorgungsteams impfen, pflegerische Unterstützungsmaterialien verschreiben und in Katastrophenszenarien mit heilberuflichen Aufgaben betraut werden.

Ohne Pflegende ist eine „Gesundheitsversorgung für Alle“ in Deutschland nicht umsetzbar.

Ohne Pflegende funktioniert kein Gesundheitssystem - Pflegende gibt es in ganz Deutschland mit breit aufgestellten Kompetenzprofilen. Dieses kann und muss in Krisenfällen besser genutzt werden können.

Die Gesundheitskompetenz der Bevölkerung zu stärken wird in Krisen unterstützen – dazu braucht es gesundheitliche Bildung. Dieses kann eine maßgebliche Aufgabe von Pflegenden in der Zukunft sein. Community Health Nurses, ausgestattet mit entsprechender Handlungskompetenz, können für eine gesunde, soziale und damit wirtschaftlich starke Gesellschaft sorgen – auch in Krisenzeiten.

Pflege braucht in allen Ländern eigene Ressorts mit definierten Entscheidungs- und Verantwortungsbereichen

Steuerung von Gesundheitsversorgung muss Aufgabe des Staates werden. Dazu braucht es die Erfassung und Auswertung der Situation von Versorgung, Versorgungsqualität und Entwicklung. Nur so kann entsprechend gesteuert werden.

Als Ansprechpartner der Behörde ist ein pflegerisches Selbstverwaltungsorgan auf der Landes- und Bundesebene erforderlich.

Zu unseren Vorschlägen im Einzelnen:

Strukturen

- Katastrophen- und Pandemiepläne
 - Überarbeitung der Katastrophen- und Pandemiepläne und nationale, landesweite sowie lokale Anpassung
 - Einbeziehung pflegerischer Expertise in Krisenstäben auf allen Ebenen
- Öffentlicher Gesundheitsdienst (ÖGD)
 - Einbeziehung von pflegerischem Sachverstand beim Personal (u.a. Community Health Nursing - CHN)
 - Bessere Ausstattung mit IT; Lösung für Schnittstellen erarbeiten (z. B. zwischen Pflegeheimen, Krankenhäusern etc. sowie Ansprechpartner:innen bei Gesundheitsamt etablieren)
- Statistische Zahlen zum Pandemiegeschehen
 - besser strukturierte, differenzierte und bundesweit einheitlich Erfassung
- Infektionsstationen
 - Ausbau und bessere Ausstattung, z.B. Schleusen vor den Zimmern
- Entscheidungskompetenz
 - Zentralisierung von bestimmten Entscheidungen bei der Bundesregierung

Schutzausrüstung

- Schutzausrüstung (Schutzkittel, Mundschutz) und Medikamente
 - Rückverlagerung von Produktionskapazitäten nach Europa
 - Aufbau von Reserven für Schutzausrüstung und Massenimpfungen, insbesondere für die Langzeitpflege

Pflegepersonal

- Register der Berufsangehörigen relevanter Gesundheitsberufe – auch inaktive Berufsangehörige! – z.B. durch die Landespflegekammern
- Aus-, Fort- und Weiterbildung
 - Pandemie/Infektionskrankheiten müssen stärker in Aus-, Fort- und Weiterbildung berücksichtigt werden

Bevölkerung

- Information der Bevölkerung
 - Investition in Gesundheitskompetenz
 - Vorbereitetes Informationsmaterial in einfacher Sprache zu Verhaltensregeln, Impfung etc.

Berlin, 05. Juli 2021

Deutscher Pflegerat e.V. – DPR
Alt- Moabit 91
10559 Berlin
Tel.: + 49 30 / 398 77 303
Fax: + 49 30 / 398 77 304
E-Mail: info@deutscher-pflegerat.de
www.deutscher-pflegerat.de



Präsident
Prof. Dr. Ralf Bartenschlager
Heidelberg

1. Vizepräsident
Prof. Dr. Thomas Stamminger
Ulm

2. Vizepräsident
Prof. Dr. Ulf Dittmer
Essen

Schriftführerin
Prof. Dr. Sandra Ciesek
Frankfurt

Schatzmeister
Prof. Dr. Klaus Überla
Erlangen

Datum 12.11.2021

Stellungnahme der Gesellschaft für Virologie zum Entwurf des Gesetzes zur Änderung des Infektionsschutzgesetzes und weiterer Gesetze anlässlich der Aufhebung der epidemischen Lage von nationaler Tragweite (BT-Drucksache 20/15)

Auf Grund der hohen Übertragbarkeit der Delta-Variante des SARS-CoV-2 und des exponentiellen Ausbreitungscharakters besteht das Risiko, dass die öffentliche Gesundheitsversorgung innerhalb kurzer Zeit regional oder überregional nicht mehr aufrecht erhalten werden kann. Es wird deshalb als eine Art Not-Schutzschalter ein breitgefächertes Spektrum an Maßnahmen benötigt, die rasch, rechtssicher, an die aktuelle Situation angepasst und gleichzeitig eingeführt werden können. Wie in einem aktuellen, interdisziplinärem Positionspapier renommierter Wissenschaftler dargestellt (<http://dx.doi.org/10.14279/depositonce-12635>), wäre eine Bündelung von allen Maßnahmen ungleich wirkungsvoller als eine Maßnahme alleine. Zu diesen Maßnahmen gehören (i) Home-Office und engmaschige Testpflicht am Arbeitsplatz, (ii) Reduktion der Gruppengröße in Kindergärten, Schulen und am Arbeitsplatz gleichermaßen, (iii) Schließung/Reduktion von Geschäften, Restaurants, Dienstleistungen und Veranstaltungen, sowie generell (iv) deutliche Reduktion von Kontakten auf der Arbeit, in der Öffentlichkeit und im privaten Bereich. Für eine maximale Wirksamkeit wären diese Maßnahmen konzertiert und gleichzeitig durchzuführen. Ein

solcher konzertierter Eingriff könnte deutlich Zeit gewinnen und die Gesundheitsversorgung vorübergehend entlasten.

Ferner erscheint die psychologische und wirtschaftliche Belastung eines solchen kurzen Not-Schutzschalters wesentlich geringer, als die durch leichtere, aber ungleich längere Beschränkungen. Der Lockdown-light im Winter 2020/2021 war im Gegensatz zu einem Not-Schutzschalters weder effektiv noch zielführend.

Wegen der hohen negativen gesundheitlichen und edukativen Folgen für Kinder und Jugendliche sowie der erhöhten Belastungen für Eltern (und hier insbesondere für Mütter) sollten Schulschließungen dabei nur als ultima ratio erwogen werden, es sei denn sie wären für eine Entlastung des pädiatrischen Gesundheitssystems notwendig.

Eine Änderung des Infektionsschutzgesetzes, die die gleichzeitige Einführung dieser Maßnahmen zumindest für einen begrenzten Zeitraum von beispielsweise bis zu vier Wochen nicht innerhalb einer Woche zulässt, wird den Anforderungen an eine adäquate Bekämpfung der Pandemie nicht gerecht.

Mit freundlichen Grüßen

Prof. Dr. med. Klaus Überla

Mitglied des Vorstands der Gesellschaft für Virologie

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 12.11.2021

**zum Entwurf eines Gesetzes der
Fraktionen von SPD, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und FDP
zur Änderung des Infektionsschutzgesetzes und weiterer
Gesetze anlässlich der Aufhebung der Feststellung der
epidemischen Lage von nationaler Tragweite,
Drucksache 20/15**

GKV-Spitzenverband
Reinhardtstraße 28, 10117 Berlin
Telefon 030 206288-0
Fax 030 206288-88
politik@gkv-spitzenverband.de
www.gkv-spitzenverband.de



Inhaltsverzeichnis

I. Zusammenfassung	4
II. Stellungnahme zum Gesetzentwurf	7
Artikel 5 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)	7
§ 45 – Krankengeld bei Erkrankung des Kindes	7
§ 111 Absatz 5 – Versorgungsverträge mit Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen, Verordnungsermächtigung	9
§ 111c Absatz 3 – Versorgungsverträge mit Rehabilitationseinrichtungen, Verordnungsermächtigung	10
§ 221a – Ergänzende Bundeszuschüsse an den Gesundheitsfonds in den Jahren 2021 und 2022	11
Artikel 6 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)	13
§ 45 – Krankengeld bei Erkrankung des Kindes	13
Artikel 7 (Änderung der Verordnung zur Verlängerung des Zeitraums für Vereinbarungen zur wirtschaftlichen Sicherung der Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen).....	14
Artikel 8 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)	15
§ 148 – Beratungsbesuche nach § 37	15
§ 150 Absatz 6 – Sicherstellung der pflegerischen Versorgung, Kostenerstattung für Pflegeeinrichtungen und Pflegebedürftige	16
§ 150b – Nichtanrechnung von Arbeitstagen mit Bezug von Pflegeunterstützungsgeld, Betriebshilfe oder Kostenerstattung gemäß § 150 Absatz 5d	17
§ 153 – Erstattung pandemiebedingter Kosten durch den Bund; Verordnungsermächtigung	18
Artikel 20 (Änderung des Sozialdienstleister-Einsatzgesetzes)	20
§ 5 – Zuständigkeit und Geltungsdauer	20
III. Ergänztender Änderungsbedarf.....	21
Artikel 8 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)	21
§ 114 – Qualitätsprüfungen.....	21
§ 147 – Verfahren zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit.....	22
Zur Coronavirus-Impfverordnung (Referentenentwurf des BMG einer Zweiten Verordnung zur Änderung der Coronavirus-Impfverordnung vom 04.11.2021)	24
§ 7 – Teilfinanzierung der Kosten der Impfbereitschaften und der mobilen Impfbereitschaften	24
§ 12 – Verfahren für die Finanzierung aus Bundesmitteln	24
Zur Coronavirus-Testverordnung (Referentenentwurf einer Verordnung zur Änderung der Coronavirus-Testverordnung, der DIVI Intensivregister-Verordnung und der Coronavirus- Surveillanceverordnung vom 09.11.2021)	26

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 12.11.2021
zum Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des Infektionsschutzgesetzes und weiterer Gesetze
anlässlich der Aufhebung der Feststellung der epidemischen Lage von nationaler Tragweite der
Fraktionen von SPD, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und FDP, Drucksache 20/15
Seite 3 von 26

§ 15 – Verfahren für die Finanzierung aus Bundesmitteln	26
---	----

I. Zusammenfassung

Aufgrund des Verzichts des Deutschen Bundestages auf die Feststellung des Fortbestehens der epidemischen Lage von nationaler Tragweite endet die Feststellung nach § 5 Abs. 1 Satz 2 IfSG mit Ablauf des 25.11.2021. Zahlreiche bestehende gesetzliche Schutzmaßnahmen zur Bekämpfung der Pandemie sowie zur Bewältigung der finanziellen Folgen sind rechtstechnisch an die Feststellung der epidemischen Lage von nationaler Tragweite gebunden, sodass diese unmittelbar mit dem 25.11.2021 oder mit einer Übergangsfrist außer Kraft treten würden. Vor diesem Hintergrund sollen mit dem vorliegenden Gesetzentwurf der Fraktionen von SPD, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und FDP zielgerichtete Anpassungen bzw. Verlängerungen gesetzlicher Grundlagen zur weiteren Bekämpfung der Coronavirus-Pandemie vorgenommen werden.

Zu den die gesetzliche Kranken- und soziale Pflegeversicherung betreffenden Regelungen nimmt der GKV-Spitzenverband nachfolgend Stellung. Die vorgesehenen Rechtsänderungen, die in den Bereichen des Kinderkrankengeldes, der Versorgungsverträge mit Rehabilitationseinrichtungen, der pflegerischen Versorgung und des Sozialdienstleister-Einsatzgesetzes auf die Verlängerung der bestehenden coronabedingten Sonderregelungen abstellen, werden insgesamt als sachgerecht bewertet. Für den Bereich der pflegerischen Versorgung wird ergänzend vorgeschlagen, ebenfalls die bestehenden Sonderregelungen für die Begutachtungen zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit per strukturiertem Telefoninterview in § 147 SGB XI sowie zur Regelungsbefugnis des GKV-Spitzenverbandes nach § 114 Absatz 2a SGB XI zu verlängern (siehe ergänzender Änderungsvorschlag).

Hinsichtlich der zeitlich auf das Jahr 2022 begrenzten Ausdehnung des Leistungszeitraums für das Kinderkrankengeld und der vorgesehenen Refinanzierung dieser pandemiebedingten Leistungsausweitung durch den Bund wird eine ergänzende Regelung erforderlich, die sicherstellt, dass der ergänzende Bundeszuschuss sachgerechter Weise tatsächlich bei den Krankenkassen ankommt, die auch die Mehrausgaben zu tragen haben; die ausschließliche Zuführung der Mittel in den Gesundheitsfonds greift zu kurz.

Auch die Regelung zur Refinanzierung der pandemiebedingten Mehrausgaben der sozialen Pflegeversicherung durch den Bund bedarf einer Anpassung. Sachgerecht wäre es, der Pflegeversicherung die Refinanzierung sämtlicher außerordentlicher, pandemiebedingter Maßnahmen nach §§ 150 und 150a SGB XI sowie der Aufwände aufgrund der Testverordnung aus den Jahren 2020, 2021 und 2022 aus Mitteln des Bundes zuzusichern, ohne dies von einer drohenden Unterschreitung des gesetzlichen Betriebsmittel- und Rücklagesolls der Pflegekassen

abhängig zu machen.

Parallel zur angelaufenen Gesetzgebung des 20. Deutschen Bundestages nimmt auch der
Verordnungsgeber weitere wichtige Weichenstellungen zur Fortgeltung und Anpassung von
Schutzmaßnahmen zur Pandemiebewältigung vor. Mit Blick auf die anstehenden Verlängerungen
der Coronavirus-Impfverordnung und der Coronavirus-Testverordnung möchten wir den
Gesetzgeber an dieser Stelle auf zwei kritische Aspekte hinweisen.

Mit dem uns bekannten Referentenentwurf einer neuen Coronavirus-Impfverordnung soll im Kern
das Außerkrafttreten der Verordnung vom 31.12.2021 auf den 31.03.2022 verschoben werden.
Diese Zielsetzung wird vom GKV-Spitzenverband unterstützt. Der GKV-Spitzenverband weist aber
darauf hin, dass mit der im Referentenentwurf vorgesehenen Verlängerung der Impfverordnung
die Teilfinanzierung der Kosten der Impfzentren und mobilen Impfteams der Länder durch die
GKV ab dem 01.01.2022 nicht mehr vom Bund refinanziert würde. Auch wenn sich die
Impfzentren derzeit überwiegend im Stand-by-Modus befinden und die Impfung der Bevölkerung
in erster Linie über die niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte erfolgt, ist zu erwarten, dass
angesichts des absehbar hohen und kurzfristigen Bedarfs an Auffrischungsimpfungen eine
zumindest teilweise Reaktivierung erfolgt. Die damit einhergehenden Kosten müssten dann zu
46,5 Prozent aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds gedeckt werden. Ohne eine
Refinanzierung aus Steuermitteln würde die gesetzlichen Krankenversicherung zusätzlich mit
weiteren versicherungsfremden Aufgaben belastet. Der dem Verordnungsgeber bereits im
Rahmen der Verbändeanhörung übermittelte dringende Änderungsbedarf zur weiteren
Refinanzierung der Impfzentren und mobilen Impfteams wird nachfolgend unter III. als weiterer
ergänzender Änderungsbedarf vorgebracht.

Ein weiteres erhebliches Kostenrisiko für die GKV birgt der Referentenentwurf einer
Mantelverordnung, die auch die Verordnung zur Änderung der Coronavirus-Testverordnung
umfasst. Auch hier begrüßt der GKV-Spitzenverband die vorgesehene Verlängerung der Gültigkeit
der Coronavirus-Testverordnung bis einschließlich 31.03.2022. Jedoch bedarf es auch hier der
dringlichen Nachbesserung, denn die bis dato vorgesehene Fassung der neuen Coronavirus-
Testverordnung bewirkt, dass ab dem 01.01.2022 die GKV die Kosten für Leistungen der
Labordiagnostik mittels Nukleinsäurenachweis (PCR und weitere Methoden der
Nukleinsäureamplifikationstechnik) oder für eine variantenspezifische PCR-Testung, die Kosten
für Leistungen der Labordiagnostik mittels Antigen-Test sowie die Kosten für die Errichtung und
den Betrieb von Testzentren allein tragen müsste. Gleiches gilt für die von den Kassenärztlichen
Vereinigungen erhobenen Verwaltungskosten gemäß § 8 Satz 3 TestV. Ohne die sachgerechte
Refinanzierung durch den Bund müsste die GKV die genannten Leistungen zum Bevölkerungs-

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 12.11.2021

zum Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des Infektionsschutzgesetzes und weiterer Gesetze
anlässlich der Aufhebung der Feststellung der epidemischen Lage von nationaler Tragweite der
Fraktionen von SPD, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und FDP, Drucksache 20/15

Seite 6 von 26

bzw. Infektionsschutz (zudem für nicht gesetzlich versicherte Personen) tragen; die absehbar
schwierige Finanzlage der gesetzlichen Krankenversicherung in der Pandemie würde weiter
verschärft. Der notwendige Änderungsbedarf wird ebenfalls unter III. dargestellt.

II. Stellungnahme zum Gesetzentwurf

Artikel 5 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 1

§ 45 – Krankengeld bei Erkrankung des Kindes

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die schon im Kalenderjahr 2021 geltenden Regelungen eines erweiterten Anspruchs auf Krankengeld bei Erkrankung des Kindes sollen mit Modifikation auch im Kalenderjahr 2022 gelten. Danach

- sollen versicherte Eltern im Jahr 2022 pro Kind und Elternteil bis zu 30 statt 10 Arbeitstage Kinderkrankengeld in Anspruch nehmen können; bei mehreren Kindern soll die Höchstanspruchsdauer je Elternteil 65 Arbeitstage betragen; für Alleinerziehende soll sich der Anspruch von 20 auf 60 Arbeitstage pro Kind erhöhen, bei mehreren Kindern auf 130 Arbeitstage,
- soll der Anspruch bis zum 19.03.2022 auch bestehen, wenn ein Kind zu Hause betreut werden muss, weil durch die zuständige Behörde aus Gründen des Infektionsschutzes Schulen, Kinderbetreuungseinrichtungen (z.B. Kita) oder Einrichtungen für Menschen mit Behinderungen geschlossen werden, deren Betreten untersagt wird, die Präsenzpflcht in der Schule aufgehoben oder der Zugang zum Betreuungsangebot der Kindertageseinrichtung eingeschränkt wird, oder das Kind auf Grund einer behördlichen Empfehlung eine dieser Einrichtungen nicht besucht. Die Krankenkasse kann hierzu die Vorlage einer Bescheinigung der jeweiligen Einrichtung oder der Schule verlangen.

B) Stellungnahme

Die vorgesehene Fortsetzung der zeitlich auf das Jahr 2022 begrenzten Ausweitung des Anspruchszeitraums je Kind entspricht der derzeitigen Regelung zur Höchstanspruchsdauer auf Kinderkrankengeld für das Jahr 2021. Dies gilt ebenso für das Kinderkrankengeld aus Gründen der pandemiebedingten Betreuung des Kindes, auf welches ein Anspruch bis zum 19.03.2022 bestehen soll.

Das Ziel, mit der Ausweitung des Anspruchszeitraums des Kinderkrankengeldes der ggf. erforderlichen längeren Betreuung, Beaufsichtigung oder Pflege von erkrankten Kindern sowie

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 12.11.2021

zum Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des Infektionsschutzgesetzes und weiterer Gesetze
anlässlich der Aufhebung der Feststellung der epidemischen Lage von nationaler Tragweite der
Fraktionen von SPD, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und FDP, Drucksache 20/15
Seite 8 von 26

der Betreuung von Kindern aus pandemiebedingten Gründen bis zum 19.03.2022 Rechnung
zu tragen, kann nachvollzogen werden.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 5 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 2

§ 111 Absatz 5 – Versorgungsverträge mit Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen, Verordnungsermächtigung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Nach § 111 Absatz 5 Satz 5 SGB V waren die Vergütungsvereinbarungen von Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen mit den Krankenkassen in Bezug auf stationäre medizinische Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen für den Zeitraum vom 1. Oktober 2020 bis zum 31. März 2021 an die durch die COVID-19-Pandemie bedingte besondere Situation der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen anzupassen, um die Leistungsfähigkeit der Einrichtungen bei wirtschaftlicher Betriebsführung zu gewährleisten. Die gesetzliche Regelung sieht eine Ermächtigung des BMG vor, den Geltungszeitraum, für den die Vergütungsvereinbarungen anzupassen sind, durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrats bis zum 31. Dezember 2021 zu verlängern, wovon Gebrauch gemacht wurde. Mit dem vorliegenden Gesetzentwurf soll das BMG ermächtigt werden, die Anwendung der Regelung per Rechtsverordnung bis zum 19.03.2022 zu verlängern.

B) Stellungnahme

Die vorgesehene Regelung kann aufgrund der coronabedingt anhaltenden, besonderen Situation nachvollzogen werden.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 5 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 3

§ 111c Absatz 3 – Versorgungsverträge mit Rehabilitationseinrichtungen, Verordnungsermächtigung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Nach § 111c Absatz 3 Satz 5 SGB V waren die Vergütungsvereinbarungen von ambulanten Rehabilitationseinrichtungen mit den Krankenkassen in Bezug auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation für den Zeitraum vom 1. Oktober 2020 bis zum 31. März 2021 an die durch die COVID-19-Pandemie bedingte besondere Situation der Rehabilitationseinrichtungen anzupassen, um die Leistungsfähigkeit der Einrichtungen bei wirtschaftlicher Betriebsführung zu gewährleisten. Die gesetzliche Regelung sieht eine Ermächtigung des BMG vor, den Geltungszeitraum, für den die Vergütungsvereinbarungen anzupassen sind, durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrats bis zum 31. Dezember 2021 zu verlängern, wovon Gebrauch gemacht wurde. Mit dem vorliegenden Gesetzentwurf soll das BMG ermächtigt werden, die Anwendung der Regelung per Rechtsverordnung bis zum 19.03.2022 zu verlängern.

B) Stellungnahme

Die vorgesehene Regelung kann aufgrund der coronabedingt anhaltenden, besonderen Situation nachvollzogen werden.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 5 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 4

§ 221a – Ergänzende Bundeszuschüsse an den Gesundheitsfonds in den Jahren 2021 und 2022

A) Beabsichtigte Neuregelung

Zum Ausgleich für die Mehrausgaben der Krankenkassen in Folge der Regelung zum Kinderkrankengeld nach § 45 Absatz 2a zahlt der Bund zum 1. April 2022 einen ergänzenden Bundeszuschuss in Höhe von 300 Mio. Euro an die Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds. Überschreiten die festgestellten Mehrausgaben diesen Betrag, wird der Differenzbetrag zum 1. Juli 2023 als weiterer ergänzender Bundeszuschuss an die Liquiditätsreserve geleistet.

B) Stellungnahme

Die zeitlich auf das Jahr 2022 begrenzte Ausdehnung des Leistungszeitraums für Kinderkrankengeld ist mit einem erhöhten Betreuungsbedarf im Zusammenhang mit dem Infektionsgeschehen in der COVID-19-Pandemie begründet. Diese pandemiebedingten Mehrausgaben sollen erneut durch einen ergänzenden Bundeszuschuss ausgeglichen werden. Dies wird ausdrücklich begrüßt.

Die Mehrausgaben entstehen jedoch den Krankenkassen und nicht dem Gesundheitsfonds. Deshalb bedarf es ergänzend einer Regelung, die sicherstellt, dass der ergänzende Bundeszuschuss zuweisungserhöhend für die Krankenkassen wirkt.

Für das Jahr 2021 wurde der im Zusammenhang mit dem pandemiebedingt erweiterten Leistungsanspruch auf Kindergeld gewährte Bundeszuschuss über die Sonderregelung des § 272a SGB V zuweisungserhöhend im Jahr 2022 berücksichtigt. Die an die Liquiditätsreserve im Jahr 2021 für das erweiterte Kinderkrankengeld gezahlten 300 Mio. Euro waren Bestandteil der vom Schätzerkreis festgestellten ‚freien Liquiditätsreserve‘ und führten zu einer entsprechenden Erhöhung der den Krankenkassen garantierten Zuweisungen für das Jahr 2022. Da für 2023 weder mit der Schaffung einer analogen gesetzlichen Regelung, noch zugleich mit einer ausreichenden Liquiditätsslage zum 15.01.2023, die die Auskehrung von 300 Mio. Euro sicherstellt, gerechnet werden kann, bedarf es vorliegend einer anderen ergänzenden Regelung, um erneut die sachgerechte Ausschüttung des ergänzenden Bundeszuschusses an die Krankenkassen sicherzustellen.

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 12.11.2021

zum Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des Infektionsschutzgesetzes und weiterer Gesetze
anlässlich der Aufhebung der Feststellung der epidemischen Lage von nationaler Tragweite der
Fraktionen von SPD, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und FDP, Drucksache 20/15

Seite 12 von 26

C) Änderungsvorschlag

In Artikel 5 Nummer 4 wird im neuen Absatz 4 des § 221a nach Satz 1 der folgende Satz
eingefügt:

„Der ergänzende Bundeszuschuss nach Satz 1 ist im Jahr 2022 bei der Ermittlung der
Höhe der Zuweisungen nach § 266 Absatz 6 für das Jahr 2023 zu berücksichtigen.“

Artikel 6 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

§ 45 – Krankengeld bei Erkrankung des Kindes

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die mit Artikel 5 Nummer 1 für das Kalenderjahr 2022 vorgesehenen Regelungen zur Erweiterung des Anspruchs auf Kinderkrankengeld werden durch die beabsichtigte Neuregelung zum 01.01.2023 wieder aufgehoben.

B) Stellungnahme

Durch die Aufhebung der für das Kalenderjahr 2022 vorgesehenen Sonderregelungen soll der Anspruch auf Kinderkrankengeld ab 01.01.2023 wieder auf den Regelungsinhalt nach § 45 Abs. 2 SGB V zurückgeführt werden. Dies ist sachgerecht.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 7 (Änderung der Verordnung zur Verlängerung des Zeitraums für Vereinbarungen zur wirtschaftlichen Sicherung der Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Mit der vorgesehenen Änderung der Verordnung soll von den nach Artikel 5 Nr. 2 und 3 erweiterten Ermächtigungen nach §§ 111 Absatz 5 Satz 6 und 111c Absatz 3 Satz 6 SGB V Gebrauch gemacht und damit der Zeitraum, für den Vergütungsvereinbarungen mit ambulanten Rehabilitationseinrichtungen und stationären Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen an die durch die COVID-19-Pandemie bedingte besondere Situation anzupassen sind, um die Zeit vom 01.01.2022 bis 19.03.2022 verlängert werden.

B) Stellungnahme

Die vorgesehene Regelung kann aufgrund der coronabedingt anhaltenden, besonderen Situation nachvollzogen werden.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 8 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 1

§ 148 – Beratungsbesuche nach § 37

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die vorgesehene Neuregelung sieht vor, dass die bei Bezug von Pflegegeld abzurufende Beratung auf Wunsch der pflegebedürftigen Person bis zum 31. März 2022 auch telefonisch, digital oder per Videokonferenz erfolgen kann.

B) Stellungnahme

Die Verlängerung der Möglichkeit, die verpflichtende Beratung von Pflegegeldbeziehenden auch telefonisch, digital oder per Videokonferenz durchführen zu können, wird vor dem Hintergrund der schleppend anlaufenden Drittimpfungen bei pflegebedürftigen Personen und der zunehmend steigenden Infektionszahlen in der Allgemeinbevölkerung begrüßt.

Zur Verhinderung des Risikos einer Ansteckung des Versicherten oder des Gutachters mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 sollte die beabsichtigte Verlängerung der pandemiebedingten Sonderregelungen jedoch auch die Regelung der telefoninterviewgestützten Begutachtung zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit nach § 147 Absatz 1 umfassen (siehe ergänzender Änderungsbedarf).

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 8 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 2

§ 150 Absatz 6 – Sicherstellung der pflegerischen Versorgung, Kostenerstattung für Pflegeeinrichtungen und Pflegebedürftige

A) Beabsichtigte Neuregelung

Zugelassenen Pflegeeinrichtungen und nach Landesrecht anerkannten Angeboten zur Unterstützung im Alltag werden die ihnen infolge des Coronavirus SARS-CoV-2 anfallenden, außerordentlichen Aufwendungen sowie Mindereinnahmen im Rahmen ihrer Leistungserbringung, die nicht anderweitig finanziert werden, bis zum 31. März 2022 aus Mitteln der Pflegeversicherung erstattet. Pflegebedürftige des Pflegegrades 1 können in diesem Zeitraum den Entlastungsbetrag auch für die Inanspruchnahme anderer Hilfen im Wege der Kostenerstattung einsetzen. Ein von pflegebedürftigen Personen in den Jahren 2019 und 2020 nicht verbrauchter Entlastungsbetrag kann in das erste Quartal 2022 übertragen werden.

B) Stellungnahme

Seit dem Frühjahr 2020 hat der Gesetzgeber eine Vielzahl an Maßnahmen ergriffen, die eine Stabilisierung der pflegerischen Versorgung von pflegebedürftigen Personen während der Corona-Pandemie einerseits und die finanzielle Absicherung der Leistungserbringer andererseits zum Ziel hat. Vor dem Hintergrund der schleppend anlaufenden Drittimpfungen bei pflegebedürftigen Personen und der wieder zunehmend steigenden Infektionszahlen in der Allgemeinbevölkerung ist eine Verlängerung der Maßnahmen zur Aufrechterhaltung der pflegerischen Versorgung nachvollziehbar. Angesichts der damit verbundenen, nicht unerheblichen Aufwendungen für die soziale Pflegeversicherung sowie der Setzung von möglichen, wirtschaftlichen Fehlanreizen durch den Pflege-Rettungsschirm ist es aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes jedoch vonnöten, die Geltungsdauer und den Umfang dieser Schutzmaßnahmen im Blick zu behalten. Perspektivisch muss es daher das Ziel sein, dass bei gefestigt abklingendem Pandemiegeschehen alle Beteiligten – pflegebedürftige Personen, Pflegenden und Pflegekassen – wieder verantwortungsvoll zu normalen Verhältnissen zurückkehren.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 12.11.2021

zum Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des Infektionsschutzgesetzes und weiterer Gesetze
anlässlich der Aufhebung der Feststellung der epidemischen Lage von nationaler Tragweite der
Fraktionen von SPD, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und FDP, Drucksache 20/15
Seite 17 von 26

Artikel 8 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 3

**§ 150b – Nichtanrechnung von Arbeitstagen mit Bezug von Pflegeunterstützungsgeld,
Betriebshilfe oder Kostenerstattung gemäß § 150 Absatz 5d**

A) Beabsichtigte Neuregelung

Das pandemiebedingte Pflegeunterstützungsgeld, die pandemiebedingte Betriebshilfe und die pandemiebedingte Kostenerstattung werden auch nach Außerkrafttreten der Sonderregelungen nicht auf die regulären Ansprüche angerechnet.

B) Stellungnahme

In Anbetracht des zusätzlichen, pandemiebedingten Unterstützungsbedarfs von pflegebedürftigen Personen ist eine Nichtanrechnung von Arbeitstagen mit Bezug von Pflegeunterstützungsgeld, Betriebshilfe oder Kostenerstattung bei pflegenden Angehörigen auch nach Außerkrafttreten der Sonderregelungen sachgerecht.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 8 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 4

§ 153 – Erstattung pandemiebedingter Kosten durch den Bund; Verordnungsermächtigung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die soziale Pflegeversicherung erhält im Jahr 2022 einen Bundeszuschuss in erforderlicher Höhe, sofern der Mittelbestand der Pflegeversicherung aufgrund der aus der Verlängerung der pandemiebedingten Sonderregelungen erwachsenden Mehrausgaben absehbar das gesetzliche Betriebsmittel- und Rücklagesoll der Pflegekassen zu unterschreiten droht. Das Bundesministerium für Gesundheit wird ermächtigt, hierfür das Nähere durch Rechtsverordnung im Einvernehmen mit dem Bundesministerium der Finanzen ohne Zustimmung des Bundesrates zu bestimmen.

B) Stellungnahme

Der GKV-Spitzenverband begrüßt grundsätzlich die Refinanzierung pandemiebedingter Mehrausgaben der sozialen Pflegeversicherung durch den Bund. Sachgerecht wäre es, der Pflegeversicherung die Refinanzierung sämtlicher außerordentlicher, pandemiebedingter Maßnahmen nach §§ 150 und 150a SGB XI sowie der Aufwände aufgrund der Testverordnung aus den Jahren 2020, 2021 und 2022 aus Mitteln des Bundes zuzusichern, ohne dies von einer drohenden Unterschreitung des gesetzlichen Betriebsmittel- und Rücklagesolls der Pflegekassen abhängig zu machen.

Die pandemiebedingten Mehrausgaben werden sich in den Jahren 2020 und 2021 auf rund 7,8 Mrd. Euro belaufen, woran sich der Bund mit 2,8 Mrd. Euro und die gesetzlichen Krankenkassen und die privaten Versicherungsunternehmen mit einem Beitrag in Höhe von rund einer Milliarde Euro beteiligen. Für die soziale Pflegeversicherung bleibt demnach eine pandemiebedingte Mehrbelastung in Höhe von vier Milliarden Euro bestehen, obwohl es sich hierbei um gesamtgesellschaftliche Aufgaben zur Sicherstellung der pflegerischen Versorgung handelt.

Die zu erwartende Mehrbelastung aus der Verlängerung der Kostenerstattungsregelungen nach § 150 SGB XI sowie der Testverordnung bis zum Ende des ersten Quartals 2022 werden sich schätzungsweise auf rund eine Milliarde Euro belaufen.

Für den Fall einer vollständigen Finanzierung der pandemiebedingten Maßnahmen nach §§ 150 und 150a SGB XI sowie der Aufwände aufgrund der Testverordnung durch einen Bundeszuschuss bedarf es der in § 150 Absatz 4 und Absatz 5a Satz 5 SGB XI geregelten

Kostenbeteiligung der gesetzlichen Krankenkassen und privaten Versicherungsunternehmen an den Aufwänden der sozialen Pflegeversicherung nicht mehr. Dementsprechend könnte auch das Umlageverfahren des GKV-Spitzenverbandes bei den gesetzlichen Krankenkassen entfallen. Entsprechend sind für den Fall der Berücksichtigung des nachfolgenden Änderungsvorschlags § 150 Absatz 4 und Absatz 5a Satz 5 SGB XI zu streichen.

C) Änderungsvorschlag

1. Artikel 8 Nummer 4 wird wie folgt gefasst:

4. Der § 153 wird wie folgt ersetzt:

„§ 153 Erstattung pandemiebedingter Kosten durch den Bund;
Verordnungsermächtigung

„Der Bund gewährt der sozialen Pflegeversicherung einen Zuschuss in erforderlicher Höhe zur vollumfänglichen Deckung der Kosten der Maßnahmen nach §§ 150 und 150a sowie der Coronavirus-Testverordnung aus den Jahren 2020, 2021 und 2022; die Erstattung für die Jahre 2020 und 2021 erfolgt zum 1. April 2022, die Zahlungen ab dem Jahr 2022 erfolgen mit Vorliegen der amtlichen Finanzstatistik quartalsweise an den Ausgleichsfonds der sozialen Pflegeversicherung. Dieser erstattet die Beträge an die Träger der privaten Pflegepflichtversicherung sowie an den GKV-Spitzenverband zur Verteilung an die gesetzlichen Krankenkassen. Das Bundesministerium für Gesundheit wird ermächtigt, das Nähere zur nachfolgenden Spitzabrechnung durch Rechtsverordnung im Einvernehmen mit dem Bundesministerium der Finanzen ohne Zustimmung des Bundesrates zu bestimmen.“

2. § 150 Absatz 4 und Absatz 5a Satz 5 werden gestrichen.

Artikel 20 (Änderung des Sozialdienstleister–Einsatzgesetzes)

§ 5 – Zuständigkeit und Geltungsdauer

Nr. 1 und Nr. 2

A) Beabsichtigte Neuregelung

Der besondere Sicherstellungsauftrag der Leistungsträger nach dem Sozialdienstleister–Einsatzgesetz (SodEG) ist an die Feststellung einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite wegen der dynamischen Ausbreitung der Coronavirus–Krankheit–2019 (COVID–19) nach § 5 Absatz 1 Satz 2 des Infektionsschutzgesetzes durch den Deutschen Bundestag geknüpft, die mit Ablauf des 25.11.2021 als aufgehoben gilt, sofern der Deutsche Bundestag bis dahin keinen Beschluss über die Fortgeltung der epidemischen Lage von nationaler Tragweite trifft. Diese Verknüpfung des Sicherstellungsauftrages mit der Feststellung der epidemischen Lage von nationaler Tragweite soll gestrichen und die Geltungsdauer des Sicherstellungsauftrages entsprechend des Enddatums 19.03.2022 des geplanten neuen Maßnahmenkatalogs im Infektionsschutzgesetz festgelegt werden.

B) Stellungnahme

Die vorgesehene Regelung kann aufgrund der coronabedingt anhaltenden, besonderen Situation nachvollzogen werden.

C) Änderungsvorschlag

keiner

III. Ergänzender Änderungsbedarf

Artikel 8 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

§ 114 – Qualitätsprüfungen

A) Bisherige Regelung

Der mit dem Gesetz zur Fortgeltung der epidemischen Lage eingefügte Absatz 2a sieht vor, dass abweichend von Absatz 2 im Zeitraum vom 1. Oktober 2020 bis zum 31. Dezember 2021 in allen Pflegeeinrichtungen eine Regelprüfung durchzuführen ist, wenn die Situation vor Ort es aufgrund der SARS-CoV-2-Pandemie zulässt. Der GKV-Spitzenverband hat in Regelungen im Benehmen mit dem MDS und dem PKV-Prüfdienst sowie im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Gesundheit das Nähere zur Durchführbarkeit von Prüfungen zu beschließen.

B) Stellungnahme

Die Regelungen wurden vom GKV-Spitzenverband am 15. April 2021 beschlossen und am 25. Oktober 2021 insbesondere aufgrund von Anpassungen im Infektionsschutzgesetz aktualisiert. Die gegenwärtig gültige Gesetzeslage schließt die Möglichkeit von Regelungen zur Durchführbarkeit von Qualitätsprüfungen über den 31. Dezember 2021 hinaus aus.

Aufgrund der erneuten Dynamik des Pandemiegeschehens hält es der GKV-Spitzenverband im Sinne des Gesundheitsschutzes für erforderlich, auf gesetzlicher Ebene die Möglichkeit der Gültigkeit von Regelungen zur Durchführbarkeit von Qualitätsprüfungen im Sinne des § 114 Absatz 2a SGB XI über den 31.12.2021 hinaus zu schaffen.

C) Änderungsvorschlag

Die Möglichkeit, durch den GKV-Spitzenverband das Nähere zur Durchführbarkeit von Qualitätsprüfungen und Anforderungen an die Hygiene zu beschließen, sollte bis zum 19.03.2022 verlängert werden.

Zu Artikel 8 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

§ 147 – Verfahren zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit

A) Bisherige Regelung

Die Regelung in § 147 Absatz 1 sieht vor, dass abweichend von § 18 Absatz 2 Satz 1 die Begutachtung zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit bis einschließlich 30. Juni 2021 ohne Untersuchung des Versicherten in seinem Wohnbereich erfolgen kann, wenn dies zur Verhinderung des Risikos einer Ansteckung des Versicherten oder des Gutachters mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 zwingend erforderlich ist. Grundlage für die Begutachtung bilden insbesondere die bis zu diesem Zeitpunkt bezüglich der festzustellenden Pflegebedürftigkeit des Versicherten vorliegenden Unterlagen sowie die Angaben und Auskünfte, die beim Versicherten, seinen Angehörigen und sonstigen zur Auskunft fähigen Personen (in strukturierten Telefoninterviews oder digital) einzuholen sind. Diese Regelung wurde zuletzt mit Artikel 1 Nummer 1 der zweiten Verordnung zur Verlängerung von Maßnahmen zur Aufrechterhaltung der pflegerischen Versorgung bis zum 31. Dezember 2021 verlängert.

B) Stellungnahme

Nach wie vor ist die Impfquote in Deutschland nicht ausreichend und die Zahl der ungeimpften Personen hoch. Die Drittimpfungen sind gerade erst angelaufen und werden aller Voraussicht nach bis Ende 2021 auch nicht alle bisher vollständig geimpften Pflegebedürftigen umfassen. Insoweit ist davon auszugehen, dass aufgrund der nachlassenden Wirksamkeit der Impfungen die Ansteckungsgefahr bei der vulnerablen Gruppe der Pflegebedürftigen besonders hoch ist. Dies zeigt sich bereits an der hohen Zahl an „Impfdurchbrüchen“ – auch in Alten- und Pflegeheimen. Insoweit bedarf es über den 31.12.2021 hinaus die Möglichkeit, Begutachtungen zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit per strukturiertem Telefoninterview durchzuführen. Die Praxis hat gezeigt, dass die Begutachtung auf der Grundlage von Informationen und eines Telefoninterviews für die Feststellung von Pflegebedürftigkeit gut geeignet ist und auch die Versicherten diese Form der Begutachtung in Zeiten der Pandemie gut annehmen.

Im Übrigen ist es nicht schlüssig und nachvollziehbar, dass zum Schutz der Pflegebedürftigen vor einer Ansteckung durch das Coronavirus SARS-CoV-2 die Regelungen in § 148 zu den telefonischen oder digitalen Beratungsbesuchen nach § 37 bis zum 31. März 2022 verlängert werden sollen, diese Möglichkeit bei den Pflegebegutachtungen, in denen die körperliche Nähe einer Gutachterin oder eines Gutachters obligatorisch und damit die Ansteckungsgefahr um ein vielfaches höher als bei den Beratungsbesuchen einzuschätzen ist, aber nicht

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 12.11.2021

zum Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des Infektionsschutzgesetzes und weiterer Gesetze
anlässlich der Aufhebung der Feststellung der epidemischen Lage von nationaler Tragweite der
Fraktionen von SPD, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und FDP, Drucksache 20/15
Seite 23 von 26

einzuräumen.

C) Änderungsvorschlag

In § 147 Absatz 1 wird die Angabe „30. Juni 2021“ durch die Angabe „31. März 2022“ ersetzt.

**Zur Coronavirus-Impfverordnung (Referentenentwurf des BMG einer Zweiten Verordnung zur
Änderung der Coronavirus-Impfverordnung vom 04.11.2021)**

§ 7 – Teilfinanzierung der Kosten der Impfzentren und der mobilen Impfteams

§ 12 – Verfahren für die Finanzierung aus Bundesmitteln

A) Bisherige Regelung

§ 12 Absatz 3 der Coronavirus-Impfverordnung sieht vor, dass die Kosten von Impfzentren ab dem 1. Januar 2022 nicht mehr vom Bund erstattet werden.

B) Stellungnahme

Auch wenn sich die Impfzentren derzeit überwiegend im Stand-by-Modus befinden und die Impfung der Bevölkerung in erster Linie über die niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte erfolgt, ist zu erwarten, dass angesichts des absehbar hohen und kurzfristigen Bedarfs an Auffrischungsimpfungen eine zumindest teilweise Reaktivierung erfolgt. Die so entstehenden Kosten müssten dann aus der Liquiditätsreserve gedeckt werden, ohne eine Refinanzierung aus Steuermitteln, und würden die angespannte Finanzsituation weiter verschärfen.

C) Änderungsvorschlag

§ 7 Absatz 1 der Coronavirus-Impfverordnung wird wie folgt geändert:

„(1) Die notwendigen Kosten der von den zuständigen Stellen der Länder eingerichteten Impfzentren und mobilen Impfteams werden nach Maßgabe der Absätze 2 bis 4 in der entstandenen Höhe wie folgt erstattet:

1. bis zum 31. Dezember 2020 und ab dem 1. ~~Januar~~ April 2022 zu 46,5 Prozent aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds und zu 3,5 Prozent von den privaten Krankenversicherungsunternehmen und
2. ab dem 1. Januar 2021 bis zum 31. ~~Dezember~~ März 20212 zu 50 Prozent aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds.“

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 12.11.2021

zum Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des Infektionsschutzgesetzes und weiterer Gesetze
anlässlich der Aufhebung der Feststellung der epidemischen Lage von nationaler Tragweite der
Fraktionen von SPD, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und FDP, Drucksache 20/15

Seite 25 von 26

§ 12 Absatz 3 der Coronavirus-Impfverordnung wird wie folgt geändert:

„(3) Ab dem 1. ~~Januar~~ April 2022 werden abweichend von den Absätzen 1 und 2 nach § 11 Absatz 2 Satz 3 aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds gezahlte Beträge durch den Bund erstattet. Das Bundesamt für Soziale Sicherung übermittelt dem Bundesministerium für Gesundheit unverzüglich nach der Vornahme von Zahlungen nach § 11 Absatz 2 Satz 3 eine Aufstellung der an die Kassenärztlichen Vereinigungen und der an die Rechenzentren gezahlten Beträge. Der Bund erstattet die Beträge an die Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds innerhalb von einer Woche nach der Übermittlung der Aufstellung nach Satz 2.“

**Zur Coronavirus-Testverordnung (Referentenentwurf einer Verordnung zur Änderung der
Coronavirus-Testverordnung, der DIVI IntensivRegister-Verordnung und der Coronavirus-
Surveillanceverordnung vom 09.11.2021)**

§ 15 – Verfahren für die Finanzierung aus Bundesmitteln

A) Bisherige Regelung

Die Regelung in § 15 Absatz 2 sieht vor, dass ab 01.01.2022 die Erstattung von Beträgen an die Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds durch den Bund eingeschränkt wird auf für von den Kassenärztlichen Vereinigungen gezahlten Beträge nach § 14 Absatz 1 Satz 3 in Verbindung mit § 14 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 bis 5.

B) Stellungnahme

Mit der zum 01.01.2022 vorgesehenen Einschränkung des Erstattungsumfangs durch den Bund werden Beträge gemäß § 14 Absatz 1 Nummer 1, 6 bis 8 von der GKV getragen werden müssen. D. h., die GKV trägt ab diesem Zeitpunkt die Kosten für Leistungen der Labordiagnostik mittels Nukleinsäurenachweis (PCR und weitere Methoden der Nukleinsäureamplifikationstechnik) oder für eine variantenspezifische PCR-Testung, die Kosten für Leistungen der Labordiagnostik mittels Antigen-Test sowie die Kosten für die Errichtung und den Betrieb von Testzentren. Des Weiteren trägt die GKV ab 01.01.2022 auch die von den Kassenärztlichen Vereinigungen erhobenen Verwaltungskosten gemäß § 8 Satz 3 der TestV.

Der GKV-Spitzenverband weist darauf hin, dass es sich bei Tests im Rahmen der Testverordnung, die ausschließlich an asymptomatischen Personen durchgeführt werden, um Leistungen des Bevölkerungs- bzw. Infektionsschutzes und nicht der Krankenbehandlung, handelt. Zudem gehören auch Personen zum Kreis der Anspruchsberechtigten, die nicht in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert sind. Daher lehnt der GKV-Spitzenverband eine Finanzierung der Tests ohne Refinanzierung aus Bundesmitteln ab. Dementsprechend sollte die Befristung der Refinanzierung aus Bundesmitteln aufgehoben werden.

C) Änderungsvorschlag

§ 15 Absatz 2 wird gestrichen.



GESETZ ZUR ÄNDERUNG DES INFEKTIONSSCHUTZGESETZES UND WEITERER GESETZE ANLÄSSLICH DER AUFHEBUNG DER FESTSTELLUNG DER EPIDEMISCHEN LAGE VON NATIONALER TRAGWEITE

STELLUNGNAHME DER KBV ZU DEM GESETZENTWURF DER
FRAKTIONEN SPD, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN UND FDP VOM
08.11.2021

12. NOVEMBER 2021

VORBEMERKUNG

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) nimmt zu dem Gesetzentwurf der Fraktion von SPD, Bündnis 90/Die Grünen und FDP eines Gesetzes zur Änderung des Infektionsschutzgesetzes und weiterer Gesetze anlässlich der Aufhebung der Feststellung der epidemischen Lage von nationaler Tragweite nachfolgend Stellung. Aufgrund der derzeit gebotenen Eile der Verfahren wird alleine auf wesentliche Punkte und in verkürzter Form eingegangen.

Zur Kommentierung

Zu den einzelnen Regelungsinhalten wird im Folgenden kommentiert. So keine Anmerkungen getätigt werden, wird die Regelung durch die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) begrüßt oder sie sieht die Interessen der Vertragsärzte durch die Regelung nicht betroffen beziehungsweise steht dem Regelungsvorschlag neutral gegenüber.

Aus Gründen der Lesbarkeit wurde meist nur eine Form der Personenbezeichnung verwendet. Hiermit sind auch alle anderen Formen gemeint.

KOMMENTIERUNG

I. GRUNDSÄTZLICHES

Grundsätzlich erscheint es aus Sicht der KBV erforderlich, sämtliche ungewollten Folgen der Beendigung der epidemischen Lage von nationaler Tragweite bei der derzeit bestehenden Infektionslage und Inzidenzentwicklung zu vermeiden. Dies ist aus Sicht der KBV nur begrenzt gelungen, weswegen auf die folgenden Punkte besonders aufmerksam gemacht wird:

- › Die Regelung des § 105 Abs. 3 SGB V bedarf einer Prolongierung, da es hier den KVen ermöglicht wird, in der aktuellen Situation erforderliche Sicherstellungsmaßnahmen weiter zu finanzieren.
- › Die Finanzierungsregel des § 20i Abs. 3 Satz 14 SGB V sollte fortgeschrieben werden, da nur so die fortlaufende Finanzierung von Impfungen und Testungen in der bisherigen Form weiter gesichert ist.

II. IM EINZELNEN

Zur Änderung von Strafvorschriften

Vor dem Hintergrund zunehmender Bedrohungen von impfenden Ärzten und gezielten Desinformationen wird die Aufnahme einer Strafvorschrift gegen die Behinderung der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen angeregt.

Zur Änderung des SGB V

Es sollte eine Änderung von § 20i Abs. 3 Satz 14 SGB V integriert werden, die die fortlaufende Finanzierung sicherstellt.

Ebenso sollte eine Anpassung des § 105 Abs. 3 SGB V aufgenommen werden, der die dort geregelte Finanzierung in der gegenwärtigen Form sicherstellt. In den vertragsärztlichen Praxen werden aufgrund der fortbestehenden und sich derzeit verschärfenden Pandemiesituation sowie des allgemeinen Influenza-/Infektgeschehens im Herbst und Winter weiterhin Maßnahmen und erhöhte Aufwände im Zusammenhang mit dem Infektionsschutz (Hygienemaßnahmen, Separierung von Patientenströmen etc.) erforderlich sein. Ohne eine Verlängerung des § 105 Abs. 3 kann beispielsweise die Verteilung der vom BMG beschafften

Masken nicht fortgeführt werden, da die Distributionskosten der Kassenärztlichen Vereinigungen nicht mehr durch die Krankenkassen übernommen werden. Auch Zusatzkosten für die möglicherweise erforderliche Bereitstellung von Schwerpunktambulanzen wären dann nicht mehr getragen.

Zu Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA)

Die bundesweit geltende Genehmigungsfreiheit von Krankentransporten von COVID-19-Erkrankten oder Verdachtsfällen knüpft an die Feststellung der epidemischen Lage von nationaler Tragweite an.

Erforderliche Anpassung von Corona-Impfverordnung und –Testverordnung

Im Übrigen ist es dringend erforderlich, die bestehende Testverordnung, wie auch die Impfverordnung zu verlängern. Hierfür liegen derzeit Formulierungshilfen aus dem Bundesministerium für Gesundheit vor (zu denen die KBV gesondert Stellung genommen hat) allerdings muss der entsprechende Beschluss dringend sichergestellt werden.

Kassenärztliche Bundesvereinigung
Stabsbereich Strategie, Politik und Kommunikation
Herbert-Lewin-Platz 2, 10623 Berlin
Tel.: 030 4005-1060
politik@kbv.de, www.kbv.de

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) vertritt die politischen Interessen der rund 181.000 an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte und Psychotherapeuten auf Bundesebene. Sie ist der Dachverband der 17 Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen), die die ambulante medizinische Versorgung für 70 Millionen gesetzlich Versicherte in Deutschland sicherstellen. Die KBV schließt mit den gesetzlichen Krankenkassen und anderen Sozialversicherungsträgern Vereinbarungen, beispielsweise zur Honorierung der niedergelassenen Ärzte und Psychotherapeuten sowie zum Leistungsspektrum der gesetzlichen Krankenkassen. Die KVen und die KBV sind als Einrichtung der ärztlichen Selbstverwaltung Körperschaften des öffentlichen Rechts.

Stellungnahme des Sozialverbands VdK Deutschland e. V.

zum Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des
Infektionsschutzgesetzes und weiterer Gesetze anlässlich der
Aufhebung der Feststellung der epidemischen Lage von
nationaler Tragweite

Sozialverband VdK Deutschland e. V.
Abteilung Sozialpolitik
Linienstraße 131
10115 Berlin

Telefon: 030 9210580-300
Telefax: 030 9210580-310
E-Mail: sozialpolitik@vdk.de

Berlin, 11.11.2021

Der Sozialverband VdK Deutschland e. V. (VdK) ist als Dachverband von 13 Landesverbänden mit über zwei Millionen Mitgliedern der größte Sozialverband in Deutschland. Die Sozialrechtsberatung und das Ehrenamt zeichnen den seit über 70 Jahren bestehenden Verband aus.

Zudem vertritt der VdK die sozialpolitischen Interessen seiner Mitglieder, insbesondere der Rentnerinnen und Rentner, Menschen mit Behinderung und chronischen Erkrankungen sowie Pflegebedürftigen und deren Angehörigen.

Der gemeinnützige Verein finanziert sich allein durch Mitgliedsbeiträge und ist parteipolitisch und konfessionell neutral.

1. Zu den Zielen des Gesetzentwurfs und den Maßnahmen der Umsetzung

Die designierte Ampel-Koalition hat sich darauf geeinigt, die „Epidemische Lage von nationaler Tragweite“ laut Infektionsschutzgesetz nicht über den 25. November 2021 hinaus zu verlängern. An diese Stelle sollen niedrigschwellige Schutzmaßnahmen treten, die gesetzlich auf den 19. März 2022 begrenzt sind. Das Bundesgesundheitsministerium (BMG) hat dazu eine Formulierungshilfe erstellt, die folgende wesentlichen Maßnahmen enthält:

Die Ermächtigung für die Bundesländer, Schutzmaßnahmen nach Festlegung der Landesparlamente zu bestimmen, entfällt. Stattdessen soll es einen bundeseinheitlichen Maßnahmenkatalog geben. Dieser Katalog enthält zum Beispiel die Anordnung zum Maskentragen, Abstandsgebot oder die Verpflichtung zur Vorlage von 3G-Nachweisen.

Für den VdK sind weiterhin von besonderer Relevanz:

Der Gesetzentwurf sieht eine Verlängerung des Entschädigungsanspruchs von Eltern bei Lohnausfall bis zum 19. März 2022 vor. Des Weiteren soll der bereits für das Jahr 2021 verlängerte Kinderkrankengeld-Anspruch bis ins Jahr 2022 ausgeweitet werden. Außerdem soll die gelockerte Vermögensprüfung im Kinderzuschlag bis zum 31. März 2022 gelten.

Die 2020 erfolgten Flexibilisierungen der Pflege- und der Familienpflegezeit sollen bis zum 31. März 2022 verlängert werden. Die bestehenden Regelungen werden allerdings auch mit dem vorliegenden Gesetzentwurf nicht weiter ausgebaut.

Die Sonderregelungen zur Sicherstellung der pflegerischen Versorgung und Kostenerstattung für Pflegeeinrichtungen und Pflegebedürftige („Pflegeschutzschirm“) wird bis Ende März fortgeführt.

Der vereinfachte Zugang zur Grundsicherung für Arbeitssuchende, bei Erwerbsminderung und im Alter sowie die korrespondierenden Regelungen im Bundesversorgungsgesetz werden bis zum 31. März 2022 verlängert.

Ebenso wird das Sozialdienstleister-Einsatzgesetz mit den Erstattungsansprüchen von sozialen Dienstleistern wie Werkstätten für Menschen mit Behinderung oder Reha-Einrichtungen bis 19. März 2022 verlängert. Damit Künstlerinnen und Künstler nicht den Versicherungsschutz der Künstlersozialkasse verlieren, kann das vorgesehene Mindesteinkommen auch in 2022 unterschritten werden.

Für Arbeitgeber soll unter anderem die sogenannte Impfunterstützungspflicht beibehalten werden: Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer sollen für die Impfung freigestellt werden. Innerbetriebliche Informationskampagnen sollen die Impfbereitschaft unter den Beschäftigten erhöhen.

Zur Eindämmung des Gebrauchs von unrichtigen Impfunterlagen sollen Klarstellungen im Strafgesetzbuch eingefügt werden. Dazu gehört die ausdrückliche Strafbarkeit in Bezug auf gefälschte Impfnachweise und fremde Impfunterlagen.

Bewertung des Sozialverbands VdK

Der VdK äußert sich nicht zu der Frage, ob der gewählte Maßnahmenkatalog der bessere Weg ist anstelle der Feststellung der Epidemischen Lage von nationaler Tragweite. Der VdK begrüßt zumindest, dass mit dem Gesetzentwurf ein bundesweit einheitlicher Katalog an Schutzmaßnahmen gilt. Einer der Schwachpunkte der gesamten Corona-Krise ist der Flickenteppich an unterschiedlichen Maßnahmen und Regelungen, die teilweise von Landkreis zu Landkreis variieren. Nach den Schilderungen der VdK-Mitglieder ist dies immer wieder ein Grund, dass die Corona-Maßnahmen als undurchsichtig und in sich inkonsequent angesehen werden. Dies sorgt für eine geringere Akzeptanz der Maßnahmen bis hin zur Coronavirus-Schutzimpfung.

Der VdK begrüßt prinzipiell die Verlängerungen der Unterstützungsmaßnahmen für Familien. Die Erfahrung hat allerdings gezeigt, dass der Entschädigungsanspruch für Eltern bei Lohnausfall kaum genutzt wird und daher seine Wirkung verfehlt. Das verlängerte Kinderkrankengeld ist hingegen eine einfachere und unbürokratischere Möglichkeit, hohe Einkommensverluste zu vermeiden. Daher setzt sich der VdK für weitere Verbesserungen beim Kinderkrankengeld ein und betont die Wichtigkeit, dass diese Leistung vollständig steuerfinanziert sein muss.

Die Verlängerung der vereinfachten Vermögensprüfung im Kinderzuschlag reicht nicht aus, um Familien mit kleinen Einkommen wirkungsvoll zu unterstützen. Der VdK fordert einen generellen Richtungswechsel im System der Familienförderung und spricht sich für die Einführung einer Kindergrundsicherung aus. Der VdK begrüßt, dass solch eine Kindergrundsicherung bereits Teil des aktuellen Sondierungspapiers ist. Wichtig ist dem VdK dabei jedoch, dass die Kindergrundsicherung auch tatsächlich das soziokulturelle Existenzminimum von Kindern absichert. Nur dann hat die Kindergrundsicherung auch ihren Namen verdient.

Die Verlängerung der 2020 erfolgten Flexibilisierungen der Pflege- und der Familienpflegezeit begrüßt der VdK zwar grundsätzlich, dennoch muss in der neuen Legislaturperiode deutlich mehr für pflegende Angehörige getan werden. Es braucht endlich eine eigene Lohnersatzleistung für pflegende Angehörige analog des Elterngeldes und eine passende Freistellungsmöglichkeit ohne bürokratische und formale Hürden.

Hinsichtlich der Regelung zur Verlängerung des Pflege-Schutzschirms für die zugelassenen Pflegeeinrichtungen ist der VdK kritisch und fordert eine punktgenauere Ausschüttung der Ausgleichszahlung als nach dem für die Pflegeversicherung sehr kostenintensiven Gießkannenprinzip vorzugehen. Der VdK fordert, dass die Pflegehilfsmittelpauschale von 60 Euro weiterhin Geltung erlangt.

Der VdK begrüßt die Verlängerungen des vereinfachten Zugangs zur Grundsicherung und des Sicherstellungsauftrags der sozialen Dienstleister. Diese Regelungen haben sich als sinnvoll bei der Bekämpfung von sozialen Härten während der COVID-19-Pandemie erwiesen und sollten unbedingt weitergeführt werden.

Der VdK begrüßt die beibehaltene Impfunterstützungspflicht für Arbeitgeber. Dies kann ein Baustein sein, um mehr Menschen die Impfung zu ermöglichen.

Der VdK begrüßt die Klarstellungen im Strafgesetzbuch zur Strafbarkeit des Gebrauchs von gefälschten oder fremden Impfunterlagen. Wer unter Nutzung solcher Unterlagen Zugang zu Restaurants oder Veranstaltungen erlangt und gar nicht geimpft oder genesen ist, gefährdet damit die Gesundheit anderer Menschen. Der VdK, der sämtliche Risikogruppen vertritt, hofft auf eine gute Signalwirkung dieser Regelungen, damit eine solche Gefährdung anderer Menschen unterbleibt.

Der VdK fordert aber über die enthaltenen Regelungen hinaus eine allgemeine Testpflicht für Pflegeheime, Krankenhäuser, Einrichtungen für Menschen mit Behinderungen, Reha-Kliniken und vergleichbare Einrichtungen, in denen Risikogruppen aufgrund der gemeinschaftlichen Unterbringung ein erhöhtes Infektionsrisiko haben. Insbesondere aus Pflegeheimen kamen in den letzten Wochen erschreckende Nachrichten über Hunderte von infizierten Bewohnerinnen und Bewohner mit immer weiter steigenden Zahlen von Todesfällen. Auch eine Impfquote von 85,5 Prozent der Menschen über 60 laut Impfdashboard des BMG verhindert nicht Ansteckung, Erkrankung und Tod bei dieser vulnerablen Personengruppe.

Daher ist es notwendig, für das gesamte Personal und alle Besucher in diesen Einrichtungen tägliche Tests verpflichtend zu machen. Dabei sollte den Einrichtungsbetreibern auch klar gemacht werden, dass die Kosten für diese Tests – und sogar für zusätzliches Testpersonal – vom Staat getragen werden. Allein der zusätzliche Aufwand darf aber kein Grund sein, die täglichen Testungen nicht durchzuführen.

Der VdK nimmt den Gesetzentwurf zum Anlass, seine Kritik an den inzwischen kostenpflichtigen Bürgertests zu erneuern. Der VdK fordert, die kostenfreien Bürgertests wieder einzuführen. Die kostenpflichtigen Tests haben offenbar erstens für eine geringere regelmäßige Testquote in der Bevölkerung gesorgt und haben damit einen deutlichen Anteil an den immer weiter steigenden Infektionszahlen. Wenn Menschen ihre Infektion nicht früh genug erkennen, stecken sie andere Menschen an. Die kostenfreien Bürgertests waren ein gutes Instrument, um die Ansteckung bei asymptomatischen Menschen früh zu erkennen. Aber wenn die Tests zwischen zehn und 20 Euro kosten, gehen viele Menschen eben nicht mehr ins Testzentrum. Hinzu kommt, dass die Zahl der Testzentren deutlich zurückgegangen ist.

Zweitens hindern die Tests Menschen mit ernsthaften gesundheitlichen Bedenken gegen eine Impfung an der Teilhabe am öffentlichen Leben. Es geht dabei nicht um Impfverweigerer oder Querdenker. Sondern um Menschen, die nach einem früheren anerkannten Impfschaden Sorge vor einem erneuten Schaden haben, oder Menschen mit einer chronischen Erkrankung, die Angst vor einem erneuten Schub der Krankheit haben. Die Ärzte raten den Mitgliedern zum Teil von der Impfung ab, stellen aber kein ärztliches Zeugnis aus, da die „medizinische Kontraindikation“ vom Robert Koch-Institut sehr eingrenzend definiert wird. Da regelmäßig die 3G-Regelung für Restaurantbesuche oder Veranstaltungen gilt, wird es für viele Menschen eine Frage des Einkommens, ob sie sich kostenpflichtige Tests dauerhaft leisten können.

Aus dem gleichen Grund lehnt der VdK die Ermächtigung zu 2G-Regeln mit Erleichterungen bei den Schutzmaßnahmen ab, wie sie in verschiedenen Bundesländern möglich ist.

Im Folgenden nimmt der Sozialverband VdK Deutschland zu ausgewählten Punkten Stellung.

2. Zu den Regelungen im Einzelnen

2.1. Vereinfachter Zugang zur sozialen Sicherung aus Anlass der COVID-19-Pandemie; Verordnungsermächtigung (§ 67 SGB II; § 141 SGB XII; § 88a BVG)

Der vereinfachte Zugang zur Grundsicherung für Arbeitssuchende, bei Erwerbsminderung und im Alter sowie die korrespondierenden Regelungen im Bundesversorgungsgesetz werden bis zum 31. März 2022 verlängert. Diese Regelung wäre sonst zum 31. Dezember 2021 ausgelaufen. In diesem Zeitraum gelten vereinfachte Regeln bei der Vermögensprüfung und den Kosten der Unterkunft. Die Bundesregierung wird ermächtigt, den in Absatz 1 genannten Zeitraum durch Rechtsverordnung ohne Zustimmung des Bundesrates längstens bis zum 31. Dezember 2022 zu verlängern.

Bewertung des Sozialverbands VdK

Der VdK begrüßt ausdrücklich die erneute Verlängerung des vereinfachten Zugangs. Wir erleben in unserer Beratungspraxis, dass dadurch hohe Hemmschwellen abgebaut werden. Gerade Ältere haben große Angst davor, dass ihnen ihr kleines Sparbuch weggenommen wird und sie aus ihrer Wohnung ausziehen müssen, wenn sie Grundsicherung im Alter beantragen.

Wenn man hier beruhigen und darauf verweisen kann, dass momentan keine Prüfung stattfindet, hilft das sehr. Bei dem hohen Prozentsatz von verdeckter Altersarmut muss es politische Aufgabe sein, den Anspruchsberechtigten den Zugang zur Grundsicherung im Alter zu vereinfachen. Deswegen begrüßen wir sehr die Perspektive dies zu verstetigen in der Gesetzesbegründung.

Aus unserer Rechtsberatung sind uns leider einige Kommunen bekannt, die auch bei Neufällen während der Pandemie Kostensenkungsverfahren durchführen. Bei einer Bewilligung seit März 2021 darf die ersten sechs Monate keine Aufforderung zur Mietabsenkung ergehen. Wenn der Bewilligungsbescheid aber mehr als zwölf Monate umfasst – was für die Lebensplanung wünschenswert ist – kann nach sechs Monaten ein Kostensenkungsverfahren eingeleitet werden. Der VdK fordert daher eine Klarstellung, dass bis Ende März 2022 keine Kostensenkungsverfahren eingeleitet werden. Dazu sollte die 6-Monats-Frist in den jeweiligen Absätzen 2 und 3 in § 67 SGB II, § 141 SGB XII und §88a BVG gestrichen werden. Die Pandemie dauert inzwischen über sechs Monate an.

2.2. Übergangsregelung zum Entschädigungsanspruch für Eltern bei Lohnausfall (§ 56 Abs. 1a IfSchG)

Während der Corona-Pandemie haben erwerbstätige Eltern einen Anspruch auf eine finanzielle Entschädigung, wenn sie ihre Kinder selbst betreuen müssen und dadurch einen Lohnausfall haben. Dies ist zum Beispiel dann der Fall, wenn sich das Kind aufgrund eines

Corona-Falls in der Schulklasse in Quarantäne befindet und die Schule nicht betreten darf. Voraussetzung für den Entschädigungsanspruch ist, dass das Kind das zwölfte Lebensjahr noch nicht vollendet hat oder eine Behinderung aufweist und dadurch hilfebedürftig ist. Es darf außerdem keine andere „zumutbare“ Betreuungsmöglichkeit vorhanden sein.

Unter den genannten Voraussetzungen kann ein Elternteil bis zu zehn Wochen pro Jahr (bei Alleinerziehenden bis zu 20 Wochen pro Jahr) eine Entschädigung erhalten. Die Entschädigung beträgt 67 Prozent des Verdienstaufschlags, maximal 2.016 Euro im Monat.

Derzeit würde der Entschädigungsanspruch der Eltern mit dem Wegfall des Vorliegens einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite wegfallen. Der Gesetzentwurf sieht eine Verlängerung des Anspruchs der Eltern bis zum 19. März 2022 vor. Der Anspruch besteht dadurch bis zu diesem Zeitpunkt nun unabhängig vom Vorliegen einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite.

Bewertung des Sozialverbands VdK

Der VdK begrüßt prinzipiell die Verlängerung des Entschädigungsanspruchs für erwerbstätige Eltern bei Lohnausfall. Allerdings ist der Entschädigungsanspruch nach Ansicht des VdK nicht geeignet, um Eltern während der Corona-Pandemie wirkungsvoll zu unterstützen.

Der Entschädigungsanspruch wird von den meisten Eltern nicht genutzt. Dies zeigen die tatsächlichen Zahlen der Inanspruchnahme, welche die Süddeutsche Zeitung Anfang des Jahres bei den Bundesländern erfragt hat.¹ Die Antragsquote variiert in den Bundesländern von unter einem Prozent bis etwas über fünf Prozent. Überraschen tut dies nicht. Die Leistung ist mit 67 Prozent Lohnersatz sehr gering, sie ist zeitlich befristet und die Hürden zur Inanspruchnahme sind recht hoch.

Auch wenn das erweiterte Kinderkrankengeld nicht die passende Leistung für Eltern während der Corona-Pandemie ist, muss dennoch festgestellt werden, dass diese Leistung zumindest mehr Eltern erreicht als der Entschädigungsanspruch. Daher spricht sich der VdK dafür aus, das Kinderkrankengeld für die Zeit der Corona-Pandemie weiter auszubauen und vollständig aus Steuermitteln zu finanzieren. Nachteil beim Kinderkrankengeld ist, dass dieses nur gesetzlich versicherten Eltern zur Verfügung steht. Allerdings haben auch privat versicherte Eltern Betreuungsprobleme aufgrund der Corona-Pandemie und müssen daher durch eine passende Leistung unterstützt werden (siehe Punkt 2.3.).

Darüber hinaus muss allgemein die Situation von Eltern mit chronisch kranken Kindern stärker berücksichtigt werden. Die Corona-Pandemie stellt für diese Eltern eine besondere Herausforderung dar. Sie müssen nicht nur Familie und Beruf unter einen Hut bekommen, sondern darüber hinaus insbesondere die Gesundheit ihrer Kinder im Blick behalten. Besondere Schutzkonzepte für Kinder mit chronischen Erkrankungen, welche in den Kitas und Schulen zur Anwendung kommen müssen, fehlen in der Regel. Für Eltern mit chronisch kranken Kindern ist die Frage nicht leicht, ob sie ihre Kinder überhaupt in die Schule geben können. Denn die Erkrankung am Corona-Virus kann für ihre Kinder eine lebensbedrohliche Gefahr

¹ Roßbach, H. (2021): Ladenhüter Elternentschädigung. Süddeutsche Zeitung, 16.02.2021.

darstellen. Für diese Eltern bedarf es einer passenden finanziellen Hilfe, damit sie ihre Kinder bei Bedarf zuhause betreuen können.

Zusätzlich muss vermieden werden, dass sich Kinder in der Schule gegenseitig anstecken. Besonders Kinder mit Behinderung oder chronischer Erkrankung sind zu schützen. Hierfür bedarf es geeigneter und diskriminierungsfreier Hygiene-Konzepte.

2.3. Verlängerung der Sonderregelungen zum Kinderkrankengeld (§ 45 Abs. 2a und 2b SGB V)

Eltern mit Anspruch auf Kinderkrankengeld haben 2021 aufgrund der Corona-Pandemie einen verlängerten Anspruch auf Kinderkrankengeld. Pro Kind stehen jedem Elternteil 30 Tage Kinderkrankengeld zu (statt davor zehn Tage). Alleinerziehende können für ein Kind 60 Tage Kinderkrankengeld erhalten (statt davor 20 Tage). Als Voraussetzung für das Kinderkrankengeld zählt 2021 nicht nur, wenn das Kind erkrankt ist. Stattdessen können Eltern auch Kinderkrankengeld beziehen, wenn das Kind aufgrund der Corona-Pandemie keine Betreuungseinrichtung besuchen kann.

Der vorliegende Gesetzentwurf sieht vor, dass Eltern auch im Jahr 2022 dieser verlängerte Kinderkrankengeld-Anspruch zustehen soll. Im Gesetzentwurf steht allerdings, dass der Anspruch nur bis zum 19. März 2022 auch in den Fällen besteht, in denen das Kind pandemiebedingt keine Betreuungseinrichtung besuchen kann. Dies würde bedeuten, dass Eltern nach diesem Datum eine Erkrankung ihres Kindes nachweisen müssten, um auf den verlängerten Anspruch auf Kinderkrankengeld zugreifen zu können.

Bewertung des Sozialverbands VdK

Der VdK begrüßt die Verlängerung der Sonderregelungen zum Kinderkrankengeld. Die Erfahrung hat gezeigt, dass das verlängerte Kinderkrankengeld deutlich besser bei den Eltern ankommt als der Entschädigungsanspruch. Der Vorteil des Kinderkrankengeldes ist, dass diese Leistung den Eltern und Arbeitgebern bekannt ist und daher unkomplizierter in Anspruch genommen werden kann. Da das Kinderkrankengeld für den Fall einer Erkrankung des Kindes gedacht ist und nicht für das Lösen von Betreuungsproblemen aufgrund von Schulschließungen und Quarantäne-Maßnahmen, ist es wichtig, dass die Leistung steuerfinanziert wird. Die Betreuung von Kindern ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe und muss daher finanziell durch die Allgemeinheit getragen werden.

Laut des Gesetzentwurfs soll der Anspruch auf Kinderkrankengeld bei pandemiebedingter häuslicher Betreuung nur bis zum 19. März 2022 bestehen. Der VdK geht davon aus, dass es sich hierbei um einen redaktionellen Fehler handelt. Schließlich wird das Corona-Virus nicht bis zu diesem Zeitpunkt verschwunden sein, sodass es auch nach diesem Datum immer wieder zum Erfordernis der häuslichen Betreuung kommen wird. Wie auch derzeit in § 45 Abs. 2a Satz 3 SGB V geregelt, muss hier „*Kalenderjahr 2022*“ stehen und nicht „*19. März 2022*“.

Der VdK kritisiert die starre Altersgrenze von zwölf Jahren. Es muss die Möglichkeit geben, dass gerade förderungsbedürftige Kinder, denen beispielsweise eine Lernerschwernis, eine

psychische Erkrankung etc. bescheinigt wurde, auch über das zwölfte Lebensjahr hinaus auf eine Betreuung durch die Eltern vertrauen können.

Elternteile, die privat versichert sind, profitieren nicht von der Verlängerung der Kinderkrankengeldregelung. Bei ihnen besteht nur ein Anspruch auf unbezahlte Freistellung. Der private Krankenversicherungsschutz umfasst in der Regel keine Leistungen des Kinderkrankengeldes. Der VdK erneuert seine Kritik an dem dualen Versicherungssystem von privater und gesetzlicher Krankenversicherung. Diese Ungleichbehandlung muss ein Ende haben. Um die privat Versicherten nicht länger zu benachteiligen, müssen alle in die gesetzliche Krankenversicherung überführt werden.

2.4. Verlängerung der vereinfachten Vermögensprüfung im Kinderzuschlag (§ 20 Abs. 6a Bundeskindergeldgesetz)

Familien mit geringen Einkommen können Anspruch auf Kinderzuschlag haben. Der Kinderzuschlag soll vermeiden, dass Eltern wegen ihrer Kinder in den Grundsicherungsbezug rutschen. Vor der Bewilligung der Leistung werden das Einkommen und das Vermögen der Eltern geprüft. Zur Unterstützung von Familien während der Corona-Pandemie wurde für das Jahr 2021 die Vermögensprüfung gelockert. Eltern müssen keine Angaben zu ihrem Vermögen mehr machen, wenn ihr Bewilligungszeitraum zwischen Oktober 2020 und Dezember 2021 beginnt. Die erleichterte Prüfung gilt für den Fall, wenn es sich um kein „erhebliches“ Vermögen handelt. Die Sonderregelung gilt bis Ende 2021.

Der Gesetzentwurf sieht eine Verlängerung der gelockerten Vermögensprüfung im Kinderzuschlag bis zum 31. März 2022 vor.

Bewertung des Sozialverbands VdK

Der VdK begrüßt prinzipiell die Verlängerung der gelockerten Vermögensprüfung im Kinderzuschlag.

Grundsätzlich möchte der VdK jedoch darauf hinweisen, dass das bisherige System der Familienförderung es bisher trotz vieler Erleichterungen nicht geschafft hat, Kinderarmut einen Riegel vorzuschieben. Viel zu viele Kinder sind von Armut betroffen oder bedroht. Daran ändert auch die kleine Lockerung bei der Vermögensprüfung im Kinderzuschlag nichts.

Der VdK spricht sich für einen Systemwechsel in der Familienförderung aus: Anstatt Familien eine Vielzahl an bürokratischen Leistungen anzubieten, braucht es eine effektive Leistung aus einer Hand. Der VdK setzt sich für die Einführung einer Kindergrundsicherung ein und begrüßt, dass solch eine Kindergrundsicherung Teil des aktuellen Sondierungspapiers ist.

Wichtig ist dem VdK dabei jedoch, dass die Kindergrundsicherung auch tatsächlich das soziokulturelle Existenzminimum von Kindern absichert. Nur dann hat die Kindergrundsicherung auch ihren Namen verdient.

Für die Festlegung des soziokulturellen Existenzminimums ist eine wissenschaftlich fundierte, transparente und bedarfsgerechte Neuberechnung des kindlichen Existenzminimums notwendig. Bei der Berechnung müssen Daten aus der gesellschaftlichen Mitte herangezogen werden, da die Berechnungsgrundlage für das Existenzminimum nicht Armut und Mangel sein

darf. Jedes Kind muss die gleichen Chancen auf ein gutes Aufwachsen haben. Das Existenzminimum muss auch den Bedarf für Bildung und Teilhabe einschließen, der pauschalisiert werden kann.

2.5. Verlängerung der Flexibilisierungen der Pflege- und Familienpflegezeit (§ 9 PflegeZG, §§ 3 und 16 FPfZG)

Aus Anlass der Corona-Pandemie wurden 2020 einige Regelungen zur Pflege- und Familienpflegezeit flexibilisiert. Seit Mai 2020 haben pflegende Angehörige die Möglichkeit, während einer kurzzeitigen Arbeitsverhinderung ein von zehn auf 20 Arbeitstage verlängertes Pflegeunterstützungsgeld zu erhalten. Voraussetzung ist, dass eine pandemiebedingte akute Pflegesituation besteht, die bewältigt werden muss.

Pflegende Angehörige können seitdem außerdem mit Zustimmung des Arbeitgebers kurzfristig Restzeiten der Pflege- und Familienpflegezeit in Anspruch nehmen, wenn sie diese Auszeiten bisher nicht ausgeschöpft haben. Insgesamt dürfen die Freistellungen 24 Monate nicht überschreiten. Statt acht Wochen beträgt die Ankündigungsfrist gegenüber dem Arbeitgeber bei der Familienpflegezeit seither zehn Tage. Die Mindestarbeitszeit bei der Familienpflegezeit von 15 Stunden pro Woche darf unterschritten werden. Des Weiteren müssen die Pflegezeit und die Familienpflegezeit nicht mehr unmittelbar aufeinander folgen. Das zinslose Darlehen, welches pflegende Angehörige während der Pflege- und Familienpflegezeit erhalten können, wurde angepasst. Monate mit pandemiebedingten Einkommensausfällen können bei der Berechnung der Darlehenshöhe auf Antrag nicht berücksichtigt werden. Zusätzlich wurde die Grundlage für die Berechnung der Darlehen nach dem Familienpflegezeitgesetz erneuert.

Die 2020 erfolgten Flexibilisierungen der Pflege- und der Familienpflegezeit sind derzeit bis zum 31. Dezember 2021 befristet. Mit dem vorliegenden Gesetzentwurf sollen sie bis zum 31. März 2022 verlängert werden. Die bestehenden Regelungen werden allerdings auch mit dem vorliegenden Gesetzentwurf nicht weiter ausgebaut.

Bewertung des Sozialverbands VdK

Der VdK begrüßt prinzipiell die Verlängerung der Flexibilisierungen der Pflege- und Familienpflegezeit, insbesondere die Verlängerung des Pflegeunterstützungsgeldes. Der VdK kritisiert aber die damit fortgeführte mangelhafte Unterstützung pflegender Angehöriger und die damit einhergehende geringe Wertschätzung häuslicher Pflege.

Während Eltern seit 2020 unter bestimmten Voraussetzungen einen Anspruch auf Entschädigung bei Lohnausfall haben und seit Anfang 2021 von einem verlängerten Kinderkrankengeld profitieren, stehen pflegenden Angehörigen nur ein auf 20 Arbeitstage befristetes Pflegeunterstützungsgeld und ein zinsloses Darlehen zur Verfügung. Das bisherige zinslose Darlehen wird allerdings kaum in Anspruch genommen und verfehlt daher seinen Zweck. Dies wird auch im vorliegenden Gesetzentwurf deutlich, indem dort lediglich ein „geringer fünfstelliger Betrag“ als Kostenumfang durch die Inanspruchnahme des Darlehens erwartet wird.

Die bisherige Pflegezeit und die Familienpflegezeit sind nicht ausreichend. Beide Freistellungen stehen zum Beispiel nur Beschäftigten in Betrieben mit einer bestimmten Betriebsgröße zur Verfügung. Ohne passende Lohnersatzleistung können es sich außerdem die meisten pflegenden Angehörigen nicht leisten, ihre Arbeitszeit zu reduzieren oder die Arbeit zu unterbrechen. Viele pflegende Angehörige geben ihre Erwerbsarbeit wegen der Pflege irgendwann dennoch auf. Hierfür nutzen sie aber nicht die Pflegezeit oder Familienpflegezeit, da diese ihnen kaum Vorteile bringen. Stattdessen nehmen sie notgedrungen fehlendes Einkommen und eine spätere schlechte Rente in Kauf.

Für den VdK ist klar: Pflegende Angehörige müssen endlich besser unterstützt werden. Es braucht eine eigene Lohnersatzleistung für pflegende Angehörige, unabhängig von der Corona-Pandemie. Diese sollte sich nach dem Elterngeld richten. Außerdem brauchen pflegende Angehörige passende Freistellungsansprüche.

2.6. Kostenerstattungsregelungen – Finanzwirkung (§ 150 SGB XI)

Durch die Verlängerung der Kostenerstattungsregelungen nach § 150 SGB XI ergeben sich im ersten Quartal laut Schätzung der Haushaltsausgaben Mehrausgaben in Höhe von 900 Millionen Euro. Der Bund musste schon in diesem Jahr mit einer Milliarde Euro die Pflegeversicherung stützen. Insgesamt belaufen sich nach Schätzungen des GKV-Spitzenverbands die pandemiebedingten Aufwendungen auf fünf Milliarden Euro. Für 2022 fehlen wohl rund zwei Milliarden Euro. Zudem wird sich dieser Betrag aufgrund der Fortführung des § 150 SGB XI um weitere 900 Millionen erhöhen.

Bewertung des Sozialverbands VdK

Der VdK sieht aufgrund der Haushaltslage die Gefahr, dass die Bundesregierung der 20. Legislaturperiode keine weitergehende Reform der Pflegeversicherung mehr ins Auge fasst und die dringend notwendige Dynamisierung der Pflegeleistungen ausbleibt. Die neue Bundesregierung ist deshalb gefordert die Finanzierung der Pflegeversicherung zu stabilisieren und die Einnahmenbasis zu erweitern. Vorschläge wie dies gelingen kann, liegen als Berechnung des SOCIUM Forschungszentrums der Universität Bremen und durch viele weitere Gutachten zur so genannten Bürgerversicherung vor.

2.7. Verlängerung des Schutzschirms für zugelassene Pflegeeinrichtungen, Artikel 8 (§ 150 Abs. 2, 4 SGB XI)

Allen zugelassenen Pflegeeinrichtungen ist es weiterhin möglich für ihre Mindereinnahmen, die in Bezug zu einer geminderten Leistungserbringung während der Pandemie stehen, bis Ende März 2022 einen Ausgleich von den Pflegekassen zu erhalten. Das heißt, dass beispielsweise Pflegeeinrichtungen auch für nicht belegte Plätze einen Ausgleich erhalten.

Bewertung des Sozialverbands VdK

Der VdK steht dieser Regelung zunehmend kritisch gegenüber. Nicht zuletzt wird hier mittlerweile unternehmerisches Risiko auf die Gesellschaft verlagert. Zudem erhalten auch die

Einrichtungen einen Ausgleich, die wie jetzt aktuell sich in einem mitverschuldeten Ausbruchsgeschehen befinden. Am Beispiel des Alloheims Senioren-Residenz in Werbellinsee werden auch die Plätze refinanziert, die durch den Tod der insgesamt 16 coronainfizierten Heimbewohner entstanden sind. Für die Gesellschaft und gerade für die Betroffenen ist das schwer nachvollziehbar. Zudem gibt es mittlerweile Regionen, die ebenso eine allgemein erhöhte Sterblichkeit vorweisen aufgrund eines massiven regionalen Pandemiegeschehens. Das hat zur Folge, dass auch der Bedarf und die Nachfrage von Pflegeunterstützung sinken. Dieser Umstand wird auch noch lange nachwirken. Es stellt sich die Frage wie lange die Bundesregierung hier weiter subventionieren will oder ob es jetzt nicht an der Zeit ist den Pflegerettungsschirm langsam abzusenken, um die Angebote an eine wirtschaftliche Führung des Unternehmens wieder heranzuführen. Deshalb ist es nach Ansicht des VdK notwendig, dass im Weiteren die Erstattungsbeträge an die behördlichen Auflagen und Maßnahmen sowie landesrechtlichen Regelungen gebunden werden, die zur Verhinderung und zur Verbreitung des Coronavirus dienen. Eine Prüfung der Erstattung ist maßgeblich.

2.8. Weitere Aussetzung der Mindesteinkommensgrenze für Versicherte nach dem Künstlersozialversicherungsgesetz (§ 3 Abs. 3 KSVG)

Die jährliche Mindesteinkommensgrenze von 3.900 Euro jährlich nach dem Künstlersozialversicherungsgesetz wird auch für das Jahr 2022 ausgesetzt. Damit soll verhindert werden, dass Künstler den besonderen Versicherungsschutz wegen zu geringer Einnahmen verlieren.

Bewertung des Sozialverbands VdK

Der VdK begrüßt auch die Verlängerung dieser Corona-Sonderregelung. Auch wenn Konzerte und andere künstlerische Veranstaltungen ab dem Frühjahr 2021 wieder begonnen haben, ist der Umfang längst noch nicht der gleiche wie vor der Corona-Krise. Durch Hygienekonzepte und besondere Zugangsregeln sind auch die Zuschauerzahlen geringer, was weniger Verdienstmöglichkeiten für die Künstler nach sich zieht. Daher sollte der besondere Versicherungsschutz der Künstlersozialkasse auch bei Unterschreiten des Mindesteinkommens nicht verloren gehen.

Aus dem gleichen Grund fordert der VdK, auch die Sonderregelung in Bezug auf den Zuverdienst aus einer nichtkünstlerischen Tätigkeit bis zum 31. Dezember 2022 zu erweitern. Diese Regelung in § 53 Künstlerversicherungsgesetz erlaubt einen Hinzuverdienst von bis zu 1.300 Euro im Monat, ohne aus der Versicherungspflicht zu fallen. Diese Regelung ist bis zum 31. Dezember 2021 begrenzt. Da aber die Verdienstmöglichkeiten aus künstlerischen Tätigkeiten nach wie vor beschränkt sind, die Versicherten oft auf ihren Lebensunterhalt aus nichtkünstlerischen Tätigkeiten angewiesen sind und ein normaler Verdienst zeitlich nicht klar in Sicht ist, sollte diese Regelung ebenso für das gesamte Jahr 2022 verlängert werden.

Der VdK erneuert ebenso seine frühere Forderung, auch die Grenze von 1.300 Euro im Monat anzuheben. Ein guter Lebensunterhalt ist damit kaum zu bestreiten, wenn etwa die künstlerischen Verdienstmöglichkeiten ganz wegfallen.

3. Fehlende Regelungen

3.1. Einheitliche Regelungen für die Auffrischungsimpfung

Der VdK fordert den Bundestag und die Bundesländer auf, einheitliche Regelungen für die Auffrischungsimpfung aufzustellen. Bisher gibt es sehr uneinheitliche Regelungen. Die Coronavirus-Impfverordnung kennt in § 2 keine besonderen Voraussetzungen für diese Impfung. Darüber entscheidet laut BMG der impfende Arzt. Die Ständige Impfkommission hat in der Folge Empfehlungen als Anhaltspunkt für Ärzte veröffentlicht, welche Menschen die Auffrischungsimpfung erhalten sollen. Die Gesundheitsminister von Bund und Ländern wiederum haben andere Empfehlungen veröffentlicht. Diese weichen zum Beispiel beim Alter der zu impfenden Menschen ab. In manchen Bundesländern wie Sachsen und Thüringen gibt es gar keine Einschränkung für die Impfung.

All dies verwirrt die Menschen, da nun nicht alle gleichermaßen wissen, ob eine Anfrage bei ihrem Hausarzt oder bei der Nummer 116117 lohnt. Insgesamt ist dies ein Beispiel für uneinheitliche Regelungen, die für weniger Akzeptanz in der Bevölkerung sorgen.

Der VdK fordert, hier einheitlich für alle Bundesländer vorzugehen. Gleichzeitig dürfen die Fehler vom Beginn der Impfkampagne nicht wiederholt werden. Die Auffrischungsimpfung ist insbesondere für Menschen mit hohem Alter und Pflegebedürftigkeit notwendig. In den Pflegeeinrichtungen wird oft mit Impfteams geimpft.

Aber die Pflegebedürftigen zu Hause und ihre pflegenden Angehörigen dürfen nicht vergessen werden. Die Terminvergabe darf nicht nur online möglich sein, da nicht nur ältere Menschen damit überfordert sein können. Wenn die Vergabe erneut über die Nummer 116117 läuft, müssen die dahintergeschalteten Call Center mit ausreichend Personal besetzt sein, um die Anrufe auch zeitgerecht entgegenzunehmen. Lange Wartezeiten oder unzählige Versuche zum Durchkommen bei den Hotlines wie zu Beginn der Impfkampagne darf es nicht erneut geben.

Ebenso muss es Transportangebote für Menschen mit eingeschränkter Mobilität oder hohem Ansteckungsrisiko geben. Der Transport muss dabei kostenfrei sein, weil ansonsten für Menschen mit kleinen Einkommen erneut eine Hürde aufgestellt wird.

Letztlich regt der VdK dringend eine zugehende Information und auch ein zugehendes Impfangebot für Menschen zu Hause an. Der Aufruf an die Hausärzte, ihre Patientinnen und Patienten anzuschreiben, geht in die richtige Richtung. Natürlich darf es hier auch keine Überforderung der Hausarztpraxen geben. Ein Filtern der Datensätze der Ärzte, um die richtigen Patienten zu finden, und eine Anschreibeaktion dürften mit viel Aufwand und einigen Kosten verbunden sein. Außerdem darf nicht unberücksichtigt bleiben, dass sich viele ältere Menschen zu Beginn der Impfkampagne in den Impfzentren impfen lassen mussten, da die Hausärzte das noch gar nicht konnten.

Der VdK regt hier breit angelegte Informationskampagnen für die betroffenen Bevölkerungsteile an sowie das Aufsuchen von Pflegebedürftigen zu Hause. Auch Impfangebote in kommunalen Einrichtungen für Seniorinnen und Senioren sind eine Möglichkeit. Der VdK spricht sich zudem dafür aus, dass das Impfangebot aus den Modellprojekten der Apotheken

in die Fläche ausgerollt wird. Zudem ist gerade für Pflegebedürftige, die in der eigenen Häuslichkeit gepflegt werden, eine Impfmöglichkeit durch spezielle Pflegekräfte vorzusehen. Es ist Zeit, dass die Pflegefachpersonen in der besonderen Pandemiesituation von der Möglichkeit zur Übertragung ärztlicher Tätigkeiten Gebrauch machen können. Es ist ein Anreiz auf Bundesebene zu setzen, damit mobile Impfteams nicht nur in Pflegeeinrichtungen eingesetzt werden, sondern auch Hausbesuche durchführen. Für viele Pflegebedürftige ist nämlich der Arztbesuch eine absolute Herausforderung und eine zusätzliche Belastung gerade bei Menschen mit einer kognitiven Einschränkung. Deshalb müssen hier wesentlich niedrigschwelligere Angebote geschaffen werden und die zu Hause gepflegten Menschen dürfen nicht wieder vergessen werden.

Insgesamt empfiehlt der VdK dringend, hier das Verfahren bundeseinheitlich anzuwenden, das sich in der Impfkampagne am besten bewährt hat. Die Erfahrungen dazu liegen in den Bundesländern vor.

3.2. Verlängerung der Sonderregelung für zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel (§ 40 SGB XI)

Der VdK mahnt dringend die Verlängerung der erhöhten Pflegehilfsmittelpauschale von 60 Euro über den 31. Dezember 2021 hinaus an.

Mit der „Covid-19-Versorgungsstrukturen-Schutzverordnung“ wurde rückwirkend zum 1. April 2020 die Hilfsmittelpauschale entsprechend der gestiegenen Kosten der zum Verbrauch bestimmten Pflegehilfsmittel von 40 auf 60 Euro erhöht. Mit dem Gesetz zur Fortgeltung der die epidemischen Lage von nationaler Tragweite betreffenden Regelungen wurde dies bis zum 31. Dezember 2021 fortgeführt. Die Verlängerung dieser Maßnahme wurde aber direkt durch eine Änderung im § 40 Abs. 2 SGB XI vorgenommen und wird nicht unter dem § 150 SGB XI subsummiert.

Der VdK weist eindringlich darauf hin, dass in der häuslichen Pflege weiterhin ein erhöhter Bedarf an zum Verbrauch bestimmten Pflegehilfsmitteln besteht, damit der Schutz der pflegebedürftigen Personen der Hochrisikogruppe gewährleistet werden kann. Nachweislich sind die Kosten von zum Verbrauch bestimmten Hilfsmitteln – wie Schutzkleidung, Einmalhandschuhe, Desinfektionsmittel, Mundschutz – nicht auf das Niveau der Vor-Pandemie gesunken. Zudem ist davon auszugehen, dass auch nach der Erklärung des Deutschen Bundestags zum Ende der epidemischen Lage von nationaler Tragweite weiterhin die Notwendigkeit bestehen wird, diese Regelung beizubehalten, und der VdK fordert eine weitere Fristverlängerung bis Ende Juni 2022.

Zudem weist der VdK darauf hin, dass der Betrag von 40 Euro der Pflegehilfsmittelpauschale seit Inkrafttreten des ersten Pflegestärkungsgesetzes im Jahr 2015 nicht erhöht wurde. Legt man den von der Bundesregierung im Bericht über die Dynamisierung der Leistungen der Pflegeversicherung (BT. Drs. 19/25283) berechneten fünfprozentigen Wertverlust für die Jahre 2017 bis 2019 an – und orientiert man sich für die fehlenden Jahre 2016 (0,5 %) und 2020 (0,5 %) an der Inflationsrate durch den Verbraucherpreisindex, dann fehlen bis dato nominal bereits 2,40 Euro. Eine regelhafte Dynamisierung ist hier dringend notwendig.

Stellungnahme

Änderung des Infektionsschutzgesetzes

Bundesgeschäftsstelle
Abteilung Sozialpolitik

Bei Rückfragen:

Tel. 030 726222-0

Fax 030 726222-328

sozialpolitik@sovd.de

Gesetzentwurf der Fraktionen SPD, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und FDP

Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des Infektionsschutzgesetzes und weiterer Gesetze anlässlich der Aufhebung der Feststellung der epidemischen Lage von nationaler Tragweite

(IfSG-ÄnderG)

Bundestag-Drucksache 20/15

1 Zusammenfassung des Gesetzesentwurfs

Der Deutsche Bundestag hat am 25. März 2020 nach § 5 Absatz 1 Satz 1 des Infektionsschutzgesetzes (IfSG) eine epidemische Lage von nationaler Tragweite festgestellt (BT-PIPr 19/154, S. 19169C) und zuletzt am 25. August 2021 (BGBl. I S. 4072) das Fortbestehen beschlossen. Die Feststellung der epidemischen Lage von nationaler Tragweite gilt aufgrund von § 5 Absatz 1 Satz 3 IfSG mit Ablauf des 25. November 2021 als aufgehoben, sofern der Deutsche Bundestag bis dahin keinen Beschluss über die Fortgeltung der epidemischen Lage von nationaler Tragweite trifft.

Der Gesetzentwurf sieht als zentrale Änderung eine Neuregelung der Folgeregelungen des Infektionsschutzgesetzes anlässlich der drohenden Aufhebung der Feststellung der epidemischen Lage von nationaler Tragweite mit Ablauf des 25. November 2021 vor. Es werde bei der weiteren Bekämpfung der andauernden Pandemie erwartet, so der Entwurf, dass anlässlich der Aufhebung der Feststellung der epidemischen Lage von nationaler Tragweite künftig präventive Maßnahmen mit geringeren Eingriffstiefe im Vergleich zum bisherigen Katalog des § 28a Absatz 1 IfSG erforderlich sind. Eine Entscheidung durch die

Landesparlamente sei angesichts der geringeren Eingriffstiefe der zukünftig erforderlichen präventiven Maßnahmen im Vergleich zum bisherigen Katalog des § 28a Absatz 1 IfSG nicht mehr geboten. Stattdessen ist ein neuer bundeseinheitlich anwendbarer Katalog mit ausgewählten Schutzmaßnahmen vorgesehen, der unabhängig vom Sonderrecht der epidemischen Lage von nationaler Tragweite künftig dem Bedarf an schnellen Reaktionsmöglichkeiten besser Rechnung tragen soll.

Flankiert werden die zentralen Änderungen im Infektionsschutzgesetz von weiteren Gesetzänderungen mit Schutzmaßnahmen zur Pandemiebekämpfung und finanzielle Hilfen in diversen Lebensbereichen auch für das Jahr 2022.

2 Gesamtbewertung

Für den Sozialverband Deutschland steht der Schutz besonders vulnerabler Menschen sowie die nachhaltige Überwindung der Pandemie bei der Bewertung des vorgelegten Gesetzentwurfes an oberster Stelle.

Anlässlich kontinuierlich steigender Infektionszahlen, der sich zuspitzenden Situation auf den Intensivstationen und nur schleppend anlaufender Drittimpfungen (so genannte Booster-Impfungen) geht von der zentral vorgesehenen Änderung des Infektionsschutzgesetzes und von dem Gesetzentwurf insgesamt ein falsches Signal aus. Zum jetzigen Zeitpunkt ist die Entscheidung, den vorliegenden Gesetzentwurf auf den Weg zu bringen, der anlässlich der drohenden Aufhebung der Feststellung der epidemischen Lage von nationaler Tragweite mit Ablauf des 25. November 2021 zur weiteren Bewältigung der Pandemie Folgeregelungen mit geringerer Eingriffstiefe einführen soll, für den Sozialverband Deutschland vollkommen unverständlich.

Zwar sollen bundesweit einheitliche Folgeregelungen auf den Weg gebracht werden, die je nach Entwicklung der aktuellen Lage erforderliche Schutzmaßnahmen zeitnah ermöglichen sollen, was grundsätzlich begrüßenswert ist. Auch sind viele der finanziellen Entlastungs- und Unterstützungsleistungen sowie die erleichterten Leistungszugänge grundsätzlich wichtig und richtig. Angesichts der sich zuspitzenden Lage ist dies jedoch kaum der rechte Zeitpunkt, um über Folgeregelungen nachzudenken.

Gerade die wirkungsvollsten und tiefgreifendsten Schutzmaßnahmen knüpfen an die Feststellung einer epidemischen Lage an. Im Laufe der COVID-19-Pandemie hat der Gesetzgeber zahlreiche Regelungen getroffen, um das Ergreifen von Schutzmaßnahmen zur Pandemiebekämpfung zu ermöglichen und um finanzielle Folgen der Pandemie abzumildern, wie die besonderen Schutzmaßnahmen zur Verhinderung der Verbreitung der Coronavirus-Krankheit-2019 (COVID-19) nach § 28a Absatz 1 IfSG. Diese besonderen Schutzmaßnahmen können bislang nach der aktuellen Fassung des § 28 a Absatz 7 Satz 1 IfSG auch nach dem Ende einer durch den Deutschen Bundestag festgestellten

epidemischen Lage von nationaler Tragweite vorübergehend angewendet werden, soweit und solange die konkrete Gefahr der epidemischen Ausbreitung der Coronavirus-Krankheit-2019 in einem Land besteht und das Landesparlament die Anwendbarkeit der Absätze 1 bis 6 des § 28a IfSG für das Land feststellt. Mit der geplanten Neuregelung des § 28a Absatz 7 IfSG fällt diese umfassende Maßnahmenmöglichkeit weg. Läuft die Feststellung einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite mit Ablauf des 25. November 2021 aus, wird es den Ländern mit dieser Änderung des § 28a Absatz 7 IfSG nicht mehr möglich sein, von dem Gesamtkatalog Gebrauch zu machen. Bundeseinheitlich steht dann nur noch ein Katalog mit ausgewählten Schutzmaßnahmen mit geringerer Eingriffstiefe zur Verfügung.

Aus Sicht des SoVD werden in den nächsten Wochen und Monaten Maßnahmen mit geringerer Eingriffstiefe wohl kaum ausreichen. Zur Bewältigung der aktuell prekären und sich täglich weiter zuspitzenden Lage trägt dieser Gesetzentwurf nicht bei. Vielmehr scheint angesichts der aktuellen Lage die Fortsetzung der Feststellung einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite im Kampf gegen die Pandemie angezeigt. Gerade zum Schutz besonders vulnerabler Menschen in unserer Gesellschaft müssen notwendige Schutzmaßnahmen zur Verfügung stehen und alle erforderlichen Anstrengungen unternommen werden. Mehrfach hat der Deutsche Bundestag in der Pandemie seine Handlungsfähigkeit auch bei größter Eilbedürftigkeit erfolgreich bewiesen. Es ist jetzt an der Zeit, dies erneut unter Beweis zu stellen.

Berlin, 12. November 2021

DER BUNDESVORSTAND
Abteilung Sozialpolitik

**Schriftliche Stellungnahme zur Sachverständigenanhörung
im Hauptausschuss des Deutschen Bundestages
am 15. November 2021**

Gesetzentwurf der Fraktionen SPD, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und FDP: Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des Infektionsschutzgesetzes und weiterer Gesetze anlässlich der Aufhebung der Feststellung der epidemischen Lage von nationaler Tragweite, BT-Drucksache 20/15.

Gesetzentwurf der Fraktion der CDU/CSU: Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung des Schutzes vor Impfpassfälschungen, BT-Drucksache 20/27.

I. Einleitung

Die Auffassung des LG Osnabrück,¹ das eine Strafbarkeit bei Vorlage eines gefälschten Impfpasses in einer Apotheke verneint hat, zeigt eindrucksvoll die derzeit bestehenden Schwierigkeiten bei der strafrechtlichen Verfolgung von Impfpassfälschungen. Zutreffend nahm nämlich das LG an, dass ein Impfpass zwar ein Gesundheitszeugnis darstellt, dieses jedoch nicht – wie von §§ 277 ff. StGB vorausgesetzt – zur Täuschung einer Behörde oder Versicherungsgesellschaft eingesetzt wird. Aufgrund der bislang ganz überwiegend angenommenen Sperrwirkung der §§ 277 ff. StGB kann kein Rückgriff auf § 267 StGB erfolgen. Auch § 75a Abs. 2 Nr. 1 IfSG greift nicht ein, da Täter nur eine zur Durchführung der Schutzimpfung berechnete Person sein kann.

Angesichts dessen ist das Anliegen beider Entwürfe, solche Fälle künftig von den §§ 267 ff. StGB rechtssicher zu erfassen, zu begrüßen und auch der inhaltlichen Regelungstendenz zuzustimmen. Die folgenden Anmerkungen können sich daher weitgehend auf die Details der Ausgestaltung sowie das Verhältnis der Strafrahmen der betroffenen Vorschriften beschränken.

¹ LG Osnabrück, Beschluss vom 26.10.2021 – 3 Qs 38/21.

II. Die Vorschläge im Einzelnen

Ausgangspunkt der Betrachtung ist, dass §§ 277 ff. StGB nach allgemeiner Ansicht unverständliche Privilegierungen für Fällen enthalten, die ansonsten in der Regel unter § 267 StGB fallen würden² und dort auch angemessen abgeurteilt werden könnten.³

1. Erweiterung des § 275 StGB

Der Gesetzentwurf der Fraktionen SPD, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und FDP sieht die Einbeziehung von Impfausweisen in den Vorbereitungstatbestand durch Einfügung eines § 275 Abs. 1a StGB vor. Dies ist grundsätzlich zu begrüßen. Erfasst werden Impfausweise, in die mindestens eine Impfung eingetragen ist, die aber noch „personalisiert“ werden müssen.⁴ Man könnte insoweit noch die Frage stellen, ob nicht eine entsprechende Gefährdung darin liegen kann, dass Impfstoff-Chargen-Klebeetiketten gefälscht werden, die dann in bestehende Impfausweise problemlos eingeklebt werden können. Eine gewisse Ungereimtheit liegt freilich noch darin, dass § 275 Abs. 1a StGB bereits die Vorbereitung der Impfpassfälschung unter Strafe stellt, der zeitlich später gelagerte Versuch jedoch im Gesetzentwurf der Fraktionen SPD, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und FDP nur in den Fällen des § 267 StGB, nicht aber in den Fällen der §§ 277 StGB strafbar sein soll, während etwa §§ 271, 348 StGB für andere Fälle eine Versuchsstrafbarkeit vorsehen. Der Gesetzentwurf der Fraktion der CDU/CSU begegnet diesen Bedenken mit einer grundsätzlichen Versuchsstrafbarkeit und pönalisiert damit die gesamte Kette der Fälschungshandlungen von der Vorbereitung über den Versuch bis hin zur Vollendung.

2. Änderungen bei § 277 StGB

§ 277 Abs. 1 StGB ist in den tatbestandlichen Voraussetzungen in beiden Entwürfen entsprechend formuliert.

a) Einaktigkeit und Handeln zur Täuschung im Rechtsverkehr

Zu Recht wird nur noch ein Handeln zur Täuschung im Rechtsverkehr verlangt, um auch eine Vorlage bei Apotheken zu erfassen. Die derzeitige Beschränkung auf Behörden und Versicherungsgesellschaften ist sachlich nicht berechtigt und trägt den Auswirkungen solcher Gesundheitszeugnisse in der Praxis nicht hinreichend Rechnung. Zudem wird der zweiaktige Charakter des Delikts überzeugend beseitigt, so dass es nicht zwingend eines Gebrauchs des Gesundheitszeugnisses bedarf.

² Heine/Schuster, in: Schönke/Schröder Strafgesetzbuch, 30. Auflage 2019, § 277 Rn. 1 m.w.N.

³ Erb, in: Münchener Kommentar zum StGB, 3. Auflage 2019, § 277 Rn. 1.

⁴ BT-Drs. 20/15, S. 33.

b) Sinnvolle Klarstellungen

aa) Es empfiehlt sich, Apotheker neben anderen approbiertem Medizinalpersonen ausdrücklich in den Tatbestand einzubeziehen (so der Gesetzentwurf der Fraktion der CDU/CSU bei § 278 StGB), da Apotheker nicht von allen Kommentierungen des § 277 StGB unter das Medizinalpersonal subsumiert werden. Jedenfalls sollte dies aber in der Gesetzesbegründung klargestellt werden. Denn der Entwurf der Fraktionen SPD, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN nennt dort bislang nur „Hebammen, Krankenpfleger, Physiotherapeutinnen, medizinisch-technische Assistenten, Masseure und medizinische Bademeister“, nicht aber Apotheker,⁵ so dass die Gefahr eines Umkehrschlusses droht.

bb) Die h.M. bezieht zu Recht auch jetzt bereits digitale Gesundheitszeugnisse mit in den Tatbestand ein.⁶ Da dies teilweise jedoch bezweifelt wird,⁷ könnte dies in der Tatbestandsfassung⁸ oder in der Begründung ebenfalls klargestellt werden.⁹

b) Strafraahmen

aa) Der Strafraahmen des Entwurfs der Fraktionen SPD, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und FDP erscheint recht gering, zumal Strafschärfungen dort nicht vorgesehen sind. Der Entwurf reklamiert für sich, dass „eine Privilegierung der Fälschung von Gesundheitszeugnissen gegenüber sonstigen Urkunden nicht angezeigt erscheint“¹⁰ und verschiebt die bisherigen Tatmodalitäten der zweiten und dritten Variante in § 267 StGB mit einem Strafraahmen bis zu fünf Jahren; auch die dort in Abs. 3 vorgesehenen Regelbeispiele für einen besonders schweren Fall gelangen so zur Anwendung (im Gesetzentwurf der Fraktion der CDU/CSU mit speziellem Regelbeispiel für Fälschung der Impfnachweise betreffend übertragbaren Krankheiten). Wenn nunmehr die allein in § 277 StGB belassene Konstellation der bisher ersten Tatvariante nur einem Strafraahmen von nur zwei Jahren unterstellt wird, überzeugt dies wenig, da alle drei Konstellation – wie auch die bisherige Gesetzesfassung belegt – im Unrechtsgehalt gleich zu gewichten sind. Zudem ist dieser Strafraahmen rechtspolitisch kein überzeugendes Signal, um gegen Impfpassfälschungen vorzugehen. Und ebenso wenig würde auch eine Sanktionierung lediglich über § 132a StGB bei Streichung des § 277 StGB überzeugen.¹¹ Hingegen ist – entsprechend dem Gedanken bei § 348 StGB – insoweit zu berücksichtigen, dass bei Gesundheitszeugnissen dem medizinischen

⁵ BT-Drs. 20/15, S. 34.

⁶ Dazu *Erb*, in Münchener Kommentar zum StGB, 3. Auflage 2019, § 277 Rn. 2.

⁷ *Zieschang*, ZIS 2021, 481 (484).

⁸ *Zieschang*, ZIS 2021, 481 (485) mit der Formulierung „Absatz 1 ist ebenfalls anwendbar auf beweiserhebliche Daten, bei deren Wahrnehmung ein unrichtiges Zeugnis über den Gesundheitszustand eines Menschen vorliegen würde.“

⁹ Die Begründung des Gesetzentwurfs der Fraktion der CDU/CSU BT-Drs. 20/15, S. 9, weist darauf jedoch hin.

¹⁰ Explizit BT-Drs. 20/15, S. 34.

¹¹ Dafür *Zieschang*, ZIS 2021, 481 (483 ff.).

Personal besonderes Vertrauen entgegengebracht wird, das dazu führt, dass auch der Echtheit und dem Inhalt des Gesundheitszeugnisses im Rechtsverkehr besonderes Vertrauen entgegengebracht wird.

bb) Da im Zuge der Pandemie gerade das großflächige Fälschen von Impfnachweisen effektiv bekämpft werden sollte, überzeugt es, wenn auch bei § 277 ff. StGB Regelbeispiele für einen besonders schweren Fall normiert werden, namentlich etwa gewerbs- und bandenmäßiges Handeln (Gesetzentwurf der Fraktion der CDU/CSU).

bb) Mit dem recht geringen Strafraumen im Entwurf der Fraktionen SPD, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN sind im Hinblick auf das Verhältnis zu anderen Strafvorschriften zwei weitere Bedenken verbunden. Der Entwurf geht zwar davon aus, dass § 277 StGB keine Sperrwirkung (mehr) gegenüber § 267 StGB entfaltet,¹² freilich ist dies nicht zweifelsfrei, weil § 277 StGB – wie schon bislang – eine spezielle Konstellation regelt. Wie *Zieschang* dargelegt hat, können – etwa wenn die Täuschung über die Arzteigenschaft zugleich zur Täuschung über die Person führt, weil dem tatsächlichen Aussteller die Arzteigenschaft nicht zugeschrieben wird – auch bei der bisherigen ersten Tatvariante schriftliche Lüge und Identitätstäuschung zusammenfallen und daher sowohl § 267 StGB als auch § 277 StGB einschlägig sein.¹³ Die deutliche Privilegierung im Strafraumen des § 277 StGB könnte daher weiterhin für eine Sperrwirkung im Sinne der bisherigen h.M. sprechen, zumal die Sperrwirkung des § 277 StGB gerade auch für Fälle angenommen wird, in denen der Tatbestand des § 277 StGB selbst nicht einschlägig ist.¹⁴

Auch die Annahme, dass mit §§ 74 Abs. 2 und § 75a IfSG Tateinheit anzunehmen sei,¹⁵ überzeugt nicht ganz. Dies mag zwar auf den ersten Blick ein „eleganter“ Weg sein, um Friktionen bei unübersichtlichen Konkurrenzfragen zu vermeiden.¹⁶ Allerdings wird in vielen Fällen der Unrechtsgehalt der Tat bereits von § 267 und §§ 277 ff. StGB vollständig erfasst sein, so dass – entsprechend dem Gesetzentwurf der Fraktion der CDU/CSU die Anordnung formeller Subsidiarität vorzugswürdig erscheint. Diese Regelungen des IfSG sollten auch nicht gestrichen werden, weil diese vor allem bei Tests durch nichtapprobiertes medizinisches Personal Bedeutung erlangen.¹⁷ Da bei §§ 74 Abs. 2 und § 75a IfSG jedoch das Vertrauen in das dort erfasste Personal geringer zu veranschlagen, überzeugt es wenig, dass der Strafraumen demjenigen des § 277 StGB entspricht.

¹² So die bislang h.M. vgl. etwa *Erb*, in: Münchener Kommentar zum StGB, 3. Auflage 2019, § 277 Rn. 9; *Gaede/Krüger*, NJW 2021, 2159 (2163), jew. m.w.N.

¹³ *Zieschang*, ZIS 2021, 481 (483 f.).

¹⁴ Vgl. etwa *Lorenz*, medstra 2021, 210 (212).

¹⁵ BT-Drs. 20/15, S. 35.

¹⁶ Dazu nur *Lorenz*, medstra 2021, 210 (215).

¹⁷ Zutreffend BT-Drs. 20/15, S. 34.

3. Änderungen bei § 278 StGB

Auch hinsichtlich § 278 StGB liegt beiden Entwürfen zunächst eine inhaltlich übereinstimmende Basis zugrunde. Beim Entwurf der Fraktionen SPD, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und FDP stimmt erneut der geringe Strafraum nachdenklich. Insoweit kann auf die Ausführungen bei § 277 StGB verwiesen werden. Der Gesetzentwurf der Fraktion der CDU/CSU bezieht nunmehr zur Klarstellung Apotheker mit ein (s. schon II. 2. a).

Es bietet sich mit dem Entwurf der Fraktionen SPD, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und FDP an, § 278 StGB sprachlich an §§ 277, 279 StGB anzugleichen. Die Streichung der Worte „wider besseres Wissens“ ist gut vertretbar, ganz „redundant“ sind diese Worte – anders als vom Entwurf behauptet¹⁸ – allerdings nicht. Denn bislang war sichere Kenntnis von der Unwahrheit des Zeugnisses erforderlich.¹⁹ Nunmehr soll insoweit nach allgemeinen Grundsätzen – neben dem Handeln zur Täuschung im Rechtsverkehr als überschießende Innentendenz – bereits *dolus eventualis* hinsichtlich der objektiven Tatbestandsmerkmale, d.h. auch hinsichtlich der Unwahrheit des Zeugnisses, genügen. Im Hinblick auf die Regelungen der §§ 267, 277 StGB, die ebenfalls Eventualvorsatz neben dem direkten Täuschungsvorsatz genügen lassen, ist dies jedoch zu befürworten.

4. Änderungen bei § 279 StGB

Es ist erneut überzeugend, dass beide Entwürfe nunmehr auf ein Handeln zur Täuschung im Rechtsverkehr abstellen. Der Strafraumssprung zwischen beiden Entwürfen ist aber eklatant. Der Strafraum im Entwurf der Fraktionen SPD, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und FDP mit einer Höchstfreiheitsstrafe von einem Jahr ist äußerst niedrig angesiedelt. Warum das Gebrauchen eines gefälschten Impfpasses in der Pandemie deutlich geringer bestraft werden soll als die Fälschung einer Quittung über geringwertige Sachen, erschließt sich nur sehr schwer. Dies umso mehr als die Vorbereitung der Tat nach § 275 StGB nach dem Entwurf höher bestraft wird als die Tat selbst. Hält man mit dem Gesetzentwurf der Fraktion der CDU/CSU an Regelbeispielen fest, empfiehlt es sich, dem Rechtsanwender mehr als nur ein Leitbild an die Hand zu geben. Zu denken wäre etwa daran, dass der Täter „einen Menschen in die Gefahr einer Gesundheitsschädigung bringt“.

5. Änderung bei § 281 Abs. 2 StGB

Abgesehen von der Frage des Strafraums ist der im Entwurf der Fraktionen SPD, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und FDP vorgeschlagene Änderung des § 281 Abs. 2 StGB zuzustimmen, da die Verwendung fremder Gesundheitszeugnisse als eigene

¹⁸ BT-Drs. 20/15, S. 35.

¹⁹ *Erb*, in Münchener Kommentar zum StGB, 3. Auflage 2019, § 278 Rn. 6.

ebenso strafwürdig ist. So etwa, wenn mit dem Impfpass einer anderen Person der Zutritt zu einer Vorlesung oder einem Restaurant erschlichen wird, was vor allem im Hinblick auf eine 2G-Regelung Bedeutung erlangen kann.

III. Offenbarungsbefugnis im Hinblick auf § 203 StGB

Ein praktisches Problem könnte dadurch entstehen, dass medizinisches Personal und Apotheker der Schweigepflicht des § 203 StGB unterliegen und sich daher die Frage stellt, inwieweit sie gegenüber (Strafverfolgungs-)Behörden überhaupt den Umstand eines (vermeintlich) gefälschten Impfpasses oder Tests offenlegen dürfen, ohne sich nicht selbst strafbar zumachen.²⁰ Hier lässt sich bei Gefahren für die Allgemeinheit nur in engen Grenzen eine Rechtfertigung kraft § 34 StGB annehmen, deren Anwendungsfeld für Ärzte oder Apotheker im Einzelfall aber kaum vorsehbar ist. Das Strafverfolgungsinteresse bzgl. bereits begangener Delikte rechtfertigt die Verletzung der Schweigepflicht im Ausgangspunkt dagegen gar nicht, sofern es nicht zumindest um schwerwiegendere Delikte geht.²¹ Insoweit wäre zu überlegen, ob nicht entsprechend den Regelungen in § 6 ff. IfSG eine besondere Offenbarungsbefugnis bei Verdacht der Fälschung, die strafrechtlich rechtfertigend wirkt, aufzunehmen ist.²²

IV. Mängel bei den Strafvorschriften des IfSG

Auch wenn es nicht explizit Gegenstand der Anhörung ist, soll darauf hingewiesen werden, dass hinsichtlich der Tatbestände der §§ 74 Abs. 2 und § 75a IfSG grundlegende Mängel geltend gemacht werden; etwa dahingehend, dass es durch die Anknüpfung an § 73 Abs. 1a Nr. 8 IfSG zu Strafbarkeitslücken kommen kann. Entsprechendes soll etwa auch für die Pflicht aus § 22 Abs. 5 S. 1 Nr. 1 IfSG gelten.²³ Es bietet sich insoweit an, nunmehr solche Mängel zu beheben, um ein stimmiges Gesamtkonzept zu erlangen.

IV. Wichtigste Ergebnisse

1. Die Regelungstendenz der Entwürfe, Strafbarkeitslücken bei Impfpassfälschungen zu schließen und überholte Strafvorschriften den Anforderungen der Pandemie anzupassen ist, zu begrüßen.
2. Die Einführung einer Vorfeldstrafbarkeit im Entwurf der Fraktionen SPD,

²⁰ Hierzu: [Apotheker in der Schweigepflicht-Falle: Warum Anzeigen gegen Impfpassbetrüger schwierig sind - nordbayern.de | Nordbayern](https://www.nordbayern.de/impfpass-faelschung-2021-01-14).

²¹ Eisele, in: Schönke/Schröder Strafgesetzbuch, 30. Auflage 2019, § 203 Rn. 57 f. m.w.N.

²² Zum Vorrang der Regelungen im InfSG vor § 34 StGB bei der Frage der Rechtfertigung Eisele, in: Schönke/Schröder Strafgesetzbuch, 30. Auflage 2019, § 203 Rn. 57.

²³ Zu Einzelheiten der Mängel Gaede/Krüger, NJW 2021, 2159; Lorenz, medstra 2021, 210 ff.

BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und FDP in § 275 Abs. 1a StGB ist überzeugend, jedoch ist der Entwurf insoweit inkonsequent, als der Versuch dann nicht pönalisiert wird und zudem der Strafraum für den tatsächlichen Gebrauch des gefälschten Impfpasses in § 279 StGB geringer ist als derjenige für die Vorbereitungshandlung.

3. Bei § 277 StGB sollte klargestellt werden, dass Apotheker und digitale Impfpässe einbezogen sind. Im Übrigen überzeugt die tatbestandliche Ausgestaltung in beiden Entwürfen.

4. Der Strafraum bei §§ 277 bis 279 ist im Entwurf der Fraktionen SPD, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und FDP zu gering, was gerade hinsichtlich der Impfpassfälschung ein rechtspolitisch nicht überzeugendes Signal ist. Dadurch entstehen zudem Friktionen im Hinblick auf § 267 StGB und auf die Regelungen im IfSG. Zudem legt dies erneut eine Sperrwirkung gegenüber § 267 StGB nahe, was die Strafbarkeitslücken weiter vergrößern würde. Zudem entsteht hierdurch ein Strafraumgefälle, da ein Teil der bisher von § 277 StGB erfassten Konstellationen nunmehr von § 267 StGB (mit deutlich höherem Strafraum und den einschlägigen Regelbeispielen) erfasst ist. Weshalb diese Konstellationen nun unterschiedlich behandelt werden sollen, ist nicht ersichtlich. Überzeugend ist es mit Gesetzentwurf der Fraktion der CDU/CSU, Strafschärfungen insb. für gewerbs- und bandenmäßiges Verhalten vorzusehen.

5. Damit die Neuregelungen nicht leerlaufen, ist zu beachten, dass medizinisches Personal und Apotheker der Schweigepflicht des § 203 StGB unterliegen können und es daher sinnvoll sein kann, eine Offenbarungsbefugnis im IfSG aufzunehmen. Hinsichtlich der bestehenden Strafvorschriften im IfSG sollten bestehende Mängel mit dem Gesetzentwurf zu behoben werden.



Stellungnahme zu den Gesetzentwürfen der Fraktionen SPD, B90/Die Grünen und FDP (BT-Drs. 20/15) und der Fraktion der CDU/CSU (BT-Drs. 20/27) für die Anhörung des Hauptausschusses des Deutschen Bundestages am 15.11.2021

I. Vorbemerkung

Der Entwurf der Fraktion der CDU/CSU eines Gesetzes zur Verbesserung des Schutzes vor Impfpassfälschungen (im Folgenden: E-CDU) beschränkt sich inhaltlich auf die Veränderung strafrechtlicher Vorschriften, während der Gesetzentwurf von SPD, B90/Die Grünen und FDP (im Folgenden: E-Koalition) zahlreiche Gesetzesänderungen im Gesamtkomplex des Infektionsschutzes umfasst. In der vorliegenden Stellungnahme äußere ich mich nur zu dem E-CDU und den strafrechtsrelevanten Vorschlägen in Art. 2 des E-Koalition.

II. Terminologische Anmerkung zu beiden Entwürfen

Beide Gesetzentwürfe verwenden für das Objekt strafbaren Verhaltens im Infektionsschutzbereich den Begriff „Gesundheitszeugnis“, so wie er in §§ 277-279 StGB gebraucht wird. Dieser Begriff erfasst problemlos Dokumente über durchgeführte Covid-Tests sowie über die Genesung von einer Covid-Erkrankung. Auf die Bestätigung einer durchgeführten Impfung passt der Begriff nicht ganz, da mit der Feststellung einer Impfung nichts über den Gesundheitszustand des

Geimpften ausgesagt wird. Zwar werden Impfzeugnisse nach h.M. von dem Begriff „Gesundheitszeugnis“ mit erfasst (MK-Erb, § 277 Rn. 2; LK-Zieschang, § 277 Rn. 2). Dennoch wäre zu erwägen, ob nicht der Begriff „Impfzeugnis“ der Klarheit halber in den Tatbeständen ausdrücklich genannt werden sollte.

III. Zum Gesetzentwurf der Fraktionen SPD, B90/Die Grünen und FDP (BT-Drs. 20/15)

Das Anliegen, den strafrechtlichen Schutz vor Manipulation von Impfzeugnissen zu verstärken und sachgerechter als nach der gegenwärtigen Rechtslage zu gestalten, ist rechtspolitisch zu begrüßen, und es wird in dem Entwurf auch in insgesamt plausibler Weise umgesetzt. Meine Bemerkungen beschränken sich daher auf Einzelfragen.

1. Zu § 275 Abs. 1a StGB

Die Herstellung und die Weitergabe von Blanko-Impfausweisen mit Impfbestätigung schaffen die naheliegende Gefahr, dass ungeimpfte Personen ihre Daten eintragen und das Papier dann zur Vortäuschung einer durchgeführten Impfung verwenden. Dadurch können andere Personen in erhöhte Ansteckungsgefahr gebracht werden. Es ist daher sinnvoll und angemessen, schon die Herstellung solcher Dokumente unter Strafe zu stellen.

Zur Formulierung des neuen § 275 Abs. 1a StGB im E-Koalition ist jedoch Folgendes zu bemerken:

a) Die Strafvorschrift soll nach der Entwurfsformulierung nur eingreifen, wenn eine „nicht durchgeführte“ Schutzimpfung in dem Blankett bescheinigt wird. Es kann jedoch in Bezug auf den Schutzzweck nicht darauf ankommen, ob bei irgendjemandem eine Impfung vorgenommen worden ist; das Problem liegt ausschließlich in der Anonymität und damit der beliebigen Übertragbarkeit der Bescheinigung. Die Worte „nicht durchgeführte“ können daher entfallen.

Falls man vermeiden möchte, dass die Vorschrift auch unschädliche Fälle erfasst, in denen nach einer Impfung zunächst die Impfung bestätigt und dann sogleich die persönlichen Daten des Geimpften eingetragen werden, kann man daran denken, das Wort „unbefugt“ bei den Tätigkeitsbeschreibungen einzufügen. Notwendig erscheint mir dies jedoch nicht.

b) Sprachlich passt der Begriff „ergänzt“ in Bezug auf das Impfausweis-Blankett nicht recht, denn es ist dort ja noch nichts vorhanden, das „ergänzt“ werden könnte. Schließlich sollte der heute

kaum noch verständliche altertümliche Begriff des „Feilhaltens“ als Tätigkeitsbeschreibung durch „Anbieten“ ersetzt werden.

c) Daraus ergäbe sich folgende mögliche Formulierung:

„§ 275

Vorbereitung der Fälschung von amtlichen Ausweisen; Vorbereitung der Herstellung von unrichtigen Impfausweisen

b) Nach Absatz 1 wird folgender Absatz 1a eingefügt:

„(1a) Wer die Herstellung eines unrichtigen Impfausweises vorbereitet, indem er [unbefugt] in das Blankett eines Impfausweises eine Schutzimpfung einträgt oder einen mit einer solchen Eintragung versehenen Blankett-Impfausweis sich oder einem anderen verschafft, einem anderen anbietet oder überlässt, ihn verwahrt oder einzuführen oder auszuführen unternimmt, wird mit Freiheitsstrafe bis zu zwei Jahren oder mit Geldstrafe bestraft.“

Zu erwägen wäre, ob eine gleichartige Regelung nicht auch für namenlose Formulare über durchgeführte Tests und über die Genesung von einer Covid-Erkrankung eingeführt werden sollte.

2. Zu § 277 StGB

a) Sehr zu begrüßen ist die Beseitigung des zu engen Adressatenkreises der bisherigen Vorschrift, ebenso die Herausnahme der „echten“ Fälschungsfälle. Deren faktische Privilegierung gegenüber der eigentlich anwendbaren Vorschrift des § 267 StGB entbehrt jeden nachvollziehbaren Begründung (s. LK-Zieschang, § 277 Rn. 13; MK-Erb § 277 Rn. 6; Schönke/Schröder/Heine/Schuster § 277 Rn. 7). Zustimmung verdient der E-Koalition auch insofern, als er parallel zu § 267 StGB schon die Herstellung irregulärer Gesundheitszeugnisse zur Strafbarkeit ausreichen lässt.

b) Hinsichtlich der unbefugt verwendeten Berufsbezeichnungen wäre zu erwägen, auch die Angabe als „Apotheker“ aufzunehmen, wie sie etwa bei elektronisch gespeicherten Impfnachweisen von Bedeutung sein kann.

c) Als subjektives Merkmal sieht der E-Koalition, wie bei § 267 StGB, die Absicht der Täuschung im Rechtsverkehr vor. Der Anwendungsbereich des „Rechtsverkehrs“ wird allgemein weit verstanden. Es dürften davon also auch die praktisch bedeutsamen Fälle der beabsichtigten Nutzung von Impfausweisen erfasst sein, um sich Zutritt zu Gaststätten, Unterhaltungseinrichtungen, Clubs etc. zu verschaffen, auch wenn dies nicht ganz eindeutig ist (s. etwa LK-Erb, § 267 Rn. 207 mwN zur Täuschung über das Alter, um Einlass in eine Discothek zu erhalten).

d) Die Strafdrohung (nur) bis zu einem Jahr Freiheitsstrafe erscheint im Hinblick darauf als angemessen, dass die Vorschrift prinzipiell nur die falsche Behauptung des Ausstellenden inkriminiert, dass er Arzt

oder eine andere approbierte Medizinalperson sei. Insofern ist das Maß des Unrechts ähnlich wie bei dem Titelmisbrauch nach § 132a StGB, wo ebenfalls ein Jahr Freiheitsstrafe als Höchststrafe vorgesehen ist.

e) Für die Strafbarkeit nach § 277 StGB kommt es nicht darauf an, ob die in dem Dokument enthaltene Angabe über das Vorliegen einer Impfung richtig oder falsch ist. Dies kann man damit rechtfertigen, dass selbst bei einer tatsächlich durchgeführten Impfung das Zeugnis durch die Behauptung, ein Arzt habe es ausgestellt, eine zu Unrecht gesteigerte Vertrauenswürdigkeit erhält. Es wäre jedoch zu erwägen, einen qualifizierten Fall vorzusehen, wenn der Täter einen tatsächlich nicht gegebenen Gesundheitszustand bescheinigt. § 278 StGB erfasst diesen Fall nicht, da diese Vorschrift auch nach dem E-Koalition ein Sonderdelikt nur für „echte“ Medizinalpersonen ist. Als Alternative zu einem Qualifikationstatbestand für unrichtige Feststellungen in § 277 StGB könnte man auch erwägen, den Anwendungsbereich von § 278 StGB (eventuell mit höherer Strafdrohung) auch auf den Fall zu erweitern, dass der Täter nur vorgibt, Arzt oder Medizinalperson zu sein.

3. Zu § 278 StGB

Auch bei dieser – insgesamt zustimmungswürdigen – neuen Vorschrift könnte man Apotheker als mögliche Täter aufnehmen.

Bisher wurden von § 278 StGB nur Falschbehauptungen „wider besseres Wissen“ erfasst. Durch die jetzige Formulierung wird demgegenüber an sich auch Handeln mit *dolus eventualis*, also bei fortbestehenden Zweifeln über die Richtigkeit der bescheinigten Angaben, erfasst. In der Entwurfsbegründung wird jedoch mit Recht darauf hingewiesen, dass die notwendige Einschränkung des subjektiven Tatbestandes durch die neu eingefügte Absicht der Täuschung im Rechtsverkehr erfolgt.

4. Zu § 279 StGB

Die Vorschrift erfasst – wie schon nach geltendem Recht - zwei Fälle des Gebrauchmachens: von einem inhaltlich richtigen Zeugnis, das unter falscher Berufsbezeichnung ausgestellt wurde (§ 277 StGB), und von einem inhaltlich falschen Zeugnis, das von einer „echten“ Medizinalperson stammt (§ 278 StGB). Der Unrechtsgehalt des ersten Falles dürfte etwas geringer wiegen als derjenige des zweiten. Da die Strafdrohung des § 279 StGB aber mit einem Maximum von einem Jahr Freiheitsstrafe nicht hoch ist, mag man die darin liegende Einebnung des Unterschiedes beim Gebrauchmachen hinnehmen. Falls der Gesetzgeber den oben gemachten Vorschlag aufgreift, bei § 278 StGB einen qualifizierten Fall für das Handeln bloß scheinbarer

Medizinalpersonen aufzunehmen, sollte allerdings auch die Strafdrohung bei § 279 StGB differenziert ausgestaltet werden.

5. Zu § 281 Abs. 2 StGB

Der Entwurf stellt hier das Gebrauchen oder Überlassen eines für einen anderen ausgestellten Gesundheitszeugnisses zur Täuschung im Rechtsverkehr denselben Handlungen bei Ausweispapieren gleich. Damit erweitert sich der Regelungszweck des § 281 StGB von der bisher allein erfassten (Vorbereitung einer) Identitätstäuschung zur (Vorbereitung einer) abstrakten Gesundheitsgefährdung. Trotz des erheblichen Unterschiedes zwischen diesen beiden *rationes* mag man beide als etwa gleichwertig ansehen, so dass die gleiche Strafdrohung vorgesehen werden kann.

6. Zu § 75a IfSG

Von dem Begriff „Gesundheitszeugnis“ sind auch Zeugnisse über Testungen und über die Feststellung der Genesung von einer Covid-Infektion erfasst. Es können jedoch auch Unregelmäßigkeiten bei der Durchführung von Testungen (etwa die Durchführung durch eine dafür nicht autorisierte Person) und deren Dokumentation vorkommen, die ein Zeugnis darüber entwerten oder ihm einen irreführenden Inhalt geben. Die Einzelheiten der Durchführung und Dokumentation von Testungen und Genesungsnachweisen sollten in § 22 IfSG im Detail geregelt werden. § 75a IfSG sollte dann die unrichtige Durchführung oder Dokumentation dieser Vorgänge unter Strafe stellen.

IV. Zum Gesetzentwurf der CDU/CSU-Fraktion (BT-Drucks. 20/27)

Hinsichtlich der Neu-Formulierung der §§ 277-279 StGB, insbesondere des Ausschlusses der Fälle der eigentlichen Urkundenfälschung sowie der Erweiterung des Adressatenkreises bei §§ 277, 278 StGB, stimmt der E-CDU weitgehend mit dem E-Koalition überein. Die zu diesen Punkten hier geäußerte Zustimmung gilt daher insoweit auch für den E-CDU.

Im Folgenden wird auf diejenigen Punkte eingegangen, in denen sich der E-CDU von dem E-Koalition unterscheidet.

1. Bei **§ 277 StGB** verwendet der E-CDU mehrfach (Überschrift, Abs. 2 Nr. 2 und Nr. 3) den Begriff der „Fälschung“ von Gesundheitszeugnissen. Dies ist nicht korrekt, denn nach der Reduktion des Tatbestandes auf die unrichtige Bezeichnung als Arzt etc. inkriminiert er nur noch eine schriftliche Lüge. Der gleiche verfehlt Ausdruck findet sich auch in § 278 Abs. 3 Nr. 2 E-CDU.

2. Bei **§ 278 StGB Abs. 1 StGB** sieht der E-CDU auch Apotheker als mögliche Täter der Ausstellung eines unrichtigen Gesundheitszeugnisses vor. Dies ist angesichts der Praxis gerade bei Impfnachweisen zu begrüßen. Allerdings wäre es dann konsequent, auch bei § 277 StGB die falsche Angabe des Ausstellers, er sei Apotheker, für strafbar zu erklären.

3. In **§ 278 Abs. 2 StGB** idF des E-CDU wird die Strafbarkeit des Versuchs vorgesehen. Dagegen ist aus systematischer Sicht nicht viel einzuwenden; es dürften jedoch kaum praktische Fälle auftreten, in denen die Tathandlung (Ausstellen des Zeugnisses) im Versuchsstadium steckenbleibt. Dasselbe gilt auch für untaugliche Versuche der Art, dass etwa ein Arzt irrtümlich annimmt, der von ihm richtig wiedergegebene Befund stimme mit der Wirklichkeit nicht überein. Die Versuchsstrafbarkeit erscheint also als verzichtbar.

4. Das hauptsächliche Merkmal des E-CDU ist die zum Teil drastische **Erhöhung der Strafraumen** speziell für die Manipulation von Impfnachweisen betreffend übertragbare Krankheiten. Nach §§ 267 Abs. 3 Nr. 5, 277 Abs. 3 Nr. 3, 278 Abs. 3 Nr. 3 und § 279 Abs. 2 StGB idF des E-CDU sind in (nicht näher charakterisierten) „besonders schweren Fällen“ Freiheitsstrafen bis zu 10 Jahren vorgesehen. Zur Begründung führt der Entwurf (S. 9) z.B. bei § 267 Abs. 3 Nr. 5 StGB an, dass es sich um besonders verwerfliche und in ihren Auswirkungen besonders gefährliche Urkundenfälschungen handle. Außerdem solle es „den Gerichten ermöglicht werden, auf besonders schwerwiegende Fälle angemessen zu reagieren“ (S. 10). Auch wenn man anerkennt, dass die Fälschung oder Manipulation von Impfzeugnissen in der Öffentlichkeit scharf missbilligt wird, vermag der Vorschlag einer so starken Ausdehnung des Strafraumens aus verschiedenen Gründen nicht zu überzeugen:

a) Es fehlt in dem Gesetzesvorschlag bereits an einer nachvollziehbaren Begründung für die Strafmaßerhöhung. Die „besondere Verwerflichkeit“ ist eine unspezifische, bloß wertende Behauptung; dass es den Gerichten ermöglicht werden soll „angemessen zu reagieren“, ist eine zirkuläre Beschreibung der Folge, nicht eines Grundes für die Strafmaßerhöhung; und dass die Auswirkungen der hier inkriminierten Taten „besonders gefährlich“ seien, lässt außer Acht, dass es hinsichtlich möglicher Gesundheitsbeeinträchtigungen durch den Kontakt Ungeimpfter mit ansteckungsgefährdeten Personen um bloße Vorbereitungshandlungen geht, so dass die Gefährlichkeit der Tat abstrakt bleibt.

— b) Bei § 267 Abs. 3 StGB passt die eingefügte Nr. 5 insofern nicht zu den übrigen Regelbeispielen für einen besonders schweren Fall, als bei der neuen Vorschrift nicht die Herbeiführung großer Schäden (wie in Nr. 2) oder eine massive Gefährdung des Rechtsverkehrs (wie in Nr. 1, 3) verlangt wird, sondern schon der einmalige Gebrauch eines verfälschten Impfnachweises zur Annahme eines besonders schweren Falles genügen soll. Im Übrigen stellt sich hier (wie auch bei den übrigen Strafzumessungsvorschriften) die Frage, warum nur Impfnachweise und nicht auch die in ihren Auswirkungen ähnlichen Nachweise einer Genesung oder eines durchgeführten Tests erfasst sind. Für Letztere ist eine Strafbarkeit nur nach dem in der Strafdrohung deutlich mildernden § 75a iVm § 22 Abs. 6 und 7 IfSG vorgesehen.

— c) Bei § 277 StGB liegt das Unrecht der Tathandlung nach dem E-CDU (wie auch nach geltendem Recht) allein darin, dass der Aussteller eines echten und möglicherweise inhaltlich zutreffenden Impfnachweises fälschlich die Bezeichnung als „Arzt“ oder dergleichen für sich in Anspruch nimmt. Dass hier schon bei einmaligem Handeln eine Freiheitsstrafe von fünf Jahren drohen soll, ist mit Blick auf die Strafdrohungen bei anderen Straftatbeständen (gleiche Höchststrafe etwa bei §§ 216, 221 Abs. 1, 222, 223 StGB) ganz unverhältnismäßig. Nicht ersichtlich ist im übrigen, weshalb ein „besonders schwerer Fall“ nach § 277 Abs. 3 Nr. 3 StGB idF des E-CDU nur und immer dann vorliegen soll, wenn ein Impfzeugnis „gefälscht“ wird. Durch die Manipulation anderer Gesundheitszeugnisse (etwa: über das Bestehen einer ansteckenden Krankheit) kann im Einzelfall eine mindestens ebenso große (abstrakte) Gefahr für die Gesundheit anderer Menschen geschaffen werden.

— d) Auch bei § 278 Abs. 1 und Abs. 3 Nr. 3 StGB ist die Androhung der gleichen Strafe (5 bzw. 10 Jahre Freiheitsstrafe) wie für eine Urkundenfälschung (§ 267 Abs. 1 und 3 StGB) zumindest zweifelhaft. Bei § 278 StGB liegt nicht wie bei der Urkundenfälschung eine Täuschung über den Aussteller vor, die es den Teilnehmern am Rechtsverkehr wesentlich erschwert, den wahren Erklärenden aufzufinden und zur Verantwortung zu ziehen. Vielmehr enthält das Gesundheitszeugnis hier lediglich eine schriftliche Lüge, für die ohne weiteres die Medizinalperson in Anspruch genommen werden kann, die die Erklärung verfasst hat. Da auch hier schon eine einmalige Falsch-Erklärung in einem Impfnachweis vom Tatbestand erfasst wird, erscheint die pauschale Strafrahmenerhöhung bis auf 10 Jahre Freiheitsstrafe als deutlich überzogen.

e) Geradezu absurd überhöht ist der Strafrahmen des § 279 StGB idF des E-CDU. Hier droht demjenigen, der (auch nur einmal) ein inhaltlich

unrichtiges Impfzeugnis verwendet, nach Abs. 2 bereits deshalb eine Freiheitsstrafe von 10 Jahren.

f) Demgegenüber sind die im E-CDU vorgesehenen Strafsteigerungen in Bezug auf §§ 74, 75a InfSchG vergleichsweise maßvoll. Allerdings ist die „unrichtige“ Dokumentation einer Impfung iSv § 74 Abs. 2 iVm § 22 Abs. 1a Nr. 8 IfSG im Unrechtsgehalt nicht leicht von der nach dem E-CDU wesentlich strenger zu bestrafenden Tat nach § 278 StGB zu unterscheiden.

12.11.2021

Prof. Dr. Thomas Weigend

Sachverständige Stellungnahme

zum Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des Infektionsschutzgesetzes und weiterer Gesetze anlässlich des Endes der epidemischen Lage von nationaler Tragweite, BT-Drs. 20/15

A. Übersicht und Gesamtergebnis

Der November 2021 fordert erneut höchste Anspannung und wirksame Entscheidungen in der Corona-Pandemie. Die Belastung des Gesundheitssystems ist nach Auskunft der epidemiologischen Fachwissenschaft in erster Linie Folge einer nicht hinreichenden Impfquote. Die verfassungsrechtlich maßgebliche Frage ist, wer die Lasten dieser Situation in welcher Weise tragen muss.

Im Gesamtergebnis sprechen überwiegende Gründe dafür

1. die epidemische Notlage von nationaler Tragweite derzeit nicht erneut zu verlängern; hierfür sind verfassungsrechtlich das Mäßigungsgebot gegenüber der geimpften Bevölkerungsmehrheit wie auch die signifikante regionale Verschiedenheit der Lage maßgeblich (B.);
2. angemessene Maßnahmen zur Bekämpfung der Corona-Pandemie nach der Grundlinie des Entwurfs BT-Drs. 20/15 Art. 1 Nr. 3 gesetzlich zu ermöglichen und um die Möglichkeit begrenzter landesspezifischer Ergänzung zu erweitern (C.);
3. jedenfalls vor allgemeinen Lockdown-Maßnahmen den Einsatz von Impfpflichten einschließlich einer allgemeinen Impfpflicht zu prüfen; sie lässt sich wegen der fehlenden Eignung milderer Mittel zur Erreichung eines hinreichenden Gesundheitsschutzes rechtfertigen (D.).

Eine solche Gesamtstrategie ist für den freiheitlichen Verfassungsstaat schlüssig. Insbesondere ist sie grundrechtsdogmatisch angemessen, weil sie die Bürgerinnen und Bürger in ihrem unterschiedlichen Verhalten ernstnimmt und nicht nach bloßer Praktikabilität undifferenzierter staatlicher Steuerung unterwirft.

B. Auslaufen der epidemischen Lage von nationaler Tragweite

1. Derzeitige epidemiologische Vorgaben für die rechtliche Bewertung

Das Verfassungsrecht kann die tatsächliche Situation der derzeitigen Pandemie nicht eigenständig beurteilen. Für die Frage, in welchem Umfang eine Impfung vor Infektionen und Erkrankung schützt, welche sonstigen Schutzmaßnahmen welche Wirkung erzielen, welche Bevölkerungsgruppen aufgrund welcher Faktoren welches Risiko einer ernsthaften Erkrankung und damit der Belastung des Gesundheitssystems tragen, und wie es schließlich um die Auslastung und Flexibilität des Gesundheitssystems bestellt ist: Zu all diesen Aspekten ist das Verfassungsrecht auf die Auskunft anderer Disziplinen angewiesen, muss sie dann aber gleichwohl selbständig verarbeiten und mit anderen Faktoren zusammenführen.

- Die entsprechenden, insoweit weitestgehend unstreitigen Informationen lauten in knappster Zusammenfassung: Es ist epidemiologisch von einem signifikanten Unterschied zwischen vollständig Geimpften und Ungeimpften auszugehen. Dabei geht es nicht um den Ausschluss von Infektionen, sondern um eine graduelle Veränderung, genauer um eine dreifache Senkung von Risiken: Es sinkt die Wahrscheinlichkeit einer Infektion, weiter dann im Fall einer Infektion das Risiko einer eigenen Erkrankung sowie drittens das Risiko einer Weitergabe des Virus an Dritte. Eine erhebliche Wirkung haben neben bzw. ergänzend zur Impfung bereits einfache Hygienemaßnahmen wie insbesondere das Tragen von Masken, die freilich nur in den Situationen wirken, in denen sie auch angewandt werden. Maßnahmen wie Kontaktbeschränkungen und Lockdown-Vorgaben erzielen weitergehende Effekte, sind aber als „Null-Covid“-Strategie höchstens im Modell zu simulieren. Und wie jeder biologische Vorgang trägt eine Impfung auch das Risiko von Nebenwirkungen in sich, im extrem seltenen Einzelfall bis hin zu einem tödlichen Verlauf.

- Die Verarbeitung dieser Grundinformationen durch den Gesetzgeber muss aus verfassungsrechtlicher Perspektive folgendes beachten: Unzulässig ist eine Pfadabhängigkeit, die von den fachwissenschaftlichen Beobachtungen auf einen Vorrang der fachgebundenen Handlungsempfehlungen schließt. Diese lassen – notwendigerweise – eine Vielzahl anderer Implikationen außer acht und streben nach einer maximalen Umsetzung ihrer Schlussfolgerungen. Aufgabe des Verfassungsrechts ist es, die Berücksichtigung von weiteren Faktoren als Rechtsgebot (und nicht als Frage bloßer politischer Generosität) einzufordern: Dies sind hier etwa sämtliche Freiheitsrechte und insbesondere die Lebenssituation derjenigen, die durch staatliche Verbotsmaßnahmen existentiell getroffen werden, mit oftmals nicht zu heilenden, lebensbedrohlichen und lebensverkürzenden Folgen, etwa bei Schülerinnen und Schülern. Auch hierzu gab und gibt es Auskünfte „der Wissenschaft“ von der Sozialmedizin über Psychologie bis zur Ökonomie. Das Verfassungsrecht unterstützt die Aufgabe des Gesetzgebers, diese Perspektiven in einen schonenden Ausgleich zu setzen und streitet gegen die Überhöhung einer einzelnen Perspektive.

2. Maßgebliche Aspekte: Mäßigungsgebot als Konsequenz des Impfstatus, föderale Unterscheidungen

Die Voraussetzungen für eine erneute Feststellung der epidemischen Lage von nationaler Tragweite sind vor dem skizzierten Hintergrund derzeit aus allgemeinen wie aus konkret tatbestandlichen Gründen nicht gegeben. Denn die überwiegende Impfung der Bevölkerung führt ihr gegenüber zu einem verfassungsrechtlichen Mäßigungsgebot, die das rechtsstaatliche Verteilungsschema wieder in Kraft setzt. Hinzu kommt – als Folge der unterschiedlichen Impfquote in den Bundesländern –, dass der gesetzliche Tatbestand einer „ernsthafte(n) Gefahr für die öffentliche Gesundheit *in der gesamten Bundesrepublik Deutschland*“ derzeit nicht vorliegt.

- Begründungspflichtig ist nicht die Beendigung des Rechtszustands einer epidemischen Lage nationaler Tragweite, sondern deren nochmalige Verlängerung. Das gilt aus guten Gründen schon rechtstechnisch: Nur durch einen aktiven Beschluss des Bundestags bestehen die entsprechenden Sonderrechte weiter fort. Falsch ist also der gelegentlich erweckte Eindruck, der Bundestag stünde vor der Frage einer „Aufhebung“ der epidemischen Lage von nationaler Tragweite. Die bisherige Regelung des Infektionsschutzgesetzes enthält durch den jetzt wieder auflaufenden Beschlussvorbehalt eine ernstzunehmende Warnfunktion, die auf die fundamentale Reichweite der Sonderrechte in der epidemischen Lage hinweist.

Für eine flächendeckende und allgemeine Fortschreibung dieser Sonderrechte gegenüber der Gesamtbevölkerung ist derzeit die Rechtfertigung entfallen. Grundlage dafür ist (erstens) die Leistung der forschenden Wissenschaft, die in unvergleichlich kurzer Zeit durch den Impfstoff ein Instrument zur Verfügung gestellt hat, mit dem die pandemische Situation wirksam bekämpft werden kann. Eine verfassungsrechtlich veränderte Situation ergibt sich daraus (zweitens) durch das disziplinierte und solidarische Verhalten weiter Teile der Bevölkerung, die sich – bei durchaus sehr unterschiedlichen Eigenrisiken und Auffassungen zur Lage – hat impfen lassen und so wirksam zu Eigen- und Fremdschutz beigetragen hat.

- Durch diese gemeinsame Anstrengung von Wissenschaft und Gesellschaft verändert sich das Verhältnis zwischen staatlichen Maßnahmemöglichkeiten und den durch sie beschränkten Bürgerrechten: Die epidemische Lage von nationaler Tragweite steht für ein Konzept, in dem die unterschiedslose Behandlung der Bevölkerung rechtlich jedenfalls möglich ist und bisher typischerweise bei weitergehenden Maßnahmen wie etwa (Teil-) Lockdowns oder gar Ausgangssperren auch gewählt worden ist. Solche Maßnahmen wurden gerade an die Gesamtbevölkerung gerichtet, auf Landesebene wie bei der „Bundesnotbremse“ deutschlandweit. Dies ist aus dem Aspekt der Vollzugseffizienz nachvollziehbar (Sender-Perspektive): Nur die unterschiedslose Verhängung entsprechender Maßnahmen lässt sich einigermaßen kontrollieren; insbesondere wird insoweit das ordnungsrechtliche Erfahrungswissen genutzt, dass die Mehrzahl der Bürger im rechtsstaatlichen Normalfall im Regelfall von sich aus relativ regeltreu ist oder sich zumindest an geltenden Rechtsregeln orientiert (Es entsteht damit allerdings auch regelmäßig ein überschießender Scheineffekt von Wirksamkeit, weil Maßnahmen insbesondere bei dem Teil der Bevölkerung befolgt werden, die aus anderen Gründen in vielen Fällen ohnehin ein geringes Risiko tragen; so dürften die spätabendlichen Ausgangssperren der „Bundesnotbremse“ rein symbolisches Handeln gewesen sein).

Nun ist es dem grundrechtsgebundenen Staat aber gerade nicht freigestellt, in beliebiger Weise allein nach der Effizienz seiner Maßnahmen zu fragen. Vielmehr ist aus der Adressaten-Perspektive der Bürgerinnen und Bürger staatliches Handeln nur dann legitim, wenn es (nur) Gleiches gleich und Ungleiches ungleich behandelt. Dabei kann zwar in Grenzen verallgemeinernd vorgegangen werden

(Situation der Unsicherheit und Unübersichtlichkeit, Maßnahmen von geringer Eingriffstiefe). Eine Fortschreibung der epidemischen Lage von nationaler Tragweite zielt jedoch auf das Grundverhältnis von Staat und Bürgern. Mit der entsprechenden Feststellung und den in der Folge geschaffenen Instrumenten insbesondere des § 28a Abs. 1 IfSG wird in der Staatspraxis das rechtsstaatliche Verteilungsschema aufgehoben, wonach den Staat – in jedem Einzelfall und gegenüber jedem Adressaten seiner Maßnahmen – die Pflicht trifft, sein Handeln formell und materiell zu rechtfertigen. Es wird in ganz globaler Betrachtung schon die (mögliche) Geeignetheit von Maßnahmen als ausreichende Rechtfertigung angesehen; der Einsatz der bereitgestellten Instrumente wird als politische Gestaltungsentscheidung begriffen, wobei vor allem darauf abgestellt wird, welche Strategie als vermittelbar gilt. Der Rechtsschutz gegen entsprechende Verordnungen ist fast flächendeckend auf Eilrechtsschutz mit beschränkten Kontrolltiefen zurückgenommen. Insbesondere bei der Verlängerung der epidemischen Lage für jeweils drei Monate im Juni und August 2021 wurde kaum noch ernsthaft bestritten, dass es sich um eine Vorbehaltsstrategie handelt, die für den „Fall der Fälle“ praktische Rechte bereithielte. Die dabei eingetretenen Gewöhnungseffekte, die man nur als rechtsstaatliche Verfallerscheinungen bezeichnen kann, werden zumindest eingedämmt, wenn die Mehrheit des Bundestages einer solchen Logik entgegentritt und den regulativen Ausnahmezustand nicht weiter verlängert. Der Bundestag schuldet den Bürgerinnen und Bürgern die Anerkennung ihrer oftmals leidvollen Mitwirkung in der Pandemiebekämpfung, indem er zum rechtsstaatlichen Verteilungsschema zurückkehrt und den generellen und allgemeinen Verbotsvorbehalt beendet, der mit der Feststellung der pandemischen Lage von nationaler Tragweite verbunden ist.

- Neben dieser grundsätzlichen Überlegung spricht im Moment auch ein föderales Element gegen die Fortschreibung der Feststellung der pandemischen Lage. Tatbestandliche Voraussetzung ist gemäß § 5 Abs. 1 S. 6 IfSG u. a., dass eine „ernsthafte Gefahr für die öffentliche Gesundheit in der gesamten Bundesrepublik Deutschland besteht“. Angesichts der signifikanten regionalen Unterschiede in der Inzidenz wie in der Belastung des Gesundheitssystems ist eine entsprechende Gefährdungslage für die gesamte Bundesrepublik glücklicherweise derzeit nicht festzustellen. Auch insoweit verarbeitet das Konzept der national einheitlichen Lage noch nicht das Instrument des Impfschutzes, der aufgrund unterschiedlicher Impfquoten in den Bundesländern zu massiv unterschiedlichen Gesamtlagen führt. Die derzeit medial wieder üblich werdende vereinfachte Darstellung einer bundeseinheitlichen Inzidenz, die nicht die Quote an geimpften Infizierten (mit geringerer Krankheitslast) sowie die Relation von Impfung und krankenhauspflüchtiger Erkrankung ausweist, verdeckt diese Unterschiede in unzulässiger Weise, löst sie aber für die rechtliche Betrachtung nicht auf.

- Von dieser Frage zu trennen ist die Einsetzung bzw. Fortschreibung eines wirksamen Infektionsbekämpfungsinstrumentariums. Es ist jedenfalls sachwidrig, den Rechtsbegriff der epidemischen Lage von nationaler Tragweite als Voraussetzung zielgenauer Maßnahmen der Infektionsbekämpfung zu bezeichnen. Gefordert und möglich ist, zunächst den Gesundheitsbehörden der Länder die Ermächtigung zu Maßnahmen zu verschaffen, die in Ergänzung zum effektivsten Instrument, dem Impfschutz, treten und dessen Wirkung verstärken. Weitergehende Maßnahmen, die gegenüber Geimpften eingesetzt werden und tief in deren Grundrechte und selbstbestimmte Lebensführung eingreifen, um die Nicht-Impfung Dritter auszugleichen, stehen nicht mehr auf dem Boden der verfassungsrechtlich vorausgesetzten Staat-Bürger-Beziehung, solange es andere Instrumente gibt. Als milderer Mittel ist dabei auch die regionale Differenzierung besonders zu beachten.

C. Derzeit gebotene Maßnahmen im Einzelnen

1. Regelungsumfang – Erhaltung weitergehender Optionen, Gesetzgebungsverfahren

Der vorliegende Gesetzentwurf verbindet die – nach hiesiger Auffassung angezeigte – Rückkehr zum verfassungsrechtlichen Normalzustand mit der Regelung einschlägiger, erprobter Maßnahmen. Der Gesetzentwurf strukturiert staatliche Eingriffe in Grundrechte nicht „top down“ von einem Maximum an Maßnahmen her, sondern „bottom up“ von der jeweiligen konkreten Geeignetheit, Erforderlichkeit und Angemessenheit der Maßnahmen. Weitergehende Handlungsoptionen einschließlich der Feststellung der epidemischen Lage von nationaler Tragweite bleiben erhalten. Das Verfahren der Gesetzgebung verbessert materiell die grundrechtliche Situation und kann daher trotz seiner Mängel vergleichsweise günstig beurteilt werden.

- Das Gesetz schafft das Instrumentarium des § 28a Abs. 1 nicht ab; ein Rückgriff auf die Eingriffsmaßnahmen des § 28a Abs. 1 bei erneuter Feststellung der epidemischen Lage nationaler Tragweite bleibt möglich, wenn der Bundestag eine entsprechende Feststellung bei veränderter Lage trifft – wenn zum Beispiel eine tatsächlich deutschlandweite Überlastung des Gesundheitssystem droht oder auch bei einer vollständigen Impfung der Gesamtbevölkerung keine Verbesserung der Lage eintritt. Hierfür ist dann auch kein eigenes Gesetzgebungsverfahren notwendig, sondern lediglich ein entsprechender Beschluss. Der Gesetzentwurf führt vielmehr zusätzliche Instrumente ein, die für die derzeitige Situation deutschlandweit adäquat sind.

- Das Gesetzgebungsverfahren ist auch im vorliegenden Fall mit dem eigentlich üblichen Standard ordnungsgemäßer Gesetzgebung nicht zu vergleichen. In Sachen Corona hatte sich eingebürgert, besonders weitgehende Grundrechtsbeschränkungen wie etwa auch staatliche Verschuldungsentscheidungen besonders eilig vorzubereiten und durchzusetzen. Sowohl der Zeitablauf wie auch die Beteiligung von Sachverstand sind auch jetzt wiederum gehetzt und an der unteren Grenze der Seriosität. Freilich ist dem Gesetzgeber zugutezuhalten, dass in diesem Fall trotz der zusätzlichen Eingriffsbefugnisse materiell eine Erleichterung für die Bürgerinnen und Bürger eintritt, wenn der realistische Vergleich zur Fortschreibung der epidemischen Lage gezogen wird. Auch ist anzuerkennen, dass die Antragsteller in einer Situation handeln, in der sie die Verantwortung des Parlaments weitgehend ohne die üblichen Mechanismen der Regierungsunterstützung realisieren müssen.

Das Gesetz nimmt insoweit verfahrensmäßig weiteren Kredit auf. Wichtig ist insoweit die zeitliche Befristung der Maßnahmen auf den 19.3.2022. Auch die Evaluation des IfSG nach § 5 Abs. 9 IfSG ist insoweit kein bloßes Entgegenkommen, sondern prozedurale Notwendigkeit, um die Legitimität des derzeitigen Rechts als Zwischenzustand zu rechtfertigen. Der Bundestag sollte in Aussicht nehmen, diese Evaluation durch die Sachverständigen erst zum 30.6.2022 oder zum 30.9.2022 abschließen zu lassen, damit mit einer hinreichenden Distanz zu den Krisenerfahrungen gearbeitet werden kann. Insoweit wäre eine gesetzliche Änderung angezeigt.

2. Vorgesehene Maßnahmen – Nachbesserungsoptionen

Der Gesetzentwurf sieht in Art. 1 Nr. 3 vor allem eine Änderung des § 28a Abs. 7 vor. Gegenüber der jetzigen Rechtslage soll der bisherige Regelungsgegenstand („Länderoption“) ersetzt werden durch einen – zunächst abschließend konzeptionierten – Maßnahmenkatalog. Die entsprechenden Maßnahmen sind überwiegend als tatbestandlich gebundene Mittel geringer Eingriffstiefe auch für die Allgemeinheit vertretbar. Eine Ergänzung um einen parlamentarisch gesicherten Ländervorbehalt für bestimmte weitere Maßnahmen ist sinnvoll.

- Die vorgesehenen Maßnahmen in § 28a Abs. 7 n. F. (Abstandsgebot, Maskenpflicht, 3-G-Pflichten, Hygienekonzepte, Auflagenvorbehalt für die Fortführung von Bildungseinrichtungen, Kontaktdatenerhebung und -verarbeitung) sind bereits bekannt. Für sie gilt (bis auf Nr. 5), dass sie sich als Maßnahmen geringer Eingriffstiefe darstellen, die auch für die Gesamtbevölkerung trotz Impfschutz zumutbar sind, weil sie jedenfalls einen zusätzlichen Eigen- und Fremdschutz verschaffen, solange das gesetzlich vorgesehene Erforderlichkeitskriterium zur Bekämpfung der Coronavirus-Krankheit-2019 als rechtlich bindend aufgefasst wird und einer ständigen Überprüfung unterliegt. Insbesondere spricht die zeitliche Bindung bis zum 19. März 2022 für die Zulässigkeit dieser Maßnahmen, um Kombinationseffekte von COVID-19 mit allgemeinen jahreszeitlichen Effekten beherrschen zu können.

Einer einschränkenden Auslegung bedarf Nr. 5: Denn der Vorbehalt von Auflagen für die Fortführung des Betriebes von Bildungseinrichtungen darf nicht zu einer Schlechterstellung von Kindertagesstätten, Schulen und Hochschulen gegenüber anderen Lebensbereichen führen. Solange keine Vorbehalte für die Durchführung von Messen, Konferenzen, Weihnachtsmärkten etc. gemacht werden, wären schärfere Vorgaben für den Bildungsbereich gleichheitswidrig. Insbesondere wäre es unzulässig, als Auflage im Sinn der Nr. 5 auch die Entscheidung für einen vollständig digitalen Betrieb von Unterricht und Lehre zu verstehen, weil es sich insoweit um nichts anderes als einen Lockdown handelte. Die Lebenslüge von der Gleichwertigkeit eines solchen Angebots, die zeitweise vertreten wurde, ist 2020/2021 angesichts der gravierenden Auswirkungen auf Schüler und Studierende widerlegt worden. Es handelt sich bei Bildungseinrichtungen auch nicht um staatliche Eigenbetriebe, wo in einer Art Hausrecht Regeln beliebiger Art verfügt werden könnte – hier sind tatsächlich Grundfragen des freiheitlichen, intergenerationell verpflichteten Verfassungsstaats berührt. Daher sind die Auflagen nach Nr. 5 vor allem in Form der Vorgaben nach Nr. 1-4 zulässig. Man könnte es auch schlichter sagen: Eine Gesellschaft, die sich in Restaurants trifft, hat nicht das Recht, Kinder vor Tablets zu verbannen – weder moralisch noch von Verfassungswegen.

- Um zu einem geschlossenen Schutzkonzept zu kommen, ist die Regelung weiterer Maßnahmen in Erwägung zu ziehen. Insbesondere kann in der Konsequenz der föderal unterschiedlichen Lage eine Länderkompetenz erwogen werden, eine epidemische Lage im jeweiligen Bundesland durch Parlamentsbeschluss für die Dauer von bis zu drei Monaten festzustellen, gekoppelt mit der Möglichkeit, weitere Maßnahmen aus dem Katalog des jetzigen § 28a Abs. 1 zu ergreifen. Voraussetzung hierfür müsste eine fundierte Prognose der möglichen Überlastung des jeweiligen Gesundheitssystems (statt bloßer Gesamtinzidenzen) sein. Auch wäre auf eine konzeptionelle Geschlossenheit mit den bundesrechtlichen Vorgaben zu achten. Damit würde Parlament und Regierung der Bundesländer die vorrangige Verantwortung zugewiesen, insbesondere bei unterdurchschnittlichen Zuständen in ihrem Bereich für einen Gleichklang aus Infrastruktur, Anforderungen an die Bevölkerung und staatlicher Lenkung zu sorgen.

D. Reserve: Impfpflicht oder allgemeiner Lockdown?

Angesichts der dynamischen Lage kann nicht ausgeschlossen werden, dass der in Aussicht genommene Maßnahmenkatalog nicht ausreicht, um eine Überlastung des Gesundheitssystems zu vermeiden.

Die Handlungsmöglichkeiten des Staates sind politisch vor allem durch eine Festlegung begrenzt: Eine Impfpflicht ist insbesondere von der bisherigen Bundesregierung von Anfang an geradezu absolut ausgeschlossen worden. In der Konsequenz bedeutet das (und hat es ja im Frühjahr 2021 auch schon bedeutet): Jede Form von Freiheitsbeschränkung wird für möglich gehalten und auch eingesetzt, nur die pflichtige Mitwirkung an der Bekämpfung durch Impfung nicht. In der Konsequenz heißt das: Eher (wieder) Lockdown für alle, also auch für Geimpfte, statt Impfpflichten, sei es für spezifische Berufsgruppen, sei es für die Gesamtbevölkerung.

Diese Haltung kann aus Gründen des Verfassungsrechts nicht überzeugen.

- Zwar ist aus einer liberal-freiheitsschonenden Perspektive der Ausschluss von Impfpflichten wünschens- und verteidigenswert. Er kann sich aber unter den Bedingungen des realen sozialen Verfassungsstaats nicht als absoluter Wert setzen lassen – und wenn, dann nur um den Preis totalitärer Freiheitsbeschränkungen an anderer Stelle. Eine Impfpflicht könnte zwar vermieden werden, wenn sie wirksam mit einem Modell der Eigenverantwortung verbunden wird: Nach Information und Abwägung entscheidet sich der Bürger, ob er sich impfen lässt, und trägt die entsprechenden Konsequenzen. Diese quasivertragliche Bindung an den eigenen Entschluss erträgt das soziale Staatswesen aber mit guten Gründen nicht: Auch der Ungeimpfte hat Anspruch auf medizinische Behandlung und Pflege im Rahmen der gegebenen endlichen Kapazitäten, nicht einmal ein Eingeständnis seines Irrtums wird ihm abgefordert. Das Grundmodell des Sozialstaats ist in dieser Hinsicht nicht auf Autonomie, sondern auf Mitwirkungspflichten gegründet. Daher führt eine liberale Verteidigung der Impffreiheit zu einer asymmetrischen Belastung gerade derjenigen, die sich ihrer Verantwortung zur Mitwirkung stellen, weil sie trotz übernommener Sonderlasten keinen Vorrang bei der Verteilung existentieller Güter genießen können.

- Vollkommen abwegig und unnötig war der Ausschluss der Impfpflicht von vornherein im Rahmen der Strategie der bisherigen Bundesregierung. Praktisch alles für möglich zu halten, außer der Impfpflicht, und dies auch so zu kommunizieren, war ein schwerer Fehler. Es gab nicht einen einzigen Grund, sich bei Einführung der Impfmöglichkeiten zu Beginn des Jahres 2021 apodiktisch darauf festzulegen, eine Impfpflicht sei ausgeschlossen – für lange Monate war doch die Knappheit des Impfstoffs das vorherrschende Thema. Was wollte man mit dem ausdrücklichen Ausschluss der Impfpflicht zu diesem Zeitpunkt erreichen? Der Ausschluss der Pflichtimpfung war ein Desaster der politischen Krisenkommunikation. Schweigen hätte schon genügt. Der neuen Mehrheit des Parlaments wurde damit eine schwere Hypothek auferlegt, zielgenaue Maßnahmen zu ergreifen.

- Der Ausschluss der Impfpflicht stand und steht auch im Widerspruch zu den üblichen Abwägungen in diesem Feld. Es ist allgemein bekannt, dass das Infektionsschutzgesetz selber seit jeher von der Möglichkeit allgemeiner Impfpflichten ausgeht. Inbesondere enthält das Infektionsschutzgesetz u. a. für schulpflichtige Kinder ebenso wie für Beschäftigte in Kindertagesstätten und Schulen bereits eine echte Impfpflicht in Bezug auf Masern, § 28 Abs. 8 f. IfSG in Verbindung mit § 33 IfSG. Das Impfschutzgesetz hat auch zuvor allgemeine Impfpflichten enthalten und sieht in § 60 Abs. 1 Nr. 3 eine Entschädigung bei Impfschäden infolge vorgeschriebener Impfungen vor. Auch die europäischen Partner sehen in unterschiedlichem Maße Impfpflichten vor. Es wiederholt sich der Eindruck, dass in Deutschland Eingriffe in Kinderrechte bzw. ihren Lebensbereich leichter fallen – denn Kinder treffen natürlich Entscheidungen über ihre Impfungen nicht selbst.

- Im Übrigen ist es ein (allerdings verbreiteter) naturalistischer Fehlschluss, die Impfpflicht per se als einen besonders schwerwiegenden Eingriff in die Grundrechte anzusehen. Hier zeigt sich eine Fehldeutung der Leiblichkeit, der mit der Kultur des Verfassungsstaats nicht harmonisiert ist: Die Überschreitung der Hautbarriere fügt dem Menschen eben nicht prinzipiell größeren Schaden zu als seine Bedrängung durch Unterdrückung, Dummheit oder Armut. Die totalitär nutzbare Phrase „Erst Leben und Gesundheit, dann Freiheit“ findet hier ihren merkwürdigen Wiedergänger und Kompagnon: Statt impfen lieber verbieten. Die stolze Tradition der Bürgerrechte ist aber auf ihre gemeinsame, umfassende Ermöglichung gerichtet, dem muss sich das einzelne Grundrecht einordnen. Wenn eine einzelne Gewährleistung – und sei es die körperliche Unversehrtheit – zur Sperre der anderen Grundrechte wird, muss sie eingeschränkt werden können. Wie oben unter B. dargelegt, ist das damit verbundene Risiko eines der allgemeinen Lebensführung, dem man sich nicht unter Verweis auf absolute Risikovermeidung entziehen kann (gleiches gilt auch für die Möglichkeit von Infektionen trotz Impfung und Hygienemaßnahmen).

Daher sollte in einem wohlverstandenen Sinn die Impfpflicht als Mittel der praktischen Konkordanz der Grundrechtsverwirklichung in Betracht gezogen werden, bevor etwa allgemeine Lockdowns für Schulen oder Hochschulen in Betracht kommen. Dabei geht es naheliegenderweise nicht um eine Durchsetzung dieser Pflicht im Wege des unmittelbaren Zwangs. Eine Rechtspflicht würde allerdings bei den erstaunlich vielen Unentschlossenen als Teil ihrer staatsbürgerlichen Pflichten begriffen werden können, und bei Gegnern die Möglichkeit zu finanziellen Sanktionen eröffnen, die ja neben positive Anreize gestellt werden können. Es mag sein, dass ein solcher Strategiewechsel für bestimmte unmittelbar anstehende Krisensituationen zu spät kommt. Insoweit ist ergänzend zu beachten, dass auch die Sicherstellung planbarer Operationen wegen möglicher Intensivpflichtigkeit nicht ohne weiteres grenzenlos bejaht werden kann: Schulschließungen, um Hüft- und Knieoperationen durchführen zu können? Hier sind in der Tat zeitlich bedingte Solidaritätspflichten auch zugunsten der jungen Generation denkbar. Eventuell notwendige Lockdown-Maßnahmen lassen sich jedenfalls kaum noch als Alternative zu einer Impfpflicht denken, sondern setzen diese als milderes Mittel mindestens parallel voraus.

Der Wert einer entsprechenden Richtungsentscheidung für eine allgemeine Bürgerpflicht zur Bekämpfung der Corona-Pandemie sollte nicht unterschätzt werden. Denn damit würde die faktische und mentale Spaltung der Bevölkerung in ein „die“ und „wir“, in dem die Ungeimpften wie die Geimpften zunehmend unter sich bleiben, bekämpft und durch eine normative Gemeinsamkeit der Bevölkerung ersetzt, die sich dem Corona-Virus entgegenstellt und dem Leben in Freiheit zuwendet.

Münster, den 14.11.2021

gez. Prof. Dr. Hinnerk Wißmann

Prof. Dr. Ferdinand Wollenschläger

Schriftliche Stellungnahme

**Öffentliche Anhörung
des Hauptausschusses
des Deutschen Bundestages**

zum Gesetzentwurf

der Fraktionen der SPD, BÜNDNIS90/DIE GRÜNEN und FDP

**Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des Infektionsschutzgesetzes
und weiterer Gesetze anlässlich der Aufhebung der Feststellung der epidemischen Lage
von nationaler Tragweite**

BT-Drucksache 20/15

am 15. November 2021

Angesichts der kurzfristig anberaumten Anhörung, der kurzen Stellungnahmefrist und der kurzfristigen Übermittlung des Gesetzentwurfs kann dieser nur in Kurzthesen und nicht erschöpfend schriftlich gewürdigt werden; weitere Ausführungen bleiben der mündlichen Stellungnahme vorbehalten. Die Stellungnahme beschränkt sich auf die zentrale Frage der Voraussetzungen und Konsequenzen der geplanten Beendigung der epidemischen Lage von nationaler Tragweite am 25.11.2021, um weiterhin adäquate Schutzmaßnahmen zur Bekämpfung der COVID-19-Pandemie anordnen zu können.

Gliederung

I. Zusammenfassung.....	3
II. Hintergrund	5
III. Inhalt des vorliegenden Gesetzentwurfs	7
IV. Bewertung	9
1. Fortbestand der Voraussetzungen einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite.....	9
2. Beschränkung des Katalogs möglicher Schutzmaßnahmen (§ 28a Abs. 7 IfSG-E) ..	13
3. Ambivalenter Befund hinsichtlich des Anliegens einer Stärkung der Parlamente bei der Pandemiebekämpfung	17
4. Aufhebung der Feststellungsbefugnis der Landtage (§ 28a Abs. 7 IfSG) und Rolle der Landtage	18
5. Änderungsbedarf hinsichtlich der Aussetzung des Präsenzbetriebs an Schulen	20

I. Zusammenfassung

1. Eine **epidemische Lage** von nationaler Tragweite **liegt** auf der Basis der aktuellen Lageeinschätzung des Robert Koch-Instituts **weiterhin vor**. Auf welcher Basis die dem Gesetzentwurf zugrunde liegende gegenteilige Einschätzung beruht, lässt sich diesem nicht entnehmen; eine entsprechende Dokumentation erscheint im Interesse der angestrebten Stärkung des Parlaments und von Transparenz wünschenswert, auch um die Schwelle festzuhalten, ab der weitergehende Maßnahmen möglich sind.
2. Stellt man die epidemische Lage von nationaler Tragweite primär deshalb nicht mehr fest, weil dadurch für politisch oder rechtlich bedenklich oder für nicht mehr benötigt erachtete Handlungsmöglichkeiten der Exekutive eröffnet würden, ist zum einen zu berücksichtigen, dass man dem auch durch eine (gezielte) Aufhebung bzw. Anpassung der entsprechenden Handlungsbefugnisse begegnen kann; zum anderen gerät die vorgebrachte rechtliche Kritik an § 5 Abs. 2 und § 28a IfSG und die Würdigung der Rechtsprechung mitunter recht pauschal und ist die **Reduktion des Katalogs möglicher Schutzmaßnahmen im vorgesehenen Umfang rechtlich nicht geboten**.
3. Unabhängig vom Fortbestand der epidemischen Lage von nationaler Tragweite schafft auch der vorliegende Gesetzentwurf ein – neben den allgemeinen Befugnissen des IfSG (§§ 28, 29 ff. IfSG) stehendes – „**Sonderrecht**“ für die Bekämpfung der COVID-19-Pandemie: Aufgrund einer Bewertung des Infektionsgeschehens ermächtigt er die Exekutive, bestimmte Schutzmaßnahmen zur Verhinderung der Verbreitung der Coronavirus-Krankheit-2019 (COVID-19) für einen kalendermäßig bestimmten (und genauso wie die Feststellung einer epidemischen Lage je nach Infektionsgeschehen verkürzt- und verlängerbaren) Zeitraum anzuordnen.
4. Es ist dem Gesetzgeber unbenommen, ein nicht an das Konzept einer epidemischen Lage anknüpfendes Regime der Pandemiebekämpfung zu schaffen. **Entscheidend ist**, dass der Gesetzgeber ein mit Blick auf das Infektionsgeschehen **adäquates Instrumentarium** zur Bekämpfung der COVID-19-Pandemie bereitstellt.
5. Ob die mit dem Gesetzentwurf einhergehende **Beschränkung des Katalogs** möglicher Schutzmaßnahmen angesichts des aktuellen und drohenden Infektionsgeschehens sowie der damit einhergehenden Folgen für die Beanspruchung von Ressourcen des Gesundheitssystems (auch zulasten von Personen, die einen anderen als COVID-19-bedingten

Behandlungsbedarf aufweisen) dem genügt, ist zunächst eine fachlich (epidemiologisch-virologisch-medizinisch) zu beantwortende Frage; aus dieser Perspektive für notwendig erachtete Maßnahmen sind sodann politisch und (verfassungs-)rechtlich namentlich hinsichtlich ihrer Eignung, Erforderlichkeit und Angemessenheit zu bewerten. Festzuhalten ist jedenfalls, dass der Katalog hinter aktuell bereits angesichts des Infektionsgeschehens in anderen europäischen Staaten ergriffenen Maßnahmen zurückbleibt (Niederlande: Kontakt- und Betriebsbeschränkungen zur Abend- und Nachtzeit; Österreich: Ausgangsbeschränkung für nicht immunisierte Personen), ebenso wie hinter hierzulande im politischen und fachlichen Diskurs erhobenen Forderungen.

6. Verfassungsrechtlich maßgeblich ist eine **differenzierte Würdigung der Maßnahme in ihrer konkreten Ausgestaltung** (persönlicher und sachlicher Anwendungsbereich, Ausnahmen) und mit Blick auf das ihr zugrunde liegende Infektionsgeschehen einschließlich der aktuellen und drohenden Belastung des Gesundheitssystems. Auch im Lichte der (differenzierten) Rechtsprechung ist die **Reduktion des Katalogs möglicher Schutzmaßnahmen im vorgesehenen Umfang rechtlich nicht geboten** (siehe IV.1.).
7. Misst man den Gesetzentwurf am **Anliegen einer Stärkung der Parlamente** in der Pandemiebekämpfung, ergibt sich aufgrund einer weitgehend unveränderten (wiewohl verfassungskonformen) Rollenverteilung zwischen Legislative und Exekutive bei der Anordnung von Schutzmaßnahmen ein **ambivalenter Befund**. Trotz des „Mehr“ an parlamentarischer Steuerung durch den kategorischen Ausschluss bestimmter Maßnahmen wie Kontaktbeschränkungen obliegt der Erlass konkreter Schutzmaßnahmen nach wie vor der Exekutive, wobei keine Feinsteuerung durch das Parlament erfolgt [z.B. entscheidet nach wie vor die Exekutive, ob, in welchen der vielgestaltigen Bereiche, in welcher Form (2G/2G Plus/3G/3G Plus) und mit welchen Ausnahmen (Kinder/Jugendliche/medizinische Kontraindikation) Zugangsbeschränkungen zu öffentlichen und privaten Einrichtungen greifen; überdies finden sich jenseits der Erforderlichkeitsklausel keine § 28a Abs. 3 IfSG vergleichbaren Steuerungsvorgaben].
8. Änderungsbedarf – so nicht intendiert – besteht hinsichtlich § 28a Abs. 7 Satz 1 Nr. 5 IfSG-E, da dieser eine generelle Aussetzung des Präsenzbetriebs an Schulen nicht definitiv ausschließt.

II. Hintergrund

1. Der mit dem Dritten Gesetz zum Schutz der Bevölkerung bei einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite vom 18.11.2020¹ eingeführte **§ 28a IfSG** ermächtigt – i.V.m. §§ 28, 32 IfSG – die Landesregierungen, durch Rechtsverordnung besondere Schutzmaßnahmen zur Verhinderung der Verbreitung der Coronavirus-Krankheit-2019 (COVID-19) zu erlassen. Hiervon haben die Landesregierungen Gebrauch gemacht. Die auf dieser Ermächtigungsgrundlage erlassenen Rechtsverordnungen der Landesregierungen ordnen die zentralen Schutzmaßnahmen zur Bekämpfung der COVID-19-Pandemie an, wie aktuell etwa die Maskenpflicht oder Testpflichten und damit korrespondierende Zugangsbeschränkungen zu privaten und öffentlichen Einrichtungen.
2. Die Einfügung des § 28a IfSG reagierte auf den Umstand, dass das Infektionsschutzrecht keine spezifische Ermächtigungsgrundlage für den Erlass von Schutzmaßnahmen im Kontext von Pandemien enthielt.² Vor diesem Hintergrund hat der Deutsche Bundestag eine **spezifische exekutive Handlungsermächtigung zur Bekämpfung des Coronavirus SARS-CoV-2** geschaffen (§ 28a IfSG), die Handlungsvoraussetzungen und Rechtsfolgen präzisiert. Die Gesetzesbegründung bekräftigt ausdrücklich das Anliegen, „den verfassungsrechtlichen Anforderungen des Parlamentsvorbehalts [...] angesichts der länger andauernden Pandemielage und fortgesetzt erforderlichen eingriffsintensiven Maßnahmen zu entsprechen“, und erachtet hierfür „eine gesetzliche Präzisierung im Hinblick auf Dauer, Reichweite und Intensität möglicher Maßnahmen angezeigt.“³
3. Dass die Schutzmaßnahmen – mit Ausnahme der bis zum 30.6.2021 geltenden sog. „Notbremse“ (§ 28b IfSG a.F.) – nicht der Bundestag bzw. die Landtage verabschiedet haben, sondern die Landesregierungen, ist verfassungsrechtlich nicht zu beanstanden. Denn die **§§ 28, 28a und 32 IfSG** stellen – unbeschadet Optimierungspotential – eine

¹ BGBl. 2020 I, S. 2397.

² Näher dazu *F. Wollenschläger*, Die COVID-19-Pandemie als Stunde der Exekutive und die parlamentarische Demokratie des Grundgesetzes, in: A. Koch/M. Kubiciel/W. Wurmnest/F. Wollenschläger (Hrsg.), Festschrift 50 Jahre Juristische Fakultät der Universität Augsburg, 2021, S. 645 (652 ff.), i.E.

³ BT-Drs. 19/23944, 21.

den **grundgesetzlichen Anforderungen** an die Delegation von Rechtsetzungsbefugnissen auf die Exekutive (Art. 80 Abs. 1 GG; Parlamentsvorbehalt qua Wesentlichkeit) **genügende Ermächtigungsgrundlage** dar.⁴

4. Angesichts der notwendigen Orientierung der Schutzmaßnahmen und der zu deren Anordnung ermächtigenden Rechtsgrundlage (§ 28a IfSG) am Infektionsgeschehen hat der Gesetzgeber mit dem am 15.9.2021 in Kraft getretenen Aufbauhilfegesetz 2021⁵ die Ermächtigungsgrundlage des § 28a IfSG geändert. Um dem Impffortschritt Rechnung zu tragen, hat der Gesetzgeber das Ziel der Schutzmaßnahmen und die Entscheidungsparameter angepasst. Im Zentrum der Änderung steht eine Abkehr von der Sieben-Tage-Inzidenz als zentralem Entscheidungskriterium, eine Differenzierung zwischen vorsorglichen und weiteren Schutzmaßnahmen und, für letztere, die Akzentuierung der Zielvorgabe, eine drohende Überlastung der stationären Versorgung zu vermeiden.
5. Die Aktualisierung des § 28a IfSG durch die Landesregierungen setzt die **Feststellung einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite** durch den Deutschen Bundestag gemäß § 5 Abs. 1 IfSG voraus (§ 28a Abs. 1 IfSG). Der Deutsche Bundestag hat die gemäß § 5 Abs. 1 Satz 3 IfSG periodisch zu erneuernde Feststellung zuletzt am 25.8.2021 getroffen.⁶ Sie besteht damit bis zum 25.11.2021.
6. Endet die epidemische Lage von nationaler Tragweite, können die Landesparlamente gemäß § 28a Abs. 7 IfSG die konkrete Gefahr der epidemischen Ausbreitung der Coronavirus-Krankheit-2019 (COVID-19) in einem Land feststellen und damit die Anwendbarkeit der Ermächtigungsgrundlage des § 28a IfSG konservieren.
7. Die Feststellung einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite durch den Deutschen Bundestag (bzw. die Feststellung der Landtage gemäß § 28a Abs. 7 IfSG) zieht, was besonders betont sei, nach der Regelungssystematik des IfSG nicht automatisch die Geltung von Schutzmaßnahmen zur Bekämpfung der COVID-19-Pandemie nach sich.

⁴ Ausführlich dazu *F. Wollenschläger*, Die COVID-19-Pandemie als Stunde der Exekutive und die parlamentarische Demokratie des Grundgesetzes, in: A. Koch/M. Kubicieł/W. Wurmnest/F. Wollenschläger (Hrsg.), Festschrift 50 Jahre Juristische Fakultät der Universität Augsburg, 2021, S. 645 (670 ff.), i.E., sowie *ders.*, Stellungnahme zur Anpassung des § 28a IfSG (Art. 12 Aufbauhilfegesetz 2021) im Rahmen der öffentlichen Anhörung des Ausschusses für Gesundheit des Deutschen Bundestages am 31.8.2021, S. 11 ff.; abrufbar unter: https://www.bundestag.de/resource/blob/856196/0012815de283d4bec70fa41b3f0f8781/19_14_0368-7-_ESV-Prof-Dr-Ferdinand-Wollenschlaeger_Aufbauhilfegesetz-data.pdf (14.11.2021).

⁵ BGBl. 2021 I, S. 4147.

⁶ Siehe BT-PlPr 19/238, 31076C; Antrag BT-Drs. 19/32091.

Schutzmaßnahmen müssen vielmehr aufgrund einer entsprechenden Ermächtigungsgrundlage – wie §§ 28, 28a, 32 IfSG – und unter Beachtung der in dieser normierten Voraussetzungen in einem separaten Schritt durch die Landesregierungen angeordnet werden.

III. Inhalt des vorliegenden Gesetzentwurfs

8. Grundlage des vorliegenden Gesetzentwurfs ist die Absicht der Mehrheit im Deutschen Bundestag, die epidemische Lage von nationaler Tragweite nicht über den 25.11.2021 hinaus zu verlängern. Hierfür findet sich keine spezifische Begründung im Gesetzentwurf.
9. Nach dem vorstehend skizzierten Rechtsrahmen entfällt damit – unbeschadet der Frage, ob und inwieweit § 28 IfSG Handlungsmöglichkeiten einräumen würde – die Befugnis der Landesregierungen, Schutzmaßnahmen aufgrund von § 28a IfSG anzuordnen. Aufgrund der ebenfalls ins Auge gefassten Aufhebung des § 28a Abs. 7 IfSG (siehe IV.4.) könnten auch die Landesparlamente von der vorstehend skizzierten Möglichkeit, die Anwendbarkeit des § 28a IfSG zu konservieren, keinen Gebrauch mehr machen.
10. Auch bei Beendigung der epidemischen Lage von nationaler Tragweite erachtet der Gesetzentwurf Schutzmaßnahmen, wenn auch in reduziertem Umfang, für weiterhin erforderlich (S. 1 f.): „Um weiterhin notwendige Infektionsschutzmaßnahmen bis zu einer grundsätzlichen Überarbeitung des IfSG rechtssicher zu machen, sind deshalb nun Anpassungen zur zielgerichteten Bekämpfung der andauernden Pandemie erforderlich. Durch die Einfügung eines bundeseinheitlich anwendbaren Katalogs möglicher Schutzmaßnahmen in § 28a Absatz 7 Satz 1 IfSG ist es möglich, je nach Entwicklung der aktuellen Lage erforderliche Schutzmaßnahmen zu ergreifen und absehbar notwendige, der aktuellen Lage entsprechende Anpassungen von gesetzlichen und untergesetzlichen Regelungen zum Infektionsschutz zukünftig im regulären parlamentarischen Verfahren jederzeit zeitnah zu ermöglichen.“
11. Das Infektionsgeschehen bewertet der Gesetzentwurf wie folgt (S. 2): Die Schutzmaßnahmen des § 28a Abs. 7 Satz 1 IfSG-E sind „auch notwendig, da die Impfquote immer noch nicht ausreichend und die Zahl der ungeimpften Personen hoch ist. In den kommenden Wochen ist deshalb weiterhin mit hohen Infektionszahlen und einer mindestens

regionalen Belastung der öffentlichen Gesundheit auf Grund von schweren Erkrankungen überwiegend ungeimpfter Menschen zu rechnen. Zugleich ist aber dafür zu sorgen, dass Kindern und anderen vulnerablen Gruppen, für die kein Impfangebot zur Verfügung steht, der notwendige Schutz rechtssicher gewährleistet werden kann.“

12. In der Sache sieht § 28a Abs. 7 IfSG-E eine Ermächtigung zugunsten der Landesregierungen vor, einen im Vergleich zu § 28a Abs. 1 IfSG beschränkten Kreis von Schutzmaßnahmen – aktuell befristet bis zum 19.3.2022 – weiterhin anordnen zu können. Dieser umfasst

- a) ein Abstandsgebot im öffentlichen Raum,
- b) die Maskenpflicht,
- c) die Verpflichtung zur Vorlage von Impf-, Genesenen- oder Testnachweisen sowie damit korrespondierende Zugangsbeschränkungen,
- d) die Verpflichtung zur Erstellung und Anwendung von Hygienekonzepten,
- e) die Erteilung von Auflagen für die Fortführung des Betriebs von Gemeinschaftseinrichtungen im Sinne von § 33, Hochschulen, außerschulischen Einrichtungen der Erwachsenenbildung oder ähnlichen Einrichtungen und
- f) die Kontaktdatennachverfolgung.

13. § 28a Abs. 7 Satz 2 IfSG-E ermöglicht einerseits weitere Maßnahmen auf der Grundlage des § 28 Abs. 1 Satz 1 IfSG – indes nur gegenüber Kranken, Krankheitsverdächtigen, Ansteckungsverdächtigen oder Ausscheidern nach § 28 Abs. 1 Satz 1 IfSG – und auf der Grundlage des § 28 Abs. 1 Satz 2 IfSG (Schließung von Gemeinschaftseinrichtungen i.S.d. § 33 IfSG); andererseits ist dieser Öffnungsklausel im Umkehrschluss mit der Gesetzesbegründung zu entnehmen (S. 32), dass weitere Maßnahmen auf der Grundlage des § 28 IfSG nicht mehr ergriffen werden können. Das betrifft zum einen Maßnahmen gegenüber dem oben nicht genannten Personenkreis (Satz 1) und zum anderen die weiteren in Satz 2 genannten Maßnahmen (Beschränkung/Verbot von Veranstaltungen oder sonstigen Ansammlungen von Menschen und Schließung von Badeanstalten).

IV. Bewertung

1. Fortbestand der Voraussetzungen einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite

14. Die Voraussetzungen einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite liegen auf der Basis der aktuellen Lageeinschätzung des Robert Koch-Instituts weiterhin vor.

- a) Auch nach Inkrafttreten des Gesetzentwurfs rechnet die entsprechende Feststellungsbefugnis zum geltenden Recht.
- b) Eine solche Lage liegt gemäß § 5 Abs. 1 Satz 6 IfSG „vor, wenn eine ernsthafte Gefahr für die öffentliche Gesundheit in der gesamten Bundesrepublik Deutschland besteht, weil 1. die Weltgesundheitsorganisation eine gesundheitliche Notlage von internationaler Tragweite ausgerufen hat und die Einschleppung einer bedrohlichen übertragbaren Krankheit in die Bundesrepublik Deutschland droht oder 2. eine dynamische Ausbreitung einer bedrohlichen übertragbaren Krankheit über mehrere Länder in der Bundesrepublik Deutschland droht oder stattfindet.“ Dabei stellt eine bedrohliche übertragbare Krankheit gemäß der Legaldefinition des § 2 Nr. 3a IfSG „eine übertragbare Krankheit [dar], die auf Grund klinisch schwerer Verlaufsformen oder ihrer Ausbreitungsweise eine schwerwiegende Gefahr für die Allgemeinheit verursachen kann“.
- c) Nach dem aktuellen wöchentlichen Lagebericht des Robert Koch-Instituts vom 11.11.2021 schätzt dieses „die Gefährdung für die Gesundheit der nicht oder nur einmal geimpften Bevölkerung in Deutschland insgesamt als sehr hoch ein. Für vollständig Geimpfte wird die Gefährdung als moderat, aber aufgrund der steigenden Infektionszahlen ansteigend eingeschätzt.“⁷ Mit Blick auf die Infektionsdynamik habe sich der „seit Ende September 2021 beobachtete, steigende Trend der 7-Tages-Inzidenzen [...] in den letzten Wochen deutlich beschleunigt. Die aktuellen Fallzahlen sind schon jetzt höher als alle bisher auf den Höhepunkten der vorangegangenen Erkrankungswellen verzeichneten Werte. Leider zieht dieser hohe Infektionsdruck in der Bevölkerung auch ein deutliches Ansteigen der

⁷ RKI, Wöchentlicher Lagebericht des RKI zur Coronavirus-Krankheit-2019 (COVID-19), S. 4, abrufbar unter: https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Situationsberichte/Wochenbericht/Wochenbericht_2021-11-11.pdf?__blob=publicationFile (14.11.2021).

schweren Krankheitsverläufe und der Todesfälle nach sich und macht das Auftreten von Impfdurchbrüchen wahrscheinlicher. [...] Es ist damit zu rechnen, dass sich der starke Anstieg der Fallzahlen innerhalb der nächsten Wochen fortsetzen wird, wenn die Bevölkerung nicht durch die freiwillige Reduktion von potentiell infektiösen Kontakten im privaten Bereich und Beachtung der Basismaßnahmen in allen anderen Lebensbereichen mithilft, den momentanen Infektionsdruck auf alle, geimpfte wie ungeimpfte Personen, zu mindern.“⁸ Insgesamt sei die „aktuelle Entwicklung [...] sehr besorgniserregend und [...] zu befürchten, dass es zu einer weiteren Zunahme schwerer Erkrankungen und Todesfälle kommen wird und die verfügbaren intensivmedizinischen Behandlungskapazitäten überschritten werden.“⁹

- d) Am Rande sei darauf hingewiesen, obgleich diese Frage angesichts der jüngsten Entwicklung im stationären Sektor an Bedeutung verloren hat, dass eine epidemische Lage von nationaler Tragweite, anders als teils vertreten, nicht erst dann bejaht werden kann, wenn eine Destabilisierung des Gesundheitssystems droht. Dies ist ein wichtiger Gesichtspunkt, eine Bedrohung der öffentlichen Gesundheit ist indes nicht mit einer drohenden Überlastung der Gesundheitsinfrastruktur gleichzusetzen.¹⁰

15. Dem Gesetzentwurf lässt sich nicht entnehmen, warum die Voraussetzungen einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite nicht mehr vorliegen. Richtig ist zwar, dass die Feststellung gemäß § 5 Abs. 1 Satz 1 IfSG nicht im Gesetzgebungsverfahren, sondern durch Beschluss des Bundestags erfolgt, und der Deutsche Bundestag im Übrigen gesetzlich nicht verpflichtet ist, die Nicht-Verlängerung zu begründen; allerdings basiert der vorliegende Gesetzentwurf auf der Annahme des Auslaufens dieser Lage, so dass es im Interesse der angestrebten Stärkung des Parlaments und von Transparenz

⁸ Ebd., S. 3.

⁹ Ebd., S. 4.

¹⁰ Vgl. auch F. Wollenschläger, Stellungnahme Covid-19 Rechtsverordnungsweitergeltungsgesetz v. 9.9.2020, Ausschussdr. 19(14)197(13), abrufbar unter: https://www.bundestag.de/resource/blob/790906/a68e51c169564f8302c72ed352d7769d/19_14_0197-13_ESV_Wollenschlaeger_Covid19-data.pdf (14.11.2021).

wünschenswert erscheint, die dem zugrunde liegende Lageeinschätzung zu dokumentieren, auch um die Schwelle festzuhalten, ab der weitergehende Maßnahmen möglich sind.

16. Lehnt man die Feststellung einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite primär deshalb ab, weil dadurch für politisch oder rechtlich bedenklich oder für nicht mehr benötigt erachtete Handlungsmöglichkeiten der Exekutive eröffnet würden, ist zum einen zu berücksichtigen, dass man dem auch durch eine (gezielte) Aufhebung bzw. Anpassung der entsprechenden Handlungsbefugnisse begegnen kann, wie auch etwa mit dem Gesetz zur Fortgeltung der die epidemische Lage von nationaler Tragweite betreffenden Regelungen vom 29.3.2021¹¹ geschehen. Zum anderen sei mit Blick auf die rechtlichen Einwände Folgendes festgehalten:

- a) Die mitunter anzutreffende pauschale Qualifikation der exekutiven Handlungsbefugnisse des § 5 Abs. 2 IfSG als verfassungswidrig¹² ist, wie andernorts näher ausgeführt,¹³ weder überzeugend noch allgemein akzeptiert¹⁴. Unbeschadet dessen sei daran erinnert, dass die Delegation von Handlungsbefugnissen auf die

¹¹ BGBl. 2021 I, S. 370.

¹² So etwa H. Dreier, DÖV 2021, S. 229 (237); T. Kingreen, Jura 2020, S. 1019 (1034).

¹³ F. Wollenschläger, Die COVID-19-Pandemie als Stunde der Exekutive und die parlamentarische Demokratie des Grundgesetzes, in: A. Koch/M. Kubiciel/W. Wurmnest/F. Wollenschläger (Hrsg.), Festschrift 50 Jahre Juristische Fakultät der Universität Augsburg, 2021, S. 645 (667 ff.), i.E., sowie ders., Stellungnahme zum Zweiten Bevölkerungsschutzgesetz v. 11.5.2020, Ausschussdr. 19(14)160(31), abrufbar unter: https://www.bundestag.de/resource/blob/695488/05bdee056d1184319c993e30e313a2f9/19_14_0160-31-_ESV-Prof-Dr-Wollenschlaeger_2-Bevoelk-schutzg--data.pdf (14.11.2021).

¹⁴ Für eine Verfassungskonformität der Nr. 4, 7 und 8 („wohl“, teils mit Bedenken und Verweis auf restriktive Auslegung) K. Dingemann/B. Gausing, in: BeckOK-InfSchR (Stand: 7. Edition 1.10.2021), § 5, Rn. 14, 14a, 25, 36, 44; J. Kersten/S. Rixen, Der Verfassungsstaat in der Corona-Krise, 2. Aufl. 2021, S. 247 f.; S. Rixen, in: Kluckert (Hrsg.), Das neue Infektionsschutzrecht, 2020, § 4 Rn. 18 ff.; für Nr. 7 lit. c auch VG Stuttgart, BeckRS 2020, 6557, Rn. 13; für Nr. 10 K. Dingemann/B. Gausing, in: BeckOK-InfSchR (Stand: 7. Edition 1.10.2021), § 5, Rn. 14, 14a, 49a (unter Verweis auf restriktive Auslegung); F. Wollenschläger, Die COVID-19-Pandemie als Stunde der Exekutive und die parlamentarische Demokratie des Grundgesetzes, in: A. Koch/M. Kubiciel/W. Wurmnest/F. Wollenschläger (Hrsg.), Festschrift 50 Jahre Juristische Fakultät der Universität Augsburg, 2021, S. 645 (667 ff.), i.E.; ders., Stellungnahme zum Zweiten Bevölkerungsschutzgesetz v. 11.5.2020, Ausschussdr. 19(14)160(31), abrufbar unter: https://www.bundestag.de/resource/blob/695488/05bdee056d1184319c993e30e313a2f9/19_14_0160-31-_ESV-Prof-Dr-Wollenschlaeger_2-Bevoelk-schutzg--data.pdf (abgerufen am 21.5.2021), 24 ff.; allgemein für die Nr. 4, 7, 8 und 10 (unter Betonung der Notwendigkeit einer differenzierten Prüfung und mit Anregung, wie geschehen, „insbesondere“ zu streichen) A. Leisner-Egensperger, Stellungnahme zum Entwurf eines Gesetzes zur Fortgeltung der epidemischen Lage von nationaler Tragweite v. 18.2.2021, Ausschussdr. 19(14)288(9), abrufbar unter: https://www.bundestag.de/resource/blob/823104/6bea0e81b5b411f21c3c45bfd7c7caea/19_14_0288-9-_ESV-Prof-Dr-Anna-Leisner-Egensperger_EpiLage-Fortgeltungsgesetz-data.pdf (14.11.2021), S. 5 ff. Anders für Nr. 4 („dürften“) J. F. Lindner, in: H. Schmidt (Hrsg.), Rechtsfragen zur Corona-Krise, 2. Aufl. 2020, § 17 Rn. 46; ferner für Nr. 4, 7 und 8 A.-L. Hollo, in: A. Kießling (Hrsg.), Infektionsschutzgesetz, 2. Aufl. 2021, § 5 Rn. 25 ff., 29 ff., und generell H. Dreier, DÖV 2021, 229 (236 f.); R. Poscher, Das Infektionsschutzgesetz als Gefahrenabwehrrecht, in: S. Huster/T. Kingreen (Hrsg.), Handbuch Infektionsschutzrecht, 2021, 4. Kap. Rn. 28 f.

Exekutive für den Fall einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite – unabhängig von verfassungsrechtlichen Grenzen – eine vom Gesetzgeber (verfassungs-)politisch zu verantwortenden Delegationsentscheidung darstellt. Vor diesem Hintergrund ist die Möglichkeit einer Aufhebung bzw. Änderung einzelner Ermächtigungsgrundlagen und einer Aufhebung bzw. (ggf. modifizierenden) Überführung einzelner auf ihrer Basis erlassener Rechtsnormen in (Parlaments-)Gesetzesrecht im Blick zu behalten.

- b) Mit Blick auf das in der Debatte angeführte Argument der Notwendigkeit eines rechtssicheren Pandemiebekämpfungsregimes und damit die Frage der rechtlichen (Un-)Zulässigkeit bestimmter im Katalog des Absatze 1 aufgelisteter Maßnahmen sei darauf hingewiesen, dass die **Beschränkung im vorgesehenen Umfang rechtlich nicht geboten** ist. Auch die grundlegenden (Hauptsache-)Entscheidungen des Bundesverfassungsgerichts zu Maßnahmen der Pandemiebekämpfung stehen noch aus,¹⁵ und hat der Erste Senat des Bundesverfassungsgerichts in seiner Eilentscheidung zu nächtlichen Ausgangsbeschränkungen vom 5.5.2021 jedenfalls eine offensichtliche materielle Verfassungswidrigkeit verneint sowie im Übrigen ein Überwiegen der gegen eine Aussetzung streitenden Belange im Rahmen der Folgenabwägung bejaht¹⁶. Überdies müssen einzelne aktuell in den Vordergrund gerückte Entscheidungen in ihrem Kontext gesehen werden. So steht etwa der in der aktuellen Debatte verschiedentlich erwähnte Beschluss des Bayerischen Verwaltungsgerichtshofs vom 4.10.2021¹⁷ zur Unzulässigkeit von Ausgangsbeschränkungen des letzten Jahres nicht nur im Gegensatz zur (Hauptsache-)Entscheidung des Bayerischen Verfassungsgerichtshofs vom 9.2.2021¹⁸ sowie zahlreichen weiteren (Eil-)Entscheidungen zu nächtlichen Ausgangsbeschränkungen¹⁹, sondern ist auch noch nicht rechtskräftig, da

¹⁵ Siehe dazu Pressemitteilung Nr. 78/2021 vom 20.8.2021, abrufbar unter: <https://www.bundesverfassungsgericht.de/SharedDocs/Pressemitteilungen/DE/2021/bvg21-078.html> (14.11.2021).

¹⁶ BVerfG, Beschl. v. 5.5.2021, 1 BvR 781/21 u.a., Rn. 33 ff. bzw. 42 ff.

¹⁷ BayVGH, BeckRS 2021, 29086.

¹⁸ BayVerfGH, BeckRS 2021, 1765.

¹⁹ BayVerfGH, COVuR 2021, S. 106 (107 ff.); BayVGH, NJW 2021, S. 178 (179 ff.); BeckRS 2021, 436, Rn. 37 ff.; BeckRS 2021, 3800, Rn. 18 ff.; BeckRS 2021, 3811, Rn. 16 ff.; BeckRS 2021, 3814, Rn. 26 ff.; BeckRS 2021, 5693, Rn. 25 ff.; OVG Hamburg, BeckRS 2021, 8271, Rn. 7 ff.; OVG Magdeburg, BeckRS 2021, 6590, Rn. 6 ff.; OVG Münster, Beschl. v. 22.4.2021, 13 B 610/21, juris, Rn. 9 ff.; OVG Weimar, BeckRS 2021, 5303, Rn. 51 ff.; VGH Mannheim, BeckRS 2020, 36334, Rn. 32 ff.; VG Düsseldorf, Beschl. v. 21.4.2021, 24 L 849/21, juris, Rn. 30 ff. Anders: OVG

Revision beim Bundesverwaltungsgericht eingelegt wurde²⁰. Auch Kontaktbeschränkungen haben Landesverfassungs- und der Oberverwaltungsgerichte für zulässig erachtet.²¹

17. Unabhängig von der Frage eines Fortbestands der epidemischen Lage von nationaler Tragweite sei Folgendes festgehalten:

- a) Dem Gesetzgeber ist es unbenommen, ein nicht an dieses Konzept anknüpfendes Regime der Pandemiebekämpfung zu schaffen; das Für und Wider kann hier nicht gewürdigt werden.
- b) Auch der vorliegende Gesetzentwurf schafft ein – neben den allgemeinen Befugnissen des IfSG (§§ 28, 29 ff. IfSG) stehendes – „**Sonderrecht**“ für die Bekämpfung der COVID-19-Pandemie. Aufgrund einer Bewertung des Infektionsgeschehens ermächtigt er die Exekutive, bestimmte Schutzmaßnahmen zur Verhinderung der Verbreitung der Coronavirus-Krankheit-2019 (COVID-19) für einen kalendermäßig bestimmten (und genauso wie die Feststellung einer epidemischen Lage je nach Infektionsgeschehen verkürz- und verlängerbaren) Zeitraum anzuordnen.
- c) Entscheidend ist, dass der Gesetzgeber ein mit Blick auf das Infektionsgeschehen **adäquates Instrumentarium zur Bekämpfung der COVID-19-Pandemie** bereitstellt. Dies verlangt eine fachliche und politische Bewertung möglicher Maßnahmen; aus verfassungsrechtlicher Warte müssen sich die Maßnahmen im Korridor zwischen Unter- und Übermaßverbot bewegen (näher IV.2.).

2. *Beschränkung des Katalogs möglicher Schutzmaßnahmen (§ 28a Abs. 7 IfSG-E)*

18. Der Bundestag ist, wie anlässlich verschiedener Anhörungen zur COVID-19-Pandemie in der letzten Legislaturperiode betont, verpflichtet, die pandemische Entwicklung zu

Bautzen, Beschl. v. 4.3.2021, Rn. 40 ff. – wiewohl lediglich das Fehlen einer „auf die jetzt gegebene Pandemiesituation bezogenen Gefährdungsprognose“ beanstandend (Rn. 50); OVG Lüneburg, BeckRS 2021, 6292, Rn. 9 ff.; VGH Mannheim, KommJur 2021, S. 106 (109 ff.): ferner – indes ein ganztägiges Verbot des Verlassens der eigenen Wohnung bei geringer Inzidenz betreffend – SaarVerfGH, NVwZ-RR 2020, S. 514.

²⁰ Siehe <https://www.faz.net/aktuell/politik/inland/corona-regeln-gekippt-bayern-geht-in-revision-17576508.html> (14.11.2021).

²¹ Siehe etwa BayVerfGH, Entscheidung v. 29.1.2021, Vf. 96-VII-20, juris, Rn. 41; BayVGh, Beschl. v. 19.1.2021, juris, Rn. 52.

beobachten und das Pandemiebekämpfungsregime an veränderte Gegebenheiten anzupassen. Vor diesem Hintergrund sind entsprechende Gesetzgebungsvorhaben im Grundsatz zu begrüßen.

19. Ob die mit dem Gesetzentwurf vorgesehene **Beschränkung des Katalogs** möglicher Schutzmaßnahmen angesichts des aktuellen und drohenden Infektionsgeschehens sowie der damit einhergehenden Folgen für die Beanspruchung von Ressourcen des Gesundheitssystems (auch zulasten von Personen, die einen anderen als COVID-19-bedingten Behandlungsbedarf aufweisen) eine effektive Pandemiebekämpfung verhindert, ist zunächst eine fachlich (epidemiologisch-virologisch-medizinisch) zu beantwortende Frage; aus dieser Perspektive für wirksam bzw. notwendig erachtete Maßnahmen sind sodann politisch und (verfassungs-)rechtlich namentlich hinsichtlich ihrer Eignung, Erforderlichkeit und Angemessenheit zu bewerten. Festzuhalten ist jedenfalls, dass der Katalog hinter aktuell bereits angesichts des Infektionsgeschehens in anderen europäischen Staaten ergriffenen Maßnahmen zurückbleibt (verwiesen sei auf die in den Niederlanden angeordneten Kontakt- und Betriebsbeschränkungen zur Abend- und Nachtzeit und auf die in Österreich angeordnete Ausgangsbeschränkung für nicht immunisierte Personen), ebenso wie hinter hierzulande im politischen und fachlichen Diskurs erhobenen Forderungen. Auch hier erscheint es im Interesse der angestrebten Stärkung des Parlaments und von Transparenz wünschenswert, die dem zugrunde liegende Einschätzung zu dokumentieren.
20. Aus **verfassungsrechtlicher Perspektive** ist die mit dem Gesetzentwurf in Kombination mit der Beendigung der epidemischen Lage von nationaler Tragweite einhergehende Beschränkung des Katalogs möglicher Schutzmaßnahmen einerseits an der staatlichen Schutzpflicht zugunsten von Leben und Gesundheit (Art. 2 Abs. 2 Satz 1 GG)²² und dem damit korrespondierenden Untermaßverbot zu messen; andererseits müssen die Schutzmaßnahmen verhältnismäßig mit Blick auf die damit einhergehenden Grundrechtseingriffe sein (Übermaßverbot). Aufgabe des Parlaments ist es, in dem durch das Übermaß- und Untermaßverbot eröffneten Korridor effektiven Gesundheitsschutz bei Wahrung höchstmöglicher Freiheit sicherzustellen; hierbei können auch im Rahmen von Einschätzungsprärogativen politisch Prioritäten gesetzt werden. Diese Prüfung

²² Siehe dazu BVerfGE 121, 317 (349); E 126, 112 (140).

kann nur in Ansehung konkreter Maßnahmen erfolgen. Erforderlich ist eine differenzierte Würdigung der Maßnahme in ihrer konkreten Ausgestaltung (persönlicher und sachlicher Anwendungsbereich, Ausnahmen) und mit Blick auf das ihr zugrunde liegende Infektionsgeschehen einschließlich der aktuellen und drohenden Belastung des Gesundheitssystems. Auch im Lichte der (differenzierten) Rechtsprechung ist die **Reduktion des Katalogs möglicher Schutzmaßnahmen im vorgesehenen Umfang rechtlich nicht geboten**, was hier nicht im Detail gewürdigt werden kann (siehe etwa zur Rechtsprechung zu Kontakt- und Ausgangsbeschränkungen oben IV.1.).

21. Es ist ferner zu berücksichtigen, dass die Einräumung von Handlungsmöglichkeiten nicht mit der Anordnung entsprechender Maßnahmen gleichzusetzen ist, die Anordnung vielmehr von einer weiteren staatlichen Entscheidung abhängt (Aktualisierung der Befugnisse durch die Landesregierungen). Überdies kann bzw. müsste die Eröffnung weiterer Maßnahmen, je nach Eingriffsintensität und auch fachlich-politischer Bewertung, wie es jetzt schon der Differenzierung in § 28a Abs. 3 IfSG zwischen vorsorglichen und weiteren Schutzmaßnahmen sowie in § 28a Abs. 2 IfSG entspricht, von qualifizierten Voraussetzungen abhängig gemacht werden.
22. Bei der Bewertung ist zu berücksichtigen, dass der Deutsche Bundestag jederzeit die weitergehenden Maßnahmen gemäß § 28a Abs. 1 IfSG eröffnen kann, indem er wieder das Bestehen einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite gemäß § 5 Abs. 1 IfSG feststellt. Gerade angesichts des eingeschlagenen Wegs einer Nicht-Verlängerung der epidemischen Lage von nationaler Tragweite und der angestrebten Stärkung des Parlaments erscheint es freilich vorzugswürdig, jetzt einen Katalog möglicher Maßnahmen mit entsprechenden Voraussetzungen zu schaffen, statt bei weiterem Handlungsbedarf über eine entsprechende Feststellung den für zu undifferenziert erachteten Katalog des Abs. 1 wieder zu aktivieren.
23. Das **Bestimmtheitsgebot für die Delegation von Rechtsetzungsbefugnissen an die Exekutive** (Art. 80 Abs. 1 Satz 2 GG; Parlamentsvorbehalt qua Wesentlichkeit) verlangt, dass die Ermächtigungsgrundlage die Entscheidungsparameter für die Anordnung von Schutzmaßnahmen durch die Landesregierungen hinreichend bestimmt vorgibt.²³

²³ Ausführlich zu den verfassungsrechtlichen Anforderungen auch im Kontext der COVID-19-Pandemie F. Wollenschläger, Die COVID-19-Pandemie als Stunde der Exekutive und die parlamentarische Demokratie des Grundgesetzes, in: A. Koch/M. Kubiciel/W. Wurmnest/F. Wollenschläger (Hrsg.), Festschrift 50 Jahre Juristische Fakultät der Universität Augsburg, 2021, S. 645 (660 ff., 670 ff.), i.E., sowie ders., Stellungnahme zur Anpassung des § 28a IfSG (Art. 12

- a) Anders als für die Anordnung von Schutzmaßnahmen während der Dauer der Feststellung einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite gemäß § 28a Abs. 1 ff. IfSG normiert § 28a Abs. 7 IfSG-E – jenseits der Erforderlichkeitsklausel („soweit sie zur Verhinderung der Verbreitung der Coronavirus-Krankheit-2019 (COVID-19) erforderlich sind“) – keine weiteren Steuerungsvorgaben (vgl. demgegenüber die Entscheidungsparameter des § 28a Abs. 3 IfSG).
- b) Angesichts der im Vergleich zum Katalog des § 28a Abs. 1 IfSG geringeren Eingriffsintensität, der Befristung und vor allem der Würdigung des Infektionsgeschehens sowie der Notwendigkeit der Maßnahmen in der Gesetzesbegründung (wie seinerzeit bei der sog. Notbremse gemäß § 28b IfSG a.F.²⁴) ist dies verfassungsrechtlich nicht zu beanstanden (Gesetzentwurf, S. 30 f.).

24. Anders als bei der Anordnung von Schutzmaßnahmen während der Dauer der Feststellung einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite gemäß § 28a Abs. 1 ff. IfSG greift für Maßnahmen gemäß § 28a Abs. 7 IfSG-E keine sachliche Anwendungsbeschränkung, sondern eine kalendermäßige Befristung bis zum 19.3.2022. Dies schließt eine Reaktion auf veränderte Umstände nicht aus, kann der Gesetzgeber doch jederzeit die Anwendbarkeit der Maßnahmen – genauso wie die Feststellung einer epidemischen Lage – abhängig vom Infektionsgeschehen verkürzen oder verlängern.

25. Positiv hervorzuheben ist, dass die grundrechtssichernden Kautelen des § 28a Abs. 5 IfSG (Erfordernis einer Befristung und allgemeinen Begründung) sowie des § 28a Abs. 6 Satz 2 IfSG (umfassende Berücksichtigung der Folgen von Schutzmaßnahmen) über den Verweis in § 28a Abs. 6 Satz 3 IfSG-E auch im Kontext des § 28a Abs. 7 IfSG-E Anwendung finden.

Aufbauhilfegesetz 2021) im Rahmen der öffentlichen Anhörung des Ausschusses für Gesundheit des Deutschen Bundestages am 31.8.2021, S. 11 ff., abrufbar unter: https://www.bundestag.de/resource/blob/856196/0012815de283d4bec70fa41b3f0f8781/19_14_0368-7-_ESV-Prof-Dr-Ferdinand-Wollenschlaeger_Aufbauhilfegesetz-data.pdf (14.11.2021).

²⁴ Dazu *F. Wollenschläger*, Stellungnahme zum Entwurf eines Vierten Gesetzes zum Schutz der Bevölkerung bei einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite, im Rahmen der öffentlichen Anhörung des Ausschusses für Gesundheit des Deutschen Bundestages am 16.4.2021, S. 19 ff., abrufbar unter: https://www.bundestag.de/resource/blob/835164/c7062527e14f960fefe4c71a0aa4a164/19_14_0323-21-_ESV-Prof-Dr-Ferdinand-Wollenschlaeger_-viertes-BevSchG-data.pdf (14.11.2021).

3. *Ambivalenter Befund hinsichtlich des Anliegens einer Stärkung der Parlamente bei der Pandemiebekämpfung*

26. Bewertet man den Gesetzentwurf mit Blick auf das Anliegen der Stärkung der Parlamente bei der Pandemiebekämpfung, so ergibt sich ein ambivalenter Befund.

- a) Einerseits ist hinsichtlich der Schutzmaßnahmen festzuhalten, dass das Parlament Handlungsmöglichkeiten der Exekutive reduziert und bestimmte Maßnahmen von vornherein ausschließt, wie etwa Ausgangs- und Kontaktbeschränkungen (§ 28a Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 IfSG); Anpassungen in zeitlicher (Verkürzung/Verlängerung) und sachlicher (Erweiterung/Reduktion des Katalogs) Hinsicht setzen damit ein neues Gesetzgebungsverfahren voraus.
- b) Andererseits ändert sich an der Grundstruktur des § 28a IfSG hinsichtlich der Rollenverteilung von Legislative und Exekutive beim Erlass von Schutzmaßnahmen nichts. Diese werden nämlich nach wie vor im Wege der exekutiven Rechtsetzung angeordnet. Auch bleibt es bei der parlamentarischen Grobsteuerung: So normiert § 28a Abs. 7 IfSG-E, anders als im Übrigen § 28a Abs. 3 IfSG, keine spezifischen Entscheidungsparameter für die Anordnung einzelner Maßnahmen, sondern verlangt lediglich, dass die Maßnahme „zur Verhinderung der Verbreitung der Coronavirus-Krankheit-2019 (COVID-19) erforderlich“ sein muss. Ebenso wenig erfolgt eine Feinsteuerung einzelner Maßnahmen. Dies lässt sich an der Frage des Zugangsregimes illustrieren (§ 28a Abs. 7 Satz 1 Nr. 3 IfSG-E): Hier überlässt es der Gesetzgeber (nach wie vor) der Exekutive festzulegen, ob Zugangsbeschränkungen überhaupt greifen sollen (Kann-Bestimmung), ob 2G, 2G Plus (zusätzlich Test), 3G oder 3G Plus (nur PCR) gelten soll, ob und welche Ausnahmen greifen (Kinder/Jugendliche/Impfung kontraindiziert) und ob bzw. wie zwischen den einzelnen erfassten und vielgestaltigen Bereichen (z.B. Alten- und Pflegeheimen und Krankenhäusern, Hochschulen und Restaurants) zu differenzieren ist (nicht weiter differenzierend auch die Gesetzesbegründung, S. 30 f.). Dies ist verfassungsrechtlich nicht zu beanstanden und auch nicht als Plädoyer gegen exekutive Spielräume bei der Pandemiebekämpfung zu verstehen, bedeutet freilich kein Mehr an parlamentarischer Steuerung als vor der ins Auge gefassten Änderung des § 28a IfSG (vgl. § 28 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2a IfSG). Daher lässt sich entgegen der Gesetzesbegründung, so man mit

dieser die aktuelle Rollenverteilung zwischen Parlament und Regierung kritisch sieht, nicht sagen, dass „[d]ie wesentlichen Entscheidungen [...] wieder vollständig in die Hand des zuständigen parlamentarischen Gesetzgebers gelegt“ würden. Wollte die Parlamentsmehrheit etwa angesichts des aktuellen Infektionsgeschehens die 2G-Regelung unter bestimmten Voraussetzungen für bestimmte Bereiche anwendbar erklären und insoweit steuernd tätig werden, so wäre § 28a Abs. 7 IfSG-E insoweit zu präzisieren.

- c) Schließlich vernachlässigt die Gesetzesbegründung die in Art. 80 Abs. 4 GG angelegte und praktisch bedeutsame Rolle der Landtage (Parlamentsbeteiligung beim Verordnungserlass; dazu IV.4.).

27. Wie bei der sog. „Notbremse“ (§ 28b IfSG) ist der Deutsche Bundestag befugt, Schutzmaßnahmen unmittelbar durch Parlamentsgesetz anzuordnen. Anders als teils vertreten, steht dem weder die Garantie effektiven Rechtsschutzes (Art. 19 Abs. 4 GG) noch das Allgemeinheitsgebot (Art. 19 Abs. 1 Satz 1 GG) noch der Grundsatz der Gewaltenteilung (Art. 20 Abs. 2 Satz 2 GG) entgegen.²⁵

28. Ergänzend sei darauf hingewiesen, dass bereits mit der am 15.9.2021 in Kraft getretenen Änderung des § 28a Abs. 3 IfSG durch das Aufbauhilfegesetz 2021²⁶ eine Binnendifferenzierung hinsichtlich zulässiger Schutzmaßnahmen erfolgt ist. Während nämlich Maßnahmen des präventiven Infektionsschutzes i.S.d. § 28a Abs. 3 Satz 2 IfSG, die sich weitgehend mit dem Katalog des § 28a Abs. 7 Satz 1 IfSG-E decken, keinen qualifizierten Voraussetzungen unterliegen, sind weitergehende Schutzmaßnahmen an das Ziel gekoppelt, „eine drohende Überlastung der regionalen und überregionalen stationären Versorgung zu vermeiden“.

4. Aufhebung der Feststellungsbefugnis der Landtage (§ 28a Abs. 7 IfSG) und Rolle der Landtage

29. Erachtet man nach dem Ende der epidemischen Lage von nationaler Tragweite Maßnahmen der Infektionsprävention mit dem Gesetzentwurf weiterhin für erforderlich

²⁵ F. Wollenschläger, Die COVID-19-Pandemie als Stunde der Exekutive und die parlamentarische Demokratie des Grundgesetzes, in: A. Koch/M. Kubiciel/W. Wurmnest/F. Wollenschläger (Hrsg.), Festschrift 50 Jahre Juristische Fakultät der Universität Augsburg, 2021, S. 645 (698), i.E.

²⁶ BGBl. 2021 I, S. 4147.

bzw. das IfSG-Regime für anpassungsbedürftig, so ist der Weg über eine die Anwendbarkeit des § 28a Abs. 1 ff. IfSG konservierende Feststellung der Landesparlamente gemäß § 28a Abs. 7 IfSG nicht der einzig mögliche. Vielmehr erscheint es vor dem Hintergrund eines länderübergreifenden Regulierungsproblems vorzugswürdig, den bundesrechtlichen Rahmen anzupassen, wie es auch der Gesetzentwurf vorsieht. Je restriktiver der Katalog gestaltet ist, desto mehr stellt sich die Frage nach Öffnungsklauseln für die Länder.

30. Dass der Weg über eine Anpassung des § 28a IfSG im Vergleich zur Aktivierung der Feststellungsbefugnis des § 28a Abs. 7 IfSG vorzugswürdig ist, bedeutet nicht, dass die Beteiligung der Landtage im Kontext des Erlasses der in § 28a Abs. 7 IfSG-E vorgesehenen Maßnahmen geringerer Eingriffstiefe durch die Landesregierungen nicht mehr geboten oder möglich wäre. Zumindest missverständlich, nämlich im Sinne eines weder Art. 80 Abs. 4 GG noch der aktuellen Rolle der Landtage im Kontext der Pandemiebekämpfung (Parlamentsbeteiligung beim Verordnungserlass) Rechnung tragenden Verständnisses liest sich indes die auf die Aufhebung des § 28 Abs. 7 IfSG bezogene Passage der Gesetzesbegründung.

- a) Dort (S. 21) heißt es: „Vor diesem Hintergrund sind unabhängig vom Sonderrecht der epidemischen Lage von nationaler Tragweite Rechtsgrundlagen für die Infektionsprävention erforderlich. Die für diesen Fall bislang in § 28a Absatz 7 IfSG enthaltene Grundlage für länderspezifische Anschlussregelungen leidet unter dem Mangel, dass sie auch für solche weniger intensiven Maßnahmen immer an eine Entscheidung der Landesparlamente gebunden ist. Eine Entscheidung durch die Landesparlamente erscheint angesichts der geringeren Eingriffstiefe der zukünftig erforderlichen präventiven Maßnahmen im Vergleich zum bisherigen Katalog des § 28a Absatz 1 IfSG nicht mehr geboten. Damit wird dem Bedarf an schnellen Reaktionsmöglichkeiten besser Rechnung getragen.“
- b) Richtig ist zwar, dass, wie soeben ausgeführt, angesichts eines bundeseinheitlichen Regulierungsproblems der Weg über § 28a Abs. 7 IfSG nicht als der vorzugswürdige erscheint und dass bei einer Änderung des § 28a IfSG die Landtage nicht einbezogen werden müssen. Allerdings vernachlässigen die zitierten Ausführungen der Gesetzesbegründung die Rolle der Landtage im Kontext der Pandemiebekämpfung. Bereits Art. 80 Abs. 4 GG räumt den Landtagen – überdies

unabhängig von der Frage der Bedeutung einer Angelegenheit – das Recht ein, anstelle der Landesregierung von bundes(parlaments)gesetzlichen Verordnungsermächtigungen Gebrauch zu machen. Hiervon haben viele Landtage primär in Gestalt von Regelungen der Parlamentsbeteiligung beim Verordnungserlass Gebrauch gemacht.²⁷ Überdies ändert der Gesetzentwurf nichts an der grundsätzlichen Rollenverteilung von Exekutive und Legislative bei der Anordnung von Schutzmaßnahmen zur Pandemiebekämpfung (dazu oben, IV.3.), womit auch die Frage nach einer Parlamentsbeteiligung auf Landesebene als flankierende (wenn auch nicht verfassungsrechtlich gebotene) Maßnahme der Erhöhung von Transparenz, Akzeptanz und Legitimation aktuell bleibt.

- c) Nicht ganz treffend ist auch der Hinweis darauf, dass damit „schnellen Reaktionsmöglichkeiten besser Rechnung getragen“ würde. Vielmehr kann eine Beteiligung der Landtage auch beim Erlass von Maßnahmen gemäß § 28a Abs. 7 IfSG-E nach Maßgabe der jeweiligen landesrechtlichen Regelungen zur Parlamentsbeteiligung, abgesichert durch Art. 80 Abs. 4 GG, erfolgen.

31. Aus föderaler Sicht anzumerken ist schließlich, dass eine landes- bzw. regionalspezifische Anordnung von Schutzmaßnahmen nicht ausgeschlossen ist, vielmehr sind entsprechende Differenzierungen nach wie vor möglich (Verordnungsbefugnis der einzelnen Landesregierungen und Differenzierungsmöglichkeit innerhalb einer Landesverordnung) und u.U. auch aus Gründen der Verhältnismäßigkeit geboten.

5. *Änderungsbedarf hinsichtlich der Aussetzung des Präsenzbetriebs an Schulen*

32. Änderungsbedarf im Normtext (zumindest aber eine Klarstellung in der Gesetzesbegründung) besteht hinsichtlich § 28a Abs. 7 Satz 1 Nr. 5 IfSG-E, so man eine generelle Aussetzung des Präsenzbetriebs an Schulen definitiv ausschließen möchte. Diese Norm gestattet Auflagen für die Fortführung des Betriebs. Hierunter lässt sich eine Anordnung von Wechsel- bzw. Distanzunterricht fassen, ebenso wie Präsenzunterricht in voller Klassenstärke verunmöglichende Abstandsvorgaben oder u.U. schwierig zu erfüllende Ausstattungsvorgaben (Luftfilter), die ja nichts an der Fortführung des Schulbetriebs (in anderer Form) ändern. Zwar ließe sich im Umkehrschluss zu § 28a Abs. 1 Satz 1 Nr. 16

²⁷ Ausführlich dazu *L. Amhaouach/S. Huster/A. Kießling/L. Schaefer*, NVwZ 2021, S. 825; *F. Wollenschläger*, BayVBl. 2021, S. 541.

IfSG ein enges Verständnis der Auflage (im Gegensatz zur Schulschließung) vertreten, zumindest die beiden zuletzt genannten Aspekte werden jedoch als Auflage i.S.d. § 28a Abs. 1 Satz 1 Nr. 16 IfSG verstanden;²⁸ überdies differenziert die Gesetzesbegründung zu jener Bestimmung zwischen einer „Beschränkung“ und einer „Untersagung des Betriebs von Gemeinschaftseinrichtungen“²⁹. Besonders problematisch wäre dann auch, dass an derartige Maßnahmen keine qualifizierten Anforderungen gestellt werden. Es empfiehlt sich der Zusatz: „Im Schulbereich sind keine kapazitätsbeschränkenden Auflagen zulässig.“

33. Zu beachten ist die Vielgestaltigkeit der von § 28a Abs. 7 Satz 1 Nr. 5 IfSG-E erfassten Einrichtungen. Gerade jenseits des Schulbetriebs darf nicht jedwede präsenzrelevante Auflage ausgeschlossen werden, da dann etwa aktuell an Hochschulen geltende Abstandsvorgaben nicht mehr möglich wären.
34. Zu bedenken ist überdies, dass eine nicht unerhebliche Beeinträchtigung des Präsenzbetriebs an Schulen aus Quarantänemaßnahmen resultiert. Daher hängt die Realisierbarkeit des § 28a Abs. 7 Satz 1 Nr. 5 IfSG-E zugrunde liegenden Anliegens einer Sicherstellung des Präsenzbetriebs an Schulen und der in der Gesetzesbegründung betonten Zielvorgabe, bei der Anordnung von Schutzmaßnahmen „auf die Belange von Kindern und Jugendlichen in besonderer Weise Rücksicht zu nehmen“ (S. 30), auch von einer effektiven Pandemiebekämpfung und der daraus resultierenden Reduktion der Fallzahlen ab. Auch dies ist hinsichtlich der Frage einer Reduktion möglicher Maßnahmen der Pandemiebekämpfung, wie mit dem Gesetzentwurf vorgesehen, im Blick zu behalten.

15. November 2021

Gez. Prof. Dr. Ferdinand Wollenschläger

²⁸ A. Kießling, in: dies. (Hrsg.), Infektionsschutzgesetz, 2. Aufl. 2021, § 28a, Rn. 83.

²⁹ Begründung zum Entwurf eines Dritten Gesetzes zum Schutz der Bevölkerung bei einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite, BT-Drs. 19/23944, S. 28.

**Professor Dr. Frank Zieschang
Universität Würzburg**

**Juristische Fakultät
Lehrstuhl für Strafrecht und Strafprozessrecht**

Würzburg, den 12.11.2021

**Stellungnahme
im Zusammenhang mit der
öffentlichen Anhörung
im Hauptausschuss des Deutschen Bundestages**

am 15.11.2021

**Gesetzesentwurf der Fraktionen SPD, BÜNDNIS90/DIE GRÜNEN und FDP
Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des Infektionsschutzgesetzes und weiterer Gesetze anlässlich der Aufhebung der Feststellung der epidemischen Lage von nationaler Tragweite (BT-Drucks. 20/15)**

**Gesetzesentwurf der Fraktion der CDU/CSU
Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung des Schutzes vor Impfpassfälschungen (BT-Drucks. 20/27)**

Die Stellungnahme bezieht sich auf die geplanten Änderungen bei den §§ 267, 275, 277, 278, 279, 281 StGB.

I. Gesetzesentwurf der Fraktionen SPD, BÜNDNIS90/DIE GRÜNEN und FDP

1. Änderungen im Zusammenhang mit § 277 StGB

§ 277 StGB hat aktuell folgenden Wortlaut:

„§ 277 StGB Fälschung von Gesundheitszeugnissen

Wer unter der ihm nicht zustehenden Bezeichnung als Arzt oder als eine andere approbierte Medizinalperson oder unberechtigt unter dem Namen solcher Personen ein Zeugnis über seinen oder eines anderen Gesundheitszustand ausstellt oder ein der-

artiges echtes Zeugnis verfälscht und davon zur Täuschung von Behörden oder Versicherungsgesellschaften Gebrauch macht, wird mit Freiheitsstrafe bis zu einem Jahr oder mit Geldstrafe bestraft.“

Abgesehen von marginalen Änderungen existiert diese Vorschrift in dieser Form bereits im RStGB von 1871.

Von der grundlegenden Neugestaltung der Vorschriften zur Urkundenfälschung durch die Strafrechtsangleichungsverordnung vom 29.5.1943¹ blieb § 277 StGB ebenso wie die §§ 278, 279 StGB unberührt. Auch der Vorschlag des Entwurfs 1962, § 277 StGB ersatzlos zu streichen,² wurde nicht umgesetzt.

Warum der Gesetzgeber den Täter des § 277 StGB insbesondere in der Strafandrohung gegenüber dem des § 267 StGB besserstellt, ist dabei nicht verständlich.³ Eine Reform im Bereich der strafrechtlichen Regelungen zu den Gesundheitszeugnissen ist daher angezeigt.⁴ Die 92. Justizministerkonferenz hat im Zusammenhang mit der Corona-Pandemie festgestellt, dass die geltende Privilegierung gemäß § 277 Var. 2 und Var. 3 StGB „nicht mehr zeitgemäß“ sei und daher das Bundesjustizministerium gebeten, einen Gesetzesentwurf zu erarbeiten, „der insbesondere eine sachgerechte Gleichstellung des § 277 Var. 2 und 3 StGB mit der Urkundenfälschung nach § 267 StGB herbeiführt und dem Reformbedarf der §§ 277 bis 279 StGB insgesamt Rechnung trägt“.⁵

Der vorliegende Entwurf schlägt nun eine veränderte Fassung der Strafbestimmung vor. Die Änderungen erfolgten aus Gründen der Rechtsklarheit. Konstellationen, die bereits durch § 267 StGB erfasst sind, sollten vom Anwendungsbereich ausgenommen werden.⁶

Neben dem Umstand, dass die Überschrift von „Fälschung von Gesundheitszeugnissen“ in „Unbefugtes Ausstellen von Gesundheitszeugnissen“ verändert wird, sind inhaltlich insbesondere folgende Änderungen zur bisherigen Rechtslage von Bedeutung:

a) Die Vorschrift ist nach dem Entwurf kein zweiaktiges Delikt mehr, genügt objektiv schon das Ausstellen des Gesundheitszeugnisses als solches, ohne dass wie zuvor der Gebrauch zur Vollendung hinzukommen muss. Damit wird ein Gleichklang insbesondere zu § 267 StGB hergestellt. Wenn man es für die Urkundenfälschung ausreichen lässt, dass schon das Herstellen einer unechten Urkunde als solches strafbar ist,

¹ RGBI I, 339.

² BT-Drucks. IV/650, S. 486. Zum § 309 E 1962 (BT-Drucks. IV/650 S. 61) siehe *Puppe/Schumann* NK § 277 Rdn. 1.

³ Zu weiteren Ungereimtheiten *Zieschang* ZIS 2021, 481, 482 ff; vgl. auch BT-Drucks. IV/650 S. 486; VGH München BeckRS 2020, 44530; Arzt/Weber/Heinrich/Hilgendorf BT § 33 Rdn. 26a; *Brehmeier-Metz* AK § 277 Rdn. 2; *Fischer* § 277 Rdn. 1; *Gribbohm* LK¹¹ § 277 Rdn. 1; *Schönke/Schröder/Heine/Schuster* § 277 Rdn. 1; *Hoyer* SK § 277 Rdn. 4 ff; *Joecks/Jäger* § 277 Rdn. 1; *Koch* HK-GS § 277 Rdn. 2; *Lorenz* medstra 2021, 210, 212 f; *Maurach/Schroeder/Maiwald* BT 2 § 66 Rdn. 40; kritisch bezüglich der Privilegierung in der zweiten und dritten Variante des § 277 StGB gegenüber § 267 StGB *Erb* MK § 277 Rdn. 1; *Haft* BT II S. 212; *Puppe/Schumann* NK § 277 Rdn. 9; *Rengier* BT II § 38 Rdn. 6.

⁴ Siehe dazu auch die Reformvorschläge von *Zieschang* ZIS 2021, 481, 482 ff.

⁵ Beschluss der 92. Justizministerkonferenz vom 16.6.2021 zu TOP II. 21; zustimmend die MPK vom 20.-22.10.2021; siehe auch BT-Drucks. 20/15, S. 21.

⁶ BT-Drucks. 20/15, S. 4, 23.

besteht kein Grund, dies nicht auch für Gesundheitszeugnisse genügen zu lassen, die ebenfalls Urkunden darstellen.⁷

b) Weiterhin ist die Vorschrift nicht mehr auf die beabsichtigte Täuschung von Behörden oder Versicherungsgesellschaften beschränkt. Vielmehr reicht allgemein die Absicht zur Täuschung im Rechtsverkehr. Das ist zu begrüßen, hat doch die Corona-Pandemie hinreichend verdeutlicht, dass Gesundheitszeugnisse nicht nur gegenüber Behörden und Versicherungsgesellschaften von Bedeutung sind, sondern auch gegenüber anderen Personen große Relevanz haben können.⁸ Insoweit ist nur an Gesundheitszeugnisse wie insbesondere Impfbescheinigungen zu denken, die im Umgang mit Altenheimen, Apotheken,⁹ Geschäften, Krankenhäusern oder Restaurants benutzt werden. Die in § 277 StGB vorgesehene Beschränkung auf Behörden und Versicherungsgesellschaften ist folglich nicht mehr zeitgemäß. Sie führt zudem zu ungerechtfertigten Ergebnissen: Wird das Gesundheitszeugnis gegenüber anderen als Behörden oder Versicherungsgesellschaften benutzt, ist § 277 StGB nicht einschlägig. Aber selbst § 267 StGB kann dann diesen Fall nicht erfassen, denn § 277 StGB entfaltet als Privilegierung insofern Sperrwirkung gegenüber der Urkundenfälschung, so dass § 267 StGB nicht anwendbar ist.¹⁰ Die im Entwurf vorgesehene Aufhebung der Beschränkung auf Behörden und Versicherungsgesellschaften ist daher zu begrüßen.

c) Die Entwurfsfassung enthält nicht mehr die Varianten § 277 Var. 2 StGB und § 277 Var. 3 StGB. In § 277 Var. 2 StGB geht es darum, dass der Täter unberechtigt unter dem Namen eines Arztes oder einer anderen approbierten Medizinalperson handelt, und § 277 Var. 3 StGB betrifft den Fall, dass der Täter ein echtes Zeugnis verfälscht. Insoweit handelt es sich nun aber um Konstellationen, die auch von § 267 Abs. 1 Var. 1 und 2 StGB erfasst werden, denn es geht hierbei um nichts anderes als um das Herstellen einer unechten oder das Verfälschen einer echten Urkunde.¹¹ Daher sind diese Varianten letztlich überflüssig. Ihre Streichung erfolgt zu Recht.

d) Übrig bleibt damit nach dem Entwurf nur die Konstellation, dass jemand mit seinem Namen unter der ihm nicht zustehenden Bezeichnung als Arzt oder als eine andere approbierte Medizinalperson agiert. Auch die Rechtsfolge (Freiheitsstrafe bis zu einem Jahr oder Geldstrafe) ist nach dem Entwurf unverändert. Es ist jedoch sehr fraglich, ob die Beibehaltung dieser Variante sinnvoll erscheint.

aa) In dieser Konstellation hängt es von den Umständen des Einzelfalls ab, welche Bedeutung dieser Begehungsweise zukommt. So stellt der Täter dieser Modalität des § 277 StGB mit dem Ausstellen des Gesundheitszeugnisses, bei dem es sich um eine Urkunde handelt, gleichzeitig eine unechte Urkunde her, sofern aus der Urkunde als Aussteller eine Person hervorgeht, die nicht der wahre geistige Urheber ist, also eine

⁷ Zieschang ZIS 2021, 481, 483.

⁸ Zieschang ZIS 2021, 481, 483.

⁹ Siehe insoweit LG Osnabrück, Beschluss vom 26.10.2021, 3 Qs 38/21, das §§ 277, 279 StGB bei der Vorlage eines gefälschten Impfpasses in einer Apotheke (zu Recht) verneint und eine Anwendung des § 267 StGB aufgrund der Sperrwirkung der §§ 277, 279 StGB richtigerweise ablehnt.

¹⁰ Erb MK § 277 Rdn. 9, 11; Haft BT II S. 213; Hoyer SK § 277 Rdn. 5; Lorenz medstra 2021, 210, 212 f.; SSW/Wittig § 277 Rdn. 10; Zieschang ZIS 2021, 481, 483; dagegen den Strafraumen des § 277 StGB für § 267 StGB heranziehend Fischer § 277 Rdn. 11; Matt/Renzikowski/Maier § 277 Rdn. 12; anders Heinze Jura 2021, 1253, 1258; Puppe/Schumann NK § 277 Rdn. 13, wonach § 267 StGB anwendbar ist.

¹¹ Zieschang ZIS 2021, 481, 482 f.

Identitätstäuschung vorliegt.¹² Entsprechend ist eine unechte Urkunde gegeben, wenn jemand seinen eigenen Namen benutzt, der Rechtsverkehr aber aufgrund der Umstände von einem anderen Aussteller ausgeht. So stellt derjenige eine unechte Urkunde her, welcher seinen richtigen Namen verwendet, aber aufgrund des Zusatzes „Dr. med.“ im Rechtsverkehr den Eindruck erweckt, eine andere Person sei Aussteller.¹³

In diesem Fall liegt aber auch objektiv § 267 Abs. 1 Var. 1 StGB vor. Da es sich jedoch dann bei § 277 StGB um eine privilegierende Regelung handelt, ist die Anwendung des § 267 StGB wiederum gesperrt. Folglich greift nicht der strengere Strafrahmen des § 267 Abs. 1 StGB (Freiheitsstrafe bis zu fünf Jahren oder Geldstrafe), zudem darf die fehlende Versuchsstrafbarkeit in § 277 StGB nicht durch die Annahme einer versuchten Urkundenfälschung (§ 267 Abs. 2 StGB) umgangen werden. Schließlich kommen von vornherein weder die Strafzumessungsvorschrift des § 267 Abs. 3 StGB noch die Qualifikation des § 267 Abs. 4 StGB in Betracht. Konsequenz ist, dass der Täter nur der Vorschrift des § 277 StGB und nur dem Strafrahmen dieser Vorschrift (Freiheitsstrafe bis zu einem Jahr oder Geldstrafe) unterliegt, obwohl er tatsächlich § 267 Abs. 1 Var. 1 StGB erfüllt. Das stellt wiederum eine nicht zu rechtfertigende Privilegierung dar und ist verfehlt. Die Problematik setzt sich dann im Übrigen bei § 279 StGB (in Bezug auf den Gebrauch von Gesundheitszeugnissen nach § 277 StGB) im Verhältnis zu § 267 Abs. 1 Var. 3 StGB fort. Wenn der Reformgesetzgeber bezweckt, Konstellationen aus dem Anwendungsbereich des § 277 StGB auszunehmen, die bereits durch § 267 StGB erfasst sind,¹⁴ dann ist auch dieser Fall zu streichen. Als Alternative kommt allenfalls in Betracht, § 277 StGB in der Entwurfsfassung beizubehalten, jedoch dann mit einer formellen Subsidiaritätsklausel auszustatten („... bestraft, wenn die Tat nicht in anderen Vorschriften mit schwererer Strafe bedroht ist.“).

bb) Natürlich müssen bei dieser Modalität des § 277 StGB nicht immer auch gleichzeitig die Voraussetzungen des § 267 StGB vorliegen. So wird eine Urkunde allein durch die bloße Anmaßung eines akademischen Titels, ohne dass damit eine Identitätstäuschung einhergeht, nicht unecht.¹⁵ Es handelt sich dann nur um eine schriftliche Lüge, die § 267 StGB nicht erfasst. Folglich mag in dieser Konstellation des § 277 StGB durchaus auch eine echte Urkunde vorliegen und § 267 StGB nicht einschlägig sein. Es stellt sich indes die Frage, ob es des § 277 StGB für diesen besonderen Fall tatsächlich bedarf. So ist bereits sehr zweifelhaft, ob diese spezifische Fallgestaltung – jemand benutzt bei der Ausstellung des Gesundheitszeugnisses seinen persönlichen Namen, verbunden mit der ihm nicht zustehenden Bezeichnung als Arzt oder andere approbierte Medizinalperson und geht auch als Aussteller hervor – überhaupt große Praxisrelevanz besitzen wird. Eher werden Täter bemüht sein, ihre Identität zu verschleiern. Auch ist zu berücksichtigen, dass ein solches Verhalten regelmäßig von § 132a StGB erfasst werden kann, der den Missbrauch von Titeln, Berufsbezeichnungen und Abzeichen pönalisiert. Im Übrigen mag im Einzelfall auch eine Strafbarkeit wegen Betrugs gemäß § 263 StGB in Betracht kommen. Von daher erscheint es gut vertretbar, auf die in § 277 StGB enthaltene Regelung insgesamt zu verzichten.¹⁶

¹² Zieschang ZIS 2021, 481, 484.

¹³ Zieschang LK § 267 Rdn. 148; ders. ZIS 2021, 481, 484; Hoyer SK § 267 Rdn. 59.

¹⁴ BT-Drucks. 20/15, S. 4, 23.

¹⁵ RG GA Bd. 55 (1908) 310, 311; Zieschang ZIS 2021, 481, 484.

¹⁶ Zieschang ZIS 2021, 481, 484. Alternativ ist der bereits beschriebene Lösungsweg zu wählen, bei ihrer Beibehaltung mit der Vorschrift eine Subsidiaritätsklausel zu verbinden.

e) Das hätte gleichzeitig den Vorteil, dass rein digitale Bescheinigungen, welche die Gesundheit betreffen, über § 269 StGB erfassbar sind, denn aktuell fallen vor dem Hintergrund des Art. 103 Abs. 2 GG beweis erhebliche Daten im Sinne des § 269 StGB nicht unter den Begriff des Gesundheitszeugnisses.¹⁷ Daher werden rein digitale Impfausweise oder -bescheinigungen nicht von den §§ 277 ff. StGB erfasst.¹⁸

f) Konsequenz aus der Abschaffung des § 277 StGB wäre dann auch die ersatzlose Streichung des § 279 StGB, soweit er den Gebrauch eines Gesundheitszeugnisses der in § 277 StGB bezeichneten Art pönalisiert.

2. Änderungen im Zusammenhang mit § 278 StGB

§ 278 StGB hat aktuell folgenden Wortlaut:

„§ 278 StGB Ausstellen unrichtiger Gesundheitszeugnisse

Ärzte und andere approbierte Medizinalpersonen, welche ein unrichtiges Zeugnis über den Gesundheitszustand eines Menschen zum Gebrauch bei einer Behörde oder Versicherungsgesellschaft wider besseres Wissen ausstellen, werden mit Freiheitsstrafe bis zu zwei Jahren oder mit Geldstrafe bestraft.“

Im Grundsatz kennt das StGB diese Vorschrift von Beginn an. Auch sie ist in ihrem wesentlichen Inhalt in den vergangenen 150 Jahren nicht verändert worden.

An dieser Vorschrift überzeugt vor allem nicht, dass sie lediglich das Vertrauen von Behörden und Versicherungsgesellschaften in die Wahrheitspflicht der mit dem Ausstellen von Gesundheitszeugnissen betrauten Personen schützt.¹⁹ Insbesondere die Corona-Pandemie hat verdeutlicht, dass auch andere Personen der inhaltlichen Richtigkeit von Gesundheitszeugnissen ein besonderes Vertrauen entgegenbringen, das strafrechtlich zu schützen ist. Insofern kann man etwa an Geschäftsinhaber, Konzertveranstalter oder Krankenhäuser denken.

Der vorliegende Entwurf lässt zwar die Rechtsfolgenandrohung und den Täterkreis im Vergleich zur vorherigen Rechtslage identisch, gibt aber die Einschränkung der Zweckbestimmung des Zeugnisses auf einen Gebrauch bei einer Behörde oder Versicherungsgesellschaft auf. Auf der anderen Seite wird auf subjektiver Ebene neben dem Vorsatz jetzt die Absicht zur Täuschung im Rechtsverkehr verlangt. Dagegen muss der Täter hinsichtlich der Unrichtigkeit des Gesundheitszeugnisses nun nicht mehr *dolus directus* 2. Grades („wider besseres Wissen“) aufweisen.

a) Die Aufhebung des Erfordernisses, dass ein Bezug zu Behörden und Versicherungsgesellschaften gegeben sein muss, ist dabei nach den vorgehenden Erläuterungen durchaus zu begrüßen. Richtig dient die Vorschrift jetzt insgesamt dem Schutz des Rechtsverkehrs.

b) Zweifelhaft erscheint, dass nach dem Entwurf hinsichtlich der Unrichtigkeit des Gesundheitszeugnisses *dolus eventualis* genügt, denn dies birgt im Ausgangspunkt die Gefahr einer zu weiten Ausdehnung der Strafbarkeit. Hält es etwa ein Arzt für möglich,

¹⁷ Zieschang ZIS 2021, 481, 482; anders BT-Drucks. 20/15, S. 34; Erb § 277 MK Rdn. 2; SSW/Wittig § 277 Rdn. 2.

¹⁸ Vgl. auch Krüger/Sy GesR 2021, 626, 627 f.

¹⁹ Siehe Zieschang ZIS 2021, 481, 484 f. mit gleichzeitigen Reformvorschlägen.

dass die Angaben des Patienten nicht stimmen, findet sich damit nun aber bei der Ausstellung des Zeugnisses ab, liegt dieser Eventualvorsatz nämlich bereits vor. Andererseits verlangt der Entwurf zusätzlich zum Vorsatz als besonderes subjektives Merkmal die Absicht zur Täuschung im Rechtsverkehr, die nach zutreffender Ansicht nur bei *dolus directus* 1. und 2. Grades gegeben ist, was wiederum zu einer Einschränkung führt. Vor diesem Hintergrund erscheint die Streichung des Erfordernisses „wider besseres Wissen“ vertretbar.

c) Nicht überzeugend ist es, wenn der Entwurf meint, Gesundheitszeugnisse seien auch Urkunden im Sinne des § 269 StGB.²⁰ Vielmehr ist vor dem Hintergrund des Art. 103 Abs. 2 GG wie erläutert davon auszugehen, dass rein digitale Gesundheitsbescheinigungen keine Gesundheitszeugnisse darstellen.²¹ Derzeit werden rein digitale Angaben über den Gesundheitszustand vom Begriff des Gesundheitszeugnisses nach richtigem Verständnis also nicht erfasst. Deren Einbeziehung erscheint jedoch angesichts des technischen Fortschritts notwendig, will man in Zukunft Strafbarkeitslücken vermeiden. Daher sollten diese ausdrücklich erwähnt und § 278 StGB (sowie § 277 StGB, sofern er beibehalten wird) insoweit erweitert werden („§ 278 StGB ist ebenfalls anwendbar auf beweiserhebliche Daten, bei deren Wahrnehmung ein unrichtiges Zeugnis über den Gesundheitszustand eines Menschen vorliegen würde“).

d) Zudem erscheint es sachgerecht, um etwa Fälle der gewerbsmäßigen Begehung angemessen erfassen zu können, die vorgesehene Freiheitsstrafe auf drei Jahre zu erhöhen.²²

3. Änderungen im Zusammenhang mit § 279 StGB

§ 279 StGB lautet aktuell:

„§ 279 StGB Gebrauch unrichtiger Gesundheitszeugnisse

Wer, um eine Behörde oder eine Versicherungsgesellschaft über seinen oder eines anderen Gesundheitszustand zu täuschen, von einem Zeugnis der in den §§ 277 und 278 bezeichneten Art Gebrauch macht, wird mit Freiheitsstrafe bis zu einem Jahr oder mit Geldstrafe bestraft.“

Wie die §§ 277, 278 StGB existiert auch diese Vorschrift bereits im RStGB von 1871.

Der Entwurf weitet diese Vorschrift aus. Muss derzeit die Täuschungsabsicht darauf gerichtet sein, eine Behörde oder eine Versicherungsgesellschaft über des Täters oder eines anderen Gesundheitszustand zu täuschen, genügt danach die bloße Absicht zur Täuschung im Rechtsverkehr. Diese wie bei §§ 277, 278 StGB zu begrüßende Ausweitung stellt den Gleichklang mit den §§ 277, 278 StGB in der Entwurfsform her.

Aus hiesiger Sicht ist jedoch anzumerken, dass die Vorschrift des § 277 StGB wie erläutert entbehrlich erscheint. In der Konsequenz ist auch der Gebrauch des Gesundheitszeugnisses der in § 277 StGB bezeichneten Art aus § 279 StGB zu streichen. Es verbleibt dann in § 279 StGB der Gebrauch des Gesundheitszeugnisses der in § 278 StGB bezeichneten Art. Insofern bietet es sich an, diese Variante als eigenständigen Absatz in den § 278 StGB aufzunehmen.²³

²⁰ BT-Drucks. 20/15, S. 34.

²¹ Zieschang ZIS 2021, 481, 482; anders Erb, MK, § 277 Rdn. 2.

²² Zieschang ZIS 2021, 481, 485.

²³ Siehe dazu Zieschang ZIS 2021, 481, 485.

4. Änderungen im Zusammenhang mit § 275 StGB

Der Entwurf will die gesetzliche Überschrift des § 275 StGB um den Passus „Vorbereitung der Herstellung von unrichtigen Impfausweisen“ ergänzen, Absatz 1a einführen sowie die Qualifikation in § 275 Abs. 2 StGB um die Wörter „oder Absatz 1a“ erweitern.

§ 275 Abs. 1a E-StGB betrifft einmal den Fall, dass der Täter in einem Blankett-Impfausweis eine nicht durchgeführte Schutzimpfung dokumentiert. Es geht also um solche Schriftstücke, die noch keine (vollständigen) Angaben in Bezug auf eine konkrete Person beinhalten, auf die sich die Impfung bezieht. In diese Blankette trägt nun der Täter der Wahrheit zuwider ein, dass eine Impfung, also die Verabreichung eines Vazins, erfolgt sei. Es muss sich nicht um echte Vordrucke handeln.

Die zweite Alternative bezieht sich darauf, dass der Täter einen von ihm oder einem anderen „auf derartige Weise ergänzten Blankett-Impfausweis“ sich oder einem anderen verschafft, feilhält, verwahrt, einem anderen überlässt oder einzuführen oder auszuführen unternimmt. Hierbei handelt es sich um identische Verhaltensweisen wie in § 275 Abs. 1 StGB.

Die geplanten Erweiterungen des § 275a StGB erscheinen vor dem Hintergrund der Bekämpfung des Missbrauchs von Blankett-Impfausweisen angemessen.

5. Änderungen im Zusammenhang mit § 281 StGB

Der Entwurf will schließlich in § 281 Abs. 2 StGB ausdrücklich „Gesundheitszeugnisse“ auflisten.

In § 281 Abs. 2 StGB geht es um Urkunden, welche zwar nicht in erster Linie als Identifizierungsnachweis bestimmt sind, jedoch in dieser Form im Rechtsverkehr verwendet werden.²⁴ Diese Urkunden müssen nach zutreffender Sicht im Unterschied zu § 281 Abs. 1 StGB nicht von staatlichen Stellen ausgegeben worden sein, es kann sich also auch um Privaturkunden handeln.²⁵ Bei der Erweiterung nach § 281 Abs. 2 StGB geht es nämlich nicht maßgeblich um die Frage, wer der Aussteller ist, sondern vor allem darum, dass diese Urkunden im Verkehr als Identifizierungsnachweis verwendet werden, obwohl sie primär dafür nicht vorgesehen sind. Insofern kommen aber auch von privater Seite ausgestellte Urkunden in Betracht.

Zur notwendigen Eingrenzung der Vorschrift greift aber § 281 Abs. 2 StGB nur ein, wenn diese Urkunden im Rechtsverkehr als Identifizierungsnachweis gebraucht werden.²⁶

²⁴ Kindhäuser/Hilgendorf LPK § 281 Rdn. 1.

²⁵ Brehmeier-Metz AK § 281 Rdn. 3; Erb MK § 281 Rdn. 5; Fischer § 281 Rdn. 2; Kleszczewski BT § 17 Rdn. 130; anders etwa Eisele BT I Rdn. 954; Haft BT II S. 216; Hecker GA 1997, 525, 531; Schönke/Schröder/Heine/Schuster § 281 Rdn. 4; Otto BT § 73 Rdn. 3; Rengier BT II § 38 Rdn. 12; SSW/Wittig § 281 Rdn. 5.

²⁶ KG NStZ-RR 2004, 249, 250; Schönke/Schröder/Heine/Schuster § 281 Rdn. 4.

Unter § 281 Abs. 2 StGB fallen etwa Bibliotheksausweise,²⁷ Fahrausweise, Führungszeugnisse, gerichtliche Ladungen,²⁸ Prüfungszeugnisse,²⁹ Reisegewerbekarten,³⁰ Scheckkarten³¹ und Schulzeugnisse.³²

Insoweit ist es akzeptabel, nunmehr zumindest zur Klarstellung ausdrücklich Gesundheitszeugnisse in § 281 Abs. 2 StGB aufzunehmen, wenn auch dabei der deklaratorische Charakter überwiegt.

II. Gesetzesentwurf der Fraktion der CDU/CSU

1. Änderungen im Zusammenhang mit § 267 StGB

Der Entwurf schlägt vor, § 267 Abs. 3 StGB um ein weiteres Regelbeispiel zu ergänzen. In § 267 Abs. 3 StGB soll eine neue Nr. 5 angefügt werden, welche die Urkundenfälschung in Bezug auf Impfausweise betreffend übertragbare Krankheiten betrifft.

Abgesehen von den Vorbehalten gegenüber der Regelbeispielstechnik insgesamt,³³ kommt eine solche Normierung zwar durchaus in Betracht, jedoch mag es auch als ausreichend zu erachten sein, in derartigen Fällen allenfalls unter Zugrundelegung der jeweiligen Umstände des Einzelfalls einen unbenannten besonders schweren Fall zu erörtern, sodass die vorgeschlagene Ergänzung entbehrlich erscheint. Die genannte Konstellation der Urkundenfälschung in Bezug auf Impfnachweise betreffend übertragbare Krankheiten hat nicht eine vergleichbare Indizwirkung wie die sonstigen, aktuellen Regelbeispiele. Es geht eben bei § 267 StGB um den Schutz der Sicherheit und Zuverlässigkeit des Rechtsverkehrs mit Urkunden im Sinne des Beweisverkehrs, nicht aber um den Schutz vor Gefahren für das Leben und die Gesundheit der Bevölkerung oder um die Funktionsfähigkeit der medizinischen Notfallversorgung.³⁴

2. Änderungen im Zusammenhang mit § 277 StGB

Aus den bereits erfolgten Erwägungen ist es zu begrüßen, nunmehr bloß auf die Absicht zur Täuschung im Rechtsverkehr abzustellen. Auch stellt die Änderung dahingehend, dass zur Vollendung das Ausstellen genügt, ohne dass es dafür notwendig auch zum Gebrauch kommen muss (kein zweiaktiges Delikt mehr), den Gleichlauf mit § 267 StGB her. Richtigerweise wird auf § 277 Alt. 2 StGB und § 277 Alt. 3 StGB verzichtet; insoweit wird auf die vorhergehenden Erläuterungen verwiesen.

²⁷ Putzke JuS 2019, 1094, 1100.

²⁸ Gribbohm LK¹¹ § 281 Rdn. 5; anders RG GA Bd. 41 (1893) 399; Hoyer SK § 281 Rdn. 3; Matt/Renzikowski/Maier § 281 Rdn. 4.

²⁹ BGHSt 20, 17.

³⁰ BT-Drucks. VI/4094 S. 38; Kindhäuser/Hilgendorf LPK § 281 Rdn. 1.

³¹ Brehmeier-Metz AK § 281 Rdn. 3; Matt/Renzikowski/Maier § 281 Rdn. 4; anders Fischer § 281 Rdn. 2; Gössel/Dölling BT 1 § 52 Rdn. 73; Hoyer SK § 281 Rdn. 3; Küpper/Börner BT 1 § 6 Rdn. 83; Steinhilper GA 1985, 114, 130 f.

³² Enger Erb MK § 281 Rdn. 4 f (neben dem Namen seien weitere individuelle Merkmale erforderlich, etwa ein Lichtbild oder die Unterschrift); siehe auch Kleszczewski BT § 17 Rdn. 130; Koch HK-GS § 281 Rdn. 3.

³³ Siehe die Kritik von Zieschang Jura 1999, 561.

³⁴ Siehe aber BT-Drucks. 20/27, S. 10.

Aus den vorhergehenden Ausführungen ergibt sich aber auch hier, dass auf § 277 StGB insgesamt verzichtet werden kann.

Der Entwurf will die Freiheitsstrafe von derzeit bis zu einem Jahr auf bis zu fünf Jahren erhöhen, den Versuch unter Strafe stellen sowie einen Absatz zu einem besonders schweren Fall einführen. Das ist akzeptabel, sofern der Täter bei dem Ausstellen gleichzeitig eine unechte Urkunde herstellt, denn insofern sind dann diese Sanktionen ebenfalls in § 267 StGB vorgesehen und dieser Norm angeglichen.

Die Verschärfung ruft jedoch Bedenken hervor, sofern das Verhalten des Täters zwar § 277 StGB erfüllt, es sich aber bloß um eine schriftliche Lüge handelt. Die schriftliche Lüge fällt nicht unter § 267 StGB, sie ist im Zusammenhang mit den Urkundendelikten nur strafbar in den Fällen des §§ 278, 348 StGB. Nunmehr aber in dieser Konstellation die Strafe auf Freiheitsstrafe bis zu fünf Jahren anzuheben, den Versuch zu bestrafen und besonders schwere Fälle mit einer Freiheitsstrafe von sechs Monaten bis zu zehn Jahren vorzusehen, erscheint vor dem Hintergrund der sonst straflosen Fälle der schriftlichen Lüge vom Unrechtsgehalt dieses Verhaltens nicht angemessen. Dies insbesondere auch, wenn man bedenkt, dass der Missbrauch von Berufsbezeichnungen gemäß § 132a StGB lediglich mit Freiheitsstrafe bis zu einem Jahr oder mit Geldstrafe bestraft wird. Es geht bei § 277 StGB um den Schutz der Sicherheit und Zuverlässigkeit des Rechtsverkehrs mit Gesundheitszeugnissen im Sinne des Beweisverkehrs, nicht aber um den Schutz vor Gefahren für das Leben und die Gesundheit der Bevölkerung oder um die Funktionsfähigkeit der medizinischen Notfallversorgung.

3. Änderungen im Zusammenhang mit § 278 StGB

Zutreffend ist bei § 278 StGB der Bezug zu Behörden oder Versicherungsgesellschaften nicht mehr vorgesehen. Insofern wird auf die vorhergehenden Ausführungen verwiesen.

Da der Entwurf keine Täuschungsabsicht verlangt, ist es richtig, weiterhin in Bezug auf die Unrichtigkeit des Zeugnisses in subjektiver Hinsicht *dolus directus* 2. Grades („wider besseres Wissen“) zu fordern.

Die ausdrückliche Erwähnung der Apotheker erscheint entbehrlich, handelt es sich doch bei ihnen um approbierte Medizinalpersonen. Dieser Begriff umfasst alle Personen, die in einem Heilberuf tätig sind, der für die Berufsausübung oder die Führung der Berufsbezeichnung eine staatlich geregelte Ausbildung erfordert.³⁵ Dazu gehören insbesondere auch Apotheker.

Der Entwurf will die Freiheitsstrafe von derzeit bis zu zwei Jahren auf Freiheitsstrafe bis zu fünf Jahren anheben, den Versuch bestrafen und besonders schwere Fälle mit einer Freiheitsstrafe von sechs Monaten bis zu zehn Jahren vorsehen. Über die besonders schweren Fälle würde damit selbst eine höhere Strafe möglich sein als bei § 348 StGB. Das ist vom Unrechtsgehalt her nicht sachgerecht, vielmehr bleibt die Tat in ihrer Schwere hinter § 348 StGB zurück.³⁶ Um gravierendere Fälle erfassen zu können, sollte die Freiheitsstrafe in § 278 StGB zwar angemessen angehoben werden, wobei hierbei aber eine Verschärfung auf maximal drei Jahre Freiheitsstrafe sachgerecht und ausreichend erscheint.

³⁵ Siehe insofern § 203 Abs. 1 Nr. 1 StGB.

³⁶ *Zieschang* ZIS 2021, 481, 485.

Entgegen den Ausführungen im Entwurf³⁷ ist vor dem Hintergrund des Art. 103 Abs. 2 GG wie erläutert davon auszugehen, dass rein digitale Gesundheitsbescheinigungen keine Gesundheitszeugnisse darstellen.³⁸ Da sie in der Rechtswirklichkeit bereits derzeit eine erhebliche Rolle spielen, sollten diese ausdrücklich einbezogen und § 278 StGB (sowie § 277 StGB, sofern er beibehalten wird) insoweit erweitert werden.

4. Änderungen im Zusammenhang mit § 279 StGB

Richtig wird die Vorschrift auf die Absicht zur Täuschung im Rechtsverkehr ausgeweitet und die Beschränkung auf Behörden und Versicherungsgesellschaften gestrichen.

Da nach hiesigem Verständnis § 277 StGB überflüssig erscheint, sollte er aus § 279 StGB gestrichen werden.

In Bezug auf den Gebrauch eines Zeugnisses der in § 278 StGB bezeichneten Art ist die im Entwurf vorgesehene Anhebung der Freiheitsstrafe von derzeit bis zu einem Jahr auf bis zu fünf Jahren sowie die Normierung eines besonders schweren Falls mit Freiheitsstrafe von sechs Monaten bis zu zehn Jahren nicht angemessen. Der Gebrauch bleibt vom Unrechtsgehalt sogar hinter dem Ausstellen zurück. Hier empfiehlt sich daher eine maximale Freiheitsstrafe von bis zu zwei Jahren.

³⁷ BT-Drucks. 20/27, S. 9 f.

³⁸ Zieschang ZIS 2021, 481, 482; anders Erb, MK, § 277 Rdn. 2.

Stellungnahme

zu dem

Gesetzentwurf der Fraktionen SPD, Bündnis 90/Die Grünen und FDP
**Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des Infektionsschutzgesetzes und weiterer Gesetze
anlässlich der Aufhebung der Feststellung der epidemischen Lage von nationaler Tragweite**
Drucksache 20/15

anlässlich
der öffentlichen Anhörung
vor dem Hauptausschuss des Deutschen Bundestages

12. November 2021

Eine erneute unveränderte Verlängerung der Regelungen des Pflege-Rettungsschirms bis zum 31. März 2022 ist nicht angezeigt. Insbesondere das jetzige Verfahren zur Erstattung der Mindereinnahmen der Pflegeeinrichtungen ist intransparent und nützt nicht der Versorgung der Pflegebedürftigen. Eine Erstattung von Mindereinnahmen erscheint nur für Fälle von Angebotseinschränkungen durch hoheitliche Maßnahmen erforderlich. Darüber hinaus ist die Erstattung der Kosten der notwendigen Testungen in den Pflegeeinrichtungen über den Pflege-Rettungsschirm beizubehalten.

Der PKV-Verband verweist erneut auf die verfassungsrechtlich fragwürdige Ungleichbehandlung der Sozialen (SPV) und der Privaten Pflegeversicherung (PPV). Die Aufwendungen der PPV für den Pflegerettungsschirm liegen bei 7% der Gesamtkosten. Es ist nicht nachvollziehbar, dass die SPV einen steuerfinanzierten Aufwendungsersatz erhält, die Privatversicherten die pandemiebedingten Kosten hingegen über ihre Beiträge selbst finanzieren müssen. Zugleich müssen sie mit ihren Steuerzahlungen den Zuschuss an die SPV finanzieren. Diese Doppelbelastung durch Steuern und Beiträge für den gleichen Zweck verstößt gegen das Grundgesetz.

Zu Artikel 8 Nr. 1, § 148 SGB XI

Vorgeschlagene Regelung

Die Durchführung des Beratungseinsatzes nach § 37 Abs. 3 SGB XI kann telefonisch, digital oder per Videokonferenz erfolgen. Diese Möglichkeit wird bis zum 31. März 2022 verlängert.

Bewertung

Die Verlängerung der Flexibilisierung der Möglichkeiten zur Durchführung des Beratungseinsatzes wird befürwortet. Auch die in § 147 SGB XI definierten Regelungen zur Durchführung des Verfahrens zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit nach § 18 SGB XI sollten verlängert werden.

Losgelöst von den befristeten Möglichkeiten, sollten diese Formen jedoch generell vorgesehen werden und daher im Rahmen anstehender Reformen der Pflegeversicherung durch Änderungen in § 18 SGB XI und § 37 Abs. 3 SGB XI aufgenommen werden. Mit diesen Arten der Begutachtung und Beratung konnten in der Praxis sehr gute Erfahrungen gesammelt werden.

Zu Artikel 8 Nr. 2, § 150 Absatz 6 SGB XI

Vorgeschlagene Regelung

Der Pflege-Rettungsschirm wird bis zum 31. März 2022 verlängert. Dies gilt für die Regelungen zu Mindereinnahmen und Mehrausgaben der Pflegeeinrichtungen und Angebote zur Unterstützung im Alltag.

Bewertung

Eine weitere pauschale Verlängerung der bestehenden Regelungen des Pflege-Rettungsschirms, insbesondere zur Erstattung der Mindereinnahmen der Pflegeeinrichtungen und Angebote zur Unterstützung im Alltag, ist nicht angezeigt. So muss bei der Ausgestaltung des Pflege-Rettungsschirms berücksichtigt werden, dass sich die Gegebenheiten seit Ausbruch der Pandemie, z. B. durch die Möglichkeit der Impfungen und durch Testkonzepte etc., wesentlich geändert haben. Das Leben hat sich durch das Coronavirus SARS-CoV-2 nachhaltig verändert. Für die pflegerische Versorgung bringt dies ebenfalls dauerhafte Veränderungen mit sich, die nicht durch einen dauerhaften Pflege-Rettungsschirm aufgefangen werden können und sollen.

Diese Veränderungen lassen sich auch an den bisherigen Kosten des Pflege-Rettungsschirms ablesen: Die Aufwendungen haben nach den Daten des Bundesamtes für Soziale Sicherung (BAS) im zweiten Quartal 2021 mit 1,6 Milliarden Euro einen Höchstwert erreicht. Die Gesamtkosten in diesen Monaten mit einem eher geringen Ausbruchsgeschehen in den Pflegeeinrichtungen sind damit mehr als doppelt so hoch wie zum Höhepunkt der Pandemie 2020. Im zweiten Quartal 2020 beliefen sich die Gesamtausgaben auf 475 Millionen und im vierten Quartal 2020 auf 649 Millionen EUR. Die Schätzungen der Mehrausgaben in den Verordnungen nach § 152 SGB XI für das dritte und vierte Quartal 2021 beliefen sich auf 570 bis 740 Mio. EUR für die Soziale Pflegeversicherung und auf 50 bis 60 Mio. EUR für die Private Pflegepflichtversicherung. Für die weitere Verlängerung bis zum 31. März 2022 werden nun für die Soziale Pflegeversicherung Mehrausgaben in Höhe von 900 Mio. EUR und für die Private Pflegepflichtversicherung 75 Mio. EUR benannt.

Diese Annahme einer Kostensteigerung wird sich nicht allein mit der aktuellen pandemischen Lage erklären lassen. Schließlich ist die Impfquote in den stationären Pflegeeinrichtungen mittlerweile sehr hoch, auch wenn nun die Booster-Impfungen anstehen. Zudem sorgen umfassende Testkonzepte für zusätzliche Sicherheit. Insofern erfolgt eine – wenn auch neue – Normalisierung der Versorgung. Durch den Pflege-Rettungsschirm werden auf Kosten der Versicherten nicht genutzte Pflegeplätze – jedoch keine Versorgung – finanziert.

Die Erhöhung der für das erste Quartal 2022 berechneten Mehrausgaben deutet auf eine anhaltende Veränderung der Inanspruchnahme von Pflegeeinrichtungen als Langzeitfolge der Pandemie hin. Diese Entwicklung kann und darf jedoch nicht dauerhaft über den Pflege-Rettungsschirm finanziert werden. Vielmehr obliegt es den Betreibern von Pflegeeinrichtungen auf die veränderten Bedingungen, z.B. durch ggf. vorübergehende Platzzahlreduzierung oder Neuverhandlung der Pflegesätze nach § 85 Abs. 7 SGB XI, zu reagieren und somit unternehmerische Eigeninitiative zu zeigen - wie dies auch in der aktuellen Ausgabe der Zeitschrift Altenheim (11.2021, Seite 4) durch Hinweise für Vergütungsverhandlungen bestätigt wird.

Um dem aktuellen Ausbruchsgeschehen gerecht zu werden, sollte der Pflege-Rettungsschirm daher letztmalig, aber eingeschränkt wie folgt um drei Monate verlängert werden:

Um die Verhältnismäßigkeit zu wahren, erfolgt nur eine Erstattung der Mindereinnahmen, wenn diese aufgrund behördlicher Anordnungen, z.B. wegen eines Corona-Ausbruchsgeschehens, entste-

hen. Darüber hinaus müssen die Wirkungen des Pflege-Rettungsschirms transparent gemacht werden. Eine Erstattung der durch die Testkonzepte der Pflegeeinrichtungen entstehenden Testkosten nach § 7 Abs. 2 Coronavirus-Testverordnung über den Pflege-Rettungsschirm ist weiterhin sinnvoll und notwendig. Allerdings sollten die Pauschalen an die aktuellen Preise angepasst werden.

Zu Artikel 8, Nr. 4, § 153 Satz 1 SGB XI

Vorgeschlagene Regelung

Die Erstattung pandemiebedingter Kosten an die soziale Pflegeversicherung durch einen Bundeszuschuss wird auf das Jahr 2022 erweitert.

Bewertung

Auch die Private Pflegepflichtversicherung müsste ihre Aufwendungen für den Pflege-Rettungsschirm, ebenso wie es für die Soziale Pflegeversicherung geschieht, aus Steuermitteln ersetzt bekommen. Die Versicherten der Privaten Pflegepflichtversicherung werden durch die Erhebung eines befristeten Zuschlags nach § 110a SGB XI an der Finanzierung der pandemiebedingten Mehrausgaben beteiligt. Diese Ungleichbehandlung durch eine Doppelbelastung durch Steuern und Beiträge für den gleichen Zweck ist nicht gerechtfertigt und verstößt gegen das Grundgesetz.

Zu Artikel 20a, §§ 21a, 23 Krankenhausfinanzierungsgesetz (Entwurf eines Änderungsantrags)

Vorgeschlagene Regelung

Die Krankenhäuser erhalten bei der voll- oder teilstationären Behandlung von Patientinnen und Patienten mit einer SARS-CoV-2-Infektion zusätzlich einen zeitlich befristeten Versorgungsaufschlag. Der Versorgungsaufschlag wird für die Zeit vom 1. November 2021 bis zum 20. März 2022 zusätzlich zur Vergütung für die stationäre Behandlung gewährt. Der Anspruch des Krankenhauses auf den Versorgungsaufschlag besteht für alle stationär behandelten Patientinnen und Patienten mit labor diagnostisch bestätigter SARS-CoV-2-Infektion.

Bewertung

Es ist sachgerecht, leistungsbezogen Krankenhäuser, die nachgewiesen Corona-infizierte Patienten behandeln, pro Fall zu unterstützen als für nicht belegte Betten zu leisten. Die Finanzierung aus Bundesmitteln ist ebenfalls sachgerecht. Unzureichend sind hingegen die Anforderungen für die Tests zur Bestätigung der SARS-CoV-2-Infektion. Ausgeschlossen sind lediglich Antigen-Tests zur ausschließlichen Eigenanwendung. Aber auch andere Antigen-Tests bergen ein erhebliches Risiko für falsch positive/negative Ergebnisse. Es sollte klargestellt werden, dass Ausgleichszahlungen ausschließlich für mittels PCR/NAT (also Nukleinsäure-Amplifikations-Technik) bestätigten Infektionen getätigt werden können.

Ergänzung
der Zusammenstellung
der schriftlichen Stellungnahmen,
die dem Hauptausschuss zu seiner öffentlichen Anhörung
am 15. November 2021

zum

- Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des Infektionsschutzgesetzes und weiterer Gesetze anlässlich der Aufhebung der Feststellung der epidemischen Lage von nationaler Tragweite (BT-Drs. 20/15)
 - Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung des Schutzes vor Impfpassfälschungen (BT-Drs. 20/27)
- zugeleitet wurden.

- Deutsche Gesellschaft für Pädiatrische Infektiologie e. V. (DGPI)
- PD Dr. Andrea Kießling (Ruhr-Universität Bochum, Lehrstuhl für Öffentliches Recht, Sozial- und Gesundheitsrecht und Rechtsphilosophie)#
- Bundesverband Medizintechnologie e. V. (BVMed)
- Marburger Bund Bundesverband



An
Dr. Beate Hasenjäger
Leiterin Unterabteilung PA
Platz der Republik 1
11011 Berlin
Telefon: +49 30 227- 32656
Telefon: +49 30 227-37959
Fax: +49 30 227-36307
hauptausschuss@bundestag.de
anja.luedtke@bundestag.de

**Gesetzentwurf der Fraktionen SPD, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und FDP
Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des Infektionsschutzgesetzes und
weiterer Gesetze anlässlich der Aufhebung der epidemischen Lage von na-
tionaler Tragweite
BT-Drucksache 20/15**

Sehr geehrte Damen und Herren,
die DGPI bedankt sich für die Möglichkeit einer Stellungnahme zu dem o.g. Ge-
setzentwurf. Wir möchten in diesem Zusammenhang folgende Punkte festhalten:

- Die Pandemie ist noch nicht vorbei und die epidemische Lage von nation-
aler Tragweite ist unserer Einschätzung nach noch nicht zu beenden.
Die steigenden Zahlen insbesondere in den Krankenhäusern und zuneh-
mende Ausbrüche erfordern eher eskalierende als deeskalierende Maß-
nahmen.
- Die Lage auf Intensivstation mit bis zu 3000 Fällen aktuell (Tendenz stei-
gend) ist weiter besorgniserregend.
- Wir empfehlen die Konstitution eines Pandemierates (bestehend aus Ex-
perten). Dieser erscheint überfällig und dringlich.
- Wir empfehlen die Verschriftlichung und unmittelbare Veröffentlichung
der Empfehlungen der Experten als Grundlage zur Entscheidungsfin-
dung für die Politik.
- Entscheidung über Pandemiemaßnahmen sollten v.a. auf Bundesebene
und nicht auf Landesebene getroffen werden.
- Wir empfehlen die flächendeckend 2G zu implementieren. 3G sollte nur
in Ausnahmefällen zugelassen werden, wo 2G nicht möglich ist.
- Eine zusätzliche Testung bei 2G (sog. 2G Plus) sollte in vulnerablen Be-
reichen durchgeführt werden (Krankenhaus, Altenheime etc.).
- Verpflichtende und regelmäßige Testungen sollten in allen Bereichen
der öffentlichen Arbeit (nicht bei Home-office) implementiert werden. Bis-
lang erfolgte eine regelmäßige Testung nur in Schulen und Kitas. Das
sind Bereiche, wo eine Testung im Vergleich zu anderen Bereichen we-
niger sinnvoll ist.

www.dgpi.de

DGPI-Vorstand

1. Vorsitzender

Prof. Dr. med. Tobias Tenenbaum,
Berlin

2. Vorsitzender

PD Dr. med. Henriette Rudolph,
Frankfurt

Schatzmeister

Prof. Dr. med. Markus Knuf,
Wiesbaden

Beiräte

PD Dr. med. Robin Kobbe
Hamburg

Dr. med. Hanna Renk
Tübingen

Dr. med. Nicole Töpfer
Dresden

DGPI-Geschäftsstelle

Wolfgang Seel
Chausseestr. 128/129
D-10115 Berlin
Deutschland

Tel: +49 (0)30 28046805
Fax: +49 (0)30 28046806

E-mail: info@dgpi.de

DGPI-Bankverbindung

Deutsche Apotheker- und
Ärztebank Bremen
BLZ 300 606 01
Konto-Nr. 000 329 6458
IBAN DE 1930 0606 0100 0329 6458
BIC DAAEDEDXXX



www.facebook.com/DGPIaktuell/

<https://twitter.com/DGPIeV>



- Eine Impfflicht in vulnerablen Bereichen ist zusätzlich für alle Altersgruppen anzustreben. Diese ist bereits in mehreren Ländern etabliert worden.
- Kinder und Jugendliche sind durch den Lockdown-Maßnahmen und Homeschooling stark eingeschränkt worden. Wissenschaftlich konnte aufgezeigt werden, dass viele Kinder vermutlich bleibende gesundheitliche und seelische Schäden davon getragen haben wie z.B. Depression, psychosomatische Erkrankungen, Fettsucht, Bildungsverlust, fehlender Schulabschluss, Kindesmisshandlung. Die Folgen der Lockdown-Maßnahmen werden wir erst in einigen Jahren endgültig abschätzen können. Aber schon jetzt sieht die Situation besorgniserregend aus. Eine möglichst ungehinderte soziale und kulturelle Teilhabe der jungen Generation ist ein hohes Gut, das nicht vor schnell in Frage gestellt werden darf.
- Erst wenn alle o.g. Maßnahmen nicht ausreichen, dürfen Restriktionen bei Kindern erwogen werden. Dies wären dann allerdings die allerletzten Maßnahmen.
- Entscheidend ist weiterhin, dass möglichst alle Erwachsenen geimpft werden sollen. Hier müssen weitere Anstrengungen unternommen werden.

Gerne werde ich in der geplanten Anhörung am 15.11.21 Ihnen diese Punkte weiter erläutern.

Mit freundlichen Grüßen,

Prof. Dr. Tobias Tenenbaum
1. Vorsitzender der DGPI

RUHR-UNIVERSITÄT BOCHUM | 44780 Bochum | Germany

JURISTISCHE FAKULTÄT

Lehrstuhl für Öffentliches Recht, Sozial-
und Gesundheitsrecht und Rechts-
philosophie

Gebäude GD E2/437
Universitätsstraße 150, 44801 Bochum

PD DR. ANDREA KIEßLING

Fon +49 (0)234 32-26818

Fax +49 (0)234 32-14271

andrea.kiessling@rub.de

www.oer.ruhr-uni-bochum.de

15. November 2021

**Stellungnahme als geladene Einzelsachverständige
für die öffentliche Anhörung im Hauptausschuss
des Deutschen Bundestages
am 15.11.2021**

Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des Infektionsschutzgesetzes und weiterer Gesetze anlässlich der Aufhebung der Feststellung der epidemischen Lage von nationaler Tragweite der Fraktionen SPD, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und FDP (BT-Drs. 20/15)

Aufgrund der sehr kurzen Frist kann nicht auf alle Aspekte des Gesetzentwurfs eingegangen werden.

A. Zusammenfassung und Empfehlungen

- Der Bundestag konzipiert im Rahmen seines politischen Spielraums § 28a IfSG zum Teil neu, indem er den jetzigen Abs. 7 durch einen neuen Schutzmaßnahmenkatalog ersetzt, der auch ohne Feststellung der epidemischen Lage nach § 5 Abs. 1 S. 1 IfSG von den Ländern angewendet werden kann. Dadurch wird deutlich, dass er den Schutzmaßnahmenkatalog des § 28a Abs. 1 IfSG ein Jahr nach Inkrafttreten einer Prüfung unterzogen hat. Damit keine Lücken im Instrumentarium entstehen, wird jedoch empfohlen, auch Kontaktbeschränkungen mit in den Katalog aufzunehmen und die Aufnahme weiterer Maßnahmen zu prüfen.
- Der Verweis des § 28a Abs. 7 S. 3 IfSG-E auf Abs. 4-6 sollte auf Abs. 3 erstreckt werden, da die Maßnahmen sonst kein Ziel haben und von keinen Voraussetzungen abhängen.
- Die Ermöglichung von „2G“ durch § 28a Abs. 7 S. 1 Nr. 3 IfSG-E sollte klarstellen, dass 12- bis 17-Jährige nicht erfasst werden dürfen und dass Ungeimpfte nicht von der Versorgung mit bestimmten Gütern ausgeschlossen werden dürfen.
- Es wird empfohlen, Vorsorge für den Fall zu treffen, dass sich im März abzeichnet, dass auch nach dem 19.3.2022 Maßnahmen ergriffen werden müssen. Wenn dafür ein Gesetzgebungsverfahren vermieden werden soll, kommt ggf. eine Verlängerungsmöglichkeit durch Bundestagsbeschluss in Betracht, die in § 28a Abs. 7 IfSG-E aufgenommen werden sollte.
- Es wird empfohlen, die Frist für die Evaluation nach § 5 Abs. 9 IfSG bis zum 31.12.2022 zu verlängern.

B. Ausgangssituation: Die Änderung der gesetzlichen Konstruktion

Die drei Fraktionen haben sich dazu entschieden, die epidemische Lage von nationaler Tragweite nicht ein weiteres Mal gem. § 5 Abs. 1 IfSG zu verlängern, so dass eine der Voraussetzung des § 28a Abs. 1 IfSG entfällt. Eigentlich war für diesen Fall vorgesehen, dass die Länder bei einem weiterhin bestehenden Bedarf an Corona-Schutzmaßnahmen einen Landtagsbeschluss fassen, der die Anwendbarkeit der § 28a Abs. 1-6 IfSG feststellt. Dies ist seit September in § 28a Abs. 7 IfSG vorgesehen¹. Diese Gesetzesänderung warf aber im September schon die Frage auf, warum zu einem Zeitpunkt, zu dem der Bundestag keine epidemische Lage feststellen will, 16 Bundesländer ihrerseits die Anwendbarkeit des § 28a IfSG – und somit in der Sache eine epidemische Lage von landesweiter Tragweite – feststellen sollen. Auch staatsrechtlich war diese Konstruktion – Länderparlamente entscheiden über die Anwendbarkeit von Bundesrecht – kritisiert und die Streichung von § 28a Abs. 7 IfSG gefordert worden². Hinzu kam, dass die Bundesländer im Oktober, als absehbar war, dass der Bundestag die epidemische Lage nicht verlängern wurde, um eine Änderung des IfSG baten, weil sie einen entsprechenden Landtagsbeschluss nach § 28a Abs. 7 IfSG gar nicht fassen wollten³.

Die Fraktionen wollen nun § 28a Abs. 7 IfSG so ändern, dass kein Landtagsbeschluss mehr notwendig ist, sondern die Länder übergangsweise bis zum 19. März 2022 die Möglichkeit haben, bestimmte, in dem Absatz näher bezeichnete Schutzmaßnahmen zu ergreifen. Alternativ bleibt es möglich, dass der Bundestag erneut die epidemische Lage von nationaler Tragweite gem. § 5 Abs. 1 IfSG feststellt und so den Schutzmaßnahmenkatalog des § 28a Abs. 1 IfSG zur Anwendung bringt.

Eine Pflicht des Bundestags, von der Feststellung der epidemischen Lage von nationaler Tragweite gem. § 5 Abs. 1 S. 1 IfSG Gebrauch zu machen, wenn sie objektiv vorliegt, besteht nicht. Auch im sonstigen Gefahrenabwehrrecht sind Eingriffsbefugnisse nicht von einer solchen Feststellung des Bundestags abhängig. Durch die Entkoppelung des geplanten § 28a Abs. 7 IfSG-E von dem Feststellungsbeschluss des Bundestags wird der § 28a IfSG – jedenfalls in Teilen – wieder in die verwaltungsrechtliche Normalität überführt⁴. Durch die Änderung des § 28a Abs. 7 IfSG-E zeigt der Bundestag außerdem, dass er den Katalog des Abs. 1 ein Jahr nach seinem Inkrafttreten einer Prüfung unterzogen hat und die für nicht mehr erforderlich gehaltenen Maßnahmen den Ländern nicht mehr zur Verfügung stellt. Dies muss vor dem Hintergrund gesehen werden, dass im November 2020 – bei Schaffung des § 28a IfSG durch das 3. BevSchG – der Bundestag ohne allzu kritische Prüfung die Maßnahmen in den Katalog des Abs. 1 aufgenommen hatte, die die Länder bis dahin ergriffen hatten. Mit anderen Worten:

¹ Geändert durch Aufbauhilfegesetz v. 10.9.2021, BGBl I 4147.

² *Kingreen*, Epidemie ohne epidemische Lage, Verfassungsblog v. 22.10.2021.

³ Vgl. die Aussage des damaligen Ministerpräsidenten Armin Laschet auf der Pressekonferenz vom 22.10.2021, der „Verwerfungen“ in den Ländern befürchtete.

⁴ Vgl. dazu ausführlich auch *Kingreen*, Pandemiepolitik on Fire?, Verfassungsblog v. 13.11.2021.

Der Gesetzgeber schrieb damals das im Gesetz fest, was bis dahin in den Ländern praktiziert worden war, um deren Vorgehen nachträglich zu legitimieren⁵. Die Neufassung des § 28a Abs. 7 IfSG in diesem Gesetzgebungsverfahren kann somit als „Inventur“ des Gesetzgebers verstanden werden und ist grundsätzlich zu begrüßen. Der Gesetzentwurf sollte dennoch an einigen Stellen nachgebessert werden.

I. Art. 1 Nr. 3 (Änderung des § 28a Abs. 7)

1. Eingriffsschwelle

Wenn Gesetze zu Grundrechtseingriffen ermächtigen, müssen sie – angepasst an die Intensität des jeweiligen Eingriffs – konkrete Tatbestandsvoraussetzungen enthalten, damit das Eingreifen nicht vollständig in das Ermessen der Behörden gestellt ist; im Gefahrenabwehrrecht muss also eine Eingriffsschwelle für die Behörden geregelt werden. § 28 Abs. 1 S. 1 IfSG verlangt nur, dass Kranke, Krankheitsverdächtige, Ansteckungsverdächtige oder Ausscheider festgestellt werden, und meint damit eigentlich eine konkrete Gefahr. Die Norm ist jedenfalls nicht speziell auf Epidemien zugeschnitten. § 28a IfSG enthielt bislang in Abs. 2 weitere einschränkende Voraussetzungen für einzelne Maßnahmen und legte darüber hinaus in Abs. 3 bestimmte Kriterien fest, aus denen die Länder den Maßstab bilden sollten, der über die Ergreifung von Schutzmaßnahmen entscheiden sollte. Hinzu kam, dass durch die Feststellung der epidemischen Lage von nationaler Tragweite der Bundestag die Notwendigkeit des Handelns – und damit praktisch die Existenz der Gefahrenlage – parlamentarisch feststellte.

Abs. 2 und 3 sollen in Zukunft im Anwendungsbereich des geplanten Abs. 7 nicht mehr anwendbar sein; die parlamentarische Feststellung der Gefahrenlage entfällt. D.h. es gibt keine einschränkenden Voraussetzungen bzw. keinen anleitenden Maßstab mehr; der Katalog des geplanten Abs. 7 ist mit bloßem Inkrafttreten der Änderung bis März 2022 anwendbar. Zwar rechtfertigt das derzeitige Infektionsgeschehen den Maßnahmekatalog, ein allgemein geltendes Gesetz sollte aber abstrakte Kriterien aufstellen, die das Handeln der Behörden anleiten. Auch wenn ein entspanntes Infektionsgeschehen derzeit noch nicht absehbar ist, sollte das Gesetz auch eine Antwort auf die Frage liefern, wie bei einem nur noch mäßigen Infektionsgeschehen vorgegangen werden darf. Nicht alle Maßnahmen (wie etwa die Anordnung von Wechselunterricht) können dann noch verhältnismäßig sein.

Es wird deswegen empfohlen, den Verweis in § 28a Abs. 7 S. 3 IfSG-E auf Abs. 4-6 auch auf Abs. 3 zu erstrecken. Ohne einen solchen Verweis hat der Katalog des § 28a Abs. 7 S. 1 IfSG-E auch kein Ziel mehr, da das Ziel der Schutzmaßnahmen nur in Abs. 3 S. 1 angesprochen wird.

⁵ Aligbe, ARP 2020, 374; Kießling, in: dies. (Hrsg.), IfSG, 2. Aufl. 2021, § 28a Rn. 1.

Nicht ausdrücklich vorgesehen ist eine Abstufung zwischen den einzelnen Maßnahmen. Eine nachrangige Festlegung von Schutzmaßnahmen für Kitas und Schulen (insbesondere Wechselunterricht in Schulen, dazu noch unten 2. c)) ist aber geboten⁶.

2. Zulässige flächendeckende Maßnahmen

Der geplante Katalog des § 28a Abs. 7 IfSG-E wird den Bundesländern folgende Maßnahmen erlauben: Abstandsgebote, Maskenpflicht, Kontaktdatenerfassungspflicht, Hygienekonzeptpflicht und Vorgaben für Personenobergrenzen für bestimmte Einrichtungen und Veranstaltungen; hinzu kommt die „Verpflichtung zur Vorlage von Impf-, Genesenen- oder Testnachweisen sowie an der Vorlage solcher Nachweise anknüpfende Beschränkungen des Zugangs“. Der Gesetzgeber orientiert sich bei der Ausformulierung zwar an dem Katalog des § 28a Abs. 1 IfSG, übernimmt aber nicht alle Formulierungen, sondern präzisiert oder ergänzt sie zum Teil. Im Einzelnen bedeutet das:

a) Verpflichtung zur Vorlage von Impf-, Genesenen- oder Testnachweisen sowie an der Vorlage solcher Nachweise anknüpfende Beschränkungen des Zugangs (Nr. 3)

Auf dieser Grundlage können die Länder „3G“- oder „2G“-Regelungen einführen. Dabei bedeutet „2G“ nicht automatisch, dass Maskenpflicht, Abstandsgebote und Kapazitätsbeschränkungen entfallen, wie dies in einigen Bundesländern zurzeit im Rahmen sogenannter „Optionsmodelle“ erlaubt wird. „2G“ kann vielmehr auch kombiniert werden mit Maskenpflicht, Abstandsgeboten und Kapazitätsbeschränkungen.

Denkbar ist auf dieser Grundlage auch die Vorgabe, nur Geimpften/Genesenen, die gleichzeitig getestet sind („2Gplus“), den Zutritt zu erlauben⁷. Da es zwar geboten ist, zwischen Geimpften und Ungeimpften zu unterscheiden, aber nicht, Geimpfte von allen Beschränkungen auszunehmen, solange auch sie das Virus übertragen können, sind solche auch für Geimpfte geltenden Pflichten nicht unverhältnismäßig.

Unklar bleibt bei der kurzen Formulierung im Gesetz, für welche Personengruppen 2G angewendet werden darf. Diese Frage stellt sich insbesondere für die 12- bis 17-Jährigen, die ggf. von dieser Regelung ausgenommen werden sollten, da sie nicht immer selbst über die Impfung entscheiden. Das sollte der Gesetzgeber klarstellen. Er sollte außerdem klarstellend auf-

⁶ Insofern ist zu begrüßen, dass wohl bereits die Aufnahme des Satzes „Die besonderen Belange von Kindern und Jugendlichen sind zu berücksichtigen.“ diskutiert wird, die noch ins Gesetzgebungsverfahren eingebracht werden soll.

⁷ Dies soll zusätzlich durch eine klarstellende Änderung des § 28c IfSG hervorgehoben werden, die noch nicht offiziell ins Gesetzgebungsverfahren eingebracht wurde.

nehmen, dass Ungeimpfte nicht von der Versorgung mit lebenswichtigen Gütern ausgeschlossen werden dürfen (insbesondere Lebensmittel und andere Güter des täglichen Bedarfs, Apotheken, ärztliche Versorgung).

b) Hygienekonzepte und Personenobergrenzen (Nr. 4)

Für den Begriff des Hygienekonzepts kann auf § 28a Abs. 1 Nr. 4 IfSG verwiesen werden⁸. Kapazitätsbeschränkungen im Sinne von vorgegebenen Personenobergrenzen (entweder absolut oder in Relation zur Raumgröße) werden bislang unter den Begriff „Beschränkung“ im Sinne des § 28a Abs. 1 Nr. 5-8, 13 und 14 IfSG subsumiert⁹. Es ist zu begrüßen, dass der Gesetzgeber nun den Begriff „Personenobergrenzen“ ausdrücklich einführt und damit klarstellt, dass auch diese Maßnahme weiterhin ergriffen werden kann. In Zukunft wird sie als Teil des zu erstellenden Hygienekonzepts verstanden; die Behörden geben dabei zum einen vor, dass ein Hygienekonzept aufgestellt werden muss, und zum anderen, dass außerdem eine bestimmte Art von Kapazitätsbeschränkung gilt. Die Vorgabe von Personenobergrenzen kann neben der sonstigen Hygienekonzeptpflicht, Maskenpflicht, „2G/3G“-Regelungen etc. eingesetzt werden.

c) Erteilung von Auflagen für die Fortführung des Betriebs bestimmter Einrichtungen des Bildungswesens (Nr. 5)

Der Begriff „Auflagen“ ist in Abgrenzung zu § 28a Abs. 1 Nr. 16 IfSG auszulegen, der zwischen „Schließung“ und „Erteilung von Auflagen“ unterscheidet. Daraus ergibt sich, dass flächendeckende Schließungen nicht möglich sein sollen. Auflagen sind vielmehr Maskenpflicht, Abstandsgebote und Hygienekonzeptpflicht¹⁰; auch der Wechselunterricht kann darunter gefasst werden.

d) Zulässige Kombinationen verschiedener Maßnahmen (nach Lebensbereichen)

Bei einer Betrachtung einzelner Sektoren bzw. Lebensbereiche ergibt sich bei den Möglichkeiten der Länder folgendes Bild zulässiger Beschränkungen:

- Einzelhandel/Gastronomie/Hotels/Kultur- und Freizeiteinrichtungen/Sportveranstaltungen etc.: Maskenpflicht, Abstandsgebote, Hygienekonzepte, Kontaktdatenerfassung, Kapazitätsbeschränkungen (in Form von Personenobergrenzen), 3G oder 2G oder 2Gplus für Besucher:innen/Teilnehmer:innen.

⁸ Vgl. *Kießling*, in: dies. (Hrsg.), IfSG, 2. Aufl. 2021, § 28a Rn. 49.

⁹ Vgl. *Kießling*, in: dies. (Hrsg.), IfSG, 2. Aufl. 2021, § 28a Rn. 55, 71, 74.

¹⁰ *Kießling*, in: dies. (Hrsg.), IfSG, 2. Aufl. 2021, Rn 83.

- Großveranstaltungen: Veranstaltungen können durch 2Gplus-Regelungen und strenge Kapazitätsbeschränkungen (in Form von Personenobergrenzen) reguliert werden, was im Ergebnis ein Verbot von Großveranstaltungen in dem Sinne bedeutete, dass durch absolute Personenobergrenzen nur noch kleinere Veranstaltungen zulässig wären.
- Besuch von Pflegeheimen/Krankenhäusern: Maskenpflicht, Abstandsgebote, Hygienekonzepte, Kontaktdatenerfassung, Kapazitätsbeschränkungen (in Form von Personenobergrenzen), 3G oder 2G oder 2Gplus; regelmäßige Testungen für Bewohner:innen und Personal (gestützt auf § 28 Abs. 1 IfSG¹¹).
- Hochschulen: Maskenpflicht, Abstandsgebote, Hygienekonzepte, Kontaktdatenerfassung, Kapazitätsbeschränkungen (in Form von Personenobergrenzen), 3G oder 2G oder 2Gplus für Studierende.
- Schulen: Maskenpflicht, Abstandsgebote, Hygienekonzepte, Wechselunterricht, regelmäßige Testungen von Schüler:innen und Personal (gestützt auf § 28 Abs. 1 IfSG)¹².

3. Nicht mehr zulässige Maßnahmen – Lücke im Instrumentarium?

Nicht möglich werden vorsorgliche Schließungen von Betrieben, Einrichtungen und Schulen, Versammlungs- und Veranstaltungsverbote sowie Kontaktbeschränkungen und Ausgangsbeschränkungen inklusive der nächtlichen Ausgangsbeschränkungen sein.

Für die Ausgangsbeschränkungen ist ein solcher Ausschluss angezeigt, weil sie unverhältnismäßig sind¹³. Durch den Ausschluss von Schulschließungen zeigt der Bundestag, dass er den Präsenzunterricht (ggf. in Form von Wechselunterricht) höher gewichtet als die Lebensbereiche, die Erwachsene betreffen. Maßnahmen müssen also so gegenüber Erwachsenen ergriffen werden, dass Schulschließungen nicht notwendig werden; dazu gehört es außerdem, die Schulen (etwa durch Maskenpflicht und Luftfilter) sicher zu machen. Vgl. dazu auch S. 2 des Entwurfs: „Zugleich ist aber dafür zu sorgen, dass Kindern und anderen vulnerablen Gruppen, für die kein Impfangebot zur Verfügung steht, der notwendige Schutz rechtssicher gewährleistet werden kann.“

Der Gesetzgeber ist aufgrund der grundrechtlichen Schutzpflicht aus Art. 2 Abs. 2 S. 1 GG dazu verpflichtet, keine Lücken in dem zur Epidemiebekämpfung zur Verfügung stehenden Instrumentarium entstehen zu lassen, um nicht gegen die untere Grenze der Schutzpflicht – das Untermaßverbot – zu verstoßen. Das Instrumentarium ergibt sich dabei nicht nur aus dem IfSG; dessen Ermächtigungsgrundlagen werden flankiert durch Maßnahmen nach anderen

¹¹ Dazu *Kießling*, in: dies. (Hrsg.), IfSG, 2. Aufl. 2021, § 28 Rn. 59.

¹² Dazu *Kießling*, in: dies. (Hrsg.), IfSG, 2. Aufl. 2021, § 28 Rn. 59.

¹³ Ausführlich *Kießling*, in: dies. (Hrsg.), IfSG, 2. Aufl. 2021, § 28a Rn. 40ff. mwN.

Gesetzen, z.B. durch die Coronavirus-Testverordnung und den dort in § 4a verankerten Anspruch auf kostenlose Bürgertests sowie durch arbeitsschutzrechtliche Vorgaben. Ob weitere Maßnahmen in diesem Winter notwendig sein werden, kann aus Sicht der Rechtswissenschaft nur eingeschränkt beurteilt werden. Es wird aber empfohlen, die Kontaktbeschränkungen wieder als Maßnahme mit in den Katalog aufzunehmen, die dann gegenüber Ungeimpften zur Anwendung kommen könnten¹⁴. Auch weitere Maßnahmen sollten in Erwägung gezogen werden. Angesichts der am Morgen des 15.11.2021 angekündigten, aber noch nicht vorliegenden Änderungsanträge, mittels derer weitere Maßnahmen und eine Länderöffnungsklausel in § 28a IfSG aufgenommen werden sollen, kann zum jetzigen Zeitpunkt keine abschließende Prüfung durchgeführt bzw. eine abschließende Empfehlung ausgesprochen werden.

Der Gesetzgeber ist jedenfalls verpflichtet, die weitere Entwicklung des Infektionsgeschehens und die Wirksamkeit des zur Verfügung gestellten Instrumentariums fortlaufend zu beobachten und ggf. die Rechtsgrundlagen nachzubessern. Da er sich dagegen entschieden hat, § 28a Abs. 1 IfSG aufzuheben, kann – sollte sich herausstellen, dass das vorhandene Instrumentarium tatsächlich nicht ausreicht – der Bundestag die epidemische Lage von nationaler Tragweite erneut feststellen und den Katalog des § 28a Abs. 1 IfSG wieder „freischalten“. Es wäre also kein neues Gesetzgebungsverfahren notwendig, sondern nur ein Bundestagsbeschluss. Aus Kohärenzgesichtspunkten ist es aber zu empfehlen, die Ausgangsbeschränkungen auch in § 28a Abs. 1 Nr. 3, Abs. 2 S. 1 Nr. 2 IfSG zu streichen. Sie sind nicht nur bei § 28a Abs. 7 IfSG-E, sondern auch bei § 28a Abs. 1 und 2 IfSG unverhältnismäßig.

4. Zulässige Einzelmaßnahmen

Gem. § 28a Abs. 7 S. 2 IfSG-E bleiben individuelle Schutzmaßnahmen gegenüber Kranken, Krankheitsverdächtigen, Ansteckungsverdächtigen oder Ausscheidern nach § 28 Abs. 1 S. 1 sowie die Schließung von Gemeinschaftseinrichtungen im Sinne von § 33 im Einzelfall nach § 28 Abs. 1 S. 2 unberührt. Dieser Satz hat nur deklaratorische Bedeutung, da Maßnahmen, die im Falle des Bestehens einer konkreten Gefahr auf der Grundlage von § 28 Abs. 1 IfSG ergehen, nicht durch § 28a IfSG ausgehebelt werden, der denklogisch wegen seines flächendeckenden Ansatzes keine konkrete Gefahr voraussetzen kann (auch wenn § 28a IfSG nach dem Willen des Gesetzgebers als Konkretisierung des § 28 Abs. 1 IfSG gilt). Auch Gemeinschaftseinrichtungen konnten schon immer auf der Grundlage des § 28 Abs. 1 IfSG geschlossen werden, wenn sich in der Einrichtung ein Ausbruch ereignet hat. Durch die Klarstellung im Gesetz können jedenfalls im Umfang des S. 2 keine Rechtsunsicherheiten entstehen; solche ergeben sich aber in Bezug auf die auch in § 28a Abs. 1 S. 2 genannten Veranstaltungen, Ansammlungen und Badeanstalten. Nach der derzeitigen Systematik der §§ 28, 28a IfSG ist es nämlich nicht ausgeschlossen, Veranstaltungen, auf denen sich ein Krankheitsausbruch

¹⁴ So auch *Kingreen*, Pandemiepolitik on Fire?, Verfassungsblog v. 13.11.2021.

ereignet hat (z.B. eine mehrtägige Konferenz), bei Bekanntwerden des Ausbruchs zu beenden (also die Fortführung zu untersagen), weil in diesem Fall eine konkrete Gefahr vorliegt. Nach dem geplanten § 28a Abs. 7 S. 2 IfSG soll dies wohl ausgeschlossen sein, was eine Lücke im Instrumentarium entstehen ließe. Der Verweis des S. 2 sollte entsprechend angepasst werden.

II. Übergangsregelung

§ 28a Abs. 7 IfSG ist als Übergangsregelung – befristet bis zum 19.3.2022 – bis zu einer „grundsätzlichen Überarbeitung des IfSG“ (S. 2 des Entwurfs) konzipiert. Eine solche grundsätzliche Reform des IfSG ist einerseits dringend geboten, es ist aber andererseits zu begrüßen, dass in der aktuellen Phase nicht den Ergebnissen der Evaluation vorgegriffen wird, die durch die vom Bundesgesundheitsministerium eingesetzte Sachverständigenkommission (vgl. § 5 Abs. 9 IfSG) zurzeit erfolgt.

1. Anschlussregelung

Die Befristung des § 28a Abs. 7 IfSG bis zum 19.3.2022 wirft die Frage auf, ob in zeitlicher Hinsicht den Ländern genug Instrumente zur Verfügung stehen. Sollte sich im März abzeichnen, dass alle oder jedenfalls einige der Maßnahmen (etwa die Maskenpflicht) weiterhin notwendig sind, müsste ein neues Gesetzgebungsverfahren angestrengt werden, um die Vorschrift zu verlängern. Das würde aber wieder einige Zeit in Anspruch nehmen. Es wird deswegen angeregt zu prüfen, ob ein solches Gesetzgebungsverfahren nicht dadurch vermieden werden könnte, dass in Abs. 7 ein Satz aufgenommen wird, der den Bundestag dazu ermächtigt, bis zum 19.3.2022 durch einen Beschluss die Geltungsdauer der Vorschrift um einen kurzen Zeitraum (etwa drei Monate) zu verlängern.

2. Verlängerung der Evaluationsfrist

Obwohl die Evaluation nach § 5 Abs. 9 IfSG bereits seit Ende März vorgesehen ist¹⁵, wurde die Kommission erst im September durch das Bundesgesundheitsministerium eingesetzt. Der geltende § 5 Abs. 9 IfSG sieht vor, dass die Kommission ihren Bericht bis zum 31.12.2021 vorlegt; der vorliegende Entwurf will diese Frist um sechs Monate verlängern (vgl. Art. 1 Nr. 1 des Entwurfs). An dieser Stelle wird nachdrücklich darum gebeten, die Frist um weitere sechs (oder notfalls drei) Monate (also bis zum 31.12.2022 bzw. 30.9.2022) zu verlängern, damit die Kommission eine umfassende Aufarbeitung durchführen und eine nachhaltige Reform empfehlen kann. Eine besondere Eile, die eine kurze Frist erzwingen würde, ist nicht geboten, weil

¹⁵ Eingefügt durch das EpiLage-Fortgeltungsgesetz v. 29.3.2021, BGBl I 370.

entweder am 20.3.2022 tatsächlich keine weiteren Schutzmaßnahmen erforderlich sein werden oder bereits dann eine Anschlussregelung notwendig sein wird. Ob die umfassende Reform dann im Herbst 2022 oder erst im Frühjahr 2023 angegangen wird, macht keinen Unterschied.

PD Dr. Andrea Kießling

Deutscher Bundestag
Hauptausschuss

Bundesverband
Medizintechnologie e.V.
Reinhardtstraße 29b
10117 Berlin
Tel. +49 (0)30 246 255 - 0
Fax +49 (0)30 246 255 - 99
info@bvmed.de
www.bvmed.de

Berlin, den 15.11.2021

**BVMed-Kurzstellungnahme zum Gesetzentwurf der Fraktionen SPD, Bündnis 90/Die Grünen und FDP zur Änderung des Infektionsschutzgesetzes und weiterer Gesetze anlässlich der Aufhebung der Feststellung der epidemischen Lage von nationaler Tragweite
BT-Drs. 20/15**

In dem aktuellen Gesetzentwurf fehlt eine dauerhafte Regelung für einen erhöhten monatlichen Betrag bei Pflegehilfsmitteln. Hierbei handelt es sich beispielsweise um Desinfektionsmittel, Schutzhandschuhe, Schutzausrüstung und weitere Hygieneartikel, die im Rahmen des Schutzes vor Infektionsgefahren gerade für die vulnerable Gruppe der Pflegebedürftigen und zum Schutz des Pflegepersonals und der pflegenden Angehörigen besonders benötigt werden.

Deswegen schlagen wir folgende Änderung im § 40 Abs. 2 Satz 1 SGB XI vor:

Änderungsvorschlag

§ 40 Abs. 2 Satz 1 SGB XI wird wie folgt geändert:

Die Aufwendungen der Pflegekassen für zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel dürfen monatlich den Betrag von ~~40~~ 60 Euro nicht übersteigen; *bis zum 31. Dezember 2021 gilt ein monatlicher Betrag in Höhe von 60 Euro.* Die Leistung kann auch in Form einer Kostenerstattung erbracht werden.

Begründung:

Es ist notwendig, hierbei eine Regelung vorzusehen, die den derzeit bis Ende 2021 befristet auf 60 Euro erhöhten Leistungsbetrag für Pflegehilfsmittel auch über diesen Zeitpunkt hinaus zu erhalten und die Erhöhung zu entfristen.

Die Anpassung des Leistungsbetrages für Pflegehilfsmittel auf 60 Euro im Zuge der epidemischen Lage war ein wichtiger Schritt, um den Bedarf der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen nach Pflegehilfsmitteln decken zu können. Doch auch nach dem 31. Dezember 2021 muss dies sichergestellt werden. Aus unserer Sicht ist es daher essentiell, den erhöhten Leistungsanspruch gemäß § 40 Absatz SGB XI auch über dieses Datum hinaus beizubehalten.

Die Preise für Pflegehilfsmittel steigen seit Jahren an. Dieser Trend wurde durch die COVID-19-Pandemie weiter verstärkt. Obwohl sich die Lage 2021 etwas entspannt hat, verzeichnen wir weiterhin gestiegene Preise für zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel, wie u. a. Desinfektionsmittel oder Einmalhandschuhe. Dies lässt sich nicht allein auf die COVID-Situation zurückführen, sondern begründet und verstärkt sich zusätzlich durch die allgemeine Preisentwicklungen sowie die stark ansteigenden Energie- und Rohstoffpreise sowie die explosionsartige Entwicklung der Frachtkosten. Der Leistungsbetrag für zum Verbrauch bestimmte Hilfsmittel wurde seit Einführung der Pflegeversicherung nur einmalig im Jahre 2015 angehoben. Diese Anhebung liegt somit bereits sechs Jahre zurück und lässt die allgemeinen

Preisentwicklungen der letzten Jahre - auch ungeachtet der COVID-bedingten Verschärfungen – unberücksichtigt.

Zudem ist die (weltweit) erhöhte Nachfrage hierfür ursächlich, die nach unserer Einschätzung nicht allein temporär ist. Dies kann ebenfalls darauf zurückgeführt werden, dass das Bewusstsein für die Bedeutung des Infektionsschutzes und damit die Nachfrage nach Produkten zur Infektionsprävention immens gestiegen sind. Viele dieser Hygienemaßnahmen waren bereits vor der COVID-Pandemie notwendig, wurden jedoch oftmals vernachlässigt. Dementsprechend könnte zwar möglicherweise von Entspannungen in der Nachfragesituation ausgegangen werden; mit einer (globalen) Reduktion der Nachfrage auf das prä-pandemische Maß ist jedoch nicht zu rechnen.

Hinzu kommt die kontinuierliche Weiterentwicklung des unter den Pflegehilfsmitteln erfassten Produktportfolios. So hat der GKV-Spitzenverband u. a. FFP2-Masken mitaufgenommen. Diese, wie auch die vorab ebenfalls aufgenommenen Einmallätzchen, sind noch nicht in die Vergütung eingepreist.

Die erneute Absenkung des Leistungsbetrags für Pflegehilfsmittel auf 40 Euro würde die Bedarfe – im Angesicht der preislichen Entwicklungen – somit nicht sicherstellen können. Obgleich eventuell nicht in allen Versorgungsfällen der zur Verfügung stehende maximale Betrag von 60 Euro ausgeschöpft wird, liegen die entsprechend vorliegender Datenerhebungen durchschnittlichen Kosten bei deutlich über 40 Euro, weshalb von einer Vielzahl an Bedürftigen ausgegangen werden kann, die bei erneuter Absenkung nicht mehr die erforderlichen Produkte erhielten.

Im Übrigen weist gerade der Umstand, dass der zur Verfügung stehende Leistungsbetrag nicht gänzlich ausgeschöpft wird, darauf hin, dass für die Versorgung mit Pflegehilfsmitteln die individuellen Bedarfe, nicht jedoch die maximale Höhe der Erstattung maßgeblich ist.

Die Corona-Pandemie hat zum Schutz aller Beteiligten zu einem veränderten und bewussteren Hygieneverhalten der pflegenden Angehörigen geführt, welches sich auch im Bedarf der benötigten zum Verbrauch bestimmten Pflegehilfsmittel widerspiegelt.

Der BVMed fordert daher, dass über eine entsprechende Anpassung des § 40 Absatz 2 Satz 1 SGB XI vorzusehen ist, dass der monatliche Leistungsbetrag für Pflegehilfsmittel auch nach dem 31.12.2021 bei 60 Euro erhöht bleibt.



**Stellungnahme
des
Marburger Bund Bundesverbandes**

**zum
Gesetzentwurf
der Fraktionen SPD, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und FDP**

**Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des Infektionsschutzgesetzes und
weiterer Gesetze anlässlich der Aufhebung der Feststellung der epidemischen
Lage von nationaler Tragweite,
Drucksache 20/15 vom 08.11.2021**

**Reinhardtstraße 36
10117 Berlin
Tel. 030 746846 – 0
Fax 030 746846 – 16
bundesverband@marburger-bund.de
www.marburger-bund.de**

Berlin, 15.11.2021

Stellungnahme

Mit dem vorgelegten Gesetzentwurf (Stand 08.11.2021) der Fraktionen SPD, Bündnis 90/Die Grünen und FDP ist anstelle einer Fortgeltung der epidemischen Lage von nationaler Tragweite die Einfügung eines bundeseinheitlich anwendbaren Katalogs möglicher Schutzvorkehrungen in Paragraph 28a IfSG geplant. Damit soll es möglich sein, je nach Entwicklung der Lage erforderliche Schutzvorkehrungen zu ergreifen.

In Paragraph 28a Absatz 7 Infektionsschutzgesetz (IfSG) werden die Schutzvorkehrungen benannt, die bundesweit bis zum 19. März 2022 unabhängig von der festgestellten epidemischen Notlage ergriffen werden können. Diese Option richtet sich an die einzelnen Bundesländer, die durch Rechtsverordnung im Rahmen des Maßnahmenkatalogs tätig werden können.

Genannt werden die Anordnung eines Abstandsgebots, die Maskenpflicht, die Vorlage von Impf-, Genesenen- oder Testnachweisen, verpflichtende Hygienekonzepte, Auflagen für den Betrieb von Gemeinschaftseinrichtungen wie Hochschulen oder Einrichtungen der Erwachsenenbildung sowie die Verarbeitung von Kontaktdaten von Kunden, Gästen oder Teilnehmern einer Veranstaltung.

Der Marburger Bund erachtet die derzeit im Entwurf vorgesehenen Maßnahmen und Optionen für nicht ausreichend, um den rasant steigenden Infektionszahlen bei gleichzeitig weiterhin teils zu niedrigen Impfquoten der Beschäftigten in bestimmten Bereichen wirksam zu begegnen.

Marburger Bund fordert eine berufsbezogene Covid-19-Impfpflicht

Vielmehr hält der Marburger Bund die Einführung einer Covid-19-Impfpflicht in Anlehnung an § 20 Absatz 8 Infektionsschutzgesetz (Masernschutzimpfung) für Personen, die in Einrichtungen nach § 23 Absatz 3 Satz 1, § 33 Nummer 1 bis 4 oder § 36 Absatz 1 Nummer 4 IfSG tätig sind, für erforderlich.

Eine entsprechende Rechtsgrundlage sollte dabei Ausnahmeregelungen und die tatsächlichen Entwicklungen berücksichtigen.

Von einer berufsbezogenen Impfpflicht wären Beschäftigte in folgenden Einrichtungen erfasst:

- Krankenhäuser, Einrichtungen für ambulant Operieren, Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen, in denen eine den Krankenhäusern vergleichbare medizinische Versorgung erfolgt, Dialyseeinrichtungen, Tageskliniken, Entbindungseinrichtungen, Arztpraxen, Zahnarztpraxen, Praxen sonstiger humanmedizinischer Heilberufe, Einrichtungen des öffentlichen Gesundheitsdienstes, in denen medizinische Untersuchungen, Präventionsmaßnahmen oder ambulante Behandlungen durchgeführt werden, ambulante Pflegedienste, die ambulante Intensivpflege in Einrichtungen, Wohngruppen oder sonstigen gemeinschaftlichen Wohnformen erbringen, und Rettungsdienste.
- Kindertageseinrichtungen und Kinderhorte, Schulen und sonstige Ausbildungseinrichtungen, Heime und Ferienlager.

- Voll- oder teilstationäre Einrichtungen zur Betreuung und Unterbringung älterer, behinderter oder pflegebedürftiger Menschen oder vergleichbare Einrichtungen, Obdachlosenunterkünfte, Einrichtungen zur gemeinschaftlichen Unterbringung von Asylbewerbern, Geflüchteten und Spätaussiedlern.

Der Gesetzentwurf sieht in § 36 Absatz 3 IfSG lediglich die bis zum 19. März 2022 befristete Fortgeltung des Fragerechts des Arbeitgebers zum Impf-/Serostatus seiner Beschäftigten in den in § 36 Absatz 1 und 2 IfSG genannten Einrichtungen vor, um über die Begründung eines Beschäftigungsverhältnisses oder über die Art und Weise einer Beschäftigung zu entscheiden.

Das ist für Betreuungs- und Versorgungseinrichtungen weder ausreichend noch zielführend, um Menschen vor einer schwerwiegenden Infektion zu bewahren, die gerade bei älteren und vorerkrankten Personen zu schweren und leider auch zu tödlichen Krankheitsverläufen führen können. Beschäftigte dieser Einrichtungen werden gerade für die Betreuung/Versorgung von Menschen benötigt und können nicht ersatzweise in Bereichen beschäftigt werden, die entsprechende Kontakte ausschließen.

Auch die im Gesetzentwurf vorgesehene 2G bzw. 3G Nachweispflicht würde letztlich nur die Besucher dieser Einrichtungen adressieren.

Das Votum für eine berufsbezogene Pflicht zur Schutzimpfung gegen das Coronavirus erging nach mehrstündiger, intensiver Diskussion der Delegierten unserer Hauptversammlung.

Auch der Deutsche Ethikrat hat sich am 11.11.2021 mit großer Mehrheit für die rasche Prüfung einer berufsbezogenen Impfpflicht in Bereichen, in denen besonders vulnerable Menschen versorgt werden, plädiert.

Unabhängig von einer berufsbezogenen Impfpflicht müssen aus Sicht des Marburger Bundes alle Möglichkeiten der Aufklärung, positiver Motivation und einfacher Zugänglichkeit zu Impfungen ausgeschöpft werden, um eine allgemeine Impfpflicht der Bevölkerung als mögliche, aber angesichts des erheblichen Grundrechtseingriffs immer nur nachrangige Maßnahme zu verhindern.

Möglichkeit der Kontaktbeschränkung

Die Möglichkeit, Kontaktbeschränkungen im privaten und im öffentlichen Raum anordnen zu können, sollte in den Maßnahmenkatalog ergänzend aufgenommen werden. In einer Phase exponentiellen Wachstums der Infizierten und bei Vollausslastung der Krankenhäuser sollten Kontaktbeschränkungen oder ein Teil-Lockdown als rasch greifende Maßnahme rechtlich möglich sein.

Hauptausschuss
- Sekretariat -

Anlage 3

Deutscher Bundestag
Hauptausschuss

0005 zu 2. Ergänzung

20. Wahlperiode

2. Ergänzung
der Zusammenstellung
der schriftlichen Stellungnahmen,
die dem Hauptausschuss zu seiner öffentlichen Anhörung
am 15. November 2021

zum

- Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des Infektionsschutzgesetzes und weiterer Gesetze anlässlich der Aufhebung der Feststellung der epidemischen Lage von nationaler Tragweite (BT-Drs. 20/15)
 - Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung des Schutzes vor Impfpassfälschungen (BT-Drs. 20/27)
- zugeleitet wurden.

- Deutscher Olympischer Sportbund (DOSB)

Stellungnahme des Deutschen Olympischen Sportbundes (DOSB)

zur Öffentlichen Anhörung des Hauptausschusses

zum Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des Infektionsschutzgesetzes und weiterer Gesetze anlässlich der Aufhebung der Feststellung der epidemischen Lage von nationaler Tragweite (BT-Dr. 20/15)

am 15. November 2021

Der gemeinwohlorientierte Sport unter dem Dach des DOSB ist die größte zivilgesellschaftliche Bewegung in Deutschland und Europa. Er schafft ein strukturiertes, an die gesamte Bevölkerung gerichtetes und für alle offenes Bewegungs- und Sportangebot, durch das wichtige soziale und gesundheitsfördernde Funktionen in der Gesellschaft erfüllt werden. Mit ihren Angeboten tragen die Vereine in hohem Maße zur Gesunderhaltung der Bevölkerung bei.

Trotz der wichtigen sozialen und gesundheitsfördernden Funktion des Sports war dieser in den vergangenen 20 Monaten der Pandemie schon mehrfach massiven Einschränkungen bis hin zum vollständigen Stillstand des Sportbetriebs ausgesetzt. Kaum ein Lebensbereich musste 2021 so lange auf die Erlaubnis zur Wiederaufnahme seines Angebots warten wie der organisierte Sport.

Eine erneute Einstellung des Angebotes von Sportvereinen käme einer Schwächung der gerade jetzt so wichtigen bewegungsfördernden und gemeinschaftsstiftenden Funktion des Sports gleich. Allein 2020 haben die Sportvereine knapp 800.000 Mitglieder verloren. In den wenigen Monaten, seitdem Sport im Verein überhaupt wieder möglich ist, haben sich die Millionen ehrenamtlichen Mitarbeiter*innen mit Herzblut engagiert, damit Deutschland wieder in Bewegung kommt. Sie haben den treuen Mitgliedern attraktive Sportangebote gemacht, Kinder und Jugendliche zu Bewegung motiviert und mithilfe der COMEBACK-Kampagne, der MOVE-Kampagne der dsj und vielen Landesinitiativen neue Mitglieder gewonnen.

Der Sport hat auch Verantwortung gezeigt: Mit einer Impfkampagne hat er die Vorbildfunktion von Spitzenathlet*innen in den Dienst der Gesellschaft für eine hohe Impfquote gestellt. Vereine und Verbände haben darüber hinaus eigene Impfangebote an ihren Sportstätten geschaffen und ihre Mitglieder zur Impfung aufgerufen.

Erneute pauschale Einschränkungen wären dementsprechend für die Strukturen des organisierten Sports existenzbedrohend, da weitere Mitglieder die Vereine verlassen würden, die Ehrenamtlichen erneut die Motivation für ihre Tätigkeit verlieren und unzähligen Trainer*innen die Existenz genommen wird.

Sowohl beim vorliegenden Gesetzentwurf als auch bei der Umsetzung in den Bundesländern müssen aus Sicht des DOSB und seiner 27 Millionen Mitglieder in den 90.000 Sportvereinen folgende Bedingungen gewährleistet sein:

Sport-Garantie für Geimpfte und Genesene

Für Geimpfte und Genesene ist sowohl das Risiko einer Infektion als auch eines schweren Krankheitsverlaufs nachweislich gering. Der Sport engagiert sich deshalb weiter für eine hohe Impfquote und wird dies auch aktiv fortsetzen. Trotz der schwierigen Infektionslage darf es für Geimpfte und Genesene keinerlei Einschränkungen bei der Sportausübung geben.

Outdoor-Sport-Garantie für alle

Das Infektionsrisiko im Außenbereich ist nachweislich geringer. In Verbindung mit der nach wie vor steigenden Impfquote sind Einschränkungen von Sport im Außenbereich unverhältnismäßig. Mehr als eine 3G-Regel darf für den Sport im Außenbereich nicht gelten. Für die Umsetzung ist es erforderlich, dass kostenlose Bürger-Schnelltests angeboten werden.

Privilegierung des Kinder- und Jugendsports

Die Bewegungsdefizite bei Kindern und Jugendlichen haben in den Pandemie Jahren massiv zugenommen. Impfungen sind bei den Kindern nur eingeschränkt möglich oder von der Entscheidung der Eltern abhängig. Daher müssen getestete Kinder und Jugendliche den Geimpften und Genesenen gleichgestellt werden. Schultestungen müssen dabei für den Vereinssport anerkannt werden.

Flickenteppich verhindern

Derzeit unterscheiden sich die Regeln für den Sport zwischen den Bundesländern massiv und je nach regionalem Infektionsgeschehen sogar von Landkreis zu Landkreis oder sogar von Kommune zu Kommune. Damit der Saison- und Wettkampfbetrieb im Winter nicht eingestellt wird, müssen die Regelungen für den Sport soweit wie möglich harmonisiert werden.

Auswirkungen und Bewertung des vorliegenden Gesetzentwurfes zur Änderung des Infektionsschutzgesetzes und weiterer Gesetze anlässlich der Aufhebung der Feststellung der epidemischen Lage von nationaler Tragweite (BT-Dr. 20/15) aus Sicht des organisierten Sports

Mit dem vorliegenden Gesetzentwurf soll ermöglicht werden, auch ohne die Feststellung der epidemischen Lage nationaler Tragweite den Bundesländern zu ermöglichen, Maßnahmen zum Infektionsschutz zu treffen. Der bisher umfassende Maßnahmenkatalog in §28a Absatz 1 IfSG findet daher keine Anwendung mehr. Stattdessen findet ein neuer Maßnahmenkatalog in §28a Absatz 7 Anwendung.

Der organisierte Sport begrüßt die Abwendung vom umfassenden Maßnahmenkatalog in §28a Absatz 1 IfSG, der in den vergangenen Monaten mehrfach die komplette Einstellung des Sports im Verein überhaupt erst ermöglicht hat. Mit dem neuen Maßnahmenpaket sind solch drastische Eingriffe in Zukunft nicht mehr möglich. Weiterhin mögliche Maßnahmen wie Abstandsgebote (Nummer 1), die Verpflichtung zum Tragen einer Mund-Nasen-Bedeckung (Nummer 2) sowie die Verpflichtung zur Vorlage von Impf-, Genesenen- oder Testnachweisen (Nummer 3) sowie die Verpflichtung zur Erstellung von Hygienekonzepten (Nummer 4) sind aus Sicht des organisierten Sports grundsätzlich verhältnismäßig und notwendig.

Allerdings gilt es sicherzustellen, dass eine missbräuchliche Anwendung der Maßnahmen durch die Länder mit dem reinen Ziel einer de facto Verhinderung von Sport im Verein verhindert wird. Sowohl die in Nummer 3 mögliche Beschränkungen des Zugangs sowie die in Nummer 4 genannte Möglichkeit zur Vorgabe von Personenobergrenzen darf am Ende nicht dazu führen, dass der Sport in der Gemeinschaft nicht mehr möglich ist. Zugangsbeschränkungen abhängig vom Immunitäts- oder Teststatus sorgen ja genau für jene Sicherheit, die eine Personenbegrenzung nicht nötig macht. Deshalb unterstützt der organisierte Sport die Möglichkeit, den Sport im Innenbereich vom Geimpft- oder Genesenenstatus sowie im Außenbereich alternativ vom Teststatus abhängig zu machen nur unter der Bedingung, dass mit diesen Zugangsbeschränkungen etwaige Personenbegrenzungen für den Sport ausgeschlossen werden.

Zudem gilt es, im Gesetzentwurf hinsichtlich des Immunitätsstatus (Nummer 3) die Situation von Kindern und Jugendlichen zu berücksichtigen. Da nicht für alle Altersgruppen die Impfung empfohlen ist oder Kinder und Jugendliche diese Entscheidung nicht selbst treffen dürfen, müssen getestete Kinder und Jugendliche den Geimpften und Genesenen grundsätzlich gleichgestellt werden. Dabei gilt es sicherzustellen, dass Testungen in der Schule, am Ausbildungs- oder Arbeitsplatz für den Vereinssport anerkannt werden.