

Hauptausschuss

- Sekretariat -

**Zusammenstellung
der schriftlichen Stellungnahmen,
die dem Hauptausschuss zu seiner öffentlichen Anhörung
am 8. Dezember 2021**

zum

Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Impfprävention gegen COVID-19 und
zur Änderung weiterer Vorschriften im Zusammenhang mit der
COVID-19-Pandemie

(BT-Drucksache 20/188)

zugeleitet wurden.

- ABDA – Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände e. V.
- Bundesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe von Menschen mit Behinderung, chronischer Erkrankung und ihren Angehörigen e. V. (BAG Selbsthilfe)
- Bundesärztekammer (BÄK)
- Bundestierärztekammer e. V. (BTK)
- Bundesverband der Ärztinnen und Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes e. V. (BVÖGD)
- Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte e. V. (BVKJ)
- Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e.V. (bpa)
- Bundesvereinigung Lebenshilfe e. V.
- Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V. (DKG)
- Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe e. V. (DBfK)
- Deutscher Caritasverband e. V.
- Deutscher Gewerkschaftsbund (DGB)
- Deutscher Hausärzteverband e. V.
- Deutscher Kulturrat e. V.
- Deutscher Landkreistag (DLT)
- Deutscher Pflegerat e. V.
- Deutscher Städtetag
- Gesellschaft für Virologie e. V. (GfV)
- Spaltenverband Bund der Krankenkassen (GKV-Spitzenverband)
- Sozialverband Deutschland e. V. (SoVD)
- Sozialverband VdK Deutschland e. V.
- ver.di – Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft
- Verband der privaten Krankenversicherung e. V. (PKV)
- Verband Deutscher Betriebs- und Werksärzte e. V. (VDBW)

- Prof. Dr. Anika Klafki (Juniorprofessur für Öffentliches Recht, Friedrich-Schiller-Universität Jena)
- Dr. Andrea Kießling (Lehrstuhl für Öffentliches Recht, Sozial- und Gesundheitsrecht und Rechtsphilosophie, Ruhr-Universität Bochum)
- Dr. Robert Seegmüller (Vorsitzender des Bundes Deutscher Verwaltungsrichter und Verwaltungsrichterinnen)
- Dr. habil. Ulrich Vosgerau

STELLUNGNAHME

der

ABDA – Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände e. V.

zum

**Gesetz zur Stärkung der Impfprävention gegen COVID-19 und zur Änderung weiterer
Vorschriften im Zusammenhang mit der COVID-19-Pandemie**

(BT-Drucksache 20/188)

vom 8. Dezember 2021

I. Vorbemerkung

Mit dem Gesetzentwurf werden die gesetzlichen Maßnahmen zur Bewältigung der COVID-19-bedingten Herausforderungen weiterentwickelt und ergänzt. Durch § 20b IfSG (neu) sollen mit Blick auf die beschleunigte Organisation und Durchführung der Impfungen zusätzlich auch Apothekerinnen und Apotheker, Zahnärztinnen und Zahnärzte sowie Tierärztinnen und Tierärzte befristet Schutzimpfungen gegen das Coronavirus SARS-CoV-2 durchführen dürfen.

Die Apothekerinnen und Apotheker sind bereit, ihren Beitrag zu diesem gesetzgeberischen Vorhaben zu leisten. Die ABDA unterstützt das Anliegen ausdrücklich. In dieser Stellungnahme konzentrieren wir uns daher auf diejenigen Punkte, die aus unserer Sicht überarbeitungsbedürftig sind.

II. Änderungen des Infektionsschutzgesetzes

1. Zu Artikel 1 Nummer 4; § 20b Absatz 2 Nummer 3 IfSG (neu) (Notfallmaßnahmen)

Aufgrund der Erfahrungen mit den Schulungen für Grippeschutzimpfungen durch Apothekerinnen und Apotheker im Rahmen der Modellvorhaben nach § 132j SGB V und der Rückmeldungen der ärztlichen Referentinnen und Referenten können die Kenntnisse über Notfallmaßnahmen bei eventuellen akuten Impfreaktionen sowie Fähigkeiten und Fertigkeiten zu deren Durchführung auch von Rettungssanitäterinnen und Rettungssanitätern bzw. Personen mit Qualifikation zur Durchführung der Ersthelferschulung nach den Vorschriften der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung vermittelt werden.

Die Schulungen von Apothekerinnen und Apothekern für die Grippeschutzimpfungen im Rahmen der Modellvorhaben nach § 132j SGB V haben im Übrigen gezeigt, dass es schwierig ist, ausreichend ärztliche Referentinnen oder Referenten zu gewinnen. Dieser Umstand könnte dem gesetzgeberischen Wunsch nach einer zügigen Umsetzung des § 20b IfSG (neu) entgegenstehen.

Wir schlagen deshalb vor, nach § 20b Absatz 2 Satz 2 einen Satz 3 (neu) einzufügen:

„Die Vermittlung der Kenntnisse, Fähigkeiten und Fertigkeiten nach Nr. 3 kann auch durch Rettungssanitäterinnen und Rettungssanitäter oder Personen mit der Qualifikation zur Ausbildung von Ersthelferinnen und Ersthelfern nach den Vorschriften der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung erfolgen.“

Der bisherige Satz 3 wird zu Satz 4.

2. Zu Artikel 1 Nummer 4; § 20b Absatz 3 (Entwicklung eines Mustercurriculums in Zusammenarbeit mit der Bundesärztekammer)

Nach § 20b Absatz 3 Nummer 1 IfSG soll die Bundesapothekerkammer bis zum 31. Dezember 2021 in Zusammenarbeit mit der Bundesärztekammer ein Mustercurriculum für die ärztliche Schulung der Apothekerinnen und Apotheker entwickeln. Die Bundesapothekerkammer ist selbstverständlich gerne bereit, ein entsprechendes Mustercurriculum zu entwickeln.

Die Bundesapothekerkammer hat aufgrund der Entwicklung des Curriculums für die Schulungen gemäß § 132j SGB V – Modellvorhaben Grippeschutzimpfungen durch Apothekerinnen und Apotheker – einschlägige Erfahrungen, die sie bei der Entwicklung des vorgesehenen Mustercurriculums nutzen wird. Da der Gesetzgeber mit § 20b Absatz 3 Nummer 1 IfSG ausdrücklich der Bundesapothekerkammer die Aufgabe zuweist, das Mustercurriculum zu entwickeln, ist auch die bundesweite Anwendung gewährleistet – ohne dass es einer Zusammenarbeit mit der Bundesärztekammer bedürfte.

Der vorgesehene Zeitrahmen für die Erarbeitung des Mustercurriculums in Zusammenarbeit mit der Bundesärztekammer, d. h. bis 31. Dezember 2021, wird u. E. auch der gesetzgeberischen Intention nicht gerecht, möglichst zügig mit den Schulungen zu beginnen.

Wir regen dringend an, in § 20b Abs. 3 IfSG die Worte „in Zusammenarbeit mit der Bundesärztekammer“ zu streichen.

3. Zu Artikel 1 Nummer 4; § 20b IfSG (*Durchführung von Schutzimpfungen in Apotheken*)

Apothekerinnen und Apotheker können unter den Voraussetzungen des § 20b Absatz 1 IfSG zukünftig Schutzimpfungen gegen das Corona-Virus durchführen.

In der Begründung zu § 20b Absatz 1 IfSG findet sich der Hinweis, dass Schutzimpfungen nur durchgeführt werden dürfen, sofern das Berufsrecht dem nicht entgegensteht. Die Einschränkung, die möglicherweise der Begründung zu § 132j Absatz 4 Nummer 1 SGB V entnommen wurde, wird vom Wortlaut des § 20b IfSG nicht getragen und wäre auch nicht zielführend. Die Berufsordnung der Landesapothekerkammer Thüringen sieht – anders als in den übrigen Ländern - gegenwärtig keine Ausnahme vom grundsätzlichen Verbot der Ausübung der Heilkunde vor. In Thüringen wäre dann eine Einbindung der Apotheken in die Impfkampagne nicht möglich, wenn man der Begründung des Gesetzes folgen wollte.

Nach dem jetzt vorgesehenen Wortlaut des § 20b IfSG wäre jedenfalls angesichts Artikel 31 des Grundgesetzes („Bundesrecht bricht Landesrecht“) bundesweit eine Impfung in Apotheken möglich. Wir regen zur Vermeidung unnötiger Irritationen an, die missverständliche Begründung des Fraktionsentwurfs im Ausschussbericht klarzustellen.

III. Weitergehende Änderungen

Zu Artikel 1 Nummer 4; § 20b Absatz 1 Nummer 2 (Geeignete Räumlichkeiten)

Apothekerinnen und Apotheker können unter den Voraussetzungen des § 20b Absatz 1 IfSG zukünftig Schutzimpfungen gegen das Corona-Virus SARS-CoV-2 durchführen, sofern ihnen eine geeignete Räumlichkeit mit der dafür erforderlichen Ausstattung zur Verfügung steht oder er/sie in andere geeignete Strukturen, insbesondere ein mobiles Impfzentrum, eingebunden ist.

Um den Apotheken auch die Nutzung externer Räumlichkeiten in der Nähe der Betriebsräume zu ermöglichen, ohne dass eine organisatorische Einbindung in andere Strukturen erforderlich ist, regen wir an, für den Geltungszeitraum des § 20b IfSG eine Ausnahme vom Grundsatz der Einheit der Betriebsräume in § 4 Absatz 1 Satz 2 Nummer 5 Apothekenbetriebsordnung (ApBetrO) für die Räumlichkeiten zu verkern, die für die Durchführung von Corona-Impfungen genutzt werden.

Wir schlagen dazu vor, in einem neuen Artikel die Aufzählung in § 4 Absatz 4 Satz 1 Apothekenbetriebsordnung wie folgt zu ergänzen:

„5. Räumlichkeiten, die für die Durchführung von Schutzimpfungen gegen das Coronavirus SARS-CoV-2 gemäß § 20b IfSG genutzt werden.“



Bundesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe von Menschen mit Behinderung und chronischer Erkrankung und ihren Angehörigen e.V.
BAG SELBTHILFE
Kirchfeldstr. 149
40215 Düsseldorf
Tel. 0211/31006-0
Fax. 0211/31006-48

Stellungnahme der

**Bundesarbeitsgemeinschaft SELBTHILFE
von Menschen mit Behinderung,
chronischer Erkrankung und ihren Angehörigen e.V.
(BAG SELBTHILFE)**

zum Entwurf eines

**Gesetzes zur Stärkung der Impfprävention
gegen COVID-19 und zur Änderung weiterer Vor-
schriften im Zusammenhang mit der Covid-19- Pan-
demie**

- Anhörung im Hauptausschuss des Deutschen
Bundestages am 8. Dezember 2021 -**

Als Dachverband von 117 Bundesverbänden der Selbsthilfe chronisch kranker und behinderter Menschen und deren Angehörigen sowie von 13 Landesarbeitsgemeinschaften begrüßt die BAG SELBSTHILFE die Einführung einer einrichtungs- und berufsbezogenen Impfpflicht zum Schutz von vulnerablen Personengruppen nachdrücklich, auch wenn sie es natürlich gleichzeitig auch bedauert, dass die eine solche Verpflichtung - wegen der zu geringen Impfquote - überhaupt notwendig geworden ist.

Für wichtig und begrüßenswert hält die BAG SELBSTHILFE ferner die vorgesehene **Einbeziehung weiterer Berufsgruppen wie Zahn-, Tierärzte und Apotheker**, um die Impf- und Boosterkampagne beschleunigt und niedrigschwellig voranzutreiben. Nach wie vor erhalten zu viele Menschen Termine für ihre Drittimpfung erst für den Februar oder März, trotzdem hinreichend Impfstoff vorhanden ist. Sollten weitere Impfstoffanpassungen wegen Omikron notwendig sein, ist es wichtig, die dann nochmals notwendige Impfkampagne auf viele Schultern zu verteilen; hier sollte auch über die Einbeziehung von Pflegefachkräften nachgedacht werden, da dies eine große Hilfestellung für Pflegebedürftige darstellen würde, die in der eigenen Häuslichkeit gepflegt werden. Darüber hinaus sollte aber auch die Schließung der nach wie vor viel zu großen Impflücke der Nichtgeimpften hohe Priorität haben, da nur so die andauernde Überlastung der Krankenhäuser vermieden werden kann.

Auch die **Klarstellungen im § 28a Infektionsschutzgesetz** werden im Grundsatz positiv gesehen, soweit sie den Ländern zusätzliche Möglichkeiten für Maßnahmen zur Pandemiebekämpfung eröffnen; in Anbetracht des derzeit kaum einschätzbareren Verlaufs der Pandemie durch das Auftreten weiterer Virus-Varianten sollte jedoch aus der Sicht der BAG SELBSTHILFE der weitgehende Ausschluss von bestimmten **Maßnahmen für die Länder überdacht werden**, die diese noch nicht vor dem 25. November eingeplant hatten.

Über die im Entwurf hinaus vorgesehenen Maßnahmen bittet die BAG SELBSTHILFE um **Verlängerung der Erhöhung der Pflegehilfsmittelpauschale**, da diese zum 31.12.2021 ausläuft. Nach wie vor haben die Betroffenen und ihre pflegenden Angehörigen - pandemiebedingt - deutlich höhere Kosten zu tragen, um sich selbst oder ihre Angehörigen zu schützen, etwa durch den Einkauf von FFP2 Masken, de-

ren Wirksamkeit zum Schutz vulnerabler Personen vor Übertragung jüngst klar belegt wurde.

Zu den Vorschriften nimmt die BAG SELBSTHILFE im Einzelnen Stellung:

1. Schaffung einer einrichtungsbezogenen Impfpflicht (§ 20a InfSchG)

Die Schaffung einer einrichtungsbezogenen Impfpflicht wird von der BAG SELBSTHILFE aus mehreren Gründen befürwortet:

Viele **Menschen mit chronischen Erkrankungen und Behinderungen können sich leider auch mit einer vollständigen Impfung nicht sicher vor einer schweren Erkrankung schützen**, da sie nicht in hinreichendem Maße Antikörper entwickeln bzw. das Immunsystem insgesamt keine adäquate Abwehr- etwa wegen immunsupprimierender Medikamente - aufbaut. Wenn Intensivmediziner zur Erklärung der Tatsache, dass auch Geimpfte auf der Intensivstation liegen, darauf verweisen, dass dies fast ausschließlich Menschen mit Immunsuppression und Ältere mit einem schwächeren Immunsystem betrifft, so illustriert dies, wie schwierig die Lage von diesen Personengruppen seit Beginn der Pandemie ist und wie gefährdet diese sind, trotz Impfung einen schweren oder sogar tödlichen Verlauf zu haben. Insoweit sind Menschen mit chronischen Erkrankungen und Behinderungen grundlegend auf die Solidarität und Impfungen der anderen angewiesen, die ihr eigenes Risiko zwar nicht völlig ausschließen, aber doch enorm vermindern; dies gilt ganz besonders für Impfung von Menschen, mit denen sie notwendige Kontakte haben, denen sie nicht ausweichen können, wie etwa in Einrichtungen.

Hinzu kommt, dass hinsichtlich der neuen Variante **Omicron** zwar noch viele Unklarheiten, etwa bzgl. der Krankheitsschwere, bestehen. Viele Wissenschaftler scheinen aber aufgrund der Ergebnisse der Sequenzierung und ersten Studien aus Süd-Afrika davon auszugehen, dass die Variante einen **erheblichen immune escape** zur Folge haben wird, der dann wiederum wahrscheinlich für Ältere, Menschen mit chronischen Erkrankungen und Behinderungen und möglicherweise auch für noch nicht impfbare oder nicht geimpfte Kinder zur Gefahr wird und bei Ihnen schwere Verläufe verursachen kann. Auch vor diesem Hintergrund ist es gut, dass die Imp-

funzen durch die vorgesehene Impfpflicht und die Erweiterung der zur Impfung Berechtigten schleunigst vorangetrieben werden.

Dabei ist es für die Betroffenen unerheblich, ob der Überträger des Virus Arzt, Heilerziehungspfleger, Pflegefachkraft ist oder zum Reinigungspersonal gehört. Insgesamt dürfte das Risiko von Betroffenen, die in einer Einrichtung leben bzw. dort vorübergehend ihren Aufenthalt haben (Krankenhäuser), wegen der ständigen und wiederkehrenden Kontakte besonders hoch sein. Vor diesem Hintergrund wird es grundsätzlich befürwortet, dass die **Impfpflicht einrichtungsbezogen** ausgestaltet ist. Die BAG SELBSTHILFE hält es jedoch auch für sinnvoll, dass die Impfpflicht nicht nur einrichtungs-, sondern auch **berufsbezogen** im Gesetzentwurf geregelt ist. So hat der Deutsche Ethikrat gefordert, dass auch Personen einer Impfpflicht unterzogen werden sollten, die in **Kontakt mit vulnerablen Personengruppen** stehen, also auch weitere ambulant tätige Personen im Gesundheitssystem wie etwa Vertragsärzte. Die -gegenüber dem Vorentwurf vorgenommene - Erweiterung des Personenkreises wird von daher begrüßt.

Zudem sollten die **Impfpflichten perspektivisch möglichst zeitnah auf weitere sog. Multiplikatoren** ausgedehnt werden, also Personen, die besonders viele Kontakte haben und denen vulnerable Personengruppen nicht immer ausweichen können. Dies können etwa **Betreuer*innen in Kindertagesstätten und Lehrer*innen** sein, aber auch **Polizeibeamt*innen**. Gerade bei Letzteren ist zu bedenken, dass es wegen der anhaltenden Drohungen und Angriffe auf Ärzte und Impfzentren besonders darauf ankommt, dass diese zum Schutz einsatzbereit bleiben. Gleichzeitig sind sie in besonderem Maße wegen des Einsatzes bei sog. Coronademonstrationen gefährdet, sich bei diesen Personengruppen anzustecken und/oder den Virus weiterzutragen. Auch die Durchführung von Kontrollen kann schwieriger werden; insoweit fordert auch die Gewerkschaft der Polizei in Berlin eine Impfpflicht für die im Außendienst tätigen Polizeibeamten.

Schließlich hält die BAG SELBSTHILFE die vorgesehene Impfpflicht auch aus einem weiteren Grund für notwendig: Denn in manchen Bundesländern sind Kliniken bereits so überlastet, dass **planbare Operationen** abgesagt werden müssen und Notfallpatient*innen Schwierigkeiten haben, überhaupt noch aufgenommen zu werden.

Gerade Menschen mit chronischen Erkrankungen und Behinderungen sind jedoch in besonderem Maße auf einen Zugang zum Gesundheitssystem angewiesen, da sich ihre Lage oft kurzfristig verschlechtern kann und verschobene Operationen, etwa bei einer Krebserkrankung, unmittelbar zu einem Fortschreiten ihrer Erkrankung beitragen können. Ärzt*innen und Pflegefachkräfte, die wegen einer fehlenden Impfung schwer an Covid-19 erkranken, verschärfen dabei durch ihren Ausfall die Situation auf den Intensiv- und Normalstationen noch zusätzlich. Auch aus diesem Grund wird die vorgesehene einrichtungsbezogene Impfpflicht befürwortet.

Soweit der Entwurf eine **Ausnahme von der Impfpflicht** bei Personen vorsieht, die sich **aus medizinischen Gründen nicht impfen lassen können**, so ist dies aus der Sicht der BAG SELBSTHILFE grundsätzlich zu befürworten. Es wäre insoweit auch eine **Kostenübernahme für die entsprechenden Atteste** sicherzustellen. Allerdings gibt es leider **Einzelberichte von Verbänden, wonach manche Ärzte von einer Impfung aufgrund einer chronischen Erkrankung abraten**, bei der eine Impfung zum Schutz der Personen sehr wichtig wäre- oft aus medizinischen Gründen, die nach der Studienlage nicht nachvollziehbar sind. Das RKI¹ hat bereits auf seiner Seite über solche „**falschen Kontraindikationen**“ informiert, die offenbar immer wieder dazu führen, dass Betroffene fälschlicherweise nicht geimpft werden. Vor diesem Hintergrund wird angeregt zu prüfen, ob nicht für ein solches **Zertifikat eine amtsärztliche Ausstellung notwendig sein sollte oder zumindest eine Zweitmeinung von einem spezifischen Facharzt eingeholt werden sollte**; denn andernfalls besteht das Risiko, dass Menschen mit chronischen Erkrankungen oder Behinderungen aufgrund einer solchen falschen Beratung mit schweren Verläufen auf die Intensivstationen eingeliefert werden. Auch die **österreichische Ärztekammer** fordert inzwischen eine solches **amtsärztliche Nichtimpfbarkeitsbescheinigung**- auch zum Schutz der Ärzte². Hinzu kommt, dass nach den Erfahrungen mit

¹ RKI, FAQ Covid-19 und Impfen, Unterpunkt Allgemeines, Reiter Kontraindikationen:
<https://www.rki.de/SharedDocs/FAQ/COVID-Impfen/gesamt.html>

² Österreichische Ärztekammer, Pressemitteilung, zit. nach https://www.aerztekammer.at/presseinformation/_asset_publisher/presseinformation/content/pa-covid-impfbefreiungssatteste/261766?_com_liferay_asset_publisher_web_portlet_AssetPublisherPortlet_INSTANCE_presseinformation_assetEnt-ryId=1190959&_com_liferay_asset_publisher_web_portlet_AssetPublisherPortlet_INSTANCE_presseinformation_redirect=https%3A%2F%2Fwww.aerztekammer.at%2Fpresseinformation%3Fp_p_id%3Dcom_liferay_asset_publisher_web_portlet_AssetPublisherPortlet_INSTANCE_presseinformation%26p_p.lifecycle%3D0%26p_p.state%3Dnormal%26p_p.mode%3Dview%26_com_liferay_asset_publisher_web_portlet_AssetPublisherPortle

den Maskenattesten ein gewisses Missbrauchspotential von einfachen ärztlichen Bescheinigungen besteht mit der Folge, dass Personen ungeimpft bleiben, die eine Impfung nicht befürworten und nach Umgehungsmöglichkeiten der Regelung suchen.

Insgesamt befürwortet die BAG SELBSTHILFE die vorgesehene Regelung einer spezifischen Impfpflicht nachdrücklich, hält aber die Nachweispflicht erst **zum 15. März 2022 für zu spät**, um noch umfassenden Schutz für die Betroffenen in der Winterzeit zu bieten. Selbst wenn man von dem maximalen Zeitraum von zwei Monaten zur Erlangung des Impfschutzes ausgeht (teilweise erfolgen heutzutage die Zweitimpfungen durchaus nach einem kürzeren Zeitraum als 6 Wochen), wäre eine Immunisierung schneller als bis zum 15. März zu erlangen. Man könnte auch eine gestufte Verpflichtung gesetzlich verankern, wonach die Erstimpfung bis zum 31.12.2021 nachgewiesen werden muss und die Zweitimpfung bis zum 15.2.2022.

2. Einbeziehung weiterer Heilberufe in die Impfkampagne (§ 20b InfSchG)

Die **Einbeziehung von Apothekern, Zahnärzten und Tierärzten** in die Impfkampagne wird für sinnvoll gehalten, auch weil dies die Ärzte hoffentlich ein wenig entlastet und die Impfkampagne beschleunigen wird. In Einzelfällen hat die hohe Belastung der Ärzte dazu geführt, dass Patient*innen gar nicht mehr telefonisch wegen akuter Probleme oder zur Terminvereinbarung durchkamen, was insbesondere für Menschen mit chronischen Erkrankungen und Behinderungen eine zusätzliche Belastung darstellte; zudem ist es in Landesteilen, in denen keine Impfzentren mehr betrieben werden, nach wie vor schwierig, in naher Zukunft einen Impftermin für eine Auffrischungsimpfung zu erhalten. Vor diesem Hintergrund wird es seitens der BAG SELBSTHILFE sehr begrüßt, dass die Aufgabe der Impfungen auf mehreren Schultern verteilt wird und so die Impfkampagne hoffentlich niederschwellig beschleunigt werden wird.

Gleichwohl ist es neben der Förderung der Boosterkampagne nach wie vor von großer Bedeutung, die Impflücke der Nichtgeimpften zu schließen; hier zeigen sich zwar erste Erfolge der Einführung der 3G-Regelung am Arbeitsplatz. Gleichwohl werden dadurch nicht alle erreicht. Hier wäre eine niedrigschwelligere Aufklärungs- und Informationskampagne notwendig; denn es gibt bereits viele gute Informationen auf den Seiten des RKI, BMG, der BzGA und von vielen Wissenschaftlern auf Youtube. In Anbetracht von 7, 5 Mio funktionalen Analphabeten in Deutschland sollte jedoch überprüft werden, ob hier nicht über vereinfachte Darstellungen oder Videoformate bestimmte Zielgruppen besser erreicht werden können. Auch zu den Risiken und Nebenwirkungen von Impfungen bei chronischen Erkrankungen gibt es noch zu wenig gute und einfach zu findende Informationsangebote.

3. Klarstellungen und Verlängerungen der Übergangsregelungen für Maßnahmen der Länder (§ 28a InfSchG)

Die BAG SELBSTHILFE begrüßt es im Grundsatz zwar, dass Klarstellungen hinsichtlich der ausgeschlossenen Maßnahmen der Länder erfolgen und den Ländern so die Möglichkeit eröffnet ist, Orte mit hohem Ansteckungsrisiko wie Clubs und Bars zu schließen; auch die Verlängerung der Übergangsfrist wird für zielführend angesehen. Sie hat jedoch erhebliche Zweifel, ob die neu gefassten Ausschlüsse im Falle einer dramatischen Verschärfung der Lage - etwa durch die Variante Omikron - geeignet sind, ein schnelles Handeln in den Ländern mit zeitnahen Lockdowns sicherzustellen. Denn bei der Omikron Variante werden in Süd-Afrika gerade verstärkt Krankenhouseinweisungen bei kleineren Kindern mit gleichzeitig sehr hohen Verdopplungszahlen von 3-4 Tagen beobachtet. Insoweit könnten etwa schnelle generelle Kita- und Schulschließungen durch die Exekutive notwendig sein, die nach unserer Einschätzung auch mit den geänderten Regelungen nur in den Ländern möglich sein werden, in denen solche Maßnahmen vor dem 25. November bereits vorgesehen waren und in denen eine entsprechende Entscheidung des Landesparlamentes über das Vorliegen einer epidemischen Lage existiert- wie etwa in Sachsen. Vor diesem Hintergrund sollte aus der Sicht der BAG SELBSTHILFE geprüft werden, ob die geplanten Ausschlüsse von bestimmten Maßnahmen - wie etwa Schulschließungen - nicht in der gegenwärtigen dramatischen Lage auf den Intensivstationen und der weitgehenden Unkenntnis der spezifischen Eigenschaften von Omikron gestri-

chen und erst zu einem späteren Zeitpunkt nach genaueren Informationen über den weiteren Verlauf der Pandemie verabschiedet werden sollten. Denn auch ohne explizite Maßnahmenausschlüsse unterliegen alle grundrechtsbeschränkenden Maßnahmen der Länder immer dem Verhältnismäßigkeitsgrundsatz und sind der gerichtlichen Kontrolle im Lichte der Bundesverfassungsgerichtsentscheidung einzelfallspezifisch zugänglich.

Soweit eine weitere Veränderung des Entwurfs nicht vorgenommen wird, sollte das Ausbruchsgeschehen engmaschig beobachtet werden, um ggf. über einen Beschluss des Bundestages auf Bundesebene den Ländern schnell die Möglichkeit entsprechender Maßnahmen eröffnen zu können oder selbst entsprechende Maßnahmen anordnen zu können.

4. Verlängerung der Erhöhung der Pflegehilfsmittelpauschale von 40€ auf 60 €

Schließlich hat die BAG SELBSTHILFE im Zuge dieses Gesetzgebungsverfahrens die Bitte, **die Regelungen zur Erhöhung der Pflegehilfsmittelpauschale von 40€ auf 60 € zu verlängern**. Gerade vor dem Hintergrund des vermehrten Auftretens von hochansteckenden Virusvarianten ist es eminent wichtig, Risikopersonen wie insbesondere Pflegebedürftige umfassend zu schützen. Nach neuesten Studien helfen insbesondere FFP2 Masken wirksam, Ansteckungen zu vermeiden; diese FFP2 Masken sollen ja nun auch nach den Entwürfen des GKV-Spitzenverbandes in die Produktgruppe 54 des Hilfsmittelverzeichnisses aufgenommen werden. Gerade in Familien, in denen schulpflichtige Kinder und Pflegebedürftige von derselben Person versorgt werden, ist die Versorgung mit - guten - FFP2 Masken enorm wichtig, da die Ansteckungszahlen gerade bei Kindern sehr hoch sind und sie auch nicht impfbar sind. Darüber hinaus benötigen Betroffene aber auch noch andere Pflegehilfsmittel, die ja früher - in Vorpandemiezeiten - durch die Pauschale von 40 € abgedeckt waren. Insoweit ist der Bedarf der Familien durch die Pandemie nach wie vor deutlich höher; dem sollte durch eine Verlängerung der Regelung zur erhöhten Pauschale Rechnung getragen werden.



Stellungnahme der Bundesärztekammer

zum Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Impfprävention gegen COVID-19 und zur Änderung weiterer Vorschriften im Zusammenhang mit der COVID-19-Pandemie der Fraktionen SPD, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und FDP
(BT-Drucksache 20/188)

Berlin, 08.12.2021

Korrespondenzadresse:

Bundesärztekammer
Herbert-Lewin-Platz 1
10623 Berlin

Grundlegende Bewertung des Gesetzentwurfs

Aus Sicht der Bundesärztekammer ist es vor dem Hintergrund der Entwicklung der pandemischen Situation sinnvoll und richtig, eine Covid-19-Impfnachweispflicht für Beschäftigte in Alten-, Pflege- und Behinderteneinrichtungen, Krankenhäusern, Reha-Einrichtungen und allen weiteren im vorliegenden Gesetzentwurf genannten Einrichtungen einzuführen. Dem Personal in den pflegerischen und medizinischen Gesundheitsberufen und den Fachkräften, die Pflegebedürftige und Menschen mit Behinderungen betreuen, kommt eine besondere Verantwortung bezüglich des Schutzes vor der hochansteckenden Infektionskrankheit Covid-19 der ihnen anvertrauten Personen zu. Die geplanten gesetzlichen Bestimmungen eines Immunitätsnachweises gegen Covid-19 (§ 20a IfSG-E) werden von der Bundesärztekammer unterstützt, da in den Alten-, Pflege-, Behinderteneinrichtungen unter den Beschäftigten bisher zu geringe Impfquoten erzielt wurden.

Sehr kritisch – auch in Bezug auf Aspekte der Patientensicherheit – sieht die Bundesärztekammer hingegen die geplanten Neuregelungen bei der Durchführung von Schutzimpfungen gegen das Coronavirus (§ 20b IfSG-E). Die Durchführung von Impfungen ist eine originäre Aufgabe der Humanmedizin. Die Hinzuziehung weiterer Berufsgruppen (hier: Apotheker, Tierärzte, Zahnärzte) bei der Durchführung der Schutzimpfungen wird aktuell nur an jenen Orten mit tatsächlichen personellen Engpässen bei der Durchführung von Impfungen als notwendig erachtet. Für einen zeitlich befristeten Rahmen wäre es aus Sicht der Bundesärztekammer denkbar, dass Ärztinnen und Ärzte durch die im Gesetzentwurf genannten anderen Berufsgruppen bei der Durchführung der Impfungen im Rahmen der ärztlichen Delegation in den Impfzentren oder in den mobilen Impfteams unterstützt werden.

Aus Sicht der Bundesärztekammer ist der aktuelle „Impfstau“ – sehr viele Menschen sind an einer Erst-, Zweit- oder Auffrischimpfung interessiert – jedoch vornehmlich auf logistische Probleme, insbesondere auf Lieferengpässe bzw. der unzureichenden zur Verfügungstellung bestellter Covid-19-Impfstoffdosen sowie das verfrühte Schließen von Impfzentren zurückzuführen. Aus diesen Gründen hat die Lieferung der Bestellmengen an Covid-19-Impfstoffdosen an alle Praxen und bereits impfende Stellen höchste Priorität. Nur so können die bereits vereinbarten Impftermine mit den Patientinnen und Patienten eingehalten werden.

Die mit den Änderungen des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (§§ 21, 23, 25 KHG-E) vorgesehenen Ausgleichzahlungen zur Entschädigung für die geforderte Freihaltung von Betten sind aus Sicht der Bundesärztekammer ein Schritt in die richtige Richtung. Der Anspruchszeitraum sollte gemäß § 23 Abs. 4 allerdings auf das erste Quartal 2022 ausgeweitet werden. Die Aussetzung bzw. die Reduktion der Prüfverfahren stellen eine vorübergehende Entlastung dar.

2. Stellungnahme im Einzelnen

Artikel 1

Änderung des Infektionsschutzgesetzes (IfSG)

§ 20b IfSG-E (Durchführung von Schutzimpfungen gegen das Coronavirus SARS-CoV-2)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Nach § 20 b IfSG-E sollen künftig für einen nicht näher definierten, jedoch zeitlich befristeten Zeitraum auch Apotheker, Zahnärzte und Tierärzte nach einer ärztlichen Schulung Personen ab dem 12. Lebensjahr gegen Covid-19 impfen dürfen, wenn eine geeignete Räumlichkeit nebst Ausstattung, die für die Durchführung von Impfungen erforderlich ist, vorhanden ist. Zudem sollen die oben benannten Berufsgruppen für die Durchführung von Impfungen auch in mobile Impfteams eingebunden werden können.

B) Stellungnahme der Bundesärztekammer

Die vorgesehene Neuregelung in § 20b IfSG-E wird von der Bundesärztekammer aus folgenden Gründen – insbesondere aus Gründen der Patientensicherheit – äußerst kritisch bewertet und in der vorliegenden Form abgelehnt:

Das Impfen darf aus Gründen des Patientenschutzes nur unter ärztlicher Aufsicht erfolgen. Impfen ist eine (präventiv)medizinische Maßnahme. Bei seltenen, aber durchaus schwerwiegenden Impfkomplikationen – etwa einer allergischen Reaktion – müssen ärztliche Notfallmaßnahmen eingeleitet werden. Aus Sicht der Bundesärztekammer genügt es daher nicht, eine ärztliche Schulung durchzuführen, um weitere Personengruppen (hier: Apotheker, Zahnärzte, Tierärzte) zum eigenverantwortlichen Impfen zu befähigen und zudem mit den erforderlichen Notfallmaßnahmen so vertraut zu machen, dass Gefahren für die Patientensicherheit effizient abgewendet werden können. Bei der parenteralen Applikation von Arzneimitteln können schwerwiegende Nebenwirkungen auftreten, die eine ärztliche Sofortmaßnahme, z. B. Reanimation bzw. eine erneute Vorstellung bei einem Arzt, erforderlich machen. Zusätzlich gibt die Bundesärztekammer zu bedenken, dass es sich bei den Covid-19-Impfstoffen um grundsätzlich neue Impfstoffe handelt und regelmäßig mit Impfreaktionen gerechnet werden muss.

Das Nebenwirkungsspektrum nach Impfstoffgabe umfasst Lokal- und Allgemeinreaktionen wie Rötung, Erwärmung, Schwellung oder Schmerhaftigkeit an der Injektionsstelle, Fieber, Kopf- und Gliederschmerzen, Unwohlsein, Übelkeit und Unruhe. Diese Reaktionen sind i. d. R. kurzzeitig andauernd und reversibel. Darauf hinaus können nach einer Impfung auch schwerwiegende Nebenwirkungen wie akute allergische Reaktionen auftreten, die innerhalb von Sekunden bis ca. 60 Minuten nach Impfung zu den Symptomen Blutdruckabfall, Übelkeit, Darmspasmen, Lidschwellungen, Spasmen der Atemwege bis hin zum anaphylaktischen Schock führen können.

Auch gehören neben der eigentlichen Injektion des Impfstoffes die Impfaufklärung und Impfanamnese sowie die Abklärung möglicher akuter Erkrankungen zu einer Impfung. Dies sind komplexe Aufgaben, die bei der Impfung mit den neuen mRNA- Impfstoffen nicht im Rahmen einer einmaligen Schulung erlernt werden können, sondern die ärztliche Aus- und Weiterbildung voraussetzen. Zumal in Deutschland schon ein umfassender Zugang von Patientinnen und Patienten zu Schutzimpfungen besteht, da bereits nach geltendem Recht (auch) privat niedergelassene Ärzte, aber auch Betriebsärzte und Ärzte im Öffentlichen Gesundheitsdienst zur Erhöhung der Durchimpfungsrate der Bevölkerung beitragen. Dabei ist auch zu berücksichtigen, dass Ärztinnen und Ärzte die Durchführung von

Schutzimpfungen im Rahmen der Delegation auch nach geltendem Recht an entsprechend qualifizierte nichtärztliche Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter übertragen können. Medizinische Fachangestellte werden in ihrer Ausbildung in besonderem Maße für die Mitwirkung bei Schutzimpfungen qualifiziert, sowohl beim Erlernen der Injektions- und Applikationstechniken, aber insbesondere auch im Umgang mit Patientinnen und Patienten in den Bereichen Kommunikation, Motivation und Gesprächsführung.

Nach Einschätzung der Bundesärztekammer handelt es sich weniger um ein ärztlich-personelles Problem, um die anstehenden Covid-19-Impfungen durchführen zu können, sondern vielmehr um ein logistisches Problem, das die Verfügbarkeit von Impfstoffen betrifft. Höchste Priorität hat deshalb die zeitgemäße Lieferung der bestellten Covid-19-Impfstoffdosen an alle Praxen und impfenden Stellen.

Sollte es tatsächlich zu akuten personellen Engpässen vor Ort (insbesondere in Impfzentren) kommen, die eine zeitnahe und zeitgleiche Impfung größerer, impfbereiter Bevölkerungssteile verhindert, wäre aus Sicht der BÄK ein Einbezug von Apothekern, Tierärzten und/oder Zahnärzten im Rahmen der ärztlichen Delegation in den Impfzentren und zur Unterstützung der mobilen Impfteams denkbar. Im Vorfeld einer solchen personellen Erwägung wäre eine groß angelegte Kampagne zur Rekrutierung von Medizinstudierenden und von Medizinischen Fachangestellten jedoch eher angezeigt. Allenfalls dann, wenn der zur Verfügung stehende Impfstoff auch auf diesem Wege nicht verimpft werden kann, hielte es die Bundesärztekammer für geboten, ausnahmsweise übergangsweise eine eigenverantwortliche Impfung durch Apotheker, Zahnärzte und Tierärzte zuzulassen. Die Feststellung, dass es einer entsprechenden Erweiterung des Impfangebots bedarf, sollten die zuständigen obersten Landesgesundheitsbehörden, d. h. grundsätzlich die zuständigen Landesgesundheitsministerien, treffen.

Die Bundesärztekammer gibt in diesem Zusammenhang ferner zu bedenken, dass bei einer Berechtigung der zuvor genannten Berufsgruppen zur (zeitlich befristeten) Durchführung von Covid-19-Impfungen notwendig ist, dass diese über einen dafür hinreichenden Haftpflichtversicherungsschutz verfügen. Zudem wären Mindestausstattungen bezüglich der Räumlichkeiten und der Ausstattung der Impfstelle klar zu bestimmen und möglicherweise durch die zuständigen Stellen, d. h. die jeweiligen Landeskammern oder die für die Apothekenaufsicht zuständigen Behörden, zu kontrollieren.

Eine Ausarbeitung entsprechender Curricula – wie derzeit im Gesetzentwurf vorgesehen – für die Berufsgruppe der Apotheker, Zahnärzte und Tierärzte kann nur in direkter Zusammenarbeit mit der Bundesärztekammer erfolgen.

Artikel 3

Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG)

§ 21 Abs. 1b KHG-E | § 21 Abs. 2b KHG-E | § 23 Abs. 4 KHG-E

A) Beabsichtigte Neuregelung

Erlösrückgänge, die Krankenhäusern im Zeitraum vom 15.11.2021 bis zum 31.12.2021 aufgrund der Aussetzung von planbaren Aufnahmen, Operationen oder Eingriffen zur Erhöhung der Behandlungskapazitäten für mit dem Coronavirus-SARS-CoV-2 infizierten Patienten entstanden sind, sollen durch Ausgleichszahlungen aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds ausgeglichen werden. Erlösanstiege in 2021 gegenüber 2019 aus Ausgleichszahlungen sollen weiterhin mindernd berücksichtigt werden.

Berechnungsgrundlage sind 90 Prozent der ausgesetzten Fälle multipliziert mit einer Pauschale von 560 Euro für Krankenhäuser, für die ein Casemix-Index noch nicht berechnet werden kann bzw. mit einer noch nicht ausgewiesenen Pauschale (noch fehlende Anlage 1). Der in § 23-E neu eingeführte Absatz 4 regelt, dass das BMG im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Finanzen per Rechtsverordnung ohne Zustimmungspflicht des Bundesrates die Anspruchsberechtigungen, die Berechnungsgrundlage der Ausgleichszahlungen und den Zeitraum für die Bemessung der Ausgleichszahlungen (initial 15.11.2021 bis 31.12.2021) – aufgrund der Zahl der mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 Infizierten und der Schweregrade der Erkrankungen – ändern kann.

B) Stellungnahme der Bundesärztekammer

Die Ausgleichszahlungen zur Entschädigung für die geforderte Freihaltung von Betten sind aus Sicht der Bundesärztekammer ein Schritt in die richtige Richtung. Der Bund geht bei seinen Schätzungen von Mehrausgaben von ca. 1 Mrd. Euro pro Monat aus. Der Anspruchszeitraum sollte gemäß § 23 Abs. 4 allerdings bis zum Ende des ersten Quartals 2022 ausgeweitet werden, da die vierte Welle der Pandemie andauern wird und die Folgen der Omikron-Variante und des daraus resultierenden, möglicherweise noch weiter steigenden Versorgungsbedarfes derzeit nicht absehbar sind. Ferner sollte schnellstmöglich die im Entwurf angesprochene Anlage zur Höhe der Ausgleichszahlungen je Fall erstellt werden, die neben den o. g. 560 Euro als Berechnungsgrundlage dienen.

C) Änderungsvorschlag der Bundesärztekammer

Ausweitung des Anspruchszeitraums für Ausgleichszahlungen bis zum Ende des ersten Quartals 2022 durch eine Verordnung des BMG gemäß § 23 Abs. 4 KHG-E.

Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG)

§ 25 KHG-E

A) Beabsichtigte Neuregelung

Ausnahmen von Prüfungen bei Krankenhausbehandlung durch den Medizinischen Dienst (MDK) sollen vom 1.11.2021 bis 19.3.2022 gelten.

B) Stellungnahme der Bundesärztekammer

Die Bundesärztekammer bewertet es als positiv, dass die Aussetzung bzw. Reduktion der Prüfverfahren die Kliniken zumindest vorübergehend entlasten wird. Zudem eröffnet dies erneut die Option, dass Mitarbeiter des MDK bei Bedarf in Hotspot-Kliniken versorgungstechnisch unterstützen können.

Stellungnahme

zum Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Impfprävention gegen COVID-19 und zur Änderung weiterer Vorschriften im Zusammenhang mit der COVID-19-Pandemie

Die Bundestierärztekammer e.V. begrüßt es grundsätzlich, dass der oben genannte Gesetzesentwurf die Tierärzteschaft in die Impfprävention gegen die COVID-19-Pandemie einbinden will. Wenn es erforderlich und vor allem gesetzlich zulässig ist, die Rahmenbedingungen geklärt sind und ausreichend Impfstoff vorhanden ist, sind große Teile der Tierärzteschaft gerne zur aktiven Mitwirkung bei Corona-Impfungen bereit.

Von allen Heilberufen haben Tierärzt:innen die meisten Erfahrungen bei der Impfung der eigenen (tierischen) Patienten. Im Gegensatz zu den Humanmedizinern impfen Tierärzt:innen nicht nur eine Spezies, sondern eine Vielzahl unterschiedlicher Tiere von der Maus bis zum Elefanten. In der Regel führen Tierärzt:innen Impfungen und die vorherige Untersuchung auf Impffähigkeit selbst durch und lassen nicht durch ärztliches Hilfspersonal, wie in den Hausarztpraxen und Impfzentren üblich, impfen.

Seuchenbekämpfung, Epidemiologie und vorbeugende Schutzimpfungen gehören zum (Praxis)Alltag. Die technische Durchführung einer Impfung ist für Tierärzt:innen daher kein Problem.

Allerdings fehlt eine sichere Rechtsgrundlage, damit auf diesen Erfahrungsschatz der Tierärzteschaft zugegriffen werden kann.

Dabei sind, insbesondere, wenn die Einbindung von Tierärzt:innen in ihren Praxen gewünscht ist, zunächst u.a. folgende Fragen zu klären:

- Schulung für vorzunehmende humanmedizinische Beratungen/Belehrungen
- Technische Umsetzung vorzunehmender Meldungen nach IfSG, Digitales Impfquotenmonitoring (DIM), CoronalImpfV und verbundener Gesetze/Verordnungen
- Umgang mit Notfallversorgungen im Rahmen der Impfungen (notwendige Ausstattung/einzuleitende Maßnahmen) - was passiert, wenn ein anaphylaktischer Schock auftritt? Dürfen Tierärzt:innen dann z.B. eine Infusion anlegen?
- Klärung von Haftungsfragen
- Klärung von technischen Ausstattungsfragen (z. B. Vorrätigthalten spezieller Labortiefkühltruhen/-schränke) für die Impfstofflagerung
- Klärung der genauen Anforderungen an die Räumlichkeiten
- Berechtigung zum Ausstellen entsprechender Impfnachweise
- Regelungen zum Umgang mit dem Datenschutz nach Art. 9 EU-DSGVO
- Unkomplizierte Abrechnung der Impfleistung nach Coronavirus-Impfverordnung

Diese und weitere Fragestellungen müssen **umfänglich vorab** geklärt werden, damit haftungsrechtliche Konsequenzen jeder Art für die sich beteiligenden Tierärzt:innen nicht ergeben.

Auch stellt sich uns die Frage, ob die Diskussion um die Erweiterung des Kreises der Impfberechtigten nicht von der Frage ablenkt, dass schlicht nicht genug Impfstoff vorhanden ist.

Fazit:

Die Tiermedizin ist bereit und willens im Kampf gegen die COVID 19-Pandemie zu unterstützen und durch Impfen helfend einzutreten. Da die Klärung der oben genannten Fragen zur Schaffung von Rechtssicherheit nicht so schnell möglich sein wird, wäre es zum jetzigen Zeitpunkt aber als ersten Schritt sinnvoller, Tierärzt:innen in Impfzentren z. B. als zusätzliche Schicht einzusetzen und diese dort als vollwertige Impf-Ärzt:innen zu führen. Auch ein Zusammenwirken mit Hausarztpraxen wäre denkbar. Dann wäre ein Humanmedizinischer Kollege greifbar, wenn es wirklich Komplikationen geben sollte.

Berlin, den 8.12.2021

Die Bundestierärztekammer ist eine Arbeitsgemeinschaft der 17 Landes-/Tierärztekammern in Deutschland. Sie vertritt die Belange aller rund 43.000 Tierärztinnen und Tierärzte, Praktiker Amtsveterinäre, Wissenschaftler und Tierärzte in anderen Berufszweigen, gegenüber Politik, Verwaltung und Öffentlichkeit auf Bundes- und EU-Ebene.

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 7.12.2021

**Sitzung des Hauptausschusses am 15. November 2021
Drucksachen 20 / 188**

Gesetzentwurf der Fraktionen SPD, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und FDP
Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Impfprävention gegen COVID-19 und zur Änderung weiterer Vorschriften im Zusammenhang mit der COVID-19-Pandemie

Sehr geehrte Mitglieder des Hauptausschusses,

Vorwort

Die Aufgabe, die umfangreichen Änderungen an einem Nachmittag zu bearbeiten und zu bewerten, ist schlicht unlösbar und stellt den Sinn einer Verbändebeteiligung in Frage.

Die Impfpflicht wird in der jetzigen Situation als sinnvoll angesehen. Allerdings sehen wir die damit verbundenen Aufgaben für die Gesundheitsämter kritisch. Die Gesundheitsämter sind in der jetzigen Pandemielage zum großen Teil völlig überlastet.

Es ist davon auszugehen, dass in den Kreisen, in denen eine hohe Inzidenz vorliegt, auch eine niedrige Impfquote besteht. Dies trifft dann die Gesundheitsämter doppelt. Daher schlagen wir im Gesetzgebungsprozess vor, die Durchsetzung der Impfpflicht z.B. mit Einführung eines Impfregisters an die Standesämter zu delegieren.

Schon weitere Belastungen, wie die Anforderung und Prüfung der vorzulegenden Test-Nachweise sind, abgesehen von deren deklamatorischen Charakter, unsinnig, weil von uns nicht mehr leistbar.

Die derzeitige Inzidenz der Neuerkrankungen ist auf einem sehr hohen Niveau und von Relevanz, da Krankenhauseinweisungen, Intensivbehandlungen und Tod zwangsläufig folgen. Ob der derzeit errechnete Rückgang des R-Wertes auf Tatsachen oder zu wesentlichen Teilen auf einer Erschöpfung der Mitarbeitenden und damit der Abarbeitung der

Fall-Meldungen durch die Gesundheitsämter beruht, die ja in vielen Kreisen auch die Last des Hochfahrens der Impfangebote zu tragen haben, ist zu hinterfragen.

Die Verfassenden des Entwurfes haben den Ausschluss von Schutzmaßnahmen nach § 28a (8) sogar noch ausgedehnt, obwohl gerade diese Maßnahmen in Bayern und Sachsen erste Erfolge zeigen:

1. die Anordnung von Ausgangsbeschränkungen,
2. die Untersagung der Sportausübung und die Schließung von Sporteinrichtungen,
3. die Untersagung von Versammlungen oder Aufzügen im Sinne von Artikel 8 des Grundgesetzes und von religiösen oder weltanschaulichen Zusammenkünften,
4. die Untersagung von Reisen,
5. die Untersagung von Übernachtungsangeboten,
6. die Schließung von Betrieben, Gewerben, Einzel- oder Großhandel, sofern es sich nicht um gastronomische Einrichtungen, Freizeit- oder Kultureinrichtungen oder um Messen oder Kongresse handelt,
7. die Schließung von Gemeinschaftseinrichtungen im Sinne von § 33.

Wir sehen mit großer Sorge die hohen Infektionszahlen bei Kindern und Jugendlichen. Wir sehen hier keine wirksamen Gegenmaßnahmen, die jetzt sinnvoll wären, kurz bevor uns ein wirksamer Impfstoff zur Verfügung steht.

Mit freundlichen Grüßen

Sprecher des Fachausschusses Infektionsschutz des BVÖGD

Dr. Bernhard Bornhofen

Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte e.V. | Mielenforster Str. 2 | 51069 Köln

Deutscher Bundestag
Hauptausschuss
Platz der Republik 1
11011 Berlin

Per E-Mail: hauptausschuss@bundestag.de

Stellungnahme des BVKJ zum Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Impfprävention gegen COVID-19 und zur Änderung weiterer Vorschriften im Zusammenhang mit der COVID-19-Pandemie (BT-Drucksache 20/188)

08.12.2021

Seite 1/3

Sehr geehrte Frau Bundestagspräsidentin,
sehr geehrte Mitglieder des Bundestages,

wir danken Ihnen für die Möglichkeit, im Rahmen der Anhörung des Hauptausschusses am 8. Dezember 2021 eine Stellungnahme abgeben zu dürfen.

Für uns Kinder- und Jugendärzt:innen hat das Wohl unserer Patient:innen immer oberste Priorität. Deshalb möchten wir uns wie folgt zum vorliegenden Gesetzentwurf äußern:

Einrichtungsbezogene Impfpflicht

Wir begrüßen die geplante Impfpflicht in bestimmten Einrichtungen, zu denen auch die zählen, in denen unsere Mitglieder tätig sind. Sie ist überfällig. Wir halten diese aber nicht für weitgehend genug und plädieren deshalb eindringlich für eine generelle Impfpflicht aller Erwachsenen. Diesen Beschluss hat die Delegiertenversammlung des BVKJ e.V. mit überwältigender Mehrheit gefasst.¹

Erweiterung des impfberechtigten Personenkreises

Dass Zahnärzt:innen, Tierärzt:innen und Apotheker:innen künftig nach erfolgter Schulung für einen vorübergehenden Zeitraum auch COVID-19-Schutzimpfungen durchführen sollen, sehen wir kritisch. Fakt ist doch vielmehr: Es fehlt in unseren Praxen schlicht und ergreifend an Impfstoff. Wir bremsen die Impfkampagne nicht in unseren Praxen aus, sondern wir werden durch die Politik ausgebremst.²

Mielenforster Straße 2
51069 Köln

Fon
Verwaltung (0221) 68 909-0
Kongresse (0221) 68 909-15/16
Fax (0221) 68 32 04

bvkj.buero@uminfo.de
www.bvkj.de
www.kinderaerzte-im-netz.de

Vereinsregister:
AG Köln VR 10647

Deutsche Apotheker-
und Ärztebank Köln
IBAN: DE91 3006 0601 0001 2737 79
BIC (Swift Code): DAAEDEDD
Steuer-Nr.: 218/5751/0668

¹ Resolution der Delegiertenversammlung des BVKJ vom 20.11.2021 (https://bvkj-store.fra1.digitaloceanspaces.com/files/20211121_BVKJ_DV_Resolution_Impfpflicht_Erwachsene_docx_ce14c53857.pdf)

² Pressemitteilung des BVKJ vom 26.11.2021: 30 Dosen BioNTech-Impfstoff pro Praxis bedeutet Impfbremse! Beschränkung muss ab sofort aufgehoben werden! (<https://www.bvkj.de/politik-und-presse/nachrichten/194-2021-11-26-30-dosen-bio-n-tech-impfstoff-pro-praxis-bedeutet-impfbremse-beschraenkung-muss-ab-sofort-aufgehoben-werden>)



Gesunde Kinder
sind unsere Zukunft.

Unser Problem ist die zur Zeit nicht ausreichende Belieferung mit dem einzigen für unsere Patient:innen zugelassenen Impfstoff Comirnaty von Biontech/Pfizer, nicht zu wenig impfende Ärzt:innen. Unsere Zielgruppe braucht ein pädiatrisches Impfangebot mit ausführlicher Beratung auf Vertrauensbasis vornehmlich in unseren Praxen.

Offene Kitas und Schulen

Wir weisen schon über den ganzen Zeitraum der Pandemie darauf hin, welche fatalen Folgen Lockdowns, Kontaktbeschränkungen und Schließungen von Bildungseinrichtungen für die Kinder und Jugendlichen in unserem Land haben.

Deshalb begrüßen wir es sehr, dass erneute Schließungen von Gemeinschaftseinrichtungen im Sinne von §33 IfSG nicht möglich sind. Das Bundesverfassungsgericht hat in seiner aktuellen Entscheidung ein Recht der Kinder und Jugendlichen gegenüber dem Staat auf schulische Bildung anerkannt.

Auch dass die Sportausübung und die Schließung von Sportheinrichtungen nicht mehr untersagt werden kann, ist für das gesunde Aufwachsen unserer Patient:innen wichtig.

Testpflicht in Arztpraxen und Kliniken

Die Klarstellung in Sachen Begleitpersonen von behandelten Personen, die unsere Einrichtungen betreten, ist für uns sehr wichtig. Sie gibt uns Rechtssicherheit. Erziehungsberechtigte gelten bei Minderjährigen nicht als Besucher:innen. Es hätte uns viel Verwirrung und Aufregung erspart, wenn dies vom Gesetzgeber schon bei der ersten Formulierung mitgedacht und klar ausgedrückt worden wäre.

Über die Sinnhaftigkeit von zwei Tests pro Woche bei durchgeimpften (und meist bereits geboosterten) Arbeitgeber:innen und Mitarbeiter:innen in unseren Praxen lässt sich angesichts eines leer gefegten Marktes für Schnelltests und auch mit Blick auf den Aufwand trefflich streiten. Kritikwürdig war auf alle Fälle die nicht erfolgte Kommunikation zur handstreichartigen Einführung dieser Maßnahme.

Wir sehen aber die Bemühungen des Gesetzgebers, die Häufigkeit der Tests und den Umfang der Dokumentationspflichten zu reduzieren, und begrüßen dies.

Corona-Bonus für Pflegende

Der angekündigte Pflegebonus in Höhe von einer Milliarde Euro, den wir ausdrücklich begrüßen, wurde aus dem vorliegenden Gesetzentwurf ausgeklammert und auf Anfang 2022 verschoben.

Dies bietet die Gelegenheit, nachzubessern und eine ganz wichtige Gruppe mit zu berücksichtigen, die bisher leer ausgegangen ist. Die Medizinischen Fachangestellten (MFA) vor allem in den hausärztlichen sowie kinder- und jugendärztlichen Praxen.

08.12.2021

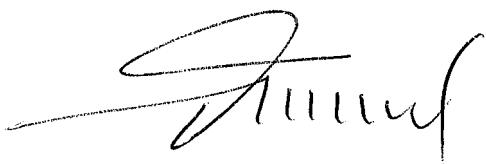
Seite 2/3

Sie leisten ebenfalls an vorderster Front eine unfassbar wichtige Arbeit im Kampf gegen Corona. Sie organisieren die vorgeschriebenen Hygienemaßnahmen und stellen deren Einhaltung sicher, sie beraten verunsicherte Menschen, organisieren die Impfungen (im Rahmen der ärztlichen Delegation können die MFA sogar impfen, Aufklärung und Dokumentation erfolgt natürlich durch die Ärzt:innen) und Testungen und nicht zuletzt die ambulante Versorgung der an COVID-19 erkrankten Patient:innen. Auch das muss endlich gesehen und honoriert werden!¹³ Deshalb fordern wir für MFA eine steuerfreie Bonuszahlung in Höhe des geplanten Corona-Bonus für Pflegekräfte.

08.12.2021

Seite 3/3

Mit freundlichen Grüßen



Dr. med. Thomas Fischbach

(Präsident des BVKJ)

¹³ Pressemitteilung des BVKJ vom 21.11.2021: Corona-Bonus für Medizinische Fachangestellte (<https://www.bvkj.de/politik-und-presse/nachrichten/191-2021-11-22-corona-bonus-fuer-medizinische-fachangestellte>)

**Bundesverband privater Anbieter
sozialer Dienste e.V.
(bpa)**

Stellungnahme zum

Gesetzentwurf

der Fraktionen SPD, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und FDP

**Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Impfprävention
gegen COVID-19 und zur Änderung weiterer Vorschriften
im Zusammenhang mit der COVID-19-Pandemie**

Bundestags-Drucksache 20/188

Berlin, 8. Dezember 2021

Inhaltsverzeichnis

Vorbemerkung	3
Zusammenfassung	3
Artikel 1, Nr. 4, § 20a IfSG, Impfpflicht für Beschäftigte in Pflegeeinrichtungen	5
Artikel 1, Nr. 7b, § 28b Abs. 2 IfSG, Klarstellungen zur Testpflicht in Pflegeeinrichtungen	7
Artikel 1, Nr. 7c, § 28b Abs. 3 IfSG, Meldung der Geimpften an das Gesundheitsamt	8
Zu Artikel 15, § 114 Abs. 2a SGB XI, Durchführbarkeit von Qualitätsprüfungen	10

Stellungnahme zum Gesetzentwurf zur Stärkung der Impfprävention gegen COVID-19 und zur Änderung weiterer Vorschriften im Zusammenhang mit der COVID-19-Pandemie

Vorbemerkung

Der **Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e.V. (bpa)** bildet mit mehr als 12.000 aktiven Mitgliedseinrichtungen die größte Interessenvertretung privater Anbieter sozialer Dienstleistungen in Deutschland. Einrichtungen der ambulanten und (teil-)stationären Pflege, der Behindertenhilfe sowie der Kinder- und Jugendhilfe in privater Trägerschaft sind systemrelevanter Teil der Daseinsvorsorge. Als gutes Beispiel für Public-private-Partnership tragen die Mitglieder des bpa die Verantwortung für rund 365.000 Arbeitsplätze und circa 27.000 Ausbildungsplätze. Die Investitionen in die pflegerische Infrastruktur liegen bei etwa 29 Milliarden Euro. Mit rund 6.200 Pflegediensten, die circa 280.000 Patienten betreuen, und 5.800 stationären Pflegeeinrichtungen mit etwa 350.000 Plätzen vertritt der bpa mehr als jede dritte Pflegeeinrichtung bundesweit. Vor diesem Hintergrund nimmt der bpa wie folgt Stellung.

Zusammenfassung

Der bpa ist offen für eine Impfpflicht für Beschäftigte in Einrichtungen, die eng mit besonders vulnerablen Menschen in Kontakt kommen. Der bpa erwartet jedoch, dass politisch dem Eindruck entgegengewirkt wird, damit würden Pflegeeinrichtungen und Einrichtungen der Eingliederungshilfe bei anhaltend viel zu hohen Inzidenzen ausreichend vor einer Viruseintragung bzw. Virusübertragung geschützt. Ein weitgehend wirksamer Schutz vulnerabler Menschen in den Pflegeeinrichtungen und Einrichtungen der Eingliederungshilfe kann erst dann sichergestellt werden, wenn alle Kontaktpersonen (Besucher/Angehörige und Externe) in Einrichtungen über einen wirksamen Impfschutz verfügen und damit das Risiko einer Infektionseintragung und Infektionsübertragung deutlich minimiert wird. Deswegen begrüßt der bpa die Debatte über eine allgemeine Impfpflicht. Damit wird einer Stigmatisierung der Pflegekräfte entgegengewirkt.

Bei der Umsetzung der Impfpflicht dürfen die Pflegeeinrichtungen und Einrichtungen der Eingliederungshilfe nicht alleine gelassen werden. Bereits jetzt besteht ein Fachkräftemangel. Darüber hinaus bestehen pandemiebedingt die Anforderungen durch Testen, zusätzliche Hygienemaßnahmen

und Impfvorbereitungen. Außerdem fallen Pflegekräfte aufgrund von Quarantänemaßnahmen sowie anhaltend hoher Belastungssituationen aus. Diese Lage könnte sich durch die Einführung der Impfpflicht verschärfen.

Die **Klarstellungen zur Testpflicht** in § 28b Abs. 2 IfSG werden vom bpa begrüßt: Für geimpfte oder genesene Arbeitgeber und Beschäftigte in Pflegeeinrichtungen sind zwei wöchentliche Schnelltests zur Eigenanwendung ohne Überwachung ausreichend.

Bei den Meldungen der Geimpften sieht der bpa Änderungsbedarf. Die Reduzierung der Meldepflichten ist richtig, geht aber nicht weit genug. Grundsätzlich sollten Meldungen zu den Geimpften in Pflegeeinrichtungen nur auf Anforderung des Gesundheitsamtes erfolgen müssen. Eine solche Regelung ist im Gesetzentwurf bisher nur für die Pflegedienste und die Einrichtungen der Eingliederungshilfe vorgesehen. Aber auch für Pflegeheime sollte gelten, dass sie nur auf Anforderung entsprechende Meldungen an das Gesundheitsamt machen müssen. Die monatliche Meldepflicht für Pflegeheime ist eine unnötige Bürokratie.

Angesichts der schweren Belastungen der Pflegeeinrichtungen durch die Pandemie appelliert der bpa an den Gesetzgeber, die **Rückkehr der Regelprüfungen ab 1. Januar 2022** nach § 114 SGB XI befristet auszusetzen und die Regelung nach § 114 Abs. 2a Satz 1 SGB XI um ein Jahr zu verlängern, wonach Regelprüfungen nur durchgeführt werden dürfen, wenn es die Situation vor Ort aufgrund der SARS-CoV-2-Pandemie zulässt.

Zu den Vorschriften im Einzelnen

Artikel 1, Nr. 4

§ 20a IfSG

Impfpflicht für Beschäftigte in Pflegeeinrichtungen

Beabsichtigte Neuregelung

Personen, die in Pflege- und Behindertenhilfeeinrichtungen tätig sind, müssen bis zum 15. März 2022 nachweisen, dass sie gegen COVID-19 geimpft oder genesen sind oder aus medizinischen Gründen nicht dagegen geimpft werden können.

Nicht geimpfte Beschäftigte müssen dem Gesundheitsamt gemeldet werden, das eine Tätigkeit in der Pflegeeinrichtung dann untersagen kann. Laut Begründung entfällt dann die Lohnfortzahlungspflicht des Arbeitgebers.

Stellungnahme

Die vorherige Bundesregierung hatte eine Impfpflicht bisher immer kategorisch ausgeschlossen. Der bpa hat von Anfang an um jeden Impfwilligen geworben, um auf diesem Wege eine ausreichende Impfquote zu erreichen. Jetzt ist festzustellen, dass angesichts dramatisch steigender Infektionszahlen und erneutem Infektionsgeschehen in Pflegeeinrichtungen eine neue Diskussion um eine Impfpflicht für Gesundheitsberufe entsteht. Dafür gibt es gute Argumente, gleichzeitig ist es ein tiefer Eingriff in die Autonomie der Menschen und es geht um deren Vertrauen in die Glaubwürdigkeit der Politik. Eine politische Kehrtwende erfordert eine nachvollziehbare, begründete und transparente Darlegung der Argumente und in Folge eine solide ethische und rechtliche Basis für eine Verpflichtung. **Der bpa ist offen für eine Impfpflicht für Beschäftigte in Einrichtungen, die eng mit besonders vulnerablen Menschen in Kontakt kommen. Der bpa erwartet jedoch, dass politisch dem Eindruck entgegengewirkt wird, damit würden Pflegeeinrichtungen und Einrichtungen der Eingliederungshilfe bei anhaltend viel zu hohen Inzidenzen ausreichend vor einer Viruseintragung bzw. Virusübertragung geschützt. Ein weitgehend wirksamer Schutz vulnerabler Menschen in den Pflegeeinrichtungen und Einrichtungen der Eingliederungshilfe kann erst dann sichergestellt werden, wenn alle Kontaktpersonen (Besucher/Angehörige und Externe) in Einrichtungen über einen wirksamen Impfschutz**

verfügen und damit das Risiko einer Infektionseintragung und Infektionsübertragung deutlich minimiert wird.

Aktuell sind alle vorhandenen Maßnahmen zum Schutz der Menschen in den Pflegeeinrichtungen unverzüglich stringent auszuschöpfen: Schnelle und flächendeckende Boosterimpfungen, strenge Testkonzepte, 2-G-Regelungen und weitere Maßnahmen zur spürbaren Senkung der Infektionszahlen in der allgemeinen Bevölkerung. Denn eine einrichtungsbezogene Impfpflicht kann in der Pandemiebekämpfung nur eine überschaubare Wirkung haben. Was soll sie bewirken, wenn bei Rekordinfektionszahlen die Besucher der Heime ebenso wie die Kontakte der Pflegebedürftigen zu Hause weiterhin ungeimpft sein können? Der bpa will die Pflegeeinrichtungen geöffnet halten. Er begrüßt daher die öffentliche und parlamentarische Debatte über eine allgemeine Impfpflicht. Damit wird die Gesamtrisikosituation für die vulnerablen Gruppen in den Blick genommen und einer Stigmatisierung der Pflegekräfte entgegengewirkt.

Bei der Umsetzung der Impfpflicht dürfen die Pflegeeinrichtungen und Einrichtungen der Eingliederungshilfe nicht alleine gelassen werden. Bereits jetzt besteht ein Fachkräftemangel und es fallen Pflegekräfte aufgrund anhaltend hoher Belastungssituationen aus. Diese Situation könnte sich durch die Einführung der Impfpflicht verschärfen. Vor diesem Hintergrund sollten starre Personalvorgaben und Fachkraftquoten flexibilisiert werden können.

Der bpa begrüßt ausdrücklich den Hinweis in der Gesetzesbegründung, dass die Lohnfortzahlungspflicht des Arbeitgebers entfällt, wenn das Gesundheitsamt einem ungeimpften Mitarbeiter die Tätigkeit in einer Pflegeeinrichtung untersagt. Im Ergebnis wird es aber einerseits zu Ausweichverhalten und andererseits zu vielen Arbeitsgerichtsprozessen kommen, deren Kosten von den Pflegeeinrichtungen zu tragen sein werden. Der Gesetzgeber sollte hier ergänzen, dass diese von den Kostenträgern unzweifelhaft erstattet werden.

Änderungsvorschlag

Der bpa bittet den Gesetzgeber zu prüfen, inwieweit eine Flexibilisierung von Personalvorgaben und Fachkraftquoten möglich ist, wenn Beschäftigte in Pflegeeinrichtungen und Einrichtungen der Eingliederungshilfe nicht weiter dort tätig sein dürfen, weil sie ungeimpft sind. Des Weiteren bittet der bpa um Klarstellung, dass die Kosten, die entstehen, weil ungeimpfte Pflegekräfte nicht weiter beschäftigt werden können, von den anordnenden Behörden oder der Pflegekasse erstattet werden.

Artikel 1, Nr. 7b § 28b Abs. 2 IfSG Klarstellungen zur Testpflicht in Pflegeeinrichtungen

Beabsichtigte Neuregelungen

Mit dem Gesetz zur Änderung des Infektionsschutzgesetzes und weiterer Gesetze (Bundestags-Drucksachen 20/15 und 20/78) wurde eine Testpflicht für Beschäftigte, Arbeitgeber und Besucher von Pflegeeinrichtungen eingeführt. Dazu erfolgen nun Klarstellungen.

Stellungnahme

In der bisherigen Fassung von § 28b Abs. 2 IfSG war eine Formulierung enthalten, die man so verstehen konnte, dass Arbeitgeber und Beschäftigte in Pflegeeinrichtungen zweimal wöchentlich einen PCR-Test wiederholen müssen. Dieses war aber offensichtlich vom Gesetzgeber so nie beabsichtigt. Nun wird klargestellt:

„Für Arbeitgeber und Beschäftigte kann die zugrundeliegende Testung auch durch Antigen-Tests zur Eigenanwendung ohne Überwachung erfolgen, wenn sie geimpfte Personen oder genesene Personen im Sinne des § 2 Nummer 2 oder Nummer 4 der COVID-19-Schutzmaßnahmen-Ausnahmenverordnung in der jeweils geltenden Fassung sind“.

Der bpa begrüßt diese Klarstellung. Die schnelle Gesetzesanpassung trägt zur Rechtssicherheit bei. Der bpa erachtet auch die Reduzierung der Testpflicht auf zweimal wöchentlich (anstelle von dreimal) als sachgerecht. Die Testpflicht ist grundsätzlich richtig, belastet aber das Personal in den Einrichtungen erheblich. Da sich diese Regelung auf geimpfte Mitarbeiter bezieht, erscheint es ausreichend, wenn diese sich zweimal wöchentlich testen.

Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 1, Nr. 7c

§ 28b Abs. 3 IfSG

Meldung der Geimpften an das Gesundheitsamt

Beabsichtigte Neuregelung

Bisher sind stationäre Pflegeeinrichtungen und Einrichtungen der Eingliederungshilfe verpflichtet, dem Gesundheitsamt zweiwöchentlich Angaben zu den durchgeführten Corona-Tests bei Beschäftigten und Besuchern und zum Impfstatus der Beschäftigten und der Pflegebedürftigen mitteilen. Pflegedienste müssen dem Gesundheitsamt zweiwöchentlich den Impfstatus der Mitarbeiter melden. Diese Regelungen werden geändert. Künftig soll gelten, dass voll- und teilstationäre Pflegeeinrichtungen der zuständigen Behörde monatlich Angaben zu den geimpften Beschäftigten und Bewohnern in anonymisierter Form übermitteln müssen. Pflegedienste und Einrichtungen der Eingliederungshilfe müssen Angaben zu den geimpften Beschäftigten nur auf Anforderung übermitteln.

Stellungnahme

Der bpa begrüßt, dass die Meldepflichten reduziert werden sollen. Allerdings sind diese immer noch zu umfangreich. Die Pflegeheime sind momentan sehr stark damit beschäftigt, den Eintrag des Corona-Virus in die Einrichtungen zu verhindern und ihre Bewohnerinnen und Bewohner vor einer Infektion zu schützen, auch wenn dies nicht immer verhindert werden kann. Neben den pflegerischen Aufgaben und den besonderen Anforderungen an die Betreuung haben die Pflegeheime viele zusätzliche Aufgaben (Testungen, Impfungen, Hygienemaßnahmen etc.) zu leisten. Deswegen sollten bürokratische Anforderungen wie die zweiwöchentliche Übermittlung zu den durchgeführten Corona-Tests bei Beschäftigten und Besuchern und zum Impfstatus der Beschäftigten und der Pflegebedürftigen entfallen. Hier ist es ausreichend, wenn diese Angaben nur auf Anforderung des Gesundheitsamts übermittelt werden – so wie das auch für die Pflegedienste und die Einrichtungen der Eingliederungshilfe vorgesehen ist.

Änderungsvorschlag

§ 28b Abs. 3 Satz 7 bis 9 IfSG wird durch die folgenden Sätze ersetzt:

~~„Voll- und teilstationären Pflegeeinrichtungen sind verpflichtet, der zuständigen Behörde monatlich Angaben zum Anteil der Personen, die gegen das Coronavirus SARS-CoV-2 geimpft sind, jeweils bezo-~~

~~gen auf die Personen, die in der Einrichtung beschäftigt sind oder behandelt, betreut oder gepflegt werden oder untergebracht sind in anonymisierter Form zu übermitteln. Sonstige~~ Die in Absatz 2 Satz 1 genannten Einrichtungen oder Unternehmen sind verpflichtet, der zuständigen Behörde auf deren Anforderung Angaben zum Anteil der Personen, die gegen das Coronavirus-SARS-CoV-2 geimpft sind, in Bezug auf die Personen, die in der Einrichtung oder dem Unternehmen beschäftigt sind in anonymisierter Form zu übermitteln. **Voll- und teilstationären Pflegeeinrichtungen** Sie dürfen den Impfstatus der Personen, die dort behandelt, betreut oder gepflegt werden oder untergebracht sind, erheben; diese Daten dürfen nur zur Beurteilung der Gefährdungslage in der Einrichtung oder dem Unternehmen im Hinblick auf die Coronavirus-Krankheit-2019 (COVID-19) und zur Vorbereitung der Berichterstattung nach Satz 7 verarbeitet werden und nur solange und soweit dies erforderlich ist. (10) Die nach den Sätzen 3 und ~~9~~ 8 erhobenen Daten sind spätestens am Ende des sechsten Monats nach ihrer Erhebung zu löschen; die Bestimmungen des allgemeinen Datenschutzrechts bleiben unberührt.“

Zu Artikel 15 § 114 Abs. 2a SGB XI Durchführbarkeit von Qualitätsprüfungen

Beabsichtigte Neuregelung

Die Regelungen des GKV-Spitzenverbandes zur Durchführbarkeit von Qualitätsprüfungen nach § 114 Abs. 2a SGB XI werden entfristet. Sie waren eigentlich bis 31.12.2021 befristet.

Stellungnahme

Der bpa begrüßt die Fortgeltung der Regelungen. Zugleich kritisiert er aber, dass dennoch ab 1. Januar 2022 die allgemeine Verpflichtung aus § 114 Absatz 2 Satz 1, grundsätzlich jede zugelassene Pflegeeinrichtung regelmäßig im Abstand von höchstens einem Jahr zu prüfen, wieder ohne Einschränkungen gilt. Gemäß der aktuellen Fassung der Regelungen zur Durchführbarkeit können Qualitätsprüfungen grundsätzlich auch bei hoher regionaler Inzidenz durchgeführt werden. Das widerspricht der Weitergeltung der Regelungen des GKV-Spitzenverbandes, zu denen in der Begründung darauf verwiesen wird, dass „die SARS-CoV-2-Pandemie andauert und die Infektionslage auch in absehbarer Zukunft für das Prüfgeschehen relevant sein wird“.

Die Begründungen für die angebliche Durchführbarkeit (strenge Hygienevorschriften, Impfungen für die Prüfer, Testungen in den Einrichtungen) überzeugen nicht, weil sie außer Acht lassen, dass sich die ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen in den Zeiten der Pandemie unter extremer Anspannung befinden. Die Impfpflicht wird diesen Effekt noch einmal verstärken. Die Durchführung der Regelprüfung bedeuten eine zusätzliche Belastung, da sie erhebliche personelle Kapazitäten binden. Die Pflegeeinrichtungen sind aber momentan sehr stark damit beschäftigt, den Eintrag des Corona-Virus in die Einrichtungen zu verhindern und ihre Bewohnerinnen und Bewohner vor einer Infektion zu schützen, auch wenn dies nicht immer verhindert werden kann. Neben den pflegerischen Aufgaben und den besonderen Anforderungen an die Betreuung haben die Pflegeeinrichtungen viele zusätzliche Aufgaben (Testungen, Impfungen, Hygienemaßnahmen etc.) zu leisten. Eine uneingeschränkte Pflicht zur Prüfung aller Pflegeeinrichtungen ab dem 1. Januar 2022 ist daher unangemessen. Es muss gemeinsam alles darangesetzt werden, dass die Verantwortlichen in den Pflegeeinrichtungen sich auf die wichtigen Aufgaben der Pandemiebewältigung konzentrieren können. Der bpa hält es für sachgerecht, dass Anlassprüfungen auch weiterhin durchgeführt werden können.

Änderungsvorschlag

§ 114 Abs. 2a SGB XI wird wie folgt gefasst:

Abweichend von Absatz 2 Satz 1 ist in dem Zeitraum vom 1. Oktober 2020 bis zum 31. Dezember **2021 2022** in allen zugelassenen Pflegeeinrichtungen eine Regelprüfung durchzuführen, wenn die Situation vor Ort es aufgrund der SARS-CoV-2-Pandemie zulässt. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen beschließt im Benehmen mit dem Medizinischen Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen und dem Prüfdienst des Verbandes der Privaten Krankenversicherung e. V. sowie im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Gesundheit unverzüglich das Nähere zur Durchführbarkeit von Prüfungen, insbesondere, unter welchen Voraussetzungen Prüfaufträge angesichts der aktuellen Infektionslage angemessen sind und welche spezifischen Vorgaben, insbesondere zur Hygiene, zu beachten sind. Dabei sind insbesondere die aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnisse zu berücksichtigen. Der Beschluss nach Satz 2 ist entsprechend der Entwicklung der SARS-CoV-2-Pandemie zu aktualisieren. Er ist für die Landesverbände der Pflegekassen, die Medizinischen Dienste und den Prüfdienst des Verbandes der Privaten Krankenversicherung e. V. verbindlich. ~~Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen berichtet dem Bundesministerium für Gesundheit zum 30. September 2021 über die Erfahrungen der Pflegekassen mit der Durchführung von Qualitätsprüfungen in dem in Satz 1 genannten Zeitraum.~~

Bundesvereinigung Lebenshilfe e. V.

Bundesgeschäftsstelle
Hermann-Blankenstein-Str. 30
10249 Berlin

Bundesvereinigung@Lebenshilfe.de
www.lebenshilfe.de

08.12.2021

Stellungnahme

der Bundesvereinigung Lebenshilfe e. V.

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

**Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der
Impfprävention gegen COVID-19 und zur
Änderung weiterer Vorschriften im
Zusammenhang mit der COVID-19-Pandemie**

Die Bundesvereinigung Lebenshilfe setzt sich seit über 60 Jahren als Selbsthilfevereinigung, Eltern- und Fachverband für Menschen mit geistiger Behinderung und ihre Familien ein. In fast 500 Orts- und Kreisvereinigungen, 16 Landesverbänden und mehr als 4.300 Diensten und Einrichtungen der Lebenshilfe sind rund 120.000 Mitglieder aktiv. Die Ziele der Lebenshilfe sind umfassende Teilhabe und Inklusion sowie die Umsetzung der Behindertenrechtskonvention der Vereinten Nationen in Deutschland.

Die Bundesvereinigung Lebenshilfe bedankt sich für die Möglichkeit zur Stellungnahme. Aufgrund der Kurzfristigkeit wird sich die Stellungnahme auf die geplante bereichsbezogene Impfpflicht, die Regelung zur Testpflicht nach § 28b Abs. 2 IfSG und die Verlängerung der Sonderregelung zum Mehrbedarf für die gemeinschaftliche Mittagsverpflegung beschränken.

I. Vorbemerkung

In Anbetracht der hohen Fallzahlen und der Überlastung des Gesundheitsbereichs begrüßt die Bundesvereinigung Lebenshilfe, dass die Ampel-Koalition weitere Maßnahmen auf den Weg bringen wird, um die Corona-Lage in Deutschland unter Kontrolle zu bringen.

Ein zentraler Baustein hierfür ist die Steigerung der Impfquote: allen voran die Impfung derer, die bisher nicht geimpft sind, und die Durchführung von notwendigen Auffrischimpfungen, insbesondere für vulnerable Personengruppen, die besonders gefährdet sind und diejenigen, die mit ihnen in engem Kontakt sind.

Deshalb fordert die Bundesvereinigung Lebenshilfe:

1. Eine umgehende Auffrischimpfung für Menschen mit Behinderung wegen ihres besonderen Risikos, schwer zu erkranken, wie auch für Mitarbeitende in der Behindertenhilfe, sicherzustellen,
2. sofortige niedrigschwellige und flächendeckende Impfangebote, insbesondere durch mobile Impfteams in den Angeboten, Diensten und Einrichtungen der Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderung und die dort Beschäftigten und
3. eine zeitnahe Einführung einer allgemeinen Impfpflicht, um vulnerable Gruppen wie Menschen mit Behinderung zu schützen und ihren Ausschluss von der Teilhabe zu verhindern.

Aus Sicht der Bundesvereinigung Lebenshilfe kann nur eine **allgemeine Impfpflicht** langfristig dazu führen, dass Infektionen und größere Ausbrüche insgesamt verhindert werden. Dazu tragen zwar auch Hygieneregeln und Testvorgaben bei, erforderlich ist aber die Impfung möglichst vieler Menschen, um die Zahl der Infektionen wirksam zu vermindern, die Krankheitsverläufe abzumildern und die Übertragung abzuschwächen. Nur auf diese Weise sind auch vulnerable Gruppen dauerhaft sowohl vor einer Infektion als auch vor (Selbst-)Isolation und damit einer erheblichen Einschränkung ihrer sozialen Teilhabe geschützt.

Eine bereichsbezogene Impfpflicht reicht aus Sicht der Bundesvereinigung Lebenshilfe hingegen nicht aus, um die Teilhabe von Menschen mit Behinderung und anderen vulnerablen Personengruppen langfristig zu sichern. Menschen mit Behinderung halten sich nicht nur in behinderungsspezifischen Settings auf, sondern nehmen am allgemeinen Leben teil. Eine bereichsspezifische Impfpflicht und damit nur ein bereichsspezifischer Schutz würden ihre Teilhabe am allgemeinen Leben nicht ausreichend sichern.

II. Zu den Regelungen im Einzelnen

1. Bereichsbezogene Impfpflicht nach § 20a IfSG

Aus Sicht der Bundesvereinigung Lebenshilfe ist eine allgemeine Impfpflicht einer bereichsbezogenen Impfpflicht grundsätzlich vorzuziehen. Da jedoch zunächst eine bereichsbezogene Impfpflicht eingeführt werden soll, nehmen wir hierzu wie folgt Stellung:

Eine bereichsbezogene Impfpflicht ist für die davon betroffenen Bürger*innen mit einem erheblichen Grundrechtseingriff verbunden, der nach Ansicht der Bundesvereinigung Lebenshilfe aufgrund der aktuellen Lage zum Schutz vulnerabler Personengruppen allerdings geeignet, erforderlich und verhältnismäßig ist.

Es ist jedoch essentiell wichtig, dass der Gesetzeswortlaut der entsprechenden Regelung klar und eindeutig bestimmt, wer von einer solchen speziellen Impfpflicht umfasst sein soll und wer nicht. Der Gesetzgeber darf zudem nach Art. 3 GG gleiche Sachverhalte nicht ungleich behandeln. Nach Ansicht der Bundesvereinigung Lebenshilfe wird der vorliegende Gesetzentwurf weder dem Bestimmtheitsgebot noch den Vorgaben von

Art. 3 GG in vollem Umfang gerecht. Es drohen damit gerichtliche Auseinandersetzung, die dazu führen könnten, dass die Umsetzung der Regelung und damit auch der Schutz der vulnerablen Gruppen verzögert wird. Auch die Akzeptanz einer solchen Regelung könnte durch derlei Unklarheiten erheblich leiden. All dies sollte dringend vermieden werden.

Für den Bereich der Behindertenhilfe besonderes relevant sind die geplanten Regelungen des § 20a Abs. 1 S. 1 Nr. 2 und 3 IfSG. Beide Regelungen umfassen Personen, die in den dort genannten besonders schutzbedürftigen Einrichtungen und Unternehmen *tätig sind*. Von der Impfpflicht nicht erfasst sind die in den Einrichtungen und Unternehmen „behandelten, betreuten, gepflegten oder untergebrachten Personen“ (vgl. Gesetzesbegründung, BT-Drs. 20/188, S. 36). Für Menschen mit Behinderung, die bspw. in einer besonderen Wohnform leben oder Leistungen in einer Werkstatt für behinderte Menschen oder ambulante Leistungen der Eingliederungshilfe in Anspruch nehmen, gilt die Impfpflicht daher nicht.

a) § 20a Abs. 1 S. 1 Nr. 2 IfSG

Die Vorschrift umfasst Personen, die in voll- und teilstationäre Einrichtungen zur Betreuung und Unterbringung älterer, behinderter oder pflegebedürftiger Menschen oder in vergleichbaren Einrichtungen tätig sind.

Bei „voll- und teilstationäre Einrichtungen zur Betreuung [...] behinderter [...] Menschen“ handelt es sich um Begriffe, die vor dem Inkrafttreten des Bundesteilhabegesetzes gängig waren und daher geeignet sind, eine Abgrenzung von erfassten und nicht erfassten Personen zu ermöglichen. Die Gesetzesbegründung benennt zudem beispielhaft die relevanten Settings, die bisher in der Eingliederungshilfe als (teil-)stationär bezeichnet worden sind. Erfasst sind danach u. a. besondere Wohnformen für Menschen mit Behinderung, Werkstätten für behinderte Menschen, andere Leistungsanbieter nach § 60 SGB IX sowie vergleichbare tagesstrukturierende Angebote wie Tagesförderstätten inklusive der dazu gehörigen Fahrdienste.

aa) Förderschulen

Förderschulen werden jedoch nicht erfasst; sie fallen unter § 33 Nr. 3 IfSG, der nicht einbezogen worden ist. Es erschließt sich der Bundesvereinigung Lebenshilfe nicht, weshalb hier differenziert wird und die Impfpflicht zwar in Werkstätten nicht aber in Förderschulen gelten soll. In beiden Einrichtungen werden Menschen mit Behinderung, also eine besonders vulnerable Personengruppe, betreut und unterrichtet bzw. beschäftigt. Auch hinsichtlich des Infektionsrisikos sind beide Settings vergleichbar. Sowohl in einer Werkstatt als auch in einer Förderschule treffen sich täglich eine Vielzahl von Menschen. Sie halten sich über einen längeren Zeitraum gemeinsam in Räumlichkeiten auf und ein engerer Körperkontakt kann nicht immer ausgeschlossen werden. Es ist nicht ersichtlich, weshalb sich die Gefahr einer Ansteckung für Förderschüler*innen nach dem Eintritt in die Werkstatt signifikant erhöht. Vielmehr ist sie bereits während des Besuchs der Förderschule vorhanden.

Zudem käme es aufgrund von landesrechtlichen Regelungen zu bundesweit unterschiedlichen Schutzniveaus. So können Kinder und Jugendliche in Niedersachsen ihrer Schulpflicht auch genügen, wenn sie anstelle einer Förderschule eine Tagesbildungsstätte besuchen (vgl. §§ 162 ff. Niedersächsische Schulgesetz). Diese Tagesbildungsstätten werden als teilstationäre Leistung der Eingliederungshilfe finanziert und sind daher aus Sicht der Bundesvereinigung Lebenshilfe als „teilstationäre Einrichtungen zur Betreuung (...) behinderter (...) Menschen“ i. S. d. § 36 Abs. 1 Nr. 2 IfSG einzuordnen, mit der Folge, dass in diesen Einrichtungen die Impfpflicht gelten würde. Schüler*innen der Tagesbildungsstätte wären also durch diese Sonderregelung besser geschützt als Schüler*innen einer Förderschule, obwohl sich der zugrunde liegende Sachverhalt hinsichtlich der Infektionsgefahr und der Vulnerabilität der Personengruppe nicht unterscheidet.

Um die Entstehung derartiger Widersprüche zu vermeiden, ein bundesweit einheitliches Schutzniveau sicherzustellen und den Vorgaben von Art. 3 GG zu genügen, sollten Förderschulen aus Sicht der Bundesvereinigung Lebenshilfe von der Impfpflicht umfasst sein.

bb) (inklusive) Kindertagesstätten

Ebenfalls nicht erfasst sind laut Gesetzesbegründung (inklusive) Kindertageseinrichtungen (Kitas), vgl. BT-Drs. 20/188, S. 36. Dies ist aus Sicht der Bundesvereinigung Lebenshilfe zu kritisieren. Es wäre mit Blick auf einen umfassenden Schutz von Kindern mit Behinderung und vor dem Hintergrund der Inklusion wichtig, diese Einrichtungen ebenfalls zu erfassen.

Zum einen ist bereits nicht eindeutig, welche Kindertageseinrichtungen laut Gesetzgeber als inklusive Kindertageseinrichtungen anzusehen sind. Zwar sieht § 22a Abs. 4 SGB VIII vor, dass Kinder mit Behinderung und Kinder ohne Behinderung gemeinsam gefördert werden sollen und dabei die besonderen Bedürfnisse von Kindern mit Behinderung und von Kindern, die von Behinderung bedroht sind, zu berücksichtigen sind. Daher müssten grundsätzlich alle Kitas bundesweit als inklusive Kitas anzusehen sein. Allerdings wird in (einigen) Bundesländern wie z. B. Brandenburg zwischen Regelkita und Integrationskitas (I-Kitas) unterschieden. In beiden Arten des Kindergartens werden Kinder mit und ohne Behinderung gemeinsam betreut. Dennoch gilt die Integrationskita als teilstationäre Einrichtung, weshalb anzunehmen ist, dass die dort tätigen Personen von § 20a Abs. 1 S. 1 Nr. 2 IfSG erfasst wären. Hier drohen Wertungswidersprüche, die es dringend zu vermeiden gilt.

Zudem sprechen nachfolgende Gründe dafür, alle Formen der Kindertageseinrichtung (Regelkindergarten, Integrationskindergarten und heilpädagogischer Kindergarten/ Förderkindergarten) nach § 20a Abs. 1 IfSG zu erfassen:

Gerade in Kitas besteht eine erhöhte Infektionsgefahr. Dies liegt zum einen daran, dass es für Kinder dieser Altersgruppe derzeit noch keine Impfmöglichkeit gibt. Insofern ist die Ansteckungsgefahr viel höher als bspw. in Werkstätten oder besonderen Wohnformen, in denen viele der unterstützten Personen bereits geimpft sind.

Außerdem ist gerade bei der Betreuung von kleinen Kindern enger Körperkontakt unerlässlich und unvermeidbar.

Darüber hinaus ist bei Kindern dieser Altersgruppe mitunter noch nicht erkennbar, ob eine Behinderung besteht und eine Ansteckung damit eine erhöhte Gefahr bedeuten würde. Hier besteht also ein nicht erkennbares und damit nicht kontrollierbares Risiko.

Schließlich könnten die unterschiedlichen Schutzniveaus zwischen heilpädagogischen Kitas, die laut Gesetzesbegründung als teilstationäre Einrichtung sicher von der Impfpflicht erfasst sind (vgl. BT-Drs. 20/188, S. 36), und (inklusiven) Kitas, die nicht erfasst sind, dazu führen, dass Kinder mit Behinderung mittelbar auf behinderungsspezifische Angebote beschränkt werden, weil sie dort besser geschützt sind. Dies wäre ein erheblicher Rückschritt für die Inklusion von Kindern mit Behinderung.

Die Bundesvereinigung Lebenshilfe spricht sich daher für eine Impfpflicht in allen Kindertageseinrichtungen aus.

b) § 20a Abs. 1 S. 1 Nr. 3 IfSG

Die Regelung umfasst Personen, die in ambulanten Pflegediensten und weiteren Unternehmen, die den in Nummer 2 genannten Einrichtungen vergleichbare Dienstleistungen im ambulanten Bereich anbieten, tätig sind.

aa) Konkretisierung des Gesetzeswortlauts erforderlich

Nach Ansicht der Bundesvereinigung Lebenshilfe ist die verwendete Formulierung „vergleichbare Dienstleistungen im ambulanten Bereich“ nicht bestimmt genug, um den Personenkreis eindeutig zu definieren, der nach dieser Vorschrift einer Impfpflicht unterliegt. Bei einem solch erheblichen Grundrechtseingriff reicht es nicht aus, Konkretisierung erst im Rahmen der Gesetzesbegründung vorzunehmen. Die Bundesvereinigung Lebenshilfe schlägt daher vor, § 20a Abs. 1 S. 1 Nr. 3 IfSG vergleichbar dem § 20a Abs. 1 S. 1 Nr. 1 IfSG auszugestalten, also bereits im Wortlaut der Norm eine allerdings nicht abschließende Aufzählung („insbesondere“) von erfassten ambulanten Angeboten zur Betreuung und Unterstützung von Menschen mit Behinderung zu verankern.

Anknüpfungspunkt hierfür könnte die in der Gesetzesbegründung vorgenommene nicht abschließende Benennung von folgenden ambulanten Angeboten für Menschen mit Behinderung sein:

- ambulant betreute Wohngemeinschaften für Menschen mit Behinderungen und andere Unternehmen, die Assistenzleistungen nach § 78 SGB IX erbringen.
- Unternehmen, die Leistungen der interdisziplinären Früherkennung und Frühförderung nach § 42 Abs. 2 Nr. 2 und § 46 SGB IX in Verbindung mit der Frühförderungsverordnung oder heilpädagogische Leistungen nach § 79 SGB IX erbringen.
- Beförderungsdienste, die Leistungen nach § 83 Abs. 1 Nr. 1 SGB IX erbringen.
- Unternehmen, die beauftragt sind, um die betreuten Menschen mit Behinderung zu befördern.

Nach Auffassung der Bundesvereinigung Lebenshilfe enthält diese Auflistung wichtige ambulante Angebote für Menschen mit Behinderung, die im Wortlaut der Vorschrift konkret benannt werden sollten.

bb) Leistungen zur Teilhabe an Bildung müssen erfasst werden

Ein wesentlicher Bereich ist jedoch in dieser Aufzählung nicht genannt: Leistungen zur Teilhabe an Bildung nach § 75 bzw. § 112 SGB IX. Insbesondere bei den darunterfallenden Leistungen zur Schulbegleitung handelt es sich um eine zentrale ambulante Leistung der Eingliederungshilfe, die in Deutschland flächendeckend in großem Umfang erbracht wird.

Gerade bei dieser Leistung ist jedoch alles andere als klar, ob es sich dabei um ein Angebot/Unternehmen handelt, das den in Nummer 2 genannten Einrichtungen (= voll- und teilstationäre Einrichtungen zur Betreuung [...] behinderter [...] Menschen) vergleichbare Dienstleistungen im ambulanten Bereich anbietet. Der Gesetzgeber ist aufgerufen, hier Position zu beziehen und eindeutig zu regeln, ob Personen, die im Bereich der Schulbegleitung oder anderer Leistungen zur Teilhabe an Bildung tätig sind, von der Impfpflicht umfasst sein sollen oder nicht.

Die Bundesvereinigung Lebenshilfe plädiert dafür, Schulbegleiter*innen zu erfassen. Hierfür sprechen verschiedene Gründe: Zum einen gibt es einen räumlich engen Kontakt zwischen der Schulbegleiter*in und der Schüler*in mit Behinderung. In aller Regel sitzt die Schulbegleiter*in direkt neben der Schüler*in, so dass ein viel höheres Ansteckungsrisiko besteht als im Verhältnis Schüler*in – Lehrkraft. Es ist daher auch kein Verstoß gegen Art. 3 GG ersichtlich, wenn sich eine Impfpflicht zwar auf Schulbegleiter*innen erstreckt, nicht jedoch auf Lehrkräfte. Hierfür spricht zudem, dass bei einem Corona-Fall in einer Schule in aller Regel nur

für die direkte Sitznachbar*in Quarantäne angeordnet wird. Auch die Gesundheitsämter gehen daher von einem hohen Ansteckungsrisiko für/durch die direkte Sitznachbar*in aus. Zudem ist die Assistenz durch eine Schulbegleiter*in vergleichbar mit der Assistenz nach § 78 SGB IX. Es ist daher kein Grund ersichtlich, warum Assistenzleistungen nach § 78 SGB IX erfasst sein sollen, solche nach § 75/ § 112 SGB IX jedoch nicht.

Aus Sicht der Bundesvereinigung Lebenshilfe ist es daher dringend erforderlich, dass Leistungen zur Teilhabe an Bildung explizit als erfasstes Angebot benannt werden.

cc) Angebote zur Unterstützung im Alltag nach § 45a SGB XI müssen erfasst werden

Neben den Leistungen zur Teilhabe an Bildung sollten auch die Angebote zur Unterstützung im Alltag erfasst werden. Dies ist derzeit nicht der Fall (vgl. Gesetzesbegründung, BT-Drs. 20/188, S. 37).

Die Herausnahme dieser Leistung ist aus Sicht der Bundesvereinigung Lebenshilfe nicht sachgerecht. Denn die Angebote zur Unterstützung im Alltag werden von Menschen mit Behinderung, also einer vulnerablen Personengruppe, häufig genutzt. Außerdem wird im Rahmen dieser Leistung oftmals Unterstützung gewährt, die mit den nach § 20a Abs. 1 S. 1 Nr. 3 IfSG-Entw. erfassten Leistungen vergleichbar ist. Beispielsweise kommt es bei der Begleitung zur Freizeitgestaltung, die bspw. Tätigkeiten wie gemeinsames Lesen, Gesellschaftsspiele, Kochen, Backen umfasst, zu ähnlichen Interaktionen wie bei Assistenzleistungen nach § 78 SGB IX. Auch bei der Tagesbetreuung in Kleingruppen oder der Einzelbetreuung dürfte es häufig zu körpernahen Kontakten kommen. Es besteht bei Angeboten zur Unterstützung im Alltag daher eine vergleichbare Infektionsgefahr wie bei den von § 20a Abs. 1 S. 1 Nr. 3 IfSG-Entw. erfassten Leistungen.

Somit würde eine Differenzierung im Rahmen der Impfpflicht aus Sicht der Bundesvereinigung Lebenshilfe der Vorgabe des Art. 3 GG, gleiche Sachverhalte auch gleich zu behandeln, nicht genügen. Zumal nicht davon auszugehen ist, dass das Unterstützungspersonal dieser Angebote ohnehin aufgrund der Impfpflicht für tätige Personen in Pflegeeinrichtungen, ambulanten Pflegediensten oder Assistenzangeboten nach § 78 SGB IX geimpft ist. Gerade bei der Unterstützung von Menschen mit Behinderung erbringen oftmals ehrenamtlich tätige Personen die Leistung, die in keinem der genannten anderen Einrichtungen und Unternehmen tätig sind und daher ohne eine entsprechende Regelung keiner Impfpflicht unterliegen würden.

Die Bundesvereinigung Lebenshilfe spricht sich daher für eine Impfpflicht auch für Personen aus, die in Angebote zur Unterstützung im Alltag tätig werden.

dd) Begriff des "Unternehmens" spezifizieren

In der Gesetzesbegründung zu § 20a Abs. 1 S. 1 Nr. 3 IfSG-Entw. sollte der Begriff „Unternehmen“ näher erläutert werden. Grund hierfür ist folgende Erwägung: Im Bereich der Eingliederungshilfe werden von einem Leistungserbringer, der bspw. als gGmbH firmiert, in aller Regel mehrere Leistungen angeboten. Diese können sowohl verschiedene ambulante Leistungen wie Assistenzleistungen, Schulbegleitung und Angebote nach § 45a SGB XI umfassen als auch (teil-)stationäre Angebote wie besondere Wohnformen und Werkstätten. Gerade weil nach dem bisherigen Gesetzesentwurf nicht alle Angebote eines Leistungserbringens der Eingliederungshilfe erfasst wären, sollte klargestellt werden, dass mit dem Begriff „Unternehmen“ die einzelnen Angebote eines Leistungserbringens gemeint sind und nicht der Leistungserbringer in seiner unternehmensrechtlichen Gesamtstruktur.

ee) Persönliches Budget

In der Begründung zu § 20a Abs. 1 S. 1 Nr. 3 IfSG-Entw. wird erwähnt, dass die Impfpflicht ebenfalls bestehen soll, wenn die Leistungen im Rahmen eines Persönlichen Budgets erbracht werden. Die Bundesvereinigung Lebenshilfe hält dies zum Schutz der Budgetnehmer für dringend geboten. Es bestehen jedoch Zweifel, dass Assistenzpersonen, die im Rahmen eines persönlichen Budgets vom Budgetnehmer angestellt werden, vom Wortlaut „Unternehmen“ i. S. d. § 20a Abs. 1 S. 1 Nr. 3 IfSG erfasst werden. Um Konflikte zu vermeiden, wäre es aus Sicht der Bundesvereinigung Lebenshilfe ratsam, den Wortlaut entsprechend anzupassen.

Zudem stellt sich in diesem Zusammenhang die Frage, wem im Fall eines Persönlichen Budgets die Kontrollpflichten hinsichtlich des Impfnachweises nach § 20a Abs. 2 und 3 IfSG-Entw. obliegen. Hier sollte eine Klarstellung in die Gesetzesbegründung aufgenommen werden.

2. Testpflicht nach § 28b IfSG

Die Bundesvereinigung Lebenshilfe begrüßt, dass die neu eingeführte Vorschrift des § 28b IfSG mit dem vorliegenden Gesetzentwurf klarer gefasst wird.

a) Testpflicht für Werkstattbeschäftigte

Nach dem bisherigen Wortlaut der Vorschrift war umstritten, ob die Testpflicht nach § 28b Abs. 2 IfSG auch die in einer Werkstatt beschäftigten Menschen mit Behinderung erfasst oder ob diese zu den dort betreuten Personen gehören, die von der Testpflicht ausgenommen sind.

Dies ist nun in § 28b Abs. 2 S. 2 IfSG-Entw. dahingehend klargestellt, dass auch Menschen mit Behinderung, die Leistungen im Eingangs-, Berufsbildungs- oder Arbeitsbereich einer Werkstatt erhalten, der Testpflicht unterfallen.

Die Bundesvereinigung Lebenshilfe begrüßt diese Klarstellung. Die Erfassung dieser Personengruppe ist mit Blick auf einen umfassenden Infektionsschutz sachgerecht.

b) Häufigkeit der Testung

Auch die bestehenden Unsicherheiten zur Häufigkeit der Testung mit PCR-Tests bzw. PoC-Tests werden durch § 28b Abs. 2 IfSG-Entw. weitestgehend beseitigt.

Danach ist vorgesehen, dass eine Testung für Arbeitgeber und Beschäftigte, die geimpfte oder genesene Personen im Sinne des § 2 Nr. 2 oder Nr. 4 der COVID-19-Schutzmaßnahmen-Ausnahmenverordnung in der jeweils geltenden Fassung sind, mindestens zweimal pro Kalenderwoche durchgeführt werden muss.

Sicherheitshalber sollte hier bzw. in der Gesetzesbegründung noch klargestellt werden, dass der Begriff „Testung“ in diesem Zusammenhang sowohl die PCR-Testung als auch die PoC-Testung umfasst.

c) Anknüpfungspunkt bei ambulanten Dienstleistungen

Die Frage, wann Beschäftigte von ambulanten Angeboten, die in der Regel keine „Einrichtungen betreten“, sondern vor Ort in ambulanten Settings tätig werden, den Testnachweis erbringen müssen, ist ebenfalls beantwortet. Hier dürfte gemäß § 28b Abs. 2 S. 1 IfSG-Entw. nun das „Tätigwerden“ der maßgebliche Zeitpunkt sein.

d) Refinanzierung der Testung sicherstellen

In § 28b Abs. 2 IfSG-Entw. ist vorgesehen, dass die Einrichtungen und Unternehmen nach § 36 Abs. 1 Nr. 2 und 7 IfSG im Rahmen ihres Testkonzeptes Corona-Tests für alle Besucher und Beschäftigten anzubieten haben.

Bislang können die Einrichtungen über § 6 Abs. 4 Nr. 1 und 2 der Coronavirus-Testverordnung (TestV) nur 30 bzw. 20 PoC-Schnelltests abrechnen.

Damit es zu keinen Finanzierungslücken kommt, ist es dringend erforderlich, die TestV an die Neuregelung anzupassen und vorzusehen, dass alle Tests, die in Erfüllung der Pflicht aus § 28b Abs. 2 IfSG angeboten werden, refinanziert werden.

3. Änderungen im SGB XII

a) § 142 SGB XII

aa)

Die mit dem Gesetzentwurf beabsichtigte Verlängerung und Anpassung der bisherigen Sonderregelung zum Mehrbedarf für die gemeinschaftliche Mittagsverpflegung ist ausdrücklich zu begrüßen (§ 142 Abs. 2 SGB XII a. F.; nunmehr § 142 Abs. 1 SGB XII-Entw.).

Aufgrund der hoch dynamischen Infektionslage hat sich beispielsweise Sachsen-Anhalt entschlossen, die Präsenzpflicht in WfbMs und Tagesförderstätten aufzuheben (vgl. § 12 Abs. 6 der Corona-Verordnung des Landes Sachsen-Anhalt, abzurufen unter www.coronavirus.sachsen-anhalt.de). Es ist nicht auszuschließen, dass vergleichbare Regelungen auch in anderen Regionen Deutschlands notwendig sind/werden. Daher bedarf es dringend der geplanten Verlängerung der Sonderregelung zum Mittagessen. Die WfbM-Beschäftigten sind auf die Mittagsverpflegung angewiesen, da in ihren Wohnsettings (oftmals besondere Wohnformen) unter der Woche in der Regel keine Mittagsverpflegung angeboten wird. Vergleichbare Einschränkungen sind bei anderen Leistungsanbietern gem. § 60 SGB IX oder vergleichbaren tagesstrukturierenden Angeboten zu erwarten, die normalerweise ebenfalls eine Mittagsverpflegung anbieten (§ 42b Abs. 2 SGB XII; § 30 Abs. 8 SGB XII).

Es ist deshalb erfreulich, wenn § 142 SGB XII-Entw. für Abhilfe sorgt und der Mehrbedarf für die Mittagsverpflegung auch bei der Aufhebung der Präsenzpflicht oder ggf. weitergehender Maßnahmen zum Infektionsschutz wie die Schließung einzelner Werkstätten zu gewähren ist. So können Versorgungslücken vermieden werden.

Anknüpfungspunkt ist nach § 142 Abs. 1 S. 1 SGB XII-Entw. die Bewilligung des Mehrbedarfs für die Mittagsverpflegung im Oktober 2021 (vgl. § 42b SGB XII, § 30 Abs. 8 SGB XII). Rechtsfolge ist die Anerkennung des Mehrbedarfs in gleichbleibender Höhe bis zum 31.03.2022 – und zwar auch dann, wenn die Voraussetzungen der Gemeinschaftlichkeit der Essenseinnahme sowie der Essenseinnahme in der Verantwortlichkeit des Leistungsanbieters nicht erfüllt sind. Sollte sich herausstellen, dass der neue Anknüpfungszeitraum Oktober 2021 zu unbilligen Ergebnissen führt, wäre nachzustitzen.

Hinsichtlich der Höhe des Mehrbedarfs begegnet es keinen Bedenken, dass nach § 142 Abs. 1 S. 2 SGB XII-Entw. weiterhin auf die Berechnung gem. § 42b Abs. 2 S. 3 SGB XII abgestellt werden soll.

Positiv ist zudem die in § 142 Abs. 2 SGB XII-Entw. vorgesehene Verlängerungsmöglichkeit bzw. Verordnungsermächtigung, mit der ggf. kurzfristig auf die Entwicklung der Pandemie reagiert werden kann.

bb)

Zu bedauern ist, dass § 142 Abs. 1 SGB XII a. F. in seiner bisherigen Fassung nicht verlängert wird. Das bedeutet für Schul- und Kindergartenkinder, dass sie keine Mittagsverpflegung mehr erhalten, sobald die gemeinschaftliche Essenseinnahme wegen der Corona-Pandemie entfällt. Sollte es erneut zu Schul- und/oder Kindergartenschließungen kommen, müsste diese Regelung spätestens dann reaktiviert werden.

b) § 141 SGB XII

Die Vorschrift, die erleichterte Voraussetzungen für den Zugang zu existenzsichernden Leistungen regelt, wurde bereits bis zum 31.03.2022 verlängert. Dies ist erfreulich.

Allerdings hat sich als unklar erwiesen, ob die Vorschrift nur erstmalige Bewilligungen betrifft oder ob bspw. auch Menschen mit Behinderung, bei denen es in der Regel um die „Weiterbewilligung“ geht, von der Zugangserleichterung profitieren können.

Da § 141 SGB XII zum Ziel hat, coronabedingte Notlagen abzuwenden, ist die Vorschrift auch auf reine „Weiterbewilligungen“ anzuwenden (so bspw. Prof. Bittner, Richterin am LSG Hessen: „Befristete Regelungen für den erleichterten Zugang zu Leistungen zur Gewährleistung des Existenzminimums aus Anlass der COVID-19-Pandemie...“ in NZS 2020, 332 ff; Überblick zum Meinungsstand bei Groth in juris-PK-SGB XII, 2020, Rz. 19 f zu § 141 SGB XII). Das Sozialgericht Landshut hat sich zwar der gegenteiligen Meinung angeschlossen, jedoch ausdrücklich festgestellt, dass dies nicht zwingend sei (SG Landshut, Beschluss vom 18.08.2021 – Az: S 3 SO39/21 ER).

Dies vorausgeschickt, wäre aus Sicht der Bundesvereinigung Lebenshilfe die folgende Klarstellung in § 141 Abs. 1 SGB XII wünschenswert:

„Leistungen nach dem Dritten oder Vierten Kapitel werden für Bewilligungszeiträume, die in der Zeit [...] beginnen, nach Maßgabe der Absätze 2 bis 4 erbracht. *Dies gilt ebenso für Weiterbewilligungen.*“

Stellungnahme

der Deutschen Krankenhausgesellschaft

—
zum

**Gesetzentwurf der Fraktionen
der SPD, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und FDP
(BT-Drs. 20/188)**

—
für ein

**Gesetz zur Stärkung der Impfprävention gegen
COVID-19 und zur Änderung weiterer Vorschriften im
Zusammenhang mit der COVID-19-Pandemie**

Stand: 7. Dezember 2021

1. Vorbemerkungen

Die Pflegekräfte, die Ärztinnen und Ärzte und ebenso alle anderen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Krankenhäuser kämpfen in diesen Tagen einmal mehr mit größtem Einsatz darum, die medizinische Versorgung der Bevölkerung aufrechtzuerhalten und jeder Patientin und jedem Patienten die bestmögliche Versorgung zukommen zu lassen. Dazu brauchen die Krankenhäuser gesetzliche Rahmenbedingungen, die es ihnen ermöglichen, sich vollständig auf die Versorgung ihrer Patientinnen und Patienten in dieser Krisensituation zu konzentrieren. Die Krankenhäuser begrüßen daher die mit dem vorliegenden Gesetzentwurf geplanten **Maßnahmen zur wirtschaftlichen Entlastung und Liquiditätssicherung der Kliniken und auch die punktuelle Entlastung von Dokumentations- und Nachweispflichten**, sehen aber gleichwohl noch erheblichen Nachbesserungsbedarf.

Die Impfquote der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in den Krankenhäusern liegt schon heute weit über dem Bundesdurchschnitt. Die im Gesetzentwurf angelegte **Einführung einer einrichtungsbezogenen Impfpflicht** findet dennoch die volle Unterstützung der Krankenhäuser, da sie dazu beitragen wird, die noch bestehende Impflücke vollständig zu schließen. Punktuellen Anpassungsbedarf haben wir untenstehend formuliert.

Dass der Gesetzgeber die erst vor Kurzem mit dem „Gesetz zur Änderung des Infektionsschutzgesetzes und weiterer Gesetze anlässlich der Aufhebung der Feststellung der epidemischen Lage von nationaler Tragweite“ erweiterten **Testpflichten der Krankenhäuser** mit dem vorliegenden Gesetzentwurf nochmals klarstellend nachjustiert, wird von den Krankenhäusern ebenfalls ausdrücklich begrüßt. Ergänzenden Anpassungsbedarf haben wir nachstehend formuliert.

2. Dringender gesetzlicher Anpassungsbedarf

2.1. Maßnahmen zur wirtschaftlichen Entlastung und Liquiditätssicherung

Die Wiedereinführung von **Ausgleichszahlungen** zur Kompensation der finanziellen Auswirkungen, die für die Krankenhäuser aus der Verschiebung und Aussetzung planbarer Aufnahmen, Operationen und Eingriffe resultieren, wird einen wichtigen Beitrag zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser leisten. Da die Ausgleichszahlungen im Rahmen des Ganzjahreserlösausgleiches 2021 (GJA) zu 85 % angerechnet werden, sind sie in erster Linie eine Maßnahme zur Liquiditätssicherung der Krankenhäuser. Da derzeit alle Krankenhäuser erhebliche Erlös- und Liquiditätseinbrüche zu verzeichnen haben, ist allerdings nicht nachvollziehbar, dass nur somatische Kliniken (KHEntG-Bereich), die einer stationären Notfallstufe zugeordnet werden können, einen Anspruch auf Ausgleichszahlungen erhalten sollen und psychiatrische sowie psychosomatische Einrichtungen (BPfIV-Bereich) somit vollständig ausgeschlossen bleiben. Dieser Konzeptionsfehler muss umgehend behoben werden. Nicht sachgerecht ist auch, dass die Laufzeit der Ausgleichszahlungen auf die Zeit vom 15.11.2021 bis zum 31.12.2021 begrenzt ist. Die Pandemie wird nicht am 31.12.2021 vorbei sein sondern nach allen seriösen Modellrechnungen wird die derzeitige vierte Welle ihren Scheitelpunkt in den Krankenhäu-

sfern frühestens Anfang/Mitte Januar 2022 erreichen. Es liegt auf der Hand, dass die außergewöhnlichen Belastungen und deren wirtschaftliche Auswirkungen der Pandemie weit in das Jahr 2022 hineinreichen werden. **Daher sollten die Ausgleichszahlungen zumindest mit der Laufzeit des Versorgungsaufschlags für die Behandlung von Covid-Patientinnen und -Patienten (01.11.2021 bis 19.03.2022) synchronisiert werden.**

Die Wiedereinführung der Ausgleichszahlungen und die verminderte Anrechnung des Versorgungsaufschlages innerhalb des GJA 2021 reichen jedoch bei Weitem nicht aus, um die pandemiebedingt äußerst angespannte wirtschaftliche Situation der Krankenhäuser nachhaltig und verlässlich zu verbessern. Unbedingt notwendig ist vielmehr auch die zeitnahe Umsetzung der im Abschnitt „Weiterer Handlungsbedarf“ dargestellten Sofortmaßnahmen im Rahmen weiterer gesetzgeberischer Verfahren.

2.2. Einrichtungsbezogene Impfpflicht

Die Krankenhäuser begrüßen die zeitnahe Einführung einer Impfpflicht für Krankenhäuser, Arzt- und Zahnarztpraxen, Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen sowie zahlreiche weitere Einrichtungen und ausgewählte Personengruppen. Sie wird einen wichtigen Beitrag dazu leisten, die in den genannten Einrichtungen gegebenenfalls noch bestehenden Impflücken zu schließen. Nachbesserungsbedarf besteht jedoch zu folgenden Punkten:

a. Einbeziehung ambulanter Pflegedienste nach SGB V

Die Impfpflicht sollte auch für Personen gelten, die ambulante Pflegedienste gemäß SGB V leisten. Nur so können auch für diesen Bereich eine vollständige Durchimpfung und damit der Schutz besonders vulnerabler Personen gewährleistet werden. Dies geht aus den Formulierungen des Entwurfs jedoch leider nicht eindeutig hervor. Um hier Normenklarheit zu erreichen und eine unbeabsichtigte Abwanderung nicht impfwilliger Pflegekräfte in diesen Bereich zu verhindern, müssten die ambulanten Pflegeeinrichtungen nach SGB V in die Auflistung (entsprechend der Auflistung § 23 Abs. 3, Nr. 11), hier als § 20a Abs. 1, Nr. 1 Buchstabe n) aufgenommen werden. Die Auflistung unter Nr. 3 könnte als Aufzählung der Personen, die nach SGB XI Leistungen der ambulanten Pflege erbringenden interpretiert werden und würde somit die Personen, die Leistungen nach SGB V für ambulante Pflegeeinrichtungen erbringen, nicht umfassen.

b. Ausnahmen für unerheblichen Zeitraum

In der Gesetzesbegründung findet sich der Hinweis, dass die Impfpflicht für alle Personen in Einrichtungen oder Unternehmen gilt, die dort nicht nur zeitlich ganz vorübergehend (nicht nur jeweils wenige Minuten, sondern über einen längeren Zeitraum) tätig sind. Diese Erläuterung lässt Interpretationsspielraum. Hier braucht es eine klare und unmissverständliche Normenausgestaltung in Form einer Definition dessen, ab wann von einem längeren Zeitraum ausgegangen werden kann.

c. Anbindung der Gesundheitsämter an die Telematikinfrastruktur

Bei fehlenden oder zweifelhaften Nachweisen müssen die Krankenhäuser das Gesundheitsamt informieren und personenbezogene Daten übermitteln. Hierfür ist eine Anbindung der Gesundheitsämter an die Telematikinfrastruktur bis zum 15.03.2022 wesentlich. So kann ein schneller und einheitlicher Prozess der Datenübermittlung sichergestellt werden.

d. Kündigungsmöglichkeit für Krankenhäuser bei Beschäftigten ohne Nachweis

Für bereits bestehende Tätigkeitsverhältnisse gilt eine Pflicht zur Vorlage eines gültigen Impfnachweises bis zum 15.03.2022. Eine arbeitsrechtliche Unklarheit besteht für die Krankenhäuser darin, wie mit „bereits Beschäftigten“ (§ 20a Abs. 2) umzugehen ist, die den Impfnachweis nicht erbringen. Die Krankenhäuser können dies gegenüber dem Gesundheitsamt melden. Arbeitsrechtliche Schritte sind in § 20a Abs. 2 jedoch nicht vorgesehen. Das Gesetz sollte deshalb die Möglichkeit der unbefristeten Freistellung ohne Lohnfortzahlung ebenso vorsehen, wie auch bei andauernder Nichtvorlage eines Impfnachweises die Möglichkeit der Kündigung.

Für „noch nicht Tätige“, die keinen Nachweis erbringen, werden in § 20a Abs. 2 Regelungen getroffen, wonach diese ab dem 16.03.2022 nicht beschäftigt und nicht tätig werden dürfen. In Absatz 3 erfolgt also für „Bewerber“ eine klare Regelung, während für „bereits Beschäftigte“ keine Regelung getroffen wird. Dies bedarf einer dringenden Korrektur (s.o.).

Erschwerend kommt hinzu, dass in der Gesetzesbegründung zu Artikel 1, Nummer 4, Absatz 3 zu den „noch nicht Tätigen“ arbeitsrechtliche Feststellungen u.a. zur Lohnzahlungspflicht erfolgen, die für „noch nicht Tätige“ nicht relevant erscheinen. Diese Ausführungen sind vielmehr bei den „bereits Beschäftigten“ unter Absatz 2 zu verorten.

2.3. Test- und Zutrittskonzepte

Mit dem Gesetz zur Änderung des Infektionsschutzgesetzes und weiterer Gesetze anlässlich der Aufhebung der Feststellung der epidemischen Lage von nationaler Tragweite wurden zur Verhinderung der Verbreitung des Coronavirus SARS-CoV 2 in § 28b Infektionsschutzgesetz (IfSG) umfangreiche Testpflichten für Krankenhäuser eingeführt. Insbesondere die Organisation und der Umfang der Testungen sowie der damit verbundene Dokumentationsaufwand führen in den Krankenhäusern in einer vielerorts angespannten Versorgungssituation zu erheblichen Mehrbelastungen. Die Krankenhäuser begrüßen daher ausdrücklich die im vorliegenden Gesetzentwurf enthaltenen Anpassungen. Wir schlagen darüber hinausgehend vor, in vergleichbarer Anwendung der 2G plus Regelung zahlreicher Bundesländer die „geboostersten“ Beschäftigten von der vorgesehenen Testpflicht für geimpfte Beschäftigte auszunehmen.

Darüber hinaus begrüßen die Krankenhäuser, dass für den Rettungsdienst Ausnahmen von der Testpflicht vorgesehen sind. In diesem Zusammenhang sollte jedoch rechtssicher und konsistent definiert werden, was ein „unerheblicher Zeitraum“ für ein Betreten des Krankenhauses ist. Während Notfalleinsätzen kommt es zu teilweise erheblichen

Aufenthalten der Rettungsdienstmitarbeiterinnen und -mitarbeiter im Krankenhaus. Um Missverständnissen und Unklarheiten vorzubeugen, sind diese Anpassungen beim Gesetzentwurf angezeigt.

3. Weiterer gesetzlicher Handlungsbedarf

Es ist unstrittig, dass die gesellschaftlichen und wirtschaftlichen Auswirkungen der Pandemie weit in das Jahr 2022 hineinreichen werden. Für die Krankenhäuser gilt dies in ganz besonderem Maße. Deshalb appellieren die Krankenhäuser an die neue Bundesregierung, möglichst zeitnah in einen engen Austausch mit den Krankenhäusern zu treten und insbesondere die folgenden Sofortmaßnahmen zügig auf den Weg zu bringen:

1. Nachbesserung des Ganzjahreserlösausgleichs 2021

Die für den Ganzjahreserlösausgleich 2021 geltenden Regelungen sehen vor, dass die Erlösrückgänge des Jahres 2021 auf Basis der Erlöse des Jahres 2019 lediglich zu 98 Prozent ausgeglichen werden. Als die betreffende Verordnung im April 2021 vom Bundesministerium für Gesundheit veröffentlicht wurde, war nicht absehbar, welches Ausmaß die Corona-Pandemie im Herbst und Winter 2021 haben würde. Demzufolge wurden die für das Jahr 2021 erwarteten Erlösrückgänge der Krankenhäuser als viel zu niedrig eingeschätzt. Ein Klinikstandort mit einem Erlös volumen von 100 Millionen Euro muss so die ersten 2 Millionen Euro an Erlösrückgang vollständig selbst tragen. Das ist angesichts weiterer ungedeckter Verluste (ambulante Leistungen, Nebenbetriebe etc.) nicht akzeptabel. Deshalb müssen die 2-prozentige Absenkung gegenüber dem Jahr 2019 gestrichen und die Erlösrückgänge des Jahres 2021 vollständig ausgeglichen werden.

2. Erhöhung des vorläufigen Pflegeentgeltwertes

Bislang konnten maximal die Hälfte aller Krankenhäuser mit den Kostenträgern eine Vereinbarung über die Höhe ihrer Pflegebudgets für das Jahr 2020 treffen. Für 2021 wurden bislang nur sehr vereinzelt Pflegebudgets fortgeschrieben. Dies führt dazu, dass viele Krankenhäuser ihre tatsächlichen Pflegekosten - einschließlich Personalaufbau sowie Lohnentwicklung – noch immer nicht vollständig refinanzieren können. Die fehlenden Budgetvereinbarungen in Kombination mit der pandemiebedingten, geringeren Belegung führen zu einer Liquiditätssünde bei den Krankenhäusern, die durch eine Erhöhung des vorläufigen Pflegeentgeltwertes wirksam abgeschwächt werden könnte (sachgerecht wäre eine Erhöhung auf 213 Euro zum 01.01.2022).

3. Etablierung eines Ganzjahreserlösausgleich für das Jahr 2022 und Fortführung des Corona-Mehrkostenzuschlags

Die Krankenhäuser haben bis heute keinerlei Planungssicherheit für das Jahr 2022. Offenkundig ist lediglich, dass alle Krankenhäuser auch im kommenden Jahr erhebliche Erlöseinbrüche erleiden werden und weiterhin coronabedingte Mehrkosten tragen müssen. Auch für das Jahr 2022 müssen deshalb ein Ganzjahreserlösausgleich und ein Corona-Mehrkostenzuschlag (läuft Ende 2021 aus) zeitnah auf den Weg gebracht werden.

4. Verschiebung OPS-Strukturprüfung, Absenkung Prüfquote, Verschiebung Aufschlagzahlung

Für einen deutlich spürbareren Entlastungseffekt sollten unbedingt die extrem aufwendige, erstmalige Durchführung der OPS-Strukturprüfung um ein weiteres Jahr auf 2023 verschoben, die Prüfquote für 2022 abermals auf 5 % abgesenkt und die Anwendung der Aufschlagzahlung nach § 275c Abs. 3 SGB V um ein weiteres Jahr verschoben werden.

Zu diesen und weiteren Punkten stehen die Krankenhäuser für einen vertrauensvollen Austausch jederzeit gerne zur Verfügung.

- Stellungnahme -

Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Impfprävention gegen COVID-19 und zur Änderung weiterer Vorschriften im Zusammenhang mit der COVID-19-Pandemie

Gesetzentwurf

der Fraktionen SPD, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und FDP vom 06.12.2021

Der Deutsche Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK) bedankt sich für die Möglichkeit der Stellungnahme zum Gesetzentwurf der Fraktionen SPD, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und FDP vom 06.12.2021 über ein Gesetz zur Stärkung der Impfprävention gegen COVID-19 und zur Änderung weiterer Vorschriften im Zusammenhang mit der COVID-19-Pandemie.

Der DBfK teilt die Zielsetzung des Gesetzesentwurfs, eine weitere Steigerung der Impfquote unter den in bestimmten Einrichtungen und Unternehmen tätigen Personen und den Schutz vulnerabler Personengruppen vor einer COVID-19 Erkrankung zu erreichen. Hierzu haben wir den Vorschlag gemacht, die Booster-Impfungen durch die Beteiligung von Pflegefachpersonen vor allem in der ambulanten und stationären Langzeitpflege zu beschleunigen und dies rechtlich und organisatorisch zu regeln, u. a. durch

- die befristete und sachlich begrenzte Übertragung der heilkundlichen Aufgabe an Pflegefachpersonen
- eine ärztliche Unterweisung von 1-2 Stunden zu Nebenwirkungen der vorausgegangenen Erstimpfung, die eine weitere Impfung verbieten sowie Auffrischung zur sachgerechten Verabreichung der intramuskulären Injektion
- eine Durchführung der (Gruppen-)Unterweisung und Dokumentation der Teilnahme in nahegelegenen Krankenhäusern und/oder durch den ärztlichen Dienst des ÖGD sowie
- einer Refinanzierung des für Impfung zeitlichen Aufwands für den Arbeitgeber der beteiligten Pflegefachpersonen

Der Vorschlag beruht auf der Ansicht, dass sich diese Maßnahmen mit entsprechendem politischem Willen zügig durchsetzen lassen. Damit würden die Booster-Impfungen fachlich auf eine solide Grundlage gestellt werden. Der Gesetzentwurf regelt ein dem Vorschlag nahe kommenden Verfahren nunmehr für Zahnärzt:innen, Apotheker:innen und Tierärzt:innen und die Beteiligung der Pflegefachpersonen nach dem bestehenden Delegationsprinzip. Hier wäre hinsichtlich der Pandemiebekämpfung ein erster Schritt in die Neujustierung der Primärversorgung und der Übertragung heilkundlicher Aufgaben möglich und realisierbar gewesen.

Der DBfK als Mitglied des Deutschen Pflegerates e.V. (DPR) trägt dessen Stellungnahme in allen Teilen mit und nimmt hier ergänzend Stellung.

Änderungsvorschläge zu einzelnen Paragraphen:

Artikel 1 Änderung des Infektionsschutzgesetzes

Änderungsvorschlag:

§ 20b Durchführung von Schutzmaßnahmen gegen das Coronavirus SARS-CoV-2

Absatz 1 Satz 1 sollte wie folgt ergänzt werden: (1) Abweichend von § 20 Absatz 4 Satz 1 sind Zahnärzte, Tierärzte sowie Apotheker sowie Pflegefachkräfte und Hebammen zur Durchführung von Schutzimpfungen gegen das Coronavirus SARS-CoV-2 bei Personen, die das 12. Lebensjahr vollendet haben, berechtigt, wenn ...

Begründung

Angesichts der gebotenen Beschleunigung des Impftempos bei den Booster-Impfungen begrüßen wir die Erweiterung, dass auch Zahnärzt:innen, Apotheker:innen und Tier:ärztinnen in die Impfkampagne aufgenommen werden sollen, insbesondere, wenn geeignete Räumlichkeiten bereit stehen und eine Schulung über Aufklärung, Anamneseerhebung und Impfberatung erfolgreich absolviert wurde. Zudem ist es sehr hilfreich, diese geschulten Berufsgruppen in mobile Impfteams einzubinden. Pflegefachpersonen, Hebammen und Angehörige weiterer Gesundheitsberufe sind gemäß dem Gesetzesentwurf nur im Wege der Delegation impfberechtigt (gemäß dem bestehenden Status quo). Dies benötigt keine gesonderte Regelung, wie in Absatz 4 vorgesehen.

Wir plädieren dafür, Pflegefachpersonen nach Absolvierung der in Absatz 2 vorgesehenen Schulung und auf der Grundlage eines wie in Absatz 3 vorgesehenen Curriculums für Zahnärzt:innen, Apotheker:innen und Tierärzt:innen impfen können sollen. Hierzu führt auch die Gesetzesbegründung aus, dass Pflegefachpersonen oder Hebammen im Rahmen ihrer Ausbildung grundsätzlich über die erforderlichen Kenntnisse, Fähigkeiten und Fertigkeiten sowie über ihre Berufserfahrung über Kenntnisse zum Umgang mit Impfstoff und medizinischen Fragen verfügen und erste Notfallmaßnahmen, z.B. im Fall anaphylaktischer oder sonstiger Reaktionen, einleiten können. Die Gesetzesbegründung führt aus, dass Zahnärzt:innen und Apotheker:innen diese erforderlichen Kenntnisse noch erwerben müssen.

Vor diesem Hintergrund ist nicht nachvollziehbar, dass Pflegefachpersonen nicht ohne Anwesenheit eines Arztes oder einer Ärztin am Impfort impfen können sollen. Der Verordnungsgeber sollte an dieser Stelle von seiner Ermächtigung nach § 5a IfSG Gebrauch machen, Pflegefachpersonen die Ausübung heilkundlicher Tätigkeiten zu ermöglichen. Dies benötigt eine Rechtsgrundlage, da § 5a IfSG nur bei Vorliegen der epidemischen Lage von nationaler Tragweite greifen kann. Daher sehen wir in § 5a IfSG die Notwendigkeit, die Verordnungsermächtigung auch ohne Vorliegen der Feststellung einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite nach § 5 IfSG zu verlängern und auf dieser Grundlage schnellstmöglich die dort genannten Berufsgruppen zum Impfen zu ermächtigen.

Wir stellen in der Praxis fest, dass häuslich versorgte pflegebedürftige Menschen in nicht geringem Umfang immer noch nicht geimpft sind. Diese Lücken könnten im Rahmen des Hausbesuchs der Pflegefachpersonen der Pflegedienste geschlossen werden.

Eine Vergütung der zusätzlichen pflegefachlichen Leistungserbringung ist dabei analog zur Gebührenordnung der Ärzte selbstverständlich zu regeln.

Artikel 15 Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch

§ 114 Qualitätsprüfungen Abs. 2 a SGB XI

Änderungsvorschlag

Abweichend von Absatz 2 Satz 1 ist in dem Zeitraum vom 1. Oktober 2020 bis zum 31. Dezember 2024 31. März 2022 in allen zugelassenen Pflegeeinrichtungen eine Regelprüfung durchzuführen, wenn die Situation vor Ort es aufgrund der Sars-CoV-2-Pandemie zulässt.

Begründung

Der DBfK hat bereits in seiner Stellungnahme zum Epilage Fortgeltungsgesetz darauf hingewiesen, dass es auch nach Rückgang der Infektionszahlen einige Zeit dauern wird, bis in den ambulanten Pflegediensten und stationären Pflegeeinrichtungen wieder Normalität einkehren wird. Diese „Normalität“ gab es bis dato nicht. Die Infektionszahlen steigen seit einigen Wochen wieder stark an. Beruflich Pflegende arbeiten seit Monaten „am Limit und darüber hinaus“. Sie setzen Hygienekonzepte um, organisieren Impftermine, führen Schnelltests durch und haben neben all diesen zusätzlichen Aufgaben auch noch ihre originäre Aufgabe zu bewältigen – die pflegerische Versorgung der Pflegebedürftigen. Aufgrund der hohen Belastungen ist davon auszugehen, dass nach wie vor Prioritäten gesetzt werden müssen und dies zugunsten der Versorgung der Pflegebedürftigen erfolgt. Von daher steht beispielweise die Teilnahme an Fortbildungen und die lehrbuchmäßige Dokumentation derzeit nicht im Fokus, sondern die Versorgung der Pflegebedürftigen.

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat am 2.12.2021 auf das aktuelle Infektionsgeschehen reagiert und bislang befristete Sonderregelungen zeitlich anpasst. So werden in Krankenhäusern die Kontrollen des Medizinischen Dienstes (MD) im Sinne der MD-Qualitätskontroll-Richtlinie des G-BA bis zum 31. März 2022 ausgesetzt. Zudem finden keine Kontrollen des MD vor Ort in den Krankenhäusern statt, um Kontakte und bürokratischen Aufwand zu reduzieren. Es erschließt sich uns nicht, warum die Kontrollen in Krankenhäusern ausgesetzt werden, die Qualitätsprüfungen in der Langzeitpflege jedoch nicht. Der bürokratische wie auch personelle Aufwand sollte den Pflegenden in der Langzeitpflege in dieser Phase der Pandemie ebenfalls nicht zugemutet werden. Eine Qualitätsprüfung dauert in der Regel zwei Tage. Das neue Prüfsystem erfordert eine enge Begleitung der Prüfenden durch die Pflegefachpersonen der Einrichtung, da das Fachgespräch ein wesentlicher Baustein der neuen Prüfung ist. Eine Ankündigung der Prüfung am Tag zuvor bringt keine Entlastung. Der Krankenstand in vielen Einrichtungen ist hoch, da viele Pflegende „am Ende ihrer Kräfte sind“. Sollten die verbleibenden Pflegenden ab 01.01.2022 wieder regelmäßige Qualitätsprüfungen begleiten müssen und in diesen ggf. auch noch sanktioniert werden, weil die Dokumentation nicht lehrbuchmäßig erfolgte oder Fortbildungen aufgrund von Personalmangel oder fehlenden online-Angeboten nicht besucht werden konnten, dann ist eine weitere Demotivation vorprogrammiert. Der neue Bundesgesundheitsminister hat prognostiziert, dass „die Corona Pandemie länger dauern werde, als viele denken“. Der DBfK appelliert im Namen der beruflich Pflegenden, die Regel-Prüfungen bis zum 31.03.2022 nur nach Abwägung der Situation vor Ort durchzuführen. Anlassprüfungen bleiben davon unberührt. Die Aufhebung der Sätze 1 - 6 lehnen wir ab und schlagen vor, Satz 1 zu ändern.

§114b Abs. 1 und 2 SGB XI

Änderungsvorschlag

- (1) ~~Die zugelassenen vollstationären Pflegeeinrichtungen sind verpflichtet, ab dem 1. Oktober 2019 bis zum 31. Dezember 2021 31. März 2022 einmal und ab dem 01. Januar 2022 01. April 2022 halbjährlich zu einem bestimmten Stichtag indikatorenbezogene Daten zur vergleichenden Messung und Darstellung von Ergebnisqualität im vollstationären Bereich zu erheben ...~~
- (2) ~~Die von den Einrichtungen gemäß Absatz 1 Satz 1 übermittelten indikatorenbezogenen Daten werden entsprechend den Qualitätsdarstellungsvereinbarungen nach §115 Absatz 1a mit Ausnahme der zwischen dem 1. Oktober 2019 und 31. Dezember 2021 31. März 2022 erhobenen und übermittelten Daten veröffentlicht.~~

Begründung

Der DBfK hält es – bezugnehmend auf seine Ausführungen zum Artikel 15 – für geboten, auch die Fristen für die Erhebung und Übermittlung von indikatorenbezogenen Daten anzupassen. Die Datenerhebung und -eingabe erfordert zeitliche Ressourcen der Pflegefachpersonen, die aufgrund der angespannten Situation in den Einrichtungen für die Versorgung der Pflegebedürftigen benötigt werden.

Berlin, 07.12.2021

Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK) - Bundesverband e. V.
Alt-Moabit 91 | 10559 Berlin | Telefon: +49 (0)30-2191570 | E-Mail: dbfk@dbfk.de | www.dbfk.de

Stellungnahme zu einem Gesetzentwurf zur Stärkung der Impfprävention gegen COVID-19 und zur Änderung weiterer Vorschriften im Zusammenhang mit der COVID-19- Pandemie (BT-Drucksache 20/188)

Eva Welskop-Deffaa
Präsidentin

Postfach 4 20, 79004 Freiburg
Karlstraße 40, 79104 Freiburg
Telefon-Zentrale 0761 200-0

Ihre Ansprechpartnerin
Dr. Elisabeth Fix
Telefon-Durchwahl 030 284 447-46
Telefax 030 284 44788-88
elisabeth.fix@caritas.de

Datum 7. Dezember 2021

A. Einleitung

Der Deutsche Caritasverband bedankt sich für die Möglichkeit zur Stellungnahme zum Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Impfprävention gegen COVID-19, die er gemeinsam mit seinen Fachverbänden Katholischer Krankenhausverband (kkvd), Bundesverband katholischer Einrichtungen und Dienste der Erziehungshilfen e. V. (BVkE), Verband Katholischer Tageseinrichtungen für Kinder (KTK), Sozialdienst katholischer Frauen (SkF), Sozialdienst katholischer Männer (SkM), Caritas Suchthilfe (CaSu), Bundesverband Caritas Behindertenhilfe und Psychiatrie (CBP), Katholische Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe (KAGW), Verband Katholischer Altenhilfe (VKAD), Caritas Bundesverband Kinder- und Jugendreha (BKJR) sowie dem Katholischen Forum Leben in der Illegalität und der Katholischen Arbeitsgemeinschaft für Müttergenesung vorlegt.

Zusammenfassend nimmt die Caritas, wie folgt, zu dem Gesetzentwurf Stellung.

1. Die Caritas begrüßt sehr, dass bei den bundesweit einheitlichen Schutzmaßnahmen zur Verhinderung der Verbreitung von COVID 19 nach § 28b IfSG notwendige Klarstellungen und Nachjustierungen zu Regelungslücken zu den Testpflichten in den Einrichtungen und Diensten, auf die wir hingewiesen hatten, vorgenommen wurden, wie z.B. Testpflichten für Paketboten, die nur kurzzeitig die Einrichtung betreten. Sehr begrüßenswert ist, dass eine zusätzliche Dokumentation der Testpflichten im Sinne eines Testmonitoring ganz entfallen ist.
2. Unterstützt wird auch die Einführung einer einrichtungsbezogenen Impfpflicht in § 20a IfsG. Angesichts der immer noch unzureichenden Impfquoten gegen COVID-19 hält die Caritas eine stufenweise Verschärfung der Maßnahmen für geboten. Die mit dem vorliegenden Gesetzentwurf geplante Einführung einer einrichtungsbezogenen Impfpflicht für Personal, das vulnerable Personengruppen, insbesondere in körpernahem Kontakt, betreut, ist durch die besondere Verantwortung für den Schutz der vulnerablen Gruppen begründet. Aus Sicht der Caritas ist allerdings sicher zu stellen, dass der Gesetzgeber der einrichtungsbezogenen Impfpflicht zeitnah eine bedingte allgemeine Impfpflicht folgen lässt. Diese sollte spätestens zum 1. April 2022 in Kraft treten unter der Maßgabe,

Deutscher
Caritasverband e.V.

dass bis dahin eine Impfquote von 95 Prozent nicht erreicht worden ist. Der Gesundheitsschutz der Gesellschaft, auch derjenigen Mitbürgerinnen und Mitbürger, die sich selbst nicht impfen lassen können, ist Ausdruck gesamtgesellschaftlicher Solidarität. Wenn bis zum April mit den bereits beschlossenen Maßnahmen und einer bis dahin verstärkten Impfinformation und -werbung die Zielquote von 95 Prozent nicht erreicht werden kann, ist angesichts der Gefährdungen die von dem Corona-Virus ausgehen, die Durchsetzung einer allgemeinen bußgeldbewehrten Impfpflicht nicht länger aufzuschieben. Nachbesse rungsbedarfe sehen wir vor allem im Bereich der Einrichtungen, die Assistenzleistungen für Menschen mit Behinderung erbringen. Von der Impfpflicht umfasst sollten auch die Bereiche Schulassistenz, Ausbildungs-, Berufsbegleitungs- und Arbeitsassistenz. Es ist auch nicht nachvollziehbar, warum beispielsweise heilpädagogische Kitas unter die Impfpflicht fallen, nicht jedoch inklusive Kitas. Die Caritas spricht sich grundsätzlich dafür aus, zu erwägen, auch die Beschäftigten von Kindertagesstätten und Schulen von der Impfpflicht zu umfassen, da für Kinder unter 5 Jahren kein Impfstoff zugelassen ist.

3. Der Katholische Krankenhausverband und der Deutsche Caritasverband begrüßen die geänderte Berücksichtigung der gezahlten Versorgungsaufschläge in Höhe von 50 Prozent als Beitrag zur kurzfristigen Sicherstellung der Liquidität. Sie setzen sich dafür ein, erlössichernde Liquiditätshilfen allen Krankenhäusern zur Verfügung zu stellen. Denn die pandemiebedingt ausgelösten Einnahmeausfälle betreffen nicht nur die Krankenhäuser, die an COVID-19 erkrankte Patientinnen und Patienten behandeln. Aufgrund der ad-hoc Freihaltung von Betten ist eine Regelversorgung in allen Bereichen nicht möglich. Keine Behandlungsleistung heißt keine Einnahmen. Die Frist für die Ausgleichszahlungen sollte auf den 1. November 2021 vorgezogen werden.
4. Neben den Zahnärzt_innen, Tierärzt_innen und Apotheker_innen sollten auch Pflege fachkräfte grundsätzlich impfberechtigt sein, denn sie verfügen über die erforderlichen Kompetenzen, wie auch die Begründung ausweist.
5. Die Caritas spricht sich, wie schon im Rahmen ihrer Stellungnahme zur Einführung der Impfpflicht im Masernschutzgesetz ausgeführt, dafür aus, dass der Nachweis der Impfung oder des Genesenestatus nicht gegenüber der Leitung der Einrichtung, sondern gegenüber dem Gesundheitsamt oder einer anderen von den obersten Landesbehörden bestimmten Stelle erfolgt. Das Gleiche gilt für den Immunitätsnachweis gegen COVID-19 gemäß § 20a IfSG. Die zuständige Behörde könnte dann gleich auch die Prüfung der Echtheit bzw. inhaltlichen Richtigkeit des Nachweises vornehmen, die jetzt den Einrich tungsleitungen obliegt.
6. Die Caritas begrüßt die Verlängerung der Übergangsregelungen zum Mittagessen in den Werkstätten für Menschen mit Behinderung und Tagesförderstätten, die im Falle einer Schließung oder Reduzierung den erforderlichen Ausgleich für eine Mittagsverpflegung in besonderen Wohnformen ermöglicht. Diese Regelung sollte auch für Kinder im SGB XII-Bezug erhalten bleiben, denn es ist nicht auszuschließen, dass es auch hier zu Einschränkungen im Kita- oder Schulbetrieb kommt.
7. Die Caritas bittet darum, die pandemiebedingte Regelung der Aussetzung der jährlich zu erfolgenden Qualitätsprüfungen, mit Augenmaß nicht auslaufen zu lassen, sondern in der

gegenwärtigen Phase der hohen Belastungen der Einrichtungen durch Ausbruchsgeschehen, Quarantänen und hohem Krankenstand bzw. Quarantäne der Mitarbeitenden noch bis zum 31. März 2022 zu verlängern. Alternativ könnte die Regelung des § 150 Absatz 1 SGB XI entsprechend rechtssicher angepasst werden.

B. Zu den Gesetzesänderungen im Einzelnen

Artikel 1: Änderung des Infektionsschutzgesetzes

§ 20 Absätze 9 bis 12: Prüfung von Nachweis und Echtheit oder inhaltlichen Richtigkeit des Nachweises der Masernimpfpflicht

Die Caritas spricht sich dafür aus, dass sowohl der Nachweis der Impfung, Immunität oder Nichtimpfung gegen Masern wegen medizinischer Kontraindikation als auch die Prüfung der Echtheit bzw. inhaltlichen Richtigkeit des vorgelegten Nachweises nicht gegenüber der Leitung von Kindertagesstätten, Kindertagespflegen oder Geflüchtetenunterkünften zu erfolgen hat, sondern gegenüber dem Gesundheitsamt oder einer anderen staatlichen Stelle. Dafür hatte sie sich bereits im Rahmen des Gesetzgebungsverfahrens zum Masernschutzgesetz aus grundsätzlichen systematischen Erwägungen stark gemacht: Pädagogische Fachkräfte verfügen nicht über die entsprechende Kompetenz zur Beurteilung eines Impfnachweises. Das gilt umso mehr, wenn es jetzt noch zusätzlich um die Prüfung der Echtheit und Richtigkeit des Impfzertifikats geht. Die Einrichtungsleitungen stehen zudem in einem spezifischen Vertrauensverhältnis gegenüber Eltern und betreuten Kindern. Die zuständige Stelle zur Kontrolle des Nachweises und der Prüfung von dessen Echtheit und Richtigkeit kann somit grundsätzlich nur das Gesundheitsamt sein. Die Strafverfolgung, wozu bereits die Überprüfung hoheitlicher Dokumente auf Echtheit besteht, ist Aufgabe der Strafverfolgungsbehörden und anderer hoheitlicher Stellen. Sie kann nicht an Private delegiert werden. Daher soll die in Absatz 9 Satz 3 vorgesehene „Kann-Möglichkeit“, dass die obersten Landesgesundheitsbehörden oder die von ihnen bestimmten Stellen bestimmen können, dass Nachweis und Meldepflichten nicht der Einrichtungsleitung obliegen, sondern dem Gesundheitsamt oder einer anderen staatlichen Stelle, in eine „Muss“-Regelung umgewandelt werden.

Sollte der Gesetzgeber diesem Vorschlag nicht folgen, ist in Absatz 9 Satz 2 im Sinne des Bestimmtheitsgrundsatzes zumindest zu konkretisieren, welche personenbezogenen Daten von den Einrichtungsleitungen zu übermitteln sind. Des Weiteren sollte dann grundsätzlich geregelt werden, dass die Nachweise und Meldepflichten nicht den Einrichtungsleitungen, obliegen, sondern den Trägern der Einrichtungen.

Unklar ist, warum nach Absatz 9a Satz 1 ein Impfzertifikat seine Gültigkeit aufgrund von Zeitablauf verlieren sollte, denn nach vollständiger Immunisierung gegen Masern besteht dieser Schutz lebenslang.

Änderungsbedarf:

§ 20 Absatz 9 Sätze 2 bis 5 werden durch folgenden Satz ersetzt:

„Die oberste Landesgesundheitsbehörde oder die von ihr bestimmte Stelle bestimmt, ob der Nachweis nach Satz 1 dem Gesundheitsamt oder einer anderen staatlichen Stelle gegenüber zu erbringen ist.“

In Absatz 9a werden die Wörter „oder ein Nachweis nach Absatz 9 Satz 1 Nummer 2 seine Gültigkeit aufgrund von Zeitablaufs verliert“ gestrichen.

§ 20a Immunitätsnachweis gegen COVID-19

Angesichts der immer noch unzureichenden Impfquoten gegen COVID-19 hält die Caritas eine stufenweise Verschärfung der Maßnahmen für geboten. Die mit dem vorliegenden Gesetzentwurf geplante Einführung einer einrichtungsbezogenen Impfpflicht für Personal, das vulnerable Personengruppen, insbesondere in körpernahem Kontakt, betreut, ist durch die besondere Verantwortung für den Schutz der vulnerablen Gruppen begründet. Aus Sicht der Caritas ist allerdings sicher zu stellen, dass der Gesetzgeber der einrichtungsbezogenen Impfpflicht zeitnah eine bedingte allgemeine Impfpflicht folgen lässt. Diese sollte spätestens zum 1. April 2022 in Kraft treten unter der Maßgabe, dass bis dahin eine Impfquote von 95 Prozent nicht erreicht worden ist. Der Gesundheitsschutz der Gesellschaft, auch derjenigen Mitbürgerinnen und Mitbürger, die sich selbst nicht impfen lassen können, ist Ausdruck gesamtgesellschaftlicher Solidarität. Wenn bis zum April mit den bereits beschlossenen Maßnahmen und einer bis dahin verstärkten Impfinformation und -werbung die Zielquote von 95 Prozent nicht erreicht werden kann, ist angesichts der Gefährdungen die von dem Corona-Virus ausgehen, die Durchsetzung einer allgemeinen bußgeldbewehrten Impfpflicht nicht länger aufzuschieben.

Grundsätzlich begrüßen wir, dass mit § 20a in einem ersten Schritt alle Beschäftigten in den Gesundheitseinrichtungen nach § 23 Absatz 3 Satz 1 sowie den SPZ und MZEB den ambulanten, teil- und vollstationären Pflegeeinrichtungen und Einrichtungen, die Menschen mit Behinderung betreuen, versorgen und behandeln, bis zum 15. März 2022 den Nachweis ihrer Immunität erbringen müssen. Auch die Frist des 15. März 2022 ist sachgerecht, da die Impfungen in den Einrichtungen bei noch vorhandenen Impflücken organisiert werden müssen und zudem zwischen Erst- und Zweitimpfung 4 Wochen liegen.

Wir weisen jedoch darauf hin, dass die einrichtungsbezogene Impfpflicht weitere soziale Einrichtungen umfassen müsste, wenn das Kriterium der Schutz der vulnerablen Gruppen ist. Davon geht auch die Begründung aus, die als Kriterium für die Statuierung der Impfpflicht „besonders schutzwürdige Settings“ heranzieht. Gerade angesichts der Tatsache, dass für Kinder unter 12 Jahren bislang noch keine Impfempfehlung der STIKO vorliegt und für Kinder unter 5 Jahren in Deutschland noch kein Impfstoff zugelassen ist, sollte die Impfpflicht somit auch die Beschäftigten in Kindertagesstätten, Kindertagespflegen, ambulanten und stationären Einrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe nach dem SGB VIII sowie in Schulen umfassen. Augenscheinlich wird dieses Petitorium spätestens, wenn nach § 20a Absatz 1 Nummer 2 mit den Einrichtungen zur Betreuung von Menschen mit Behinderung ausweislich der Begründung auch heilpädagogische Tagesstätten und heilpädagogische Kitas erfasst werden, ausdrücklich jedoch nicht inklusive Kindertagesstätten. Es stellt sich auch die Frage, warum Kinder mit Beeinträchtigungen, Vorerkrankungen oder Behinderungen, die Förderschulen oder Regelschulen mit oder ohne Begleitung von Schulassistent_innen besuchen, von der besonderen Schutzbedürftigkeit ausgenommen sein sollen? Da für alle Kinder unter 5 Jahren kein Impfstoff zugelassen ist, stellt sich diese

Frage auch über den Personenkreis der Kinder mit Behinderungen oder Vorerkrankungen hinaus.

Der Gesetzentwurf wirft auch die Frage auf, warum erwachsene Menschen mit Behinderung in den diversen Wohnsettings, in denen sie leben, einschließlich in der eigenen Häuslichkeit, versorgt durch Assistent_innen im Rahmen des Persönlichen Budgets schutzwürdig sind, aber sobald sie an den Ausbildungs- oder Arbeitsplatz kommen, keinen Anspruch auf Versorgung durch geimpftes Personal haben sollen. Auch dieser Punkt ist inkonsistent und sollte zu Gunsten einer Impfpflicht aufgelöst werden.

Von der einrichtungsbezogenen Impfpflicht umfasst werden sollte überdies auch die Polizei, die in Ausübung ihres Dienstes oft körpernah tätig sein muss. Vorbild für entsprechende Regelungen könnte die Impfpflicht für die Bundeswehr sein.

Insgesamt unterstützen wir trotz der genannten Lücken und Schwächen nachdrücklich die Einführung einer einrichtungsbezogenen Impfpflicht als ersten notwendigen Schritt. Wir sehen jedoch bei den folgenden Punkten Nachbesserungsbedarf:

Absatz 1: Einführung einer Impfpflicht in Einrichtungen, Unternehmen und Diensten

- § 20a umfasst alle in den jeweiligen Einrichtungen, Diensten und Unternehmen „tätige“ Personen. Damit sind grundsätzlich auch ehrenamtlich Tätige in den Diensten und Einrichtungen umfasst. Dies geht auch aus der Begründung hervor. Ebenfalls aus der Begründung geht jedoch hervor, dass Angebote zur Unterstützung im Alltag nach § 45a SGB XI nicht zu den impfverpflichteten Einrichtungen zählen, außer, wenn sie zugleich zugelassene Pflegedienste nach § 72 SGB XI ist. Die Begründung für diese Ausnahme kann nur sein, dass nach Landesrecht anerkannte Angebote nach § 45a SGB XI überwiegend von ehrenamtlich Tätigen getragen werden. Legt man jedoch das Kriterium der Schutzbedürftigkeit von Personengruppen zu Grunde, müssen auch ehrenamtlich Tätige in Angeboten zur Unterstützung im Alltag nach § 45a SGB XI von der Impfpflicht umfasst sein. Allerdings sind die Einrichtungen den ehrenamtlich Tätigen gegenüber nicht weisungsbefugt, sodass sie die Impfpflicht nicht durchsetzen könnten. Gemäß § 36 Absatz 3 IfSG haben sie gegenüber ehrenamtlich Tätigen auch kein Auskunftsrecht über deren Impf- oder Serostatus. Dieser Punkt unterstreicht erneut, dass der Nachweis über den Impfstatus nicht gegenüber den Leitungen der Einrichtungen zu führen ist, sondern ausschließlich gegenüber einer staatlichen Institution, wie dem Gesundheitsamt (s. auch Kommentierung zu Absatz 2).
- Einrichtungen und Unternehmen, die Assistenzleistungen im Bereich Bildung, Ausbildung und Arbeit erbringen, sind in einer neuen Nummer 4 von der Impfpflicht zu umfassen.
- In einer neuen Nummer 5 sollen die Kindertagesstätten, Kindertagespflegen, Schulen sowie die ambulanten und stationären Einrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe von der Impfpflicht umfasst werden.
- Es ist sinnvoll, auch die Assistent_innen im Rahmen des Arbeitgebermodells des Persönlichen Budgets einer Impfpflicht zu unterziehen, wie ausweislich der Begründung vorgesehen. Die das Persönliche Budget in Anspruch nehmenden Leistungsberechtigten des

SGB IX stellen jedoch keine Unternehmer_innen i.S. des § 20a Absatz 2 Nummer 3 dar.
Das Persönliche Budget sollte daher in einer gesonderten Nummer geregelt werden.

Änderungsbedarf:

Nummer 2 ist wie folgt zu ergänzen: „einschließlich der nach Landesrecht anerkannten Angebote zur Unterstützung im Alltag nach § 45a SGB XI“

Als neue Nummer 4 wird eingefügt:

"Unternehmen, die Assistenzleistungen nach § 113, Leistungen zur Teilhabe an Bildung nach § 112 des Neunten Buches Sozialgesetzbuch erbringen sowie Unternehmen, die Menschen mit Behinderungen am Ausbildungs-, Arbeitsplatz oder in der Berufsschule anleiten und begleiten oder Leistungen als Arbeitsassistenz erbringen.

Als neue Nummer 4a wird eingefügt:

Umfasst sind auch Personen, die im Rahmen eines persönlichen Budgets nach § 29 des Neunten Buches Sozialgesetzbuch beschäftigt sind und entsprechende Dienstleistungen erbringen.“

Als neue Nummer 5 wird eingefügt:

"Gemeinschaftseinrichtungen nach § 33 Nummern 1 bis 4.

Absatz 2: Immunitätsnachweis

Da die Prüfung des Immunitätsnachweises auch die Prüfung der Echtheit und inhaltlichen Richtigkeit und bei Zweifel entsprechende Meldepflichten der Einrichtungsleitungen umfasst, muss diese hoheitliche Aufgabe grundsätzlich dem Gesundheitsamt oder einer anderen staatlichen Stelle, wie in Absatz 2 Satz 3 als Möglichkeit vorgesehen, zukommen. Das würde auch das mit der vorgesehenen Regelung noch nicht erfasste Problem lösen, wem freiberuflich Tätige, wie Ärzt_innen, Hebammen oder Einzelpflegekräfte nach § 77 SGB XI den Nachweis vorlegen sollen, da sie keine Arbeitgeber_innen haben. Der hoheitliche Charakter der Prüfung des Nachweises einschließlich der Echtheit und inhaltlichen Richtigkeit zeigt sich auch in der Rechtsfolge einer bußgeldbewehrten Ordnungswidrigkeit nach § 73 Absatz 1a Buchstabe 7f und 7h.

Änderungsbedarf:

Vgl. § 20 Absatz 9.

Absatz 4: Zeitliche Gültigkeit des Immunitätsnachweises

Es ist sachgerecht, dass ein wegen zeitlichen Ablaufs nicht mehr bestehender Immunitätsnachweis lückenlos ersetzt werden muss. Angesichts der Kurzfristigkeit der Einführung einer einrichtungsbezogenen Impfpflicht ist es sachgerecht, für den Monat März 2022 einmalig eine nicht bußgeldbewährte Monatsfrist für die Erbringung des aktualisierten Immunitätsnachweises vorzusehen.

Allerdings muss zügig geklärt werden, ob es bei der derzeitigen Gültigkeit des Immunitätsnachweises von 1 Jahr ab dem Datum der 2. Impfung bleibt oder aber ob eine 6monatige Ablauffrist

vorgesehen wird, entsprechend der Empfehlung, Boosterimpfungen regelhaft nach 6 Monaten durchzuführen. Für letzteren Fall wären dann allerdings Übergangsfristen vorzusehen.

§ 20b Durchführung von Schutzimpfungen gegen das Coronavirus SARS-CoV-2

Wir erachten es angesichts des notwendigen Turbo bei den Erst- und Zweitimpfungen und Boosterimpfungen als sachgerecht, dass auch Zahnärzt_innen und Tier_ärztinnen sowie Apotheker_innen impfen können sollen, sofern sie über geeignete Räumlichkeiten verfügen und sich einer Schulung über Aufklärung, Anamneseerhebung und Impfberatung unterzogen haben. Sinnvoll ist auf jeden Fall auch die Regelung, dass die genannten Personengruppen in mobile Impfteams eingebunden werden können. Pflegefachkräfte und Angehörige anderer Gesundheitsberufe sind nach dem vorliegenden Entwurf jedoch weiterhin nur im Wege der Delegation impfberechtigt. Eine gesonderte Regelung für das Impfen im Wege der Delegation, wie in Absatz 4 vorgesehen, erachten wir als überflüssig. Die Caritas setzt sich dafür ein, dass Pflegefachkräfte nach Absolvierung der in Absatz 2 vorgesehenen Schulung und auf der Grundlage eines wie in Absatz 3 vorgesehenen Curriculums für Zahnärzt_innen, Tierärzt_innen und Apotheker_innen ebenfalls impfen können sollen. Die Gesetzesbegründung führt zu Recht aus, dass Pflegefachkräfte oder Hebammen im Rahmen ihrer Ausbildung grundsätzlich über die erforderlichen Kenntnisse, Fähigkeiten und Fertigkeiten sowie über ihre Berufserfahrung über Kenntnisse zum Umgang mit Impfstoff und medizinischen Fragen verfügen und erste Notfallmaßnahmen, z.B. im Fall anaphylaktischer oder sonstiger Reaktionen, einleiten können. Die Gesetzesbegründung führt sogar aus, dass Apotheker_innen und Zahnärzt_innen solche erforderlichen Kenntnisse erst noch erwerben müssen. Vor diesem Hintergrund ist nicht nachvollziehbar, dass Pflegefachkräfte nicht ohne Anwesenheit eines Arztes oder einer Ärztin am Impfort impfen können sollen. Es ist auffällig, dass der Verordnungsgeber bislang nicht von seiner Ermächtigung nach § 5a IfSG, Pflegefachkräften die Ausübung heilkundlicher Tätigkeiten zu ermöglichen, Gebrauch gemacht hat. Gegenwärtig existiert hierfür keine Rechtsgrundlage, da § 5a IfSG nur bei Vorliegen der epidemischen Lage von nationaler Tragweite greifen kann. Daher sehen wir in § 5a IfSG die Notwendigkeit, die Verordnungsermächtigung auch ohne Vorliegen der Feststellung einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite nach § 5 IfSG zu verlängern und auf dieser Grundlage schnellstmöglich die dort genannten Berufsgruppen zum Impfen zu ermächtigen. Wir stellen in der Praxis fest, dass häuslich versorgte pflegebedürftige Menschen in nicht geringem Umfang immer noch nicht geimpft sind. Diese Lücken könnten im Rahmen des Hausbesuchs der Pflegefachkräfte der Pflegedienste geschlossen werden.

Änderungsbedarf:

In die Aufzählung nach Absatz 1 Satz 1 sind nach den Wörtern „Zahnärzte, Tierärzte sowie Apotheken“ die Wörter „sowie Pflegefachkräfte und Hebammen“ aufzunehmen.

§ 22 Absatz 4d Nummer 2: Dokumentationspflichten bei Testungen in Bezug auf negativen Erregernachweis

Die Caritas sieht kein Erfordernis, die Dokumentationspflichten für die Testung in Bezug auf negativen Erregernachweis mittels Antigen-Schnelltests auszuweiten, indem Name und Anschrift der zur Durchführung oder Überwachung der Testung befugten Person zu erfassen sind. Die ohnehin hoch belasteten Einrichtungen und Dienste dürfen nicht durch fachlich nicht erforderliche

Bürokratiepflichten zusätzlich belastet werden. Die Vorschrift zielt ausweislich der Begründung auf einheitliche Standards für die Dokumentation der Impfung, des Genesenennachweis und des Testnachweises ab. Hier wird jedoch Ungleiches gleichbehandelt. Testungen haben gegenwärtig eine Gültigkeit von 24 Stunden und sind mithin nicht Impf- oder Genesenendokumentationen gleichzustellen.

Änderungsbedarf

Streichung der Neuregelung in § 22 Absatz 4d Nummer 2

§ 28a Absätze 7 und 8: Länderbefugnisse für Untersagungen und Schließungen

Die Caritas begrüßt, dass es mit der Neuregelung des § 28a Absatz 8 nun auch möglich ist, Großveranstaltungen wie Bundesliga-Spiele u.a. zu untersagen. Inkonsistent ist, warum zwar die Schließung von Gastronomie, Kultur- und Freizeiteinrichtungen möglich ist, jedoch nicht die Schließung von Hotels und anderen Übernachtungsangeboten.

§ 28b Bundesweit einheitliche Schutzmaßnahmen zur Verhinderung der Verbreitung der Coronavirus-Krankheit 2019 (COVID-19), Verordnungsermächtigung

Absatz 2: Testpflichten

Die Caritas begrüßt die Nachjustierungen und Klarstellungen in § 28b Absatz 2 zur Umsetzung der Testpflichten in den Einrichtungen nach § 23 Absatz 3 Satz 1 sowie nach § 36 Absatz 1 Nummern 2 und 3:

- Klargestellt ist nun, dass beispielsweise Begleitpersonen, z.B. von Kindern oder älteren pflegebedürftigen Menschen oder Menschen mit Behinderung in Arzt- oder Heilmittelerbringerpraxen nicht den Testpflichten unterworfen werden.
- Sachgerecht ist auch, dass Personen, die Einrichtungen nur für einen unerheblichen Zeitraumbetreten, wie z.B. Paketbot_innen oder Lieferant_innen ebenfalls nicht der Testpflicht unterfallen. Da der Begriff „unerheblicher Zeitraum“ ein unbestimmter Rechtsbegriff ist, der z.B. auch für Besuchende im Wohnbereich zum Tragen kommen könnte, sollte als zweites kumulativ geltendes Kriterium ergänzt werden, dass diese Personen keinen Kontakt zu dem zu versorgenden Personenkreis haben dürfen
- Zu begrüßen ist die Klarstellung, dass geimpftes Personal der Einrichtungen nach § 23 Absatz 3 Satz 1 sowie nach § 36 Absatz 2 Nummern 2 und 7 mindestens 2mal kalenderwöchentlich getestet werden muss bzw. sich selbst testen kann. Unklar ist jedoch, wie Teilzeitbeschäftigte, vor allem solche mit geringem Beschäftigungsumfang getestet werden sollen. Geregelt werden sollte, dass diese nur 1mal die Woche getestet werden müssen bzw. sich selbst testen können, sofern sie nur 1 bis 3mal in der Kalenderwoche im Dienst sind.
- Abzulehnen ist die Regelung des Satzes 9, wonach die Einrichtungen und Dienste nach Satz 1 im Rahmen ihres Testkonzepts für alle Besuchenden einen Test anzubieten haben. Die Regelung umfasst jedoch auch Krankenhäuser und Reha- und Vorsorgeeinrich-

tungen oder Entbindungseinrichtungen. In diesen Einrichtungen ist es Usus, dass Besuchende bereits ein Testzertifikat mitbringen müssen, wenn sie die Einrichtung betreten. Es ist sinnvoll, wenn die Pflegeeinrichtungen und Einrichtungen die Besuchenden in dieser herausfordernden Zeit ebenfalls bitten, bereits ein Testzertifikat mitzubringen. Da Besuchende auch heute schon von den Testkonzepten der Pflege- und Eingliederungshilfeinrichtungen umfasst sind, ist die Regelung des Satzes 9 überflüssig. Auch in den Pflege- und Eingliederungshilfeinrichtungen muss die Regelung nochmal nachjustiert werden, da dies mit der dünnen Personaldecke kaum leistbar ist.

- In Absatz 3 Satz 8, der die Erhebung des Impfstatus der in den voll- und teilstationären Pflegeeinrichtungen betreuten und gepflegten Menschen betrifft, muss die Erhebung des Genesenestatus ergänzt werden.

Änderungsbedarf:

§ 28b Absatz 2 Satz 2 wird wie folgt formuliert:

„In oder von den Satz 1 genannten Einrichtungen und Unternehmen behandelte, betreute, gepflegte oder untergebrachte Personen sowie Begleitpersonen, die die Einrichtung oder das Unternehmen nur für eine unerheblichen Zeitpunkt **und ohne Kontakt zu den behandelten, betreuten, gepflegten oder untergebrachten Personen** betreten, gelten nicht als Besucher im Sinne des Satzes 1; Menschen mit Behinderung, die Leistungen im Eingangsverfahren, im Berufsbildungsbereich oder im Arbeitsbereich einer anerkannten Werkstatt für behinderte Menschen oder eines anderen Leistungsanbieters nach § 60 des Neunten Buches Sozialgesetzbuch erhalten **gelten als Betreute im Sinne des Satzes 1**. Auszubildende, Studierende und Schülerrinnen und Schüler, die die in Satz 1 genannten -einrichtungen und Unternehmen zum Zweck ihrer beruflichen Bildung betreten, gelten als Beschäftigte im Sinne des Satzes 1.“

§ 28b Absatz 2 Satz 10 wird wie folgt formuliert:

„Im Rahmen des Testkonzepts haben die Testungen auf eine Infektion mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 für alle Beschäftigten und Einrichtungen nach § 36 Absatz 1 Nummer 2 auch für alle Besucher anzubieten, **die keinen negativen Erregernachweis im Rahmen der Bürgertestung nach § 4a TestV mit sich führen.**“

Absatz 3: Impfmonitoring

Zunächst begrüßt die Caritas die ersatzlose Streichung des Testmonitorings. Die bestehenden Dokumentations-, Überwachungs- und Nachweispflichten sind absolut ausreichend, z.B. im Rahmen der monatlichen Dokumentationen für die Abrechnung der Testungen in der Langzeitpflege.

Es ist nachvollziehbar und sachgerecht, ein Impfmonitoring durchzuführen, z.B. um in Vorbereitung der Einführung der Impfpflicht festzustellen, wie groß die Impflücken in den einzelnen Einrichtungen sind und entsprechend die Logistik auf die Schließung dieser Impflücken ausrichten zu können. Das monatliche Impfmonitoring sollte allerdings auf den Zeitraum bis zum Vollzug der Impfpflicht in den genannten Einrichtungen, also mithin bis längstens 15. März 2022 befristet werden, soweit es den Impf- oder Serostatus der Beschäftigten anbelangt. Das monatliche Monitoring zu den Impfquoten der Beschäftigten soll für alle Einrichtungen und Dienste nach Absatz

2 Satz 1 gelten, da die Größe der Impflücken für alle Einrichtungen und Dienste ermittelt werden muss.

§ 56: Fristverlängerung von Entschädigungsansprüchen bei Anspruchsübergang auf die BA bei der Gewährung von Kurzarbeitergeld

Die BA kann mögliche Anspruchsübergänge von Entschädigungszahlung erst bei Abschlussprüfungen feststellen. Derzeit sind Bezugsdauer und Umfang für Kurzarbeitergeld abweichend geregelt. Da die Abschlussprüfung erst nach Ablauf der jetzt geltenden Frist von 2 Jahren erfolgen kann, würde der in § 56 Absatz 9 geregelte Anspruchsübergang auf die BA ohne Verlängerung der Frist auf 3 Jahre ins Leere laufen. Die Regelung wird daher von der Caritas ausdrücklich begrüßt.

Artikel 3: Änderung der Verordnung zur Regelung weiterer Maßnahmen zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser

Der Katholische Krankenhausverband Deutschlands e.V. (kkvd) und der Deutsche Caritasverband (DCV) sehen vor dem Hintergrund des aktuellen Pandemiegeschehens und den Auswirkungen auf die stationäre Versorgung in Deutschland Änderungen des Krankenhausfinanzierungsgesetzes als dringend notwendig an.

Der starke Anstieg der COVID-Fallzahlen seit Herbst 2021 erhöht erneut den wirtschaftlichen Druck für viele Einrichtungen. Die Inzidenzzahlen haben bereits Anfang November den bis dahin erreichten Höhepunkt überschritten und sind seitdem auf ein Niveau gestiegen, das so hoch wie nie zuvor seit Beginn der Pandemie im Frühjahr 2020 ist. Trotz des Vorhandenseins einer wirksamen Impfung und einer Immunisierung vieler Bürgerinnen und Bürger wirkt sich diese Entwicklung auf die Krankenhäuser aus. Wie auch in den vorherigen Wellen müssen die Einrichtungen planbare Operationen absagen und Kapazitäten freizuhalten. Diese Entwicklung betrifft durchweg alle somatischen Kliniken in Deutschland.

Dem kkvd und dem DCV ist es in dem Zusammenhang wichtig herauszustreichen, dass der erneute Anstieg des Infektionsgeschehens auf eine Versorgungslandschaft trifft, die von den letzten 18 Monaten der Pandemie tief geprägt ist. Ein Regelbetrieb, wie wir ihn aus der „Vor-Corona-Zeit“ kennen, sowie eine Versorgung der Menschen in unserem Land waren seither nur bedingt möglich. Viele unserer Einrichtungen können kaum frei agieren, mussten immer wieder kurzfristig reagieren und waren auch über die Sommermonate vielerorts nicht in der Lage, den entstandenen Behandlungsaufschub abzuarbeiten.

Vor allem und wirklich schwerwiegend gestaltet sich die Situation des Personals: die Menschen in den Einrichtungen waren und sind enormen physischen und psychischen Belastungen ausgesetzt, erneut arbeiten sie insbesondere im intensivmedizinischen Bereich vielerorts in einem Ausnahmezustand. Das Personal ist ausgebrannt.

Die Krankenhäuser brauchen daher dringend Maßnahmen zur kurzfristigen Liquiditätssicherung sowie verbindliche Regelungen für das folgende Jahr als auch bürokratische Entlastungen für das Personal, um eine regelhafte, flächendeckende Versorgung der Patientinnen und Patienten abzusichern. Es bedarf gemeinsamer Anstrengungen und einem geschlossenen Handeln von

Bundesebene und der Bundesländer, um die schwierige Situation zu meistern. In diesem Zusammenhang erachten wir es als notwendig, perspektivische Folgen, wie den sukzessiven Rückgang der Fallzahlen, zu diskutieren und mögliche Lösungen, wie eine Anpassung der Landesbasisfallwerte, ins Auge zu fassen.

Vor dem Hintergrund der aktuellen Herausforderungen begrüßen wir den vorliegenden Entwurf, die vorgeschlagenen Maßnahmen sind allerdings nicht ausreichend.

In folgenden Punkten sehen wir Anpassungs- und Konkretisierungsbedarfe:

Zu § 21 Absatz 1b

Durch die Corona-Pandemie ausgelöste Einnahmeausfälle betreffen ausnahmslos alle Krankenhäuser und nicht nur die Krankenhäuser, die an COVID-19 erkrankte Patientinnen und Patienten behandeln. Hintergrund ist die Logik des derzeitigen Finanzierungssystems für Krankenhäuser: keine Behandlungsleistung heißt keine Einnahmen. Reservekapazitäten werden nicht finanziert. Sie werden nun aber von Bund und Ländern situationsbezogen mit verpflichtenden Adhoc-Freihaltungen von Klinikbetten durch die Landesbehörden geschaffen. Daher sollten erlössichernde Liquiditätshilfen allen Kliniken zur Verfügung gestellt werden. Unter diesen aktuellen Bedingungen ist ein „normaler“ Krankenhausbetrieb nicht möglich. Im Gegensatz zu teilweise in der Öffentlichkeit geäußerten Stellungnahmen hat ein Großteil der Krankenhäuser kein finanzielles Polster durch die Rettungspakete im vergangenen Jahr aufgebaut. Es bleiben erhebliche Finanzierungsprobleme für die fixen Kosten und das Personal bestehen, da weiterhin keine direkte Finanzierung der Vorhaltekosten vorgesehen und erneut keine Leistungen erbracht werden können. Von dieser Situation sind alle Versorgungsstufen gleichermaßen betroffen. Wir wissen aus den ersten Wellen, dass die Grund- und Regelversorgung ein wesentliches Standbein der Versorgung war.

Darüber hinaus sieht der Gesetzentwurf vor, dass Ausgleichszahlungen ab dem 15. November 2021 gezahlt werden können. Wie oben bereits geschildert hatten die Inzidenzraten bereits Anfang November den absoluten Höhepunkt der Pandemie in Deutschland überschritten. Daher sollte die Frist auf den 1. November 2021 vorgezogen werden.

Zu § 25 Absatz 1

Die Ausnahmen von Prüfungen bei Krankenhausbehandlung und von der Prüfung von Strukturmerkmalen zwischen dem 1. November 2021 und dem 19. März 2022 werden als entlastende Maßnahmen begrüßt.

Artikel 4 Änderung der Verordnung zur Regelung weiterer Maßnahmen zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser

Zu § 5 Absatz 4

Die geänderte Berücksichtigung der gezahlten Versorgungsaufschläge in Höhe von 50 Prozent wird begrüßt. Diese Änderung leistet einen Beitrag zur kurzfristigen Sicherung der Liquidität.

Krankenhausentgeltgesetz, §15 Absatz 2a

Vor dem Hintergrund der oben geschilderten Belastungen durch die Pandemie für die Krankenhäuser ist eine erneute Anhebung des Pflegeentgeltwertes auf 185 Euro, wie zwischen dem 1. April 2020 bis zum 31. Dezember 2020, angeraten.

Artikel 11: Änderung der Werkstätten-Mitwirkungsverordnung

Die Ermöglichung der Durchführung der Wahlen zu den Werkstatträten und zur Frauenbeauftragten als Briefwahl wird in der derzeitigen pandemischen Situation ausdrücklich begrüßt.

Artikel 15: Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch

Die Caritas lehnt die Streichung der Regelung des § 114 Absatz 2a Satz 1 ab, wonach die Durchführung der jährlichen Regelprüfung im Zeitraum von Oktober 2020 bis Dezember 2021 ausgesetzt werden kann, wenn die pandemische Lage in der Einrichtung es erfordert, in der jetzigen Situation ab und fordert die Verlängerung dieser Ausnahmeregelung bis 31. März 2022. Auch wenn die epidemische Lage von nationaler Tragweite zum 24. November 2021 ausgelaufen ist, stehen die Einrichtungen vor der hohen Herausforderung, die vierte Welle zu bewältigen. Den zusätzlichen hohen Anforderungen, z.B. aufgrund erhöhter Testfrequenzen, Boosterimpfungen, aufflammendem Ausbruchsgeschehen und Quarantänen und neuen Dokumentationspflichten wie z.B. dem Impfquotenmonitoring steht vielerorts eine immer dünnere Personaldecke aufgrund hohen Krankstands und Quarantänen entgegen. Die bestehende Regelung sollte daher mit Augenmaß für das Zeitfenster vom 1.1.2022 bis zum 31.3.2022 verlängert werden.

Alternativ wären die Konsequenzen, die sich aus den Mitteilungspflichten der Pflegeeinrichtungen nach § 150 Absatz 1 SGB XI ergeben, konkret auf die Möglichkeit zu beziehen, mit den Pflegekassen im Einzelfall das Aussetzen der Prüfungen und sogar der Indikatorenerhebung zum einrichtungsindividuellen Stichtag zu vereinbaren. Denn § 150 Absatz 1 stellt nach der gegenwärtigen Formulierung nicht sicher, dass Pflegekassen mit betroffenen Einrichtungen auch bezüglich Qualitätsprüfungen bei pandemiebedingter Überlastung eine entsprechende Vereinbarung mit der Einrichtung treffen müssen.

Weitergehender Änderungsbedarf im SGB XI

- Die Caritas setzt sich dafür ein, dass die Pflegehilfsmittelpauschale nach § 40 SGB XI bis zum März 2022 von 40 auf 60 Euro erhöht wird, da nach wie vor die Preis z.B. für Einmalhandschuhe sehr hoch sind und zudem Masken und Schutzausrüstung in der Pandemie in einem zuvor nie dagewesenen Umfang benötigt werden. Entsprechende Regelungen müssen auch für den Bereich der Eingliederungshilfe sichergestellt werden.

Artikel 16: Änderung des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch

§ 142 Übergangsregelung für die gemeinschaftliche Mittagsverpflegung aus Anlass der Covid-19 Pandemie

Deutscher
Caritasverband e.V.

Die Caritas begrüßt die Verlängerung der Übergangsregelung für die gemeinschaftliche Mittagsverpflegung in der WfBM sowie in Tagesförderstätten bis zum 31. März 2022, denn es kann nicht ausgeschlossen werden, dass es aufgrund des Infektionsgeschehens und des Abstandsgebots wieder zu Reduzierungen oder zeitweiligen Schließungen der Werkstätten kommt. Auch dann muss der erforderliche finanzielle Ausgleich für eine Mittagsverpflegung in den besonderen Wohnformen gewährleistet sein.

Nicht nachvollziehbar für die Caritas ist die Beendigung der Regelung des § 142 Absatz 1 für die gemeinschaftliche Mittagsverpflegung für Schüler_innen oder Kinder im SGB XII-Bezug oder von Leistungen im Rahmen des Bundesversorgungsgesetzes oder des Asylbewerberleistungsgesetzes mit Auslaufen der epidemischen Lage von nationaler Tragweite. Denn es ist nicht auszuschließen, dass es auch wieder zu Kita- oder Schulschließungen mit Notbetreuung kommt. Der Mehraufwand für die gemeinschaftliche Mittagsverpflegung ist auch für diese Situationen zu gewährleisten.

Änderungsbedarf:

Absatz 1 a.F. bleibt seiner Intention nach erhalten und wird wie folgt formuliert:

„Abweichend von § 34 Absatz 6 Satz 1 kommt es im Zeitraum vom 1. März 2020 bis zu Ablauf des 31. März 2022 wegen der dynamischen Ausbreitung der Coronavirus-Krankheit-2019 (COVID-19) auf eine Gemeinschaftlichkeit der Mittagsverpflegung nicht an. Zu den Aufwendungen im Sinne des § 34 Absatz 6 Satz 1 zählen bei den Leistungsberechtigten anfallende Zahlungsverpflichtungen auch dann, wenn sie pandemiebedingt in geänderter Höhe oder aufgrund abweichender Abgabewege berechnet wurden. Dies umfasst auch die Kosten einer Belieferung. § 34 Absatz 6 Satz 2 findet keine Anwendung.“

Freiburg/ Berlin, 7. Dezember 2021

Eva M. Welskop-Deffaa
Präsidentin
Deutscher Caritasverband e.V.

Kontakt

Dr. Elisabeth Fix, Referentin Gesundheitspolitik, Pflege und Rehabilitation, Berliner Büro, Tel. 030 284444746, elisabeth.fix@caritas.de

stellungnahme



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

Gesetz zur Stärkung der Impfprävention gegen COVID-19 und zur
Änderung weiterer Vorschriften im Zusammenhang mit der COVID-
19-Pande-mie

Impflücke schließen, vulnerable Gruppen schützen

07.12.2021

Der vorliegende Gesetzesentwurf regelt verschiedene Teileaspekte des deutschen Impfre-gimes und des Infektionsschutzes. Im Kernstück regelt der Entwurf eine einrichtungsbezo-gene Impfpflicht für Menschen, die in Einrichtungen und Unternehmen des privaten wie öffentlichen Gesundheitsdienstes, der Pflege sowie humanmedizinischen Therapie-, Be-handlungs- und Versorgungseinrichtungen beschäftigt oder tätig sind. Die einrichtungsbe-zogene Impfpflicht soll zum 1. Januar 2023 wieder aufgehoben werden. Zudem werden der Kreis der impfberechtigten Personen auf weitere Berufsgruppen erweitert und die Handlungsmöglichkeiten der Länder in der Pandemiebekämpfung klarstellend ausgewei-tet. Die Einführung einer einrichtungsbezogenen Impfpflicht greift bezüglich des Ziels der Stärkung der Impfprävention und des Schutzes vulnerabler Gruppen zu kurz. Die Verant-wortung für den Schutz vulnerabler Gruppen kann angesichts der Erkenntnisse über das Infektionsgeschehen nicht allein auf Beschäftigte reduziert werden, die in Einrichtungen mit besonders hohen Kontaktwahrscheinlichkeiten zu vulnerablen Gruppen arbeiten. Zum Schutz vulnerabler Gruppen ebenso wie zur Entlastung des Gesundheitssystems und der dort Beschäftigten muss die Impflücke in der Gesamtgesellschaft geschlossen werden. Daher werben der DGB und seine Mitgliedsgewerkschaften unermüdlich dafür, dass sich alle Menschen mit einer Impfempfehlung schnellstmöglich gegen Covid-19 impfen lassen und die Impfkampagne dazu ausgebaut wird.

Auf Grund der kurzen Frist zur Stellungnahme kann nur zu ausgesuchten Aspekten Stel-lung bezogen werden.

Deutscher Gewerkschaftsbund
Bundesvorstand

Abteilung Sozialpolitik

sozialpolitik.bvv@dgb.de

Henriette-Herz-Platz 2
10178

www.dgb.de

Zu Art. 1 und 2: Änderungen im Infektionsschutzgesetz

Zu § 20a IfSG: Einführung einer einrichtungsbezogenen Impfpflicht

In Anlehnung an die Regelungen zur Einführung einer Masernimpfpflicht durch das *Gesetz für den Schutz vor Masern und zur Stärkung der Impfprävention* (BGBl. I 2020, S. 148) in § 20 Absatz 8 bis 13 soll in § 20a zur Einführung einer entsprechenden Pflicht für den Schutz vor der Coronavirus-Krankheit-2019 (COVID-19) eine beschäftigtengruppen-spezifische Impfnachweispflicht eingeführt werden. Es handelt sich damit zwar nicht um eine unmit-telbare Pflicht; da aber nur mit dem Nachweis einer Impfung oder Infektion das "Tätig-Sein" in dann im Einzelnen genannten Beschäftigungen möglich ist, kommt es einer Impf-verpflichtung der genannten Gruppen gleich, möchten sie ihrer Beschäftigung nachgehen (bzw. mittelbar den Konsequenzen des "Nicht-Beschäftigt-Seins" ausweichen). In diesem Sinne ist auch der Gebrauch des Terminus „einrichtungsbezogene Impfpflicht“ in dieser



Stellungnahme zu verstehen Die Verpflichtung wird zudem gemäß Artikel 2 des Gesetzesentwurfs zum 01.01.2023 wieder aufgehoben.

Zur Begründung wird ausgeführt, dass Geimpfte und genesene Personen seltener infiziert werden und somit auch seltener zu Überträgern des Coronavirus SARS-CoV-2 werden – und zudem, wenn sie trotz Impfung infiziert werden sollten, weniger bzw. für einen kürzeren Zeitraum infektiös sind. Das Risiko, das von Geimpften oder Genesenen ausgeht, ist somit deutlich geringer als bei Personen, die über keine Immunisierung aufgrund eines vollständigen Impfschutzes oder einer zurückliegenden Infektion verfügen. In bestimmten Settings, z. B. in Krankenhäusern oder Pflegeeinrichtungen, halten sich typischerweise eine Vielzahl von besonders vulnerablen Personen auf. Diese sind regelmäßig aufgrund ihrer gesundheitlichen Verfassung im Hinblick auf eine Infektion mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 besonders gefährdet und tragen unter Umständen ein erhöhtes Risiko für schwere Verläufe. Das Ziel der mittelbaren berufsgruppenspezifischen Impfpflicht zum Schutz der Gesundheit jener vulnerablen Gruppen, also der Schutz dieser einzelnen vulnerablen Individuen als Kollektiv, steht gegenüber dem Individualrecht des*der einzelnen Beschäftigten.

Eine Pflichtimpfung stellt einen Eingriff in das Grundrecht auf körperliche Unversehrtheit aus Art. 2 Abs. 2 GG dar. Dabei ist zu trennen zwischen der Impfung als solcher (etwa dem Einstich durch die Spritze) und den gesundheitlichen Nebenwirkungen des Impfstoffs. Erstgenanntes wird als „zumeist harmlose[r] Eingriff in die körperliche Unversehrtheit“ betrachtet, während mit Blick auf potenzielle Nebenwirkungen von einem „Eingriff mittlerer Intensität“ gesprochen wird. Allerdings hat schon der Ethikrat im Rahmen der Diskussion zur Masernschutzimpfung ausgeführt, dass erwogen werden kann, Personen, die in ihrem beruflichen Alltag mit Menschen zu tun haben, die infolge einer Infektion einem besonders hohen Risiko einer schweren Erkrankung oder gar des Todes ausgesetzt wären, eine berufliche Betätigung ohne Nachweis einer Immunität bzw. Impfung zu untersagen. Auch bezüglich Corona hat der Ethikrat für Beschäftigte mit Kontakt zu besonders anfälligen Personen eine sanktionsbewehrte Impfpflicht befürwortet. Bezogen auf die Vulnerabilität von erkrankten oder lebensalten Menschen und deren wesentlich höherem Infektions- und Erkrankungsrisiko (gegenüber dem Durchschnitt der Bevölkerung) zeigt sich, dass unter Wahrung der Prüfungstrias Geeignetheit des Mittels ‚Impfpflicht‘, Erforderlichkeit derselben und Verhältnismäßigkeit dieses Mittel bezogen auf das zu Schützende eine Impfpflicht verfassungsrechtlich nicht zu beanstanden ist. Auch zu berücksichtigen ist, dass der Europäische Gerichtshofs für Menschenrechte der Auffassung ist, dass dann, wenn eine Politik der freiwilligen Impfung nicht ausreicht, um z.B. die Herdenimmunität zu erreichen und aufrechtzuerhalten, oder die Herdenimmunität aufgrund der Art der Krankheit nicht relevant ist, die inländischen Behörden vernünftigerweise eine Politik der Pflichtimpfung einführen können, um ein angemessenes Schutzniveau gegen schwere Krankheiten zu erreichen.

Fraglich ist allerdings, ob die vorgesehene Impfpflicht bestimmter Beschäftigengruppen ausreicht, um vulnerable Gruppen effektiv zu schützen. Die Einführung einer Impfpflicht für die Beschäftigten in Einrichtungen mit vielen Kontakten zu vulnerablen Gruppen steht implizit unter der Annahme, dass die entsprechenden Gruppen in den Einrichtungen weitgehend isoliert und ihre Kontakte auf die Beschäftigten reduziert werden. Die Schutzverantwortung gegenüber vulnerablen Gruppen sollte allerdings nicht auf die Personengruppen reduziert werden, die beruflichen Kontakt zu den entsprechenden Gruppen haben, sondern sollte eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe sein. Eine engföhrende Perspektive lässt zugleich außer Acht, dass vulnerable Personen auch jenseits der im Gesetzesentwurf genannten Einrichtungen leben.

Den besten Schutz bietet eine gesamtgesellschaftlich geringe Infektionslage. Auf Grund der nachweislichen entscheidenden Rolle von Ungeimpften am Infektionsgeschehen ist



dazu die Schließung der Impflücke in der gesamten Bevölkerung unausweichlich. Die Infektionszahlen und damit auch das Infektionsrisiko insgesamt muss nachhaltig gesenkt werden. Dadurch reduziert sich zugleich auch das Risiko von Durchbruchsinfektionen bei geimpften Personen mit Kontakt zu vulnerablen Gruppen, das auch bei einer einrichtungsbezogenen Impfpflicht fortbesteht und – in Annahme einer auch nach der dritten Impfung weiterhin unvollständigen Schutzwirkung – stark von der gesamtgesellschaftlichen Infektionslage abhängt.

Durch eine Impfpflicht für Beschäftigte in der Pflege und Gesundheitsversorgung wird sich die letztlich für einen guten Schutz entscheidende gesamtgesellschaftliche Impflücke kaum signifikant verkleinern. Gerade diese beiden Beschäftigtengruppen, insbesondere die Beschäftigten auf den Intensivstationen, werden durch die Impflücke zugleich massiv belastet. Denn sie werden mit den Auswirkungen einer zu geringen Impfquote in der Gesamtbevölkerung täglich in ihrem Arbeitsverhältnis konfrontiert und mussten im Verlauf der Pandemie dadurch besonders viel und oft zu viel leisten. Es sollte deshalb Bedenken wecken, dass sich nun aus dieser Beschäftigtengruppe Stimmen mehren, die sich durch die Forderung nach einer speziellen Impfpflicht in der Engführung auf ihre Beschäftigtengruppe als Sündenbock gebrandmarkt fühlen. Zudem steht der Gesetzgeber zunächst in der Bringschuld, die durch eigene Versäumnisse und Fahrlässigkeiten, wie z.B. die verfrühte Schließung von Impfzentren, die nicht ausreichende bundesweite Koordination der Impfkampagne oder die nicht rechtzeitig erfolgte Verteilung bevorrateter Impfdosen entsprechend den Bedarfen vor Ort, entstandenen Handlungsbedarfe schnell und umfassend abzustellen.

Der DGB und seine Mitgliedsgewerkschaften bestärken ihre Forderung nach einer Schließung der Impflücke, um den Schutz vulnerabler Gruppen sowie den Schutz der gesamten Bevölkerung vor Infektionen zu erhöhen und die Gesundheitsversorgung vor der Überlastung durch Corona-Patient*innen zu schützen. Dazu muss insbesondere die Impfkampagne ausgeweitet werden. Dies umfasst die bessere Organisation der Impflogistik ebenso wie die deutliche Ausweitung von ortsnahen und aufsuchenden Impfangeboten. Zielgruppengerechte Angebote und direkte Ansprachen sind dabei unerlässlich. Anhalten den Fake-News und gezielt verbreiteter Desinformation sollte mit einer breit angelegten und offensiven Aufklärungskampagne und den vorhandenen strafrechtlichen Möglichkeiten begegnet werden. Auch eine allgemeine Impfpflicht könnte dazu beitragen, Menschen praktisch und ideell zum Impfen zu bewegen. Eine einrichtungsbezogene Impfpflicht greift hingegen aus den oben beschriebenen Gründen zu kurz.

Zu § 20b IfSG: Ausweitung des Kreises der Impfberechtigten

Durch die Einführung eines § 20b im Infektionsschutzgesetz soll der Kreis der Impfberechtigten für Impfwillige ab dem Alter von 12 Jahren auf Zahnärzt*innen, Apotheker*innen und Tierärzt*innen ausgeweitet werden, sofern diese zuvor eine entsprechende Schulung erhalten haben. Der DGB und seine Mitgliedsgewerkschaften begrüßen Schritte, die zur Beschleunigung des Impffortschritts beitragen. Die Ausweitung des Kreises der Impfberechtigten kann hierzu einen Beitrag leisten, wenn die zuverlässige Impfstoffversorgung auch bei der Ausweitung des Kreises der Impfenden gewährleistet bleibt. Neben der hohen Zahl an Auffrischungsimpfungen, die in kurzer Zeit geleistet werden sollen, muss die Aufmerksamkeit zugleich auch der Steigerung von Erst- und Zweitimpfungen gelten. Hierzu sollten aufsuchende und andere niedrigeschwellige Impfangebote deutlich ausgebaut werden.

Zu § 28a IfSG: Handlungsmöglichkeiten der Länder im Infektionsschutz



Der Gesetzesentwurf fasst § 28a Abschnitt 8 IfSG neu und stellt mit einer abschließenden Aufzählung deutlicher klar, welche Maßnahmen die Landesregierungen per Landesvorbehalt unter entsprechender Beteiligung der Landesregierung nicht ergreifen können. Zugleich wird dabei der Handlungsspielraum der Länder in der Pandemiebekämpfung ausgeweitet. Auch das Verbot von Freizeit- und Kulturveranstaltungen sowie die Schließung von Gastronomiebetrieben, Freizeit- und Kultureinrichtungen sowie Messen sind nun eindeutig möglich. Ausgenommen von der Anwendungsmöglichkeit sollen die Anordnung von Ausgangsbeschränkungen, die Untersagung der Sportausübung, die Untersagung von Versammlungen – hierunter müssen auch Versammlungen zur Ausübung der Rechte aus Art. 9 GG zu fassen sein – oder Aufzügen im Sinne von Art. 8 GG und von religiösen oder weltanschaulichen Zusammenkünften, die Untersagung von Reisen, die Untersagung von Übernachtungsangeboten, die Schließung von Betrieben, Gewerben, Einzel- oder Großhandel – mit Ausnahme von Gastronomie, Kultur- und Freizeiteinrichtungen und Messen – sowie die Schließung von Gemeinschaftseinrichtungen im Sinne von § 33 IfSG sein. Der DGB und seine Mitgliedsgewerkschaften begrüßen die klarstellende Stärkung der Kompetenz der Länder in der Pandemiebekämpfung und erneuern zugleich ihre Forderung, die vollumfängliche Handlungsfähigkeit der Länder wiederherzustellen.

Zu Art. 5, 7, 8 und 9: Mitbestimmung

Der DGB und seine Mitgliedsgewerkschaften begrüßen die befristete Einführung der Möglichkeit, Versammlungen nach §§ 42, 53 und 71 BetrVG sowie Einigungsstellen virtuell durchführen zu können.

Angesichts der noch immer fortschreitenden Pandemie und den damit einhergehenden Einschränkungen ist insbesondere das Durchführen von Betriebsversammlungen in Präsenz in vielen Betrieben schlechterdings unmöglich. Daher scheint hier die befristete Einführung der Möglichkeit sinnvoll. Hierbei muss klar sein, dass die Durchführung von Betriebsversammlungen in Video- und Telefonkonferenzen die Ausnahme darstellen muss und nur dort zum Tragen kommt, wo Präsenzversammlungen nicht möglich sind – dieser grundsätzliche Vorrang von Präsenzversammlungen sollte deshalb in der Gesetzesbegründung klargestellt werden.

Neben den Betriebsversammlungen sind jedoch auch Wahlversammlungen nach § 17 Abs. 2 BetrVG vielerorts praktisch nicht durchführbar. Daher muss die gerichtliche Bestellung von Wahlvorständen erleichtert sowie die entsprechende Möglichkeit eines beschleunigten Verfahrens zur gerichtlichen Bestellung eingeführt werden.

Die pandemiebedingten Einschränkungen betreffen ebenso Schwerbehindertenversammlungen. Daher ist ebenfalls zu begrüßen, dass die befristete Möglichkeit der virtuellen Versammlung auch für Schwerbehindertenversammlungen gilt.

Auch die befristete Zulassung von Einigungsstellen per Video- und Telefonkonferenzen ist angesichts der Pandemie und damit dem Gebot der Kontaktreduzierung sowie dem Verzicht auf Dienstreisen ebenfalls sinnvoll.

Die Regelungen bzgl. der europäischen Mitbestimmungsgremien im Europäischen Betriebsrätegesetz, dem SE-Beteiligungsgesetz und dem SCE-Beteiligungsgesetz werden begrüßt. Internationalen Gremien sind durch die vielfach notwendig gewordenen Reisebeschränkungen in der Zeit der Pandemie Sitzungen in Präsenz unmöglich gemacht worden. Eine befristete Zulassung von virtuellen Sitzungen ist daher notwendig, um die Arbeitsfähigkeit der Gremien in dieser besonderen Zeit weiter zu ermöglichen.

Der DGB und seine Mitgliedsgewerkschaften begrüßen die klare zeitliche Begrenzung der Regelung bis zum 19.03.2022 mit der Option der einmaligen Verlängerung um 3 Monate.



Dies trägt dem Ausnahmeharakter der Regelung Rechnung. Hier wäre jedoch eine direkte zeitliche Befristung bis zum 30.06.2022 ohne den Zwischenschritt der Verlängerung denkbar.

STELLUNGNAHME
DES DEUTSCHEN HAUSÄRZTEVERBANDES E.V. ZUM

GESETZENTWURF DER FRAKTIONEN DER SPD, BÜNDNIS90/DIE GRÜNEN
UND FDP

GESETZ ZUR STÄRKUNG DER IMPFPRÄVENTION GEGEN COVID-19 UND
ZUR ÄNDERUNG WEITERER VORSCHRIFTEN IM ZUSAMMENHANG MIT DER
COVID-19-PANDEMIE

07. DEZEMBER 2021

Diese Stellungnahme ist angesichts der zeitlichen Abläufe nur auf bestimmte Themen und Fragestellungen gerichtet und in den Ausführungen und Vorschlägen bewusst knappgehalten.

Mit Blick auf die in Artikel 1 Nummer 4 (§ 20 NEU IfSG) vorgesehene Impfpflicht für Corona-Schutzimpfungen für bestimmte Einrichtungen stellt sich aus Sicht des Deutschen Hausärztesverbandes die Frage, nach welchen objektiven Kriterien der Einschluss in bzw. Ausschluss aus der Liste der Einrichtungen erfolgt, in denen diese Impfpflicht gelten soll. So sind beispielsweise Apotheken und Tierarztpraxen nach aktueller Planung von einer Impfpflicht nicht betroffen.

In Artikel 1 Nummer 4 soll ein neuer § 20b [NEU] in das IfSG eingefügt werden, der für Apotheker, Zahn- und Tierärzte die Möglichkeit schafft, eigenständig Corona-Schutzimpfungen vorzunehmen. Diese Regelung wird vom Deutschen Hausärztesverband nicht befürwortet. Zum ersten ist es mit Blick auf den Schutz der Patientinnen und Patienten zwingend erforderlich, dass eine Schutzimpfung unter ärztlicher Obhut erfolgt. Als medizinische präventive Maßnahme ist das Impfen zu jeder Zeit mit seltenen, aber in manchen Fällen durchaus schwerwiegenden Impfkomplikationen verbunden, die einer unmittelbaren ärztlichen z. T. auch notfallmedizinischen Versorgung bedürfen. Weder eine einfache Schulung, noch das Setting einer Apotheke oder einer zahn- oder tiermedizinischen Praxis, sind dafür geeignet. Zum zweiten ist es in der aktuellen Lage des Impfstoffmangels widersinnig, die begrenzte Menge an Impfstoff auf eine immer größere Zahl an impfenden Stellen und Institutionen zu verteilen. Schon heute werden die Impfstoffbestellungen der Hausärztinnen und Hausärzte nicht vollständig ausgeliefert, und es besteht die ernstzunehmende Befürchtung, dass sich diese Situation eher verschlimmert als bessert, wenn zusätzliche Stellen Impfstoff ordern.

Zu begrüßen ist die in Artikel 1 Nummer 7 geplante Anpassung der Testpflichten in den hausärztlichen Praxen. Hier soll die Testfrequenz für geimpfte und genesene Mitarbeitende und Anstellende wieder auf zwei Mal pro Woche reduziert werden. Dies ist für diesen Personenkreis medizinisch angemessen und zum Schutz der Patientinnen und Patienten sowie der Mitarbeitenden erforderlich. Überdies wird die Meldepflicht der Testergebnisse an die Gesundheitsämter wieder gestrichen, die vor allem viel Bürokratie und wenig medizinischen Nutzen mit sich gebracht hat und deren Anwendung vor diesem Hintergrund ohnehin schon in vielen Regionen ausgesetzt wurde. Die Klarstellung, dass die Testpflicht nicht nur für die zu versorgenden Patientinnen und Patienten gilt, sondern auch für deren Begleitpersonen, ist ebenfalls hilfreich und spiegelt die Erfordernisse des Versorgungsalltags gut wider.

Im Zuge der aktuellen Diskussion um die erneute Zahlung eines Bonus für Pflegekräfte möchten wir darauf hinweisen, dass nicht nur Pflegekräfte auf den Intensivstationen eine enorme Arbeit leisten, die zu Recht gewürdigt werden sollte. Auch für Medizinische Fachangestellte (MFA) in den ambulanten Praxen stellt die Versorgung von Patientinnen und Patienten in der Corona-Pandemie sowie die Organisation des Impfgeschehens eine besondere Herausforderung dar. Als Bollwerk vor den Kliniken und tragen die hausärztlichen Praxen erheblich dazu bei, eine Überlastung im deutschen Gesundheitswesen zu verhindern. In der Impfkampagne sind die Hausärztinnen und Hausärzte dank der verlässlichen Unterstützung ihrer MFA in der Lage, den Impfturbo zu zünden (allein letzte Woche (KW 48) mehr als drei Millionen Impfungen). Um die Motivation der Mitarbeitenden in den Arztpraxen zu erhalten und ihnen die notwendige gesamtgesellschaftliche Anerkennung zuteilwerden zu lassen, empfehlen wir eine Berücksichtigung der MFA bei der Zahlung eines möglicherweise geplanten staatlichen Sonderbonus.

Für Rückfragen, Erläuterungen und fachliche Erörterungen stehen wir gerne zur Verfügung.

Ihre Ansprechpartner

Deutscher Hausärztesverband e.V. | Edmund-Rumpler-Straße 2 | 51149 Köln | www.hausaerztesverband.de

Bundesvorsitz: ☎ ulrich.weigeldt@hausaerztesverband.de | ☎ 030 88714373-30

Geschäftsführer u. Justiziar: ☎ joachim.schuetz@hausaerztesverband.de | ☎ 02203 97788-03

Geschäftsführer: ☎ sebastian.john@hausaerztesverband.de | ☎ 030 88714373-34

Deutscher Kulturrat · Markgrafendamm 24, Haus 16 · 10245 Berlin

An die Mitglieder des Hauptausschusses
des Deutschen Bundestags

Deutscher Kulturrat e.V.
Markgrafendamm 24
Haus 16 · 10245 Berlin
Telefon 030.226 05 28-0
Fax 030.226 05 28-11

post@kulturrat.de
www.kulturrat.de

Berlin, den 08.12.2021

**Öffentliche Anhörung zum Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der
Impfprävention gegen COVID-19 und der Änderung weiterer Vorschriften im
Zusammenhang mit der COVID-19-Pandemie**

Sehr geehrte Damen und Herren,

der Deutsche Kulturrat ist der Spitzenverband der Bundeskulturverbände. Ihm gehören in seinen acht Sektionen 265 Bundeskulturverbände aller künstlerischen Sparten (Musik, Darstellende Kunst und Tanz, Literatur, Bildende Kunst, Baukultur und Denkmalkultur, Design, Film und audiovisuelle Medien, Soziokultur und kulturelle Bildung) an. Der Deutsche Kulturrat vereint Verbände und Organisationen der Künstlerinnen und Künstler, der Kulturunternehmen, der Kultureinrichtungen und der Kulturvereine. Er steht damit für den Kultur- und Mediensektor in seiner ganzen Breite vom professionellen bis zum Amateurschaffen, vom Non-Profit-Bereich bis zum erwerbswirtschaftlichen Sektor.

Seit März 2020 befindet sich der Kultur- und Mediensektor im Ausnahmezustand. Diverse Lockdowns sowie Einschränkungen von Kulturveranstaltungen und Angeboten von Kultureinrichtungen haben trotz Unterstützungsmaßnahmen von Bund und Ländern massive ökonomische Folgen im gesamten Kulturbereich. Sofern vorhanden sind nach fast zwei Jahren Pandemie die bestehenden Rücklagen aufgebraucht. Die ökonomische Situation ist vielfach prekär.

Der Kultur- und Medienbereich ist aber nicht ausschließlich ökonomisch betroffen. Es fehlt der Diskursraum Kultur zur Aushandlung gesellschaftlicher Fragen. Es fehlt die Begegnung von Menschen im bürgerschaftlichen Engagement. Es fehlt die direkte Begegnung mit Kunst und Kultur.

Der Deutsche Kulturrat unterstützt das gesundheitspolitische Anliegen, das Infektionsgeschehen einzudämmen und setzt sich für eine hohe Impfquote ein. Aktuell ist Impfen die beste Kulturförderung. Nur mit einer hohen Impfquote wird es möglich sein, die Pandemie dauerhaft in Schach zu halten.

Der Deutsche Kulturrat wirbt daher im Kulturbereich dafür, dass sich sowohl freiberufliche Künstlerinnen und Künstler und Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in Kulturbetrieben als auch das Publikum impfen lässt.

Kultureinrichtungen und -veranstalter haben in den letzten beiden Jahren erhebliche Anstrengungen unternommen, dass der Besuch von Kultureinrichtungen und -veranstaltungen sicher ist. Hierfür wurden entsprechende Um- und Einbauten veranlasst sowie Hygienekonzepte entwickelt. Auch die Anwendung der 2G-Regel wird in diversen Kultureinrichtungen und -veranstaltungen konsequent angewendet.

Im o.g. Geszesentwurf sind allerdings Verschärfungen für den Kulturbereich geplant, die über die Beschlüsse der Bundeskanzlerin mit den Regierungschefinnen und Regierungschefs der Länder vom 02.12.2021 hinausgehen und der Bedeutung der Kultur für die Gesellschaft nicht gerecht werden. Hierzu im Einzelnen:

In §28a Absatz 8 wird geregelt, welche Bereiche von Schutzmaßnahmen ausgeschlossen sind und wo Schließungen möglich sind.

- Der Deutsche Kulturrat begrüßt, dass der Einzel- und Großhandel von der Schließung ausgenommen wird. Das gilt beispielsweise für Buchhandlungen, für Galerien oder auch für Musikalienhandlungen.
- Der Deutsche Kulturrat bedauert, dass von „Freizeit- oder Kultur-einrichtungen“ in einem Begriffspaar die Rede ist. Noch im November 2020 wurde im Rahmen des „*Dritten Gesetzes zum Schutz der Bevölkerung bei einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite*“ in der Begründung formuliert, dass bei der „Untersagung und Beschränkung des Betriebs von Kultureinrichtungen oder von Kulturveranstaltungen“ die grundgesetzlich verbrieft Kunstfreiheit beachtet werden muss. Es wurde formuliert, dass sowohl mit Blick auf die künstlerische Tätigkeit selbst (Werkbereich) als auch die Darbietung und Verbreitung des Kunstwerks (Wirkbereich) die Kunstfreiheit beachtet werden muss. Es hieß: „*Bei Untersagungen oder Beschränkungen im Bereich der Kultur muss daher der Bedeutung der Kunstfreiheit ausreichend Rechnung getragen werden.*“ Dieser besonderen Bedeutung der Kunstfreiheit wird im vorliegenden Geszesentwurf nicht Rechnung getragen.
- Der Deutsche Kulturrat fordert daher, dass Kultureinrichtungen und Freizeiteinrichtungen im o.g. Geszesentwurf getrennt geführt werden und damit der grundgesetzlich garantierte Schutz der Kunstfreiheit im Gesetz deutlich wird.
- Der Deutsche Kulturrat fordert ferner, dass bei möglichen Schließungen von Kultureinrichtungen oder der Untersagung von Kulturveranstaltungen der

Bedeutung der Kunstfreiheit ausreichend Rechnung getragen wird und dass dies in der Gesetzesbegründung deutlich herausgearbeitet wird.

- Schließungen von Kultureinrichtungen bzw. die Untersagung von Kulturveranstaltungen dürfen nur die ultima ratio bei einem sehr hohen Infektionsgeschehen sein. In den Maßnahmen, die die Bundeskanzlerin und die Regierungschefinnen und Regierungschefs der Länder am 02.12.2021 beschlossen haben, wurden neben der bundesweiten 2G-Regel für Kultureinrichtungen Kapazitätsgrenzen für große Kulturveranstaltungen beschlossen. Diese Kapazitätsgrenzen müssen vor einer Schließung Vorrang haben.

Mit freundlichen Grüßen

gez. Olaf Zimmermann
Geschäftsführer



Deutscher Landkreistag · Postfach 11 02 52 · 10832 Berlin

Ulrich-von-Hassell-Haus
Lennéstraße 11
10785 Berlin

Deutscher Bundestag
Hauptausschuss
Frau Vorsitzende
Bundestagspräsidentin Bärbel Baas, MdB

per Mail: hauptausschuss@bundestag.de

Tel.: 030 590097-340
Fax: 030 590097-430

E-Mail:
Joerg.Freese@Landkreistag.de

AZ: V-520-00/1
V-520-01/3

Datum: 7.12.2021

Öffentliche Anhörung zum Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Impfprävention gegen COVID-19 und zur Änderung weiterer Vorschriften im Zusammenhang mit der COVID-19-Pandemie

Sehr geehrte Frau Präsidentin,
sehr geehrte Damen und Herren Abgeordnete,

vielen Dank für die Möglichkeit der Stellungnahme zum o. g. Gesetzentwurf der Fraktionen der SPD, Bündnis 90/DIE GRÜNEN und FDP. In unseren Ausführungen beschränken wir uns auf nur wenige besonders wesentliche Punkte:

1. Änderungen aufgrund der Aufhebung der Feststellung der epidemischen Lage von nationaler Tragweite

Wir begrüßen die zu § 28a Abs. 8 IfSG vorgeschlagenen Änderungen. Bereits in unserer Stellungnahme zum Gesetz zur Änderung des Infektionsschutzgesetzes und weiterer Gesetze anlässlich der Aufhebung der Feststellung der epidemischen Lage von nationaler Tragweite hatten wir uns dafür ausgesprochen, den Ländern auf der Grundlage eines Beschlusses des jeweiligen Landesparlamentes den ungeschmälerten Zugriff auf die in § 28a Abs. 1 IfSG vorgesehenen Schutzmaßnahmen zu gestatten. Die jetzt vorgesehene Neufassung des § 28a Abs. 8 IfSG trägt diesem Vorschlag bereits weitgehend Rechnung.

Wir begrüßen ebenso die Verlängerung der in § 28b Abs. 9 Satz 1 IfSG vorgesehene Übergangsfrist bis zum 15.2.2022.

Nach § 28b Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 iVm § 23 Abs. 3 Satz 1 Nr. 10 IfSG gilt auch für geimpfte und genesene Beschäftigte in Einrichtungen des öffentlichen Gesundheitsdienstes die Testpflicht. Wir regen an klarzustellen, dass damit nur diejenigen Beschäftigten der Gesundheitsämter gemeint sind, die tatsächlich medizinische Untersuchungen, Präventionsmaßnahmen oder ambulante Behandlungen durchführen und sich daher in einer ähnlichen Lage Gefahrenlage befinden wie bspw. das medizinische Personal in Krankenhäusern.

2. Einführung einer einrichtungsbezogenen Impfpflicht (§ 20a IfSG-E)

Wir begrüßen nachdrücklich, dass einer Forderung des Deutschen Landkreistages folgend zunächst eine einrichtungsbezogene Impfpflicht normiert wird. Sie wird den Schutz der besonders verletzlichen Personengruppen deutlich erhöhen. Dies gilt insbesondere für Alten- und Pflegeeinrichtungen sowie für Einrichtungen der Behindertenhilfe.

Neben den in § 20a Abs. 1 Nr. 1 Buchstabe k) IfSG-E genannten Rettungsdiensten regen wir an, auch die Einrichtungen und Dienste, die im Krankentransport tätig werden hinzuzufügen. Die im Krankentransport mitwirkenden Personen haben mit Menschen zu tun, die aufgrund ihres Gesundheitszustandes und/oder Alters ein erhöhtes Risiko für einen schweren oder tödlichen COVID-19-Krankheitsverlauf haben. Damit sind auch Einrichtungen des Krankentransports unter die Einrichtungen zu subsummieren, für deren Personal eine Impfpflicht eingeführt werden sollte.

§ 20a Abs. 2-4 IfSG-E würde in der vorgelegten Form einen erheblichen Mehraufwand in den ohnehin schon personell extrem stark geforderten Landkreisen und deren Gesundheitsämtern nach sich ziehen. Aus unserer Sicht ist es nicht zwingend, dass Gesundheitsämter sämtliche Meldungen von nicht-geimpften und nicht-genesenen Mitarbeitenden der Einrichtungen nach § 20a Abs. 1 Nr. 1 erhalten. Das Beschäftigungsverbot besteht gegenüber den jeweiligen Einrichtungen und ihren Rechtsträgern, sodass diese auch die Beschäftigung dieser Mitarbeitenden untersagen müssen. Ein Tätigwerden der Gesundheitsämter ist weder erforderlich noch im weiteren Verfahren vorgesehen. Uns ist nicht ersichtlich, in welcher Weise eine Information bzw. sogar die nach Landesrecht mögliche direkte Vorlage von entsprechenden Nachweisen der Mitarbeitenden gegenüber dem Gesundheitsamt für die Pandemiebekämpfung von Vorteil sein soll. Hier bestände die Möglichkeit, die Gesundheitsämter, die ohnehin schon längst wieder am Rand ihrer Belastbarkeit arbeiten bzw. deutlich darüber hinaus, vor nicht notwendigen Aufgaben zu bewahren.

Sollte dem nicht gefolgt werden, so ist zumindest die eben genannte Möglichkeit, nach Landesrecht eine Meldung von Mitarbeitenden der in Rede stehenden Einrichtungen direkt beim Gesundheitsamt oder anderen nach Landesrecht zuständigen Stellen vorzusehen, zu streichen. Uns ist nicht ersichtlich, warum dies sinnvoll sein soll und welche Folgen bzw. Pflichten daraus für die Gesundheitsämter oder andere öffentliche Stellen erwachsen sollen. Ein Beschäftigungsverbot dieser Mitarbeitenden in ihren Einrichtungen und Betrieben durchzusetzen, ist nicht sachgerecht von Gesundheitsämtern durchzusetzen.

3. Weitere Hinweise

- In einzelnen Gesundheitsämtern ist die Frage nach dem Umgang mit dem Impfstoff von Johnson & Johnson in Bezug auf den neuen § 20 IfSG aufgekommen. Wir bitten deswegen um Prüfung, ob eine Impfung mit diesem Impfstoff nach der aktuellen Studienlage ausreichend ist, um einen ausreichenden Impfstatus nachzuweisen.
- Die Verlängerung der Übergangsregelung zur gemeinschaftlichen Mittagsverpflegung in Werkstätten für behinderte Menschen zunächst bis 31.3.2022 (§ 142 SGB XII-E) wird begrüßt. Sie trägt den Belangen der Praxis Rechnung.

- Die Änderungen in § 28b IfSG-E klären mehrere derzeit offene Fragen zur Relevanz für Menschen mit Behinderungen. Abs. 1 bestimmt, dass die 3G-Regelung auch für den Fahrdienst für Menschen mit Behinderungen greift. Beschäftigte in Werkstätten für behinderte Menschen, zu denen auch die Menschen mit Behinderungen gezählt werden, müssen täglich getestet sein, es sei denn sie sind geimpft, dann gemäß Abs. 2 höchstens zwei Mal wöchentlich. Auch dies greift Belange der Praxis auf.

Mit freundlichen Grüßen
In Vertretung

Freese

Stellungnahme des Deutschen Pflegerates e.V. (DPR) zum Gesetzentwurf der Fraktionen

SPD, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und FDP

**Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Impfprävention gegen
COVID-19 und zur Änderung weiterer Vorschriften im
Zusammenhang mit der COVID-19-Pandemie**

Drucksache 20/188

Stand 06.12.2021

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 Stärkung der Impfprävention gegen COVID-19 und zur Änderung weiterer Vorschriften im Zusammenhang mit der COVID-19-Pandemie.

Der DPR bedankt sich für die wichtige Weichenstellung im Koalitionsvertrag, wonach die Pflege an der notwendigen Weiterentwicklung des Gesundheitssystems beteiligt werden soll. Die Bewältigung der Pandemie ist aus Sicht des DPR eine Herausforderung, die nur gesamtgesellschaftlich zu bewältigen ist. Ein wichtiger Baustein ist dabei die Impfung gegen COVID-19. Der DPR begrüßt die Regelung der einrichtungsbezogenen Impfpflicht, welche die isolierte Betrachtung der Berufsgruppe der Pflegenden als maßgeblich Verantwortliche für den Anstieg der Infektionszahlen zugunsten einer umfassenderen Verantwortung für die Bewältigung der Pandemie in den Blick nimmt. Die einrichtungsbezogene Impfpflicht dient dem Schutz von pflegebedürftigen und kranken Menschen aller Altersgruppen. Die Impfung pflegebedürftiger Menschen wiederum schützt Mitarbeiter*innen in Institutionen, in denen diese Menschen versorgt werden und komplettiert die gegenseitige soziale Verantwortung. Der DPR begrüßt zudem, dass die einrichtungsbezogene Impfpflicht bzgl. ihrer Wirksamkeit und Reformbedürftigkeit evaluiert werden soll.

Begrüßenswert ist auch, dass die Länder die Möglichkeit bekommen sollen, bei hohen Infektionszahlen Regelungen zur Reduktion von Kontakten zu veranlassen.

Zu den Regelungen im Einzelnen:

Artikel 1 Änderung des Infektionsschutzgesetzes Nummer 4 § 20a Absatz 1

Der DPR begrüßt, dass eine einrichtungsbezogene Impfpflicht gegen das Coronavirus SARS-CoV 2 eingeführt werden soll. Ab dem 15. März 2022 müssen Beschäftigte u.a. in Krankenhäusern, Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen, Tageskliniken, voll- und teilstationären Pflegeeinrichtungen oder ambulanten Pflegediensten entweder gegen COVID-19 geimpft oder genesen sein. Hier gilt es klarzustellen, ob es sich um eine Impfpflicht aller Mitarbeiter*innen einer Einrichtung oder um eine Impfpflicht bestimmter dort tätiger

Berufsgruppen handelt. Eine gesamtgesellschaftliche Ausrichtung der Strategie kann hier richtungsweisend sein.

Offen bleiben allerdings zahlreiche Fragen zur konkreten Umsetzung: Wie müssen sich Arbeitgeber*innen verhalten, wenn am 16. März 2022 ein/e Mitarbeiter*in in einer entsprechenden Einrichtung ohne Impfnachweise und ohne ärztliche Bescheinigung über eine Kontraindikation zum Dienst erscheint? Muss ein/e solche Mitarbeiter*in ohne Bezug eines Entgelts freigestellt werden? Muss bei anhaltender Weigerung der Vorlage eine Kündigung in Erwägung gezogen werden? Welche arbeitsrechtlichen Überlegungen gilt es dabei zu bedenken, insbesondere bei langjährigen Mitarbeiter*innen? Wie soll mit Kooperationen umgegangen werden wie Begleitdiensten, Frisör*innen, Praktikant*innen, Bufdis? Soll die Impfpflicht auch Auswirkungen auf die Aufnahme von Schüler*innen in Ausbildungsinstitute haben? Welche Mitarbeiter*innen sind ggf. nicht von der Impfpflicht betroffen, weil sie keinen direkten Kontakt zu Pflegebedürftigen und Patient*innen haben (z.B. Verwaltungsmitarbeiter*innen)? Hier gilt es aus Sicht des DPR Regelungen zu erlassen, wie die Impfpflicht konkret umgesetzt werden kann.

Weiterhin soll geregelt werden, dass Personen von der Impfpflicht ausgenommen sind, die aufgrund einer medizinischen Kontraindikation nicht gegen das Coronavirus geimpft werden können. Bereits im Zusammenhang mit der Maskenpflicht gibt es zahlreiche Hinweise, dass einige Ärzt*innen Bescheinigungen ausstellen, die weniger auf medizinischen Befunden als auf geäußerten Befindlichkeiten basieren und darauf abzielen, Regelungen zu umgehen. Hier sollten im Gesetz zusätzliche Regelungen zu den Anforderungen an eine ärztliche Bescheinigung zur Befreiung von der Impfpflicht getroffen werden, zusätzlich zur Meldepflicht an das Gesundheitsamt bei einem begründeten Zweifel an der Rechtmäßigkeit eines Attests. Da davon ausgegangen werden kann, dass nur wenige Mitarbeiter*innen der Einrichtungen aus medizinischen Gründen nicht geimpft werden können, wäre denkbar, dass die diesbezüglich vorgelegten Atteste von Betriebsärzt*innen bestätigt werden. Eine andere Möglichkeit wäre, bei der Feststellung einer Kontraindikation eine Zweitmeinung von Ärzt*innen aus verschiedenen Bereichen einzuholen.

§ 20b Absatz 1

Neben Ärzt*innen können nunmehr auch Zahnärzt*innen, Tierärzt*innen sowie Apotheker*innen Impfungen gegen das Coronavirus SARS-CoV 2 durchführen. Pflegefachpersonen werden hier nicht explizit genannt. Aus Sicht des DPR könnten für Pflegefachpersonen dieselben Zugangsvoraussetzungen umgesetzt werden wie für Zahnärzt*innen, Tierärzt*innen sowie Apotheker*innen.

Absatz 4

Aus Absatz 4 geht hervor, dass weiterhin die Möglichkeit der Delegation ärztlicher Tätigkeiten auf nichtärztliches Gesundheitspersonal besteht. Hier gilt es aus Sicht des DPR zu prüfen, wie diese Regelung schneller in die Fläche gebracht werden kann, um das Impftempo zu erhöhen. Im Rahmen des Delegationsmodells kann das Impfen von Ärzt*innen auf Pflegefachpersonen übertragen werden. Voraussetzung dafür ist das Vorhandensein der erforderlichen Kenntnisse und Kompetenzen. Pflegefachpersonen haben das Verabreichen von intramuskulären Injektionen in der Ausbildung gelernt. Sie können zum Impfen aufklären; auch unter Zuhilfenahme der bereitgestellten Informationsmaterialien. Zudem kennen sie den Gesundheitszustand Pflegebedürftiger, die sie in stationären Pflegeeinrichtungen bzw. ambulant versorgen. Auch haben sie in der Ausbildung gelernt, bei Notfällen Erste-Hilfe-Maßnahmen einzuleiten und bei Bedarf ärztliche Hilfe anzufordern. Damit weisen Pflegefachpersonen mehr Kenntnisse und Kompetenzen für das Impfen auf als

Zahnärzt*innen, Tierärzt*innen oder Apotheker*innen. Für die Dokumentation der Impfung könnte auf die Regelung des § 22 Absatz 2 Nr. 5 IfSG zurückgegriffen werden, die vorsieht, dass „bei Nachtragungen in einen Impfausweis ... jeder Arzt oder Apotheker die Bestätigung ... [vornehmen kann], wenn dem Arzt, dem Apotheker oder dem Gesundheitsamt eine frühere Impfdokumentation über die nachzutragende Schutzimpfung vorgelegt wird.“ Für den ambulanten Bereich wäre eine schnelle Umsetzung über die Verordnungsfähigkeit einer Impfung im Rahmen der Häuslichen Krankenpflege auf der Grundlage der Verordnungsrichtlinie nach § 92 Absatz 7 SGB V möglich.

Um zukünftig für Pandemien besser vorbereitet zu sein, gilt es aus Sicht des DPR, zeitnah Regelungen auf den Weg zu bringen und die Übertragung heilkundlicher Aufgaben auf Pflegefachpersonen in das Infektionsschutzgesetz zu integrieren. Im „Gesetz zum Schutz der Bevölkerung bei einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite“ vom März 2020 wurde im § 5a des IfSG die Ausübung heilkundlicher Tätigkeiten durch den dort abschließend benannten Personenkreis, darunter Pflegefachpersonen, implementiert. Als Voraussetzungen wurden genannt, dass Pflegefachpersonen über die in der jeweiligen Ausbildung erworbenen Kompetenzen und persönlichen Fähigkeiten verfügen, die jeweils erforderlichen Maßnahmen eigenverantwortlich durchzuführen und dass der Gesundheitszustand des/der Patient*in nach seiner Art und Schwere eine ärztliche Behandlung, im Ausnahmefall einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite, nicht zwingend erfordert, die erforderliche Maßnahme aber eine ärztliche Beteiligung voraussetzen würde, weil sie der Heilkunde zuzurechnen ist. Diese Regelung ist nunmehr ausgelaufen. Daher schlägt der DPR vor, Regelungen umzusetzen, die es Pflegefachpersonen mit einer entsprechenden Qualifikation ermöglicht, im Sinne der befristeten Regelungen hier weiterhin Heilkunde auszuüben und die dafür erforderlichen rechtlichen Fragen zu klären. Zu der dafür erforderlichen Qualifikation steht der DPR gern beratend zu Verfügung.

Artikel 3 Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes Nummer 1 § 21

In diesem Paragraphen wird geregelt, dass Krankenhäuser Ausgleichszahlungen für einen Belegungsrückgang erhalten (sogenannte Freihaltepauschalen). Diese Krankenhäuser müssen nach § 7 Satz 1 Nummer 2 der Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung für das Jahr 2021 die Pflegepersonaluntergrenzen nicht einhalten. Die Pflegepersonaluntergrenzen sind eine Rote Linie, bei deren Unterschreitung eine Gefährdung von Patient*innen nicht ausgeschlossen werden kann. Daher muss sie aus Sicht des DPR auch bei einem Belegungsrückgang eingehalten werden.

Die Pauschalbeträge sollten über den 31. Dezember 2021 hinaus gelten und bis zum 31.12.2022 verlängert werden.

Artikel 4 Änderung der Verordnung zur Regelung weiterer Maßnahmen zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser

Die im § 5 der Verordnung zur Regelung weiterer Maßnahmen zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser geregelten Erlösausgleiche für das Jahr 2021 sollten auch für das Jahr 2022 gelten, um den Krankenhäusern Planungssicherheit für das Jahr 2022 zu geben.

Berlin, 08. Dezember 2021

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

Deutscher Städtetag | Gereonstraße 18-32 | 50670 Köln

07.12.2021/koe

An
den Hauptausschuss des Deutschen Bundestages

E-Mail: hauptausschuss@bundestag.de

nachrichtlich:

Vorsitzende der im Deutschen Bundestag vertretenen Fraktionen

- Herrn Rolf Mützenich,
- Frau Katrin Göring-Eckardt,
- Herrn Dr. Anton Hofreiter,
- Herrn Christian Lindner
- Herrn Ralph Brinkhaus
- Frau Amira Mohamed Ali
- Herrn Dr. Dietmar Bartsch
- Frau Dr. Alice Weidel
- Herrn Tino Chrupalla

Bundesministerium für Gesundheit,

- Herrn Staatssekretär Dr. Thomas Steffen

Kontakt

Lutz Decker
lutz.decker@staedtetag.de
Gereonstraße 18-32
50670 Köln

Telefon 0221 3771-305
Telefax 0221 3771-409

www.staedtetag.de

Aktenzeichen
53.06.14 D

Hauptgeschäftsstelle Berlin
Hausvogteiplatz 1
10117 Berlin
Telefon 030 37711-0

Hauptgeschäftsstelle Köln
Gereonstraße 18-32
50670 Köln
Telefon 0221 3771-0

Europabüro Brüssel
Avenue des Nerviens 9-31
1040 Bruxelles / Belgien
Telefon +32 2 74016-20

**Gesetzentwurf der Fraktionen SPD, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und FDP zum Entwurf
eines Gesetzes zur Stärkung der Impfprävention gegen COVID-19 und zur
Änderung weiterer Vorschriften im Zusammenhang mit der COVID-19-Pandemie
Drucksache 20/188**

Sehr geehrte Damen und Herren,

zu dem o.g. Gesetzentwurf positionieren wir uns innerhalb der sehr kurzen Rückmeldefrist wie folgt.

Wir halten es für richtig und notwendig, dass jetzt das Infektionsschutzgesetz noch einmal nachgeschärft und den Ländern und Kommunen zusätzliche Instrumente zur Pandemiebekämpfung an die Hand gegeben werden. Auch ist es zu begrüßen, dass hier Klarheit über die Anwendbarkeit, der bislang zur Verfügung stehenden Instrumente herbeigeführt wird.

Die Einführung einer Impfpflicht für bestimmte Gruppen der Gesundheitsberufe halten wir in der derzeitigen Situation für richtig.

Allerdings kritisieren wir den im Gesetzesentwurf vorgesehenen Sanktionsmechanismus im Fall des Verstoßes gegen die Impfpflicht als wirkungsschwach und unnötig bürokratisch. Wir sprechen uns dafür aus, dass als Rechtsfolge eines fehlenden erforderlichen Nachweises über eine Impfung ohne weiteres Verwaltungsverfahren ein gesetzliches Tätigkeits- und Betretungsverbot vorgesehen wird.

Wir haben die konkrete Sorge, dass ohne eine Schärfung des Sanktionsmechanismus die Einführung der Impfpflicht nicht wirkungsvoll genug sein könnte. Das Ziel einer möglichst hohen Impfquote bei den Beschäftigten in den Gesundheitsberufen wird nicht im gebotenen Umfang und zeitnah erreicht werden.

Ein unmittelbar im IfSG geregeltes gesetzliches Tätigkeits- und Betretungsverbot würde das verfolgte Ziel deutlich besser unterstützen. Für den Fall, dass ein solches gesetzliches Verbot zu erheblichen Problemen in der Aufrechterhaltung des Betriebs einer Gesundheitseinrichtungen führen könnte, wäre eine gesetzliche Härtefallregelung denkbar. Diese könnte es dem Arbeitgeber ermöglichen, ausnahmsweise Nichtgeimpften auch über den 15. März 2022 den Zutritt und die Tätigkeit vorübergehend zu ermöglichen. Wichtig ist eine Klarheit für Arbeitgeber, wie mit Ungeimpften ab 15. März 2022 zu verfahren ist.

Für eine Einführung eines gesetzlichen Betretungs- und Tätigkeitsverbotes spricht:

1. Die Steigerung der Effizienz des Impfgebotes:

Ein Verstoß gegen das Impfgebot entfaltet nur dann seine Wirkung im gewünschten Umfang, wenn die Sanktion unverzüglich und klar nach dem Verstoß folgt. Ein umständliches Verwaltungsverfahren mit der Beibringung von medizinischen Gutachten und Gegengutachten wird erst mit monatelanger Verzögerung zum gewünschten Betretungs- oder Tätigkeitsverbot führen. Das ist deutlich zu spät und es vergeht wertvolle Zeit bis mögliche Sanktionen greifen und der praktische Nutzen der geplanten Regelung wird deutlich reduziert.

2. Die Klarheit für die Arbeitgeber:

Während des laufenden Verwaltungsverfahrens, das eventuell zu einem Betretungs- oder Tätigkeitsverbot führen könnte, sind die Arbeitgeber in einer unklaren Schwebesituation, die nicht zumutbar ist. Dürfen sie die Nichtgeimpften weiter einsetzen? Wenn sie auf die Arbeitsleistung verzichten, muss dann das Gehalt weitergezahlt werden?

Durch ein gesetzliches Betretungs- oder Tätigkeitsverbot wird der Arbeitgeber in die Lage versetzt, arbeitsrechtliche Sanktionen auszusprechen. Dazu gehört die Suspendierung ohne weitere Gehaltszahlung, eventuell auch die Beendigung des Arbeitsverhältnisses. Wün-

schenwert ist, dass der Gesetzgeber zusätzlich Klarheit schafft, indem die möglichen arbeitsrechtlichen Folgen einer nachhaltigen Impfverweigerung in den Gesetzesentwurf, zumindest aber in die Begründung aufgenommen werden.

3. Eine geringere Belastung der Gesundheitsämter

Die Gesundheitsämter sind durch die Bekämpfung der 4. Welle belastet wie nie zuvor. Es ist zu vermuten, dass die Arbeitsbelastung der Gesundheitsämter auch über den 15. März 2022 als Stichtag für die Einführung einer Impfpflicht anhalten wird. Dies wird dazu führen, dass die im Gesetzentwurf vorgesehenen aufwändigen Verwaltungsverfahren zu einem Betretungs- oder Tätigkeitsverbot nicht zeitnah nach Eingang der Arbeitgebermeldungen begonnen werden können. Aufgrund der gebotenen Priorisierung werden die Gesundheitsämter zunächst weiterhin vollständig mit der Eindämmung der Epidemie über Kontaktnachverfolgung, dem Betrieb von kommunalen Impfstellen, den Ausspruch und die Kontrolle der Einhaltung von Quarantänen und vielem mehr belastet werden. Die Verwaltungsverfahren wegen Verstoßes gegen die Impfpflicht werden vermutlich zunächst nicht zu Betretungs- oder Tätigkeitsverbote führen.

Zu den weiteren Einzelregelungen positionieren wir uns darüber hinaus wie folgt:

- In der im Entwurf vorgesehenen Regelung in § 20a Absatz 5 stellt sich darüber hinaus die Frage, wie der jeweilige Arbeitgeber davon erfahren sollte, ab wann das jeweilige Betretungsverbot seines oder seiner Beschäftigten gilt. Auf welcher Grundlage eine Stelle wie das Gesundheitsamt solche Daten an den Arbeitgeber geben dürfte, erscheint uns nicht klar. Auch dies spricht gegen das Gesundheitsamt als Betretungsverbote aussprechende Stelle.
- Positiv zu vermerken ist, dass alle Beschäftigten der genannten Einrichtungen erfasst werden und nicht einzelne Berufsgruppen. Wichtig wäre dann aber eine Klarstellung zum Personenkreis. Die Formulierung „tätig sind“ wirft in der Praxis einige Fragen auf, z. B. bei ehrenamtlichen Besuchsdiensten; Seelsorgern, externen Technikern, die Medizingeräte warten oder in einem OP tätig sind oder bei nicht in der Einrichtung angestellten Handwerkern, die im Klinikum tätig werden und die teilweise auch in patientennahen Bereichen auf Stationen arbeiten müssen. Etwa bei der letzten Gruppe können mit dem aktuellen Betretungsverbot nach dem IfSG z. B. Baumaßnahmen zum Erliegen kommen, weil etwa Baufirmen ihre Mitarbeiter nicht dazu zwingen können, sich impfen zu lassen. Hier muss der Gesetzesentwurf praxisgerechter werden.
- Das wieder Ausgleichszahlungen im Krankenhausbereich vorgesehenen werden, ist grundsätzlich positiv. In der Kürze der Zeit ist aber kaum möglich, die Konsequenzen und Auskömmlichkeit der geplanten Regelungen komplett zu beurteilen. Nach erster Sichtung entsprechen die Regelungen aber weitgehend denen, die vom 18. November 2020 bis 15. Juni 2021 galten. Kritisch zu sehen ist – wie bei den Regelungen im Frühjahr –, dass durch den Ausgleich über einen tagesgleichen Satz das individuelle Leistungsspektrum des jeweiligen Hauses nicht berücksichtigt wird.

Sehr kritisch ist die zeitliche Befristung bis 31. Dezember 2021 zu sehen. Dies erscheint auf dem Höhepunkt der 4. Welle der Pandemie nicht sachgerecht. Bis das Gesetz in Kraft tritt und umgesetzt wird, laufen die Fristen bereits wieder aus und die Diskussionen um die Hilfen für Krankenhäuser müssen erneut geführt werden. Die vorläufige Laufzeit sollte deutlich verlängert werden.

- Die Ausweitung des impfberechtigten Personals erscheint uns begrüßenswert. Ggf. sollten weitere Ausweitungen überdacht werden.

Mit freundlichen Grüßen

In Vertretung

gez.

Stefan Hahn



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 7.12.2021

Stellungnahme der Gesellschaft für Virologie zum Entwurf des Gesetzes zur Stärkung der Impfprävention gegen COVID-19 und zur Änderung weiterer Vorschriften im Zusammenhang mit der COVID-19 Pandemie (BT-Drucksache 20/188)

Auch aus virologischer Sicht ist eine sehr hohe Impfquote in Situationen, in denen Beschäftigte Kontakt zu vulnerablen Personengruppen haben, essentiell. Wie dies am besten zu realisieren ist, ist letztlich eine gesundheitspolitische Entscheidung, die auch die Akzeptanz der angeordneten Maßnahmen berücksichtigen sollte. Eine Impfpflicht für Beschäftigte zum Schutz betreuter vulnerabler Personengruppen kann zu Akzeptanzproblemen führen, wenn für die vulnerablen Personengruppen selbst die Möglichkeit besteht, sich durch eine Impfung zu schützen, diese aber nicht wahrgenommen wird. Deshalb sollte erwogen werden, Betreute in Langzeiteinrichtungen der Pflege hinsichtlich der Impfpflicht den dort Beschäftigten gleichzustellen. Da auch Bewohner von Langzeiteinrichtungen der Pflege und geimpfte Beschäftigte zur Übertragung von SARS-CoV-2 beitragen, ist nur so ein umfassender Schutz der in diesen besonders gefährdeten Einrichtungen Betreuten möglich. Auf Grund der Unvorhersehbarkeit der medizinischen bzw. pflegerischen Behandlungsnotwendigkeit ist dieser Ansatz nicht auf die akute Krankenversorgung übertragbar.
Mit freundlichen Grüßen

Prof. Dr. med. Klaus Überla
Mitglied des Vorstands der Gesellschaft für Virologie



Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 07.12.2021

**zum Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der
Impfprävention gegen COVID-19 und
zur Änderung weiterer Vorschriften
im Zusammenhang mit der COVID-19-Pandemie,
der Fraktionen der SPD, BÜNDNIS90/DIE GRÜNEN und FDP**

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



Inhaltsverzeichnis

I. Vorbemerkung	3
II. Stellungnahme zum Gesetz	5
Artikel 1 (Änderung des Infektionsschutzgesetzes).....	5
§ 5 IfSG – Epidemische Lage von nationaler Tragweite	5
§ 20 IfSG – Schutzimpfungen und andere Maßnahmen der spezifischen Prophylaxe	6
Artikel 1 und Artikel 2 ((Weitere) Änderung des Infektionsschutzgesetzes).....	7
§ 20a IfSG (neu) – Immunitätsnachweis gegen COVID-19	7
§ 20b IfSG (neu) – Durchführung von Schutzimpfungen gegen das Coronavirus SARS-CoV-2	7
Artikel 3 (Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes).....	9
§ 21 – Wiedereinführung der Freihaltepauschalen für Krankenhäuser	9
§ 22 Absatz 2 Satz 1 – COVID-19-Mehraufwendungen für Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen	10
§ 23 Absatz 4 (neu) – BMG-Verordnungsermächtigung	12
§ 25 Absatz 1 Satz 1 – Ausnahmen von Prüfungen bei Krankenhausbehandlung nach § 275c SGB V 13	
Artikel 4 (Änderung der Verordnung zur Regelung weiterer Maßnahmen zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser).....	14
§ 5 Absatz 1 Nummer 2	14
§ 5 Absatz 2 Nummer 2 Buchstabe b	15
§ 5 Absatz 4 Satz 1	16
§ 5 Absatz 8 Satz 1 Nummer 3 Buchstabe b	18
§ 5 Absatz 10 Sätze 1 und 2.....	19
Zu Artikel 15 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)	20
III. Ergänzender Änderungsbedarf.....	21
Zu Artikel 14 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)	21
§ 20i – Leistungen zur Verhütung übertragbarer Erkrankungen, Verordnungsermächtigung	21

I. Vorbemerkung

Ziel des Gesetzentwurfes ist es, eine Steigerung der Impfquote unter den in bestimmten Einrichtungen und Unternehmen tätigen Personen zu erreichen und damit insbesondere den Schutz vulnerabler Personengruppen vor einer COVID-19-Erkrankung zu erhöhen. Eine Impfpflicht, die zu einer Steigerung der Impfquote gegen SARS-CoV-2 bei Personen dient, die häufigen und engen Kontakt zu vulnerablen Personengruppen haben, erscheint sachgerecht. Eine Impfpflicht wird die gewünschte Erhöhung der Impfquote bei den betroffenen Personen bewirken. Die Impfung verringert das Risiko, dass Menschen sich mit SARS-CoV-2 anstecken und das Virus übertragen, dient also sowohl dem Selbstschutz als auch dem Drittschutz. Der Gesetzgeber ist darum aufgerufen, zeitnah abzuwägen, ob aufgrund des Verlaufs der COVID-19-Pandemie eine allgemeine Impfpflicht als angemessen und notwendig anzusehen ist und wie sie mit entsprechenden Umsetzungsinstrumenten und einer begleitenden Kommunikationsstrategie die beste Wirkung entfalten kann.

Auf Basis der anhaltenden Pandemielage ist die Verlängerung gezielter Freihaltepauschalen aus Bundesmitteln für Krankenhäuser zu begrüßen. Es ist richtig, dass die Finanzierung der Vorhaltung von freien, für den Pandemiefall notwendigen Kapazitäten grundsätzlich nicht von der GKV getragen wird. Um negative finanzielle Folgen und Liquiditätsengpässe für solche Krankenhäuser zu vermeiden, die zur Erhöhung der Verfügbarkeit der Behandlungskapazitäten planbare Aufnahmen, Operationen und Eingriffe in medizinisch vertretbarer Weise verschieben oder aussetzen, sollte der Bund kurzfristig einen finanziellen Ausgleich zur Verfügung stellen. Die Finanzierung der Freihaltepauschalen sollte jedoch insbesondere auch von den Ländern, die den Sicherstellungsauftrag innehaben, getragen werden.

Die vorgesehene Regelung zum „Corona-Ausgleich 2021“ belastet hingegen nicht sachgerecht die Beitragszahlenden. Es gibt keinen sachlichen Grund, die Versorgungsaufschläge, die Krankenhäuser für den Zeitraum zwischen dem 01.11.2021 und dem 31.12.2021 für die Behandlung von Covid-19-Patientinnen und -Patienten erhalten, nur zu 50 Prozent bei der Ermittlung der Erlöse für das Jahr 2021 zu berücksichtigen. Statt einer Absenkung der Anrechnung von 85 Prozent auf 50 Prozent sollte gesetzlich festgeschrieben werden, dass diese Versorgungszuschläge zu 100 Prozent im Rahmen der Corona-Ausgleiche 2021 angerechnet werden müssen.

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 07.12.2021
zum Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Impfprävention gegen COVID-19 und zur Änderung
weiterer Vorschriften im Zusammenhang mit der COVID-19-Pandemie, der Fraktionen der SPD,
BÜNDNIS90/DIE GRÜNEN und FDP
Seite 4 von 22

Die vorgesehenen Regelungen zur Bestimmung von Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen
als Ersatzkrankenhäuser sind nicht zielführend. Für die stationäre Behandlung gelten in Reha-
Einrichtungen nicht die gleichen Anforderungen wie in Krankenhäusern, sodass die
Behandlungsqualität der Patientinnen und Patienten nicht entsprechend sichergestellt werden
kann. Dies gilt im besonderen Maße für die Versorgung von an COVID-19 erkrankten Patientinnen
und Patienten.

Nachfolgend nimmt der GKV-Spitzenverband zu den für die GKV und SPV wesentlichen Punkten
des Gesetzes im Detail Stellung.

II. Stellungnahme zum Gesetz

Artikel 1 (Änderung des Infektionsschutzgesetzes)

Nr. 2 lit. a)

§ 5 IfSG – Epidemische Lage von nationaler Tragweite

A) Beabsichtigte Neuregelung

Das Bundesministerium für Gesundheit wird ermächtigt, eine Rechtsverordnung zu Maßnahmen zur Aufrechterhaltung der Gesundheitsversorgung nach § 5 Absatz 2 IfSG Satz 1 Nummer 7 (a-f bzw. b-f) auch nach Aufhebung der Feststellung der epidemischen Lage von nationaler Tragweite durch den Deutschen Bundestag zu erlassen, soweit diese im Rahmen der Bewältigung der COVID-19-Pandemie oder ihrer Folgen erforderlich sind.

B) Stellungnahme

Es ist nachvollziehbar, dass die Durchführung von Teilen der nach Approbationsordnungen (Satz 1 Nr. 7 Buchstaben b-f) vorgesehenen Ausbildungen aufgrund der Pandemie nicht in der vorgesehenen Form möglich sein kann, da eine besondere Situation auch nach der Aufhebung der Feststellung der epidemischen Lage von nationaler Tragweite teilweise fortbesteht bzw. gegeben ist. Der Regelungsentwurf enthält jedoch – ausgehend von der Gesetzesbegründung – einen redaktionellen Fehler, der vor Beschluss geändert werden sollte und den Buchstaben a in Satz 1 Nr. 7 betrifft (Regelungen der Selbstverwaltungspartner) betrifft.

C) Änderungsvorschlag

Artikel 1 Nr. 2 Buchstabe a wird wie folgt gefasst:

„Das Bundesministerium für Gesundheit wird abweichend von Satz 1 ermächtigt, eine Rechtsverordnung nach Satz 1 Nummer 7 Buchstabe b bis f auch nach Aufhebung der Feststellung der epidemischen Lage von nationaler Tragweite durch den Deutschen Bundestag nach Absatz 1 Satz 2 zu erlassen, soweit Regelungen nach Satz 1 Nummer 7 Buchstabe a-b bis f im Rahmen der Bewältigung der COVID-19-Pandemie oder ihrer Folgen erforderlich sind.“

Artikel 1 (Änderung des Infektionsschutzgesetzes)

Nr. 3

§ 20 IfSG – Schutzimpfungen und andere Maßnahmen der spezifischen Prophylaxe

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die mit dem Masernschutzgesetz erstmals geschaffenen Verpflichtungen zur Masernimpfung in bestimmten Bereichen sollen ein weiteres Mal angepasst werden. Im Kern betreffen die Anpassungen erweiterte Möglichkeiten zur Prüfung der vorgelegten Nachweise, eine Flexibilisierung der Regelungen für Kleinkinder, deren Impfung erst nach Aufnahme in eine Einrichtung angeschlossen werden kann, sowie eine erneute Verlängerung der Frist zur Vorlage der Nachweise von bereits in Einrichtungen betreuten oder tätigen Personen.

B) Stellungnahme

Die vorgesehenen Maßnahmen zu erweiterten Prüfmöglichkeiten und für Kleinkinder scheinen angemessen. Die erneute Verlängerung der Vorlagefrist wird mit Verzögerungen aufgrund der COVID-19-Pandemie begründet. Hierzu ist anzumerken, dass die Vorlagefrist bereits mit dem Gesetz zur Fortgeltung der die epidemische Lage von nationaler Tragweite betreffenden Regelungen von vorher 31.07.2021 auf 31.12.2021 verlängert worden war. Es bleibt in der Begründung unklar, warum die mit Blick auf die COVID-19-Pandemie bereits verlängerte Frist nicht ausreichend gewesen ist, insbesondere vor dem Hintergrund, dass auch die Impfpflicht gegen Masern den Schutz vulnerabler Gruppen zum Ziel hatte.

C) Änderungsvorschlag

Die Verlängerung der Frist sollte besser begründet oder gestrichen werden.

Artikel 1 und Artikel 2 ((Weitere) Änderung des Infektionsschutzgesetzes)

Nr. 4

§ 20a IfSG (neu) – Immunitätsnachweis gegen COVID-19

§ 20b IfSG (neu) – Durchführung von Schutzimpfungen gegen das Coronavirus SARS-CoV-2

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die vorgesehene Regelung des § 20a (neu) fordert von Personen, die in Einrichtungen tätig sind oder tätig werden wollen, die als besonders schutzbedürftig angesehen werden, dass sie nachweisen, entweder gegen SARS-CoV-2 geimpft zu sein, sofern keine medizinische Kontraindikation zur Impfung vorliegen, oder nach einer überstandenen Infektion genesen zu sein und bei denen somit vom Bestehen einer Immunität ausgegangen werden kann.

Beschäftigte in den genannten Einrichtungen haben Kontakt zu vulnerablen Personengruppen. Durch die vorgesehene Regelung soll erreicht werden, dass sich das Risiko so weit wie möglich reduziert, sich mit SARS-CoV-2 anzustecken und besonders gefährdete Menschen mit SARS-CoV-2 zu infizieren. Es werden Regelungen zur Vorlage von Nachweisen über die Immunität und zur Überprüfung der Richtigkeit der Nachweise getroffen. Die vorgesehene Neuregelung des § 20b (neu) zur Impfung durch Zahnärztinnen und -ärzte, Tierärztinnen und -ärzte sowie Apothekerinnen und Apotheker soll eine Beschleunigung des Impfens ermöglichen.

B) Stellungnahme

Maßnahmen, die zu einer Steigerung der Impfquote gegen SARS-CoV-2 dienen, insbesondere bei Personen, die häufigen und engen Kontakt zu vulnerablen Personengruppen haben, sind zielführend. Eine Impfpflicht bewirkt eine Erhöhung der Impfquote bei den betroffenen Personen. Die Impfung verringert auch das Risiko, dass Menschen sich mit SARS-CoV-2 anstecken und das Virus übertragen, dient also dem Selbstschutz und dem Drittschutz (s. a. RKI: COVID-19 und Impfen FAQ, Stand 30.11.2021). Der Gesetzgeber sollte abwägen und zeitnah prüfen, ob aufgrund des Verlaufs der COVID-19-Pandemie eine Impfpflicht grundsätzlich als angemessen und notwendig angesehen wird und in welchem Umfang sie gegebenenfalls die beste Wirkung entfalten kann.

Die hier geplante Umsetzung zu dem Immunitätsnachweisen in § 20a dürfte keine Probleme der rechtlichen Umsetzung aufwerfen. Der GKV-Spitzenverband geht davon aus, dass auch durch die explizit aufgenommenen Regelungen zur Überprüfung der vorzulegenden Nachweise die Voraussetzungen für eine Gewähr der Einhaltung der Regelungen gegeben sind. Es wird auch davon ausgegangen, dass die mit dem Gesetz zur Änderung des

Infektionsschutzgesetzes und weiterer Gesetze anlässlich der Aufhebung der Feststellung der
epidemischen Lage von nationaler Tragweite vom 22.11.2021 neu geschaffenen
strafrechtlichen Vorschriften zur Verwendung unrichtiger Gesundheitszeugnisse anwendbar
sind.

Die geplante Umsetzung zur Ermöglichung der Impfung durch Zahnärztinnen und –ärzte,
Tierärztinnen und –ärzte sowie Apothekerinnen und Apotheker ist aufgrund der besonderen
Eilbedürftigkeit zur Erzielung von Impffortschritten insbesondere in Bezug auf
Auffrischungsimpfungen (sowie möglicherweise weiterer notwendiger bzw. empfohlener
Impfungen gegen SARS-CoV-2) nachvollziehbar. Durch die Regelungen zu den notwendigen
Qualifikationen der weiteren Personengruppen, die Impfungen durchführen sollen, dürfte der
Schutz der zu Impfenden hinreichend gewährleistet sein.

Eine Befristung der Regelungen in § 20a (neu) und § 20b (neu) in Artikel 2 ist sachgerecht
und kann ggf. zukünftig, insbesondere auch abhängig vom weiteren Verlauf der COVID-19-
Pandemie, geprüft werden.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 3 (Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes)

Nr. 1

§ 21 – Wiedereinführung der Freihaltepauschalen für Krankenhäuser

A) Beabsichtigte Neuregelung

Um negative finanzielle Folgen und Liquiditätsengpässe für Krankenhäuser, die zur Erhöhung der Verfügbarkeit der Behandlungskapazitäten planbare Aufnahmen, Operationen und Eingriffe in medizinisch vertretbarer Weise verschieben oder aussetzen, zu vermeiden, stellt der Bund diesen Krankenhäusern kurzfristig einen finanziellen Ausgleich zur Verfügung, sofern bei diesen Krankenhäusern ein Belegungsrückgang im Zeitraum zwischen dem 15.11.2021 und 31.12.2021 eintritt. Hierfür wird im Wesentlichen auf die Festlegungen im Rahmen der bis zum 15.06.2021 gewährten Ausgleichszahlungen zurückgegriffen.

B) Stellungnahme

Auf Basis der anhaltenden Pandemielage ist eine Verlängerung der gezielten Freihaltepauschalen für Krankenhäuser zu begrüßen. Es ist richtig, dass die Finanzierung der Vorhaltung von freien, für den Pandemiefall notwendigen Kapazitäten grundsätzlich nicht von der GKV, sondern aus Mitteln des Bundes bzw. insbesondere auch der Länder, die auch den Sicherstellungsauftrag innehaben, getragen werden muss. Es ist insofern nicht nachvollziehbar, dass nicht auch die Bundesländer Finanzierungsverantwortung übernehmen.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 3 (Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes)

Nr. 2

§ 22 Absatz 2 Satz 1 – COVID-19-Mehraufwendungen für Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen

A) Beabsichtigte Neuregelung

Im Rahmen der akutstationären Behandlung von Patientinnen und Patienten mit einer SARS-CoV-2 Infektion in Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen soll auf Bundesebene durch die Vereinbarung zusätzlicher Pauschalen sichergestellt werden, dass die für die Versorgung dieser Personen erforderlichen Mehraufwendungen, etwa im Hinblick auf erhöhte Hygieneanforderungen oder organisatorische Anpassungen im Behandlungsablauf, vergütungsrechtlich abgedeckt sind.

B) Stellungnahme

Die Regelung des § 22 KHG ist zur Aufrechterhaltung der vollstationären Versorgung nicht erforderlich. Aus den bisherigen Erfahrungen in der Pandemie wurde deutlich, dass auch in den „Hochphasen der Pandemie“ eine akutstationäre Versorgung von Patientinnen und Patienten in Rehakliniken nicht notwendig ist. Gerade in diesen Phasen war die Fallzahl insgesamt betrachtet bislang weit unter dem jeweiligen Vorjahresniveau. Die Auslastung der Krankenhäuser im DRG-Bereich liegt seit Beginn der Pandemie auf einem historischen Tiefststand. Abgesehen davon bringt die Regelung des § 22 KHG grundlegende Probleme mit sich. Für die stationäre Behandlung gelten in Reha-Einrichtungen nicht die gleichen Anforderungen wie in Krankenhäusern, sodass die Behandlungsqualität der Patientinnen und Patienten nicht entsprechend sichergestellt werden kann. Dies gilt im besonderen Maße für die Versorgung der an COVID-19 erkrankten Patientinnen und Patienten. Zudem könnte die Regelung völlig unnötig eine Erlösoptimierung durch Verlegungsstrategien insbesondere bei Krankenhäusern und Reha-Einrichtungen in einheitlicher Trägerschaft forcieren

Eine nun mit dieser Mehraufwendungs-Regelung gewünschte Versorgung von COVID-19-Patientinnen und -Patienten in Rehakliniken wird seitens des GKV-Spitzenverbandes insbesondere aus Sicht der Patientensicherheit nicht befürwortet. Die Rehakliniken erhalten im Falle der Versorgung über die nun Anfang Dezember 2021 aktualisierte Regelung bereits die Corona-Mehrkostenzuschläge, die auch von akutstationären Krankenhäusern abgerechnet werden. Weitere Zuschläge für COVID-19-Mehraufwendungen sind nicht sachgerecht. Diese Regelung von Mehraufwendungs-Pauschalen explizit für COVID-19-Fälle ist daher zu streichen.

C) Änderungsvorschlag

In § 22 Absatz 2 Satz 1 wird die Nummer 2 gestrichen.

Artikel 3 (Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes)

Nr. 3

§ 23 Absatz 4 (neu) – BMG–Verordnungsermächtigung

A) Beabsichtigte Neuregelung

§ 23 enthält die erforderliche Verordnungsermächtigung für das Bundesministerium für Gesundheit (BMG), um im Bedarfsfall kurzfristig auf unvorhersehbare Entwicklungen der COVID-19-Pandemie reagieren zu können.

B) Stellungnahme

Die vergangenen Monate haben gezeigt, dass eine möglichst kurzfristige Handlung des BMG notwendig ist, um den unvorhersehbaren Entwicklungen der Pandemie zu begegnen. Vor diesem Hintergrund ist die entsprechende Verordnungsermächtigung für das BMG folgerichtig.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 07.12.2021
zum Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Impfprävention gegen COVID-19 und zur Änderung weiterer Vorschriften im Zusammenhang mit der COVID-19-Pandemie, der Fraktionen der SPD, BÜNDNIS90/DIE GRÜNEN und FDP

Seite 13 von 22

Artikel 3 (Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes)

Nr. 4

§ 25 Absatz 1 Satz 1 – Ausnahmen von Prüfungen bei Krankenhausbehandlung nach § 275c SGB V

A) Beabsichtigte Neuregelung

Diese Regelung verlängert und erweitert eine Maßnahme aus dem Zweiten Gesetz zum Schutz der Bevölkerung bei einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite vom 19.05.2020. Seinerzeit wurden bereits Ausnahmen von Prüfungen bei Krankenhausbehandlung nach § 275c SGB V für Krankenhäuser, die COVID-19-(Verdachts-)Fälle behandeln, eingeführt und diese mit dem Dritten Gesetz zum Schutz der Bevölkerung bei einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite vom 18.11.2020 erneut verlängert.

Die nun vorgelegte Änderung dehnt diese Ausnahmen nun auf den Zeitraum vom 01.11.2021 bis einschließlich 19.03.2022 aus. Dieser Zeitraum ist nach § 25 Absatz 4 auch von der Nachweispflicht im Rahmen der Strukturprüfung nach § 275d SGB V ausgenommen.

B) Stellungnahme

Eine Liste mit den von der Prüfung ausgenommenen Merkmalen von Komplexkodes ist auf der Webseite des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) verfügbar. Es handelt sich überwiegend um Strukturmerkmale von Komplexbehandlungen, wie Teambesprechungen, Visiten bestimmter Fachärzte, Verfügbarkeit bestimmter Therapeuten. Die Aussetzung der Prüfung und des Nachweises dieser Merkmale kann helfen, Kontakte beispielsweise im Rahmen einer Teambesprechung zu vermeiden, und mag dazu beitragen, insbesondere ärztliches Personal zu entlasten. Vor diesem Hintergrund erscheint eine Aussetzung dieser Strukturmerkmale, die vor allem dem Patientenschutz dienen, für sehr kurze Zeit vertretbar. Der Begriff „neuartig“ in Bezug auf das Coronavirus SARS-CoV-2 sollte gestrichen werden.

C) Änderungsvorschlag

In § 25 Absatz 1 Satz 1 KHG wird das Wort „neuartigen“ gestrichen.

Artikel 4 (Änderung der Verordnung zur Regelung weiterer Maßnahmen zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser)

Nr. 1

§ 5 Absatz 1 Nummer 2

A) Beabsichtigte Neuregelung

Durch die Einbeziehung der Ausgleichszahlungen für den Zeitraum vom 15.11.2021 bis zum 31.12.2021 in den Erlösausgleich für das Jahr 2021 ist es erforderlich, dass die Vertragsparteien auf Bundesebene ihre diesbezügliche Vereinbarung anpassen.

B) Stellungnahme

Die entsprechende Anpassung der Verordnung wird begrüßt und ist folgerichtig.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 4 (Änderung der Verordnung zur Regelung weiterer Maßnahmen zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser)

Nr. 2

§ 5 Absatz 2 Nummer 2 Buchstabe b

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Regelung sieht vor, dass die Vertragsparteien auf Bundesebene auch Kriterien vereinbaren, anhand derer festgestellt werden kann, ob ein Erlösanstieg auf Ausgleichszahlungen, die für den Zeitraum vom 15.11.2021 bis zum 31.12.2021 geleistet wurden, zurückzuführen ist.

B) Stellungnahme

Die entsprechende Anpassung der Verordnung wird begrüßt und ist folgerichtig.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 4 (Änderung der Verordnung zur Regelung weiterer Maßnahmen zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser)

Nr. 3

§ 5 Absatz 4 Satz 1

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Regelung gibt vor, dass Ausgleichszahlungen, die für den Zeitraum vom 15.11.2021 bis zum 31.12.2021 geleistet wurden, ebenso wie die Ausgleichszahlungen, die bis zum 15.06.2021 geleistet wurden, bei der Ermittlung der Erlöse für das Jahr 2021 zu 85 Prozent zu berücksichtigen sind. Die Versorgungsaufschläge, die Krankenhäuser für den Zeitraum zwischen dem 01.11.2021 und dem 31.12.2021 für die Behandlung von Patientinnen und Patienten erhalten, die mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 infiziert sind, sind dagegen nur zu 50 Prozent bei der Ermittlung der Erlöse für das Jahr 2021 zu berücksichtigen. Insoweit wirkt sich die Behandlung von Patientinnen und Patienten, die mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 infiziert sind, beim Erlösausgleich günstiger für die Krankenhäuser aus als eine Freihaltung von Betten.

B) Stellungnahme

Bei der Regelung zu dem „Corona-Ausgleich 2021“ handelt es sich um eine weitgehende Erlössicherung der Krankenhäuser im Jahr 2021, die im Wesentlichen durch Gelder der Beitragszahlenden der GKV sichergestellt werden soll.

Es gibt keinen sachlichen Grund, die Versorgungsaufschläge, die Krankenhäuser für den Zeitraum zwischen dem 01.11.2021 und dem 31.12.2021 für die Behandlung von Patientinnen und Patienten erhalten, die mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 infiziert sind, nur zu 50 Prozent bei der Ermittlung der Erlöse für das Jahr 2021 zu berücksichtigen. Mit dieser Regelung ist eine nicht sachgerechte Belastung der Beitragszahlenden verbunden. Statt einer Absenkung der Anrechnung von 85 Prozent auf 50 Prozent sollte gesetzlich festgeschrieben werden, dass diese Versorgungszuschläge zu 100 Prozent im Rahmen der Corona-Ausgleiche 2021 angerechnet werden müssen.

Grundsätzlich bleibt anzumerken, dass die leistungsbezogene Vergütung der Versorgung von COVID-19-Patientinnen und -Patienten im DRG-System zweimal deutlich verbessert wurde. Zur umfassenden Einführung der wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser wurde zusätzlich 2020 und 2021 ein Ganzjahresausgleich (Corona-Ausgleich) geschaffen. Dieser Ausgleich kompensiert die Leistungsausfälle der Krankenhäuser insgesamt

(anlassunabhängig) nahezu vollständig, beinhaltet auch die Finanzierung des Leerstands, hebelt gegebenenfalls den Versorgungsanreiz der Krankenhäuser aus. Mit dem Corona-Ausgleich wird den Krankenhäusern bereits eine Erlösgarantie auf Basis der Budgets 2019 (in Höhe von 98 %) inklusive eines Inflationsausgleiches 2020 und 2021 zugestanden.

Das Aushebeln von Anreizen durch eine zusätzliche Finanzierung und dann das Wiedereinsetzen von Anreizen durch ein weiteres Finanzierungselement führen zu unnötigen Mehrausgaben und sind nur noch schwer vermittelbar. Insbesondere die frühe Ankündigung solcher weitgehenden Maßnahmen ist unter dem Versorgungsaspekt falsch und teuer.

C) Änderungsvorschlag

§ 5 Absatz 4 Satz 1 ist wie folgt zu fassen:

„(4) ¹Bei der Ermittlung der Erlöse für das Jahr 2021 sind die Ausgleichszahlungen nach § 21 Absatz 1a Satz 1 und Absatz 1b des Krankenhausfinanzierungsgesetzes in Höhe von 85 Prozent und die für das Jahr 2021 gezahlten Versorgungsaufschläge nach § 21a Absatz 1 Satz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes in Höhe von **50 100** Prozent zu berücksichtigen. [...]“

Artikel 4 (Änderung der Verordnung zur Regelung weiterer Maßnahmen zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser)

Nr. 4

§ 5 Absatz 8 Satz 1 Nummer 3 Buchstabe b

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Vertragsparteien auf Ortsebene werden verpflichtet, einen Erlösanstieg zu vereinbaren, der auch durch Ausgleichszahlungen, die für den Zeitraum vom 15.11.2021 bis zum 31.12.2021 geleistet wurden, begründet sein kann.

B) Stellungnahme

Die entsprechende Anpassung der Verordnung wird begrüßt und ist folgerichtig.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 4 (Änderung der Verordnung zur Regelung weiterer Maßnahmen zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser)

Nr. 5

§ 5 Absatz 10 Sätze 1 und 2

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Regelungen geben den Vertragsparteien auf Ortsebene vor, dass sie bei der Vereinbarung des Ausgleichsbetrags die Ausgleichszahlungen, die für den Zeitraum vom 15.11.2021 bis zum 31.12.2021 geleistet wurden, zu berücksichtigen haben.

B) Stellungnahme

Die entsprechende Anpassung der Verordnung wird begrüßt und ist folgerichtig.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Zu Artikel 15 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Mit dem Gesetz zur Stärkung der Impfprävention gegen COVID-19 und zur Änderung weiterer Vorschriften im Zusammenhang mit der COVID-19-Pandemie soll in § 114 Abs. 2a SGB XI der Satz 1 gestrichen werden. Hierdurch wird die bisher geltende zeitliche Befristung für Regelungen des GKV-Spitzenverbandes über die Durchführbarkeit von Qualitätsprüfungen bis zum 31.12.2021 aufgehoben.

Ferner soll in § 114 Abs. 2a SGB XI der Satz 6 gestrichen werden, mit dem der GKV-Spitzenverband verpflichtet wurde, dem Bundesministerium für Gesundheit zum 30.09.2021 über die Erfahrungen der Pflegekassen mit der Durchführung von Qualitätsprüfungen zu berichten, die im Zeitraum vom 01.10.2020 bis zum 31.12.2021 durchgeführt wurden.

B) Stellungnahme

Die Aufhebung der zeitlichen Befristung für Beschlüsse des GKV-Spitzenverbandes über Regelungen zur Durchführbarkeit von Qualitätsprüfungen während der SARS-CoV-2-Pandemie ist sachgerecht, da die Pandemie andauert und die Infektionslage auch in absehbarer Zukunft für das Prüfgeschehen relevant sein wird.

Die Streichung der Berichtspflicht des GKV-Spitzenverbandes ist sachgerecht, da der GKV-Spitzenverband seiner Verpflichtung zur Berichtslegung bereits nachgekommen ist.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

III. Ergänzender Änderungsbedarf

Zu Artikel 14 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

§ 20i – Leistungen zur Verhütung übertragbarer Erkrankungen, Verordnungsermächtigung

A) Gesetzlicher Regelungsbedarf

Mit seinem Entwurf einer *Verordnung zur Änderung der Coronavirus-Impfverordnung und der Coronavirus-Testverordnung* (Referentenentwurf vom 25.11.2021) beabsichtigt das Bundesministerium für Gesundheit festzulegen, dass diejenigen Kosten, die dem Gesundheitsfonds ab dem 01.01.2022 für Impfzentren und mobile Impfteams sowie für asymptomatische PCR-Tests entstehen, vollständig durch den Bund refinanziert werden.

Da die zugrundeliegenden Leistungen Maßnahmen des Bevölkerungs- bzw. Infektionsschutzes darstellen, hat der GKV-Spitzenverband die betreffenden Rechtsänderungen (Artikel 1 Nr. 2 und 3, Artikel 2 Nr. 3) im Rahmen der Verbändeanhörung zum Referentenentwurf ausdrücklich begrüßt. Ohne eine Refinanzierung aus Steuermitteln würde eine ordnungspolitisch unsachgerechte Belastung der Beitragszahlenden der gesetzlichen Krankenversicherung für staatliche Aufgaben erfolgen.

Die Verordnungsermächtigung des Bundesministeriums für Gesundheit für die genannten Verordnungen ergibt sich aus § 20i Absatz 3 Satz 2 SGB V. Zur Finanzierung der Leistungsansprüche aus den auf dieser Grundlage erlassenen Verordnungen wird in Absatz 3 Satz 14 ergänzend bestimmt, dass im Jahr 2021 aufgrund von Rechtsverordnungen nach Satz 2 Nummer 1 Buchstabe a und b, auch in Verbindung mit Nummer 2, sowie Satz 13 Nummer 4 aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds gezahlte Beträge aus Bundesmitteln erstattet werden.

Zur rechtlichen Klarstellung der mit der *Verordnung zur Änderung der Coronavirus-Impfverordnung und der Coronavirus-Testverordnung* gewollten Änderungen wird ergänzend eine Anpassung der Regelung des § 20i Absatz 3 Satz 14 SCB V durch den Gesetzgeber für notwendig erachtet. Bereits aus dem Gesetz sollte sich eindeutig ergeben, dass die Aufwände des Gesundheitsfonds für Maßnahmen des Bevölkerungsschutzes für die Dauer der Geltung der Coronavirus-Impfverordnung und der Coronavirus-Testverordnung aus Bundesmitteln erstattet werden.

B) Änderungsvorschlag

Artikel 14 wird um folgende Rechtsänderung ergänzt

§ 20i Absatz 3 Satz 14 wird wie folgt gefasst:

„Ab dem 1. Januar 2021 werden aufgrund von Rechtsverordnungen nach Satz 2
Nummer 1 Buchstabe a und b, auch in Verbindung mit Nummer 2, sowie Satz 13
Nummer 4 aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds gezahlte Beträge aus
Bundesmitteln erstattet, soweit die Erstattung nicht bereits auf anderer gesetzlicher
Grundlage erfolgt.“

Stellungnahme

Gesetz zur Stärkung der Impfprävention gegen COVID-19

Bundesgeschäftsstelle
Abteilung Sozialpolitik

Bei Rückfragen:

Tel. 030 726222-0

Fax 030 726222-328

sozialpolitik@sovrd.de

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

Gesetz zur Stärkung der Impfprävention gegen COVID-19 und zur Änderung weiterer Vorschriften im Zusammenhang mit der COVID-19-Pandemie

Bundestag-Drucksache 20/188

1 Zusammenfassung des Gesetzentwurfs

Zum Schutz der öffentlichen Gesundheit und bestimmter Personengruppen, die aufgrund ihres Gesundheitszustandes und/oder Alters ein erhöhtes Risiko für einen schweren oder tödlichen COVID-19-Krankheitsverlauf haben (vulnerable Personengruppen) sieht der Gesetzentwurf als zentrale Regelung eine neue einrichtungsbezogene Impfpflicht gegen COVID-19 für in bestimmten Einrichtungen und Unternehmen tätige Personen mit beruflichem Kontakt zu vulnerablen Personengruppen vor. Zugleich sollen zur schnelleren Organisation und Durchführung von Auffrischungsimpfungen vorerst bis Ende 2022 befristet neben Ärzt*innen ausnahmsweise auch Zahnärzt*innen, Tierärzt*innen sowie Apotheker*innen zur Durchführung von Schutzimpfungen gegen das Coronavirus SARS-CoV-2 berechtigt werden.

Flankiert werden die zentralen Änderungen im Infektionsschutzgesetz von weiteren Gesetzänderungen und Schutzmaßnahmen zur Pandemiebekämpfung und Pandemiebewältigung sowie finanzielle Hilfen 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 Gesetzentwurfs an oberster Stelle. Impfungen gegen COVID-19 schützen nicht nur die geimpfte Person wirksam vor einer Erkrankung und schweren Krankheitsverläufen

(Individualschutz), sondern sie reduzieren gleichzeitig die Weiterverbreitung der Krankheit in der Bevölkerung (Bevölkerungsschutz). Gerade infolge der hohen Ansteckungsgefahr bedeutet eine Nichtimpfung nicht nur eine erhebliche Gefahr für das eigene körperliche Wohlergehen der oder des Nichtgeimpften, sondern auch ein Risiko für andere Personen, die zum Beispiel aufgrund ihres Alters oder besonderer gesundheitlicher Einschränkungen nicht geimpft werden können. Seit November 2021 sind die Infektionszahlen in Deutschland erneut sprunghaft angestiegen und stagnieren seither auf dem höchsten Niveau seit Ausbruch der Pandemie in Deutschland. Aus medizinisch-epidemiologischer Sicht ist eine Schutzimpfung essentiell zur Bekämpfung der Pandemie. Es gilt: Die Impfung reduziert das Risiko, sich mit SARS-CoV-2 zu infizieren und SARS-CoV-2 an andere Menschen zu übertragen, substanzIELL. Wir vom SoVD sprechen uns deshalb für einen umfassenden Impfschutz und in der Konsequenz **für eine allgemeine Impfpflicht** aus. Wir stellen uns damit ausdrücklich an die Seite derer, die persönlich und beruflich solidarisch waren und alles Erdenkliche zur Pandemiebekämpfung und zum gesamtgesellschaftlichen Wohl unternehmen und beitragen. Das sind gerade auch all jene impfwilligen und impfbereiten Beschäftigten in den Gesundheits- und Pflegeberufen, die sich bereits haben impfen lassen und seit nunmehr gut zwei Jahren aufopferungsvoll den täglichen Kampf gegen Corona auf sich nehmen. Ihnen gilt unser größter Dank und unser tiefster Respekt.

Angesichts der kurzen Frist zur Stellungnahme nehmen wir zu zentralen Regelungen des Entwurfs wie folgt Stellung:

- **SoVD spricht sich für eine allgemeine Impfpflicht gegen COVID-19 aus**

Zu Artikel 1 Nummer 4 (§ 20a IfSG)

Zum Schutz der öffentlichen Gesundheit und vulnerabler Personengruppen vor einer COVID-19-Erkrankung ist vorgesehen, dass in bestimmten Einrichtungen und Unternehmen tätige Personen geimpft oder genesen sein oder ein ärztliches Zeugnis über das Bestehen einer Kontraindikation gegen eine Impfung gegen COVID-19 besitzen müssen. Dies betrifft Einrichtungen der medizinischen Versorgung wie beispielsweise Krankenhäuser, (Zahn-) Arztpraxen, Dialyseeinrichtungen und Tageskliniken sowie voll- oder teilstationäre Einrichtungen zur Betreuung und Unterbringung älterer, behinderter oder pflegebedürftiger Menschen, aber auch ambulante Pflegedienste. Die Vorlagepflicht ist bis zum 15. März 2022 zu erfüllen. Neue Tätigkeitsverhältnisse können ab dem 16. März 2022 nur bei Vorlage eines entsprechenden Nachweises eingegangen werden. Nachweise, die ab dem 16. März 2022 durch Zeitablauf ihre Gültigkeit verlieren, müssen innerhalb eines Monats durch Vorlage eines gültigen Nachweises ersetzt werden. Bei Zweifeln an der Echtheit oder inhaltlichen Richtigkeit des vorgelegten Nachweises, kann das Gesundheitsamt Ermittlungen einleiten und ein Betretungs- bzw. Betätigungsverbot aussprechen. Die Maßnahmen sind bis 31. Dezember 2022 befristet. Die

einrichtungsbezogene Impfpflicht gegen COVID-19 soll auf ihre Wirksamkeit und Reformbedürftigkeit hin nach § 5 Absatz 9 IfSG evaluiert werden.

SoVD-Bewertung: Wir vom SoVD bedauern sehr, dass es bislang nicht gelungen ist, auch die wenigen in den Gesundheits- und Pflegeberufen verbliebenen Beschäftigten ohne Impfschutz gegen COVID-19 von der Notwendigkeit und Bedeutung eines solchen zu überzeugen. Fast zwei Jahre nach dem Ausbruch des Coronavirus SARS-CoV-2 in Deutschland deuten Schätzungen des Robert Koch-Instituts zur Impfquote bei medizinischem Personal und Pflegepersonal noch auf bestehende relevante Impflücken hin. Beschäftigte in den Gesundheitsberufen und Berufen, die Pflegebedürftige und Menschen mit Behinderungen betreuen, haben nicht nur intensiven und engen Kontakt zu Personengruppen mit einem hohen Risiko für einen schweren, schwersten oder gar tödlichen COVID-19 Krankheitsverlauf. Sie tragen getreu dem ethischen Gebot „primum non nocere“ – zuallererst keinen Schaden anrichten eine besondere Verantwortung den Betroffenen gegenüber. Die (kontaktnahe) Arbeit mit und für Menschen zeichnet die Arbeit in den sozialen Berufen gerade aus, was bei der Berufswahl regelmäßig mitausschlaggebend ist. Es ist unverständlich, dass trotz der berufsbezogenen, frühzeitigen Zugangsmöglichkeiten ein Impfangebot bis heute nicht in Anspruch genommen wurde. Die zu versorgenden und zu betreuenden Menschen befinden sich in einem besonderen Abhängigkeitsverhältnis, dem sie sich nicht ohne weiteres entziehen können, um Ansteckungsrisiken zu reduzieren. Seit Beginn der Pandemie kam es in Krankenhäuser, insbesondere aber in Altenpflegeheime und Einrichtungen für Menschen mit Behinderungen nach Eintragung des Virus zu Ausbrüchen mit teilweise hohen Todesfallzahlen. Eine sehr hohe Impfquote bei dem Personal in diesen Berufen kann das Risiko, dass sich die besonders vulnerablen Personengruppen mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 infizieren, erheblich reduzieren. Denn bei geimpften Personen sinkt sowohl das Risiko einer asymptomatischen Infektion, als auch das Übertragungsrisiko in den Fällen, in denen es trotz Impfung zu einer Infektion kommt.

Aber eine einrichtungsbezogene Impfpflicht verpflichtet nur die Beschäftigten der Einrichtungen. Doch die Gefahr einer Infektion ist allgegenwärtig und beschränkt sich nicht nur auf den Kontakt zwischen beruflich Pflegenden und Gepflegten. Wie auch in der Gesamtbevölkerung hat sich die Mehrheit der Beschäftigten in den Gesundheitsberufen und Berufen, die Pflegebedürftige und Menschen mit Behinderungen betreuen, bereits freiwillig und bereitwillig impfen lassen.

Zum Schutz besonders vulnerabler Menschen, der öffentlichen Gesundheit sowie zur nachhaltigen Überwindung der Pandemie – aber gerade auch aus Solidarität, Dankbarkeit und Respekt gegenüber den Millionen impfwilligen und impfbereiten Beschäftigten in den Gesundheits- und Pflegeberufen, die sich zum gesamtgesellschaftlichen Wohl längst haben impfen lassen und den täglichen Kampf gegen die Corona-Pandemie auf sich nehmen – spricht sich der SoVD in der Konsequenz deshalb heute ausdrücklich für eine allgemeine Impfpflicht aus.

■ Niedrigschwellige Impfangebote flächendeckend ermöglichen

Zu Artikel 1 Nummer 4 (§ 20b IfSG)

Aufgrund der derzeit bestehenden sehr hohen Nachfrage nach Auffrischungsimpfungen, aber auch der wieder steigenden Nachfrage nach Erst- und Zweitimpfungen ist eine schnelle Organisation und Durchführung der Impfungen notwendig. Um diesen Bedarf auch perspektivisch zu decken, sollen zusätzlich zu Ärzt*innen befristet bis Ende 2022 ausnahmsweise auch Zahnärzt*innen, Tierärzt*innen sowie Apotheker*innen zur Durchführung von Schutzimpfungen gegen das Coronavirus SARS-CoV-2 bei Personen, die das 12. Lebensjahr vollendet haben, berechtigt werden, sofern sie die dafür erforderlichen fachlichen Voraussetzungen erfüllen. Die Erweiterung des Kreises der impfberechtigten Personen bezüglich der Impfungen gegen COVID-19 sollen auf ihre Wirksamkeit und Reformbedürftigkeit hin ebenfalls evaluiert werden.

SoVD-Bewertung: Es ist grundsätzlich richtig, dass beim Impfangebot ungenutzte Potenziale auszuschöpfen sind. Dabei ist es sehr wichtig, Impfungen im Lebensumfeld der Menschen anzubieten. Impfwillige müssen schneller und niedrigschwelliger Zugang zu Impfungen erhalten als bisher. Vor diesem Hintergrund ist die vorgesehene befristete Durchführung von Impfungen auch durch Zahnärzt*innen, Tierärzt*innen sowie Apotheker*innen ein denkbarer Weg. Allerdings muss sichergestellt sein, dass alle Impfenden ausreichend qualifiziert und ausgestattet sind, um mit etwaigen Begleitfolgen wie allergischen Reaktionen o.ä. umzugehen.

Impfbereite Ärzt*innen bedürfen jedoch nicht allein personeller Unterstützung der Kolleg*innen aus den Gesundheitswesen im weitesten Sinne. Sie müssen vielmehr auch mit ausreichender Vakzinanzahl ausgestattet werden. Alle Bürger*innen müssen durch ein sehr niedrigschwelliges, allgegenwärtiges und zugehendes Prozedere zeitnah an Termine und Impfangebote gelangen. Bislang Unentschiedene und Impfunwillige müssen durch mehr proaktive Angebote und Aufklärung ohne Sprachbarrieren und durch zielgerichtete, motivierende Pro-Impf-Kampagnen erreicht werden. Dies gilt auch für die zeitliche Wahrnehmbarkeit von Impfangeboten. Gerade für Berufstätige sind Öffnungszeiten und Impftermine unter der Woche oftmals schwer wahrzunehmen, weshalb auch ein verstärktes Impfangebot am Wochenende erforderlich ist.

■ Kritik an der Aufhebung der Feststellung der epidemischen Lage von nationaler Tragweite leider bestätigt

Zu Artikel 1 Nr. 6 b (§ 28a Absatz 8 IfSG)

Der Deutsche Bundestag hat die zuletzt am 25. August 2021 festgestellte epidemische Lage von nationaler Tragweite nicht verlängert, sodass diese aufgrund von § 5 Absatz 1 Satz 3 IfSG

mit Ablauf des 25. November 2021 als aufgehoben gilt. Stattdessen wurde mit einem 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 (IfSG-ÄnderG) ein Maßnahmenbündel mit Folgeregelungen und Schutzmaßnahmen zur Pandemiebekämpfung verabschiedet. Mit dem § 28a Absatz 8 IfSG wurden kurzfristig Regelungen für die Länder getroffen, die es zulassen, auch nach dem Ende einer durch den Deutschen Bundestag festgestellten epidemischen Lage von nationaler Tragweite ausgewählte Schutzmaßnahmen der epidemischen Lage vorübergehend anzuwenden. Hierzu nennt das Gesetz einen Katalog ausgeschlossener Schutzmaßnahmen. Dieser Katalog soll gut zwei Wochen nach Inkrafttreten des IfSG-ÄnderG erneut überarbeitet werden.

SoVD-Bewertung: In seiner Stellungnahme vom 12. November 2021¹ kritisierte der SoVD das IfSG-ÄnderG erheblich. Anlässlich kontinuierlich steigender Infektionszahlen, der sich zusätzlichen Situation auf den Intensivstationen und nur schleppend anlaufender Drittimpfungen (so genannte Booster-Impfungen) ging von der zentral vorgesehenen Änderung des Infektionsschutzgesetzes und von dem Gesetzentwurf insgesamt ein falsches Signal aus. Es bleibt unverständlich, weshalb angesichts der aktuellen Lage und der drohenden Aufhebung der Feststellung der epidemischen Lage von nationaler Tragweite mit Ablauf des 25. November 2021 an der Entscheidung festgehalten wurde, einen Gesetzentwurf auf den Weg zu bringen, der zur weiteren Bewältigung der Pandemie Folgeregelungen mit geringerer Eingriffstiefe einführen sollte und schließlich eingeführt hat. Gut zwei Wochen nach Inkrafttreten der umstrittenen Folgeregelungen mit geringerer Eingriffstiefe sind erneut Nachbesserungen an dem Ausschlusskatalog der Folgeschutzmaßnahmen erforderlich. Angesichts der zuletzt auf Rekordniveau gestiegenen Infektionszahlen müssen wir mit bedauern feststellen, dass sich unsere Befürchtungen bewahrheitet haben, dass Maßnahmen mit geringerer Eingriffstiefe nicht effektiv zur Durchbrechung der 4. Welle und Bewältigung der Pandemie ausreichen. Es zeigt sich, dass das IfSG-ÄnderG von November 2021 nicht zur Bewältigung der aktuell weiterhin prekären und zugespitzten Lage beiträgt. Vielmehr scheint angesichts der aktuellen Lage die erneute Feststellung einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite im Kampf gegen die Pandemie – nach wie vor – angezeigt.

■ Praxistaugliche Nachbesserungen bei den Testvorgaben sind richtig

Zu Artikel 1 Nr. 7 b (§ 28 b Absatz 2 IfSG)

Seit Ende November 2021 dürfen Arbeitgeber*innen, Beschäftigte und Besucher*innen bestimmter Einrichtungen und Unternehmen diese nur noch betreten, wenn sie getestete Personen im Sinne des § 2 Nummer 6 der COVID-19-Schutzmaßnahmen-

¹ Vgl. SoVD-Stellungnahme vom 12. November 2021 unter
<https://www.sovd.de/fileadmin/bundesverband/pdf/stellungnahmen/gesundheit/stellungnahme-SoVD-aenderung-infektionsschutzgesetz.pdf>

Ausnahmenverordnung vom 8. Mai 2021 (BArz AT 08.05.2021 V1) sind und einen Testnachweis mit sich führen. In den Einrichtungen und Unternehmen gelten behandelte, betreute, gepflegte oder untergebrachte Personen nicht als Besucher*innen und sind von der Nachweispflicht entbunden. Nun wird eine Klarstellung vorgenommen, dass Begleitpersonen von behandelten, betreuten, gepflegten oder untergebrachten Personen, ebenfalls nicht als Besucher anzusehen sind und gleichsam daher keiner entsprechenden Nachweispflicht unterliegen.

SoVD-Bewertung: Testvorgaben für bestimmte Arbeitgeber*innen, Beschäftigte und Besucher*innen sind erforderlich, um die Gefahr einer Infektion in sensiblen und kontaktnahen Einrichtungen und Unternehmen zu vermeiden bzw. erheblich zu reduzieren. Schließlich kann es auch bei geimpften Personen trotz Impfung zu einer Infektion und einer Weiterübertragung auf Dritte kommen. Denn eine Impfung senkt das Risiko einer asymptomatischen Infektion und das Übertragungsrisiko, ermöglicht aber nach bisherigen Erkenntnissen keine umfassende Immunisierung gegen das Coronavirus SARS-CoV-2. Um eine medizinische und pflegerische Versorgung uneingeschränkt zu ermöglichen, wurden behandelte, betreute, gepflegte oder untergebrachte Personen, die die Einrichtung oder das Unternehmen nur für einen unerheblichen Zeitraum betreten, von der Nachweispflicht zurecht ausgenommen. Diese Ausnahme erstreckte sich bislang jedoch nicht auf deren Begleitpersonen, etwa die Erziehungsberechtigten bei Minderjährigen oder notwendige Assistenz- sowie Unterstützungskräfte. Dies führte in der Praxis zum Teil zu erheblichen Problemen. Mit der Ergänzung der Begleitpersonen im Ausnahmetatbestand wird dem Umstand Rechnung getragen, dass die behandelten, betreuten, gepflegten oder untergebrachten Personen auf die Begleitpersonen im Rahmen ihrer Therapie, zur Förderung des Behandlungserfolges oder im Alltag angewiesen sind.

Berlin, 7. Dezember 2021

DER BUNDESVORSTAND
Abteilung Sozialpolitik

Stellungnahme des Sozialverbands VdK Deutschland e. V.
zum Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Impfprävention
gegen COVID-19 und zur Änderung weiterer Vorschriften im
Zusammenhang mit der COVID-19-Pandemie

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, 07.12.2021

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 Ampel-Koalition setzt mit diesem Gesetzentwurf im Wesentlichen die Impfpflicht für Pflegepersonal und vergleichbare Berufe um und erweitert die Impfmöglichkeiten auf Zahnärzte, Tierärzte und Apotheker.

Ab dem 15. März 2022 müssen sämtliche Beschäftigte in Pflegeeinrichtungen, ambulanten Pflegediensten, Krankenhäusern, Arztpraxen, Praxen der Heilberufe und anderen Einrichtungen der Gesundheitsversorgung geimpft oder genesen sein oder eine Bescheinigung über eine medizinische Kontraindikation in Bezug auf die Impfung haben. Die Beschäftigten müssen die Nachweise über diesen sogenannten Immunitätsnachweis gegen Covid-19 der Einrichtungsleitung vorlegen. Beschäftigte ohne diese Nachweise dürfen nicht beschäftigt werden. Die Einrichtungsleitung muss Beschäftigte ohne Immunitätsnachweis dem Gesundheitsamt melden.

Zahnärzte, Tierärzte und Apotheker werden zur Coronavirus-Schutzimpfung ermächtigt. Voraussetzung ist vor allem eine ärztliche Schulung zur Aufklärung, Erhebung der Anamnese, Kontraindikationen und Notfallmaßnahmen bei akuten Impfreaktionen. Die Kammern der jeweiligen Berufe werden beauftragt, Mustercurricula für diese Schulungen bis zum 31. Dezember 2021 zu entwerfen, so dass nach Durchführung der ersten Schulungen mit einem Anlaufen dieser zusätzlichen Impfungen im Januar 2022 zu rechnen ist.

Weiterhin werden die Sonderregelungen für die Mittagsverpflegung in Werkstätten für Menschen mit Behinderung und anderen Leistungsanbietern bis März 2022 verlängert, so dass der Mehrbedarf auch bei Schließungen und damit nicht gemeinschaftlicher Mittagsverpflegung ausgezahlt werden kann.

Krankenhäuser sollen Versorgungsaufschläge und weitere finanzielle Ausfallleistungen für Erlösrückgänge aufgrund der weiteren Pandemie erhalten. Sonderregelungen – zum Beispiel zur Beschlussfassung per Videokonferenz in Betriebsräten – werden verlängert, weitere Bestimmungen dienen der Harmonisierung der MaserSchutzregelungen mit den Regelungen zu Corona.

Bewertung des Sozialverbands VdK

Der VdK hat sich in der bisherigen Diskussion um eine Impflicht für Personal in Einrichtungen für vulnerable Gruppen zurückgehalten. Schließlich geht es um Entscheidungen zur eigenen Gesundheit der Beschäftigten, und der VdK hat hierbei auf verstärkte Impfangebote und mehr Aufklärung gesetzt.

Aber die jüngeren Fälle von Corona-Ausbrüchen in Pflegeeinrichtungen in mehreren Bundesländern mit dutzenden Todesfällen und Hunderten von infizierten Bewohnerinnen und Bewohnern haben gezeigt: Diese Maßnahmen reichen offensichtlich nicht.

Der VdK begrüßt daher die vorgesehene Pflicht zur Impfung für die Beschäftigten in der Pflege und in Einrichtungen der Gesundheitsversorgung. Dies dient dem Schutz der Pflegebedürftigen sowie Patientinnen und Patienten. Ausschlaggebende Argumente sind dabei, dass gerade die Bewohner von Pflegeeinrichtungen zu den Risikogruppen gehören. Dies sind Menschen mit hohem Lebensalter, Menschen mit schweren Vorerkrankungen und Menschen mit Behinderung. Das Schutzbedürfnis ist besonders hoch. Gleichzeitig sind diese Menschen auf die Pflege angewiesen. Einen anderen Pflegeplatz zu finden, ist nicht ohne weiteres möglich; außerdem wissen die Menschen nicht um die Impfquote beim Personal der neuen Einrichtung. Eine Pflegerin oder ein Pfleger kann eine andere Beschäftigung ergreifen, wenn sie oder er nicht mit der Impfung einverstanden ist. Ein Pflegebedürftiger kann nicht einfach die Einrichtung wechseln und an der Pflegebedürftigkeit erst recht nichts ändern.

Der VdK fordert daher die Aufnahme von Einrichtungen mit vergleichbaren Konstellationen von besonders schutzbedürftigen Menschen und einem nahen Kontakt zum Personal in die Impflicht beziehungsweise Klarstellungen im Gesetzestext (siehe dazu Punkt 2.1).

Der VdK begrüßt die zusätzlichen Impfmöglichkeiten durch Zahnärzte, Tierärzte und Apotheker. Modellprojekte bei der Grippeschutzimpfung in Apotheken haben gezeigt, dass dadurch Menschen erreicht werden können, die sich andernfalls nicht hätten impfen lassen. Umso wichtiger sind die Regelungen zur ärztlichen Aufklärung. Unter diesen Menschen werden dann auch Menschen mit schweren Vorerkrankungen sein, deren Aufklärung oder Anamnese nicht mit einem einfachen Fragebogen abgearbeitet kann. Daher bewertet der VdK die Regelungen zur ärztlichen Schulung als positiv.

Der VdK begrüßt weiterhin die Verlängerung der Sonderregelung für die Mittagsverpflegung in Werkstätten für Menschen mit Behinderung und vergleichbaren Leistungserbringern.

Der VdK fordert letztlich die Weiterführung der erhöhten Hilfsmittelpauschale von 60 Euro im Monat. Die Erhöhung von 40 Euro auf 60 Euro läuft am 31. Dezember aus, während aber der pandemiebedingte Mehrbedarf weiter besteht. Der VdK betont diese Forderung umso mehr, da die Hygienepauschale von 1,50 Euro pro Heilmittelverordnung für Heilmittelerbringer verlängert werden soll. Der VdK bestreitet den Bedarf der Physiotherapeuten und anderen Heilmittelerbringern keineswegs. Aber logischerweise besteht der parallele Bedarf bei den Pflegebedürftigen zu Hause (siehe Punkt 3.1).

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

2. Zu den Regelungen im Einzelnen

2.1. Einrichtungen mit Impfpflicht für die Beschäftigten (§ 20a Infektionsschutzgesetz)

Die Pflicht zum Vorlegen eines Nachweises der Impfung, des Genesenenstatus oder der medizinischen Kontraindikation gilt für Beschäftigte der Einrichtungen der Pflege und der Gesundheitsversorgung.

Bewertung des Sozialverbands VdK

Der VdK begrüßt die Verpflichtung in Bezug auf die aufgeführten Einrichtungen. Allerdings muss die Vorschrift auf Einrichtungen mit vergleichbarer Situation ausgeweitet werden. Dies ist der Fall, wenn es sich erstens um eine besonders schutzbedürftige Personengruppe handelt. Zweitens wenn diese Personengruppe auf die Betreuung oder Pflege angewiesen ist und drittens wenn ein naher persönlicher Kontakt zu den Beschäftigten damit verbunden ist.

Diese Voraussetzungen sind erfüllt bei den folgenden Einrichtungen:

- Werkstätten für behinderte Menschen: Laut Begründung zum Gesetzentwurf sind die Werkstätten vom neuen § 20a Abs. 1 Nr. 2 Infektionsschutzgesetz (IfSG) erfasst. Der VdK regt hier dringend eine Klarstellung an, da diese Formulierung zu Missverständnissen führen kann. Die Werkstätten für behinderte Menschen werden allgemein nicht unter „voll- oder teilstationären Einrichtungen zur Betreuung behinderter Menschen“ verstanden. Sie verfolgen schließlich den Zweck der Teilhabe am Arbeitsleben. Die Werkstätten für behinderte Menschen sollten ausdrücklich im Gesetz genannt werden.
- Einrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe mit dauerhafter Unterbringung
- Assistenzkräfte für Menschen mit Behinderung: Bei Assistenzkräften besteht die Besonderheit, dass der Mensch mit Behinderung rund um die Uhr auf die Assistenz angewiesen ist und eine ungeimpfte Assistenzkraft teilweise auch die Teilhabe verhindert, wenn der Zutritt zu einem Geschäft oder einem Restaurant nur nach den 2G-Regeln möglich ist. Dass eine ungeimpfte Assistenzperson dann keinen Zutritt hat, widerspricht dem Sinn und Zweck der Assistenz.

Assistenzkräfte im sogenannten Dienstleister-Modell sind laut Begründung zum Gesetzentwurf (Seite 37) vom neuen § 20a Abs. 1 Nr. 3 IfSG erfasst. Der VdK regt hier eine Klarstellung im Gesetz an, um Rechtssicherheit herzustellen und Zweifelsfälle auszuschließen.

Für Assistenz-Kräfte im Arbeitgebermodell enthält ebenso lediglich die Begründung zum Gesetzentwurf die Klarstellung, dass die Beschäftigten erfasst sind. Dies sollte klargestellt werden. Außerdem fordert der VdK eine lediglich vergleichbare Regelung, jedoch ohne die Meldepflicht an das Gesundheitsamt, ohne die Aufnahme in die Bußgeldvorschrift des neuen § 73 Abs. 1a Nr. 7g und ohne weitere Sanktionen. Solche Sanktionen sind nicht sachgerecht, wenn Menschen mit Behinderungen als Arbeitgeber eine ungeimpfte Assistenzkraft beschäftigen, zum Beispiel weil sie nicht

auf diese Assistenz verzichten wollen oder eine andere Assistenzperson nicht so einfach nachfolgen kann. Die Menschen mit Behinderung sind schutzbedürftig und können nicht mit den gleichen Auflagen wie die Einrichtungsleitung von Pflegeheimen belegt werden.

Der VdK regt weiterhin eine Klarstellung im Gesetz an, welche Konsequenzen aus der Meldung einer Einrichtungsleitung über fehlende Immunitätsnachweise an das Gesundheitsamt (neuer § 20a Abs. 2 Satz 2 und Abs. 4 Satz 2 IfSG) folgen. Der Beschäftigte darf nach den Regelungen des Gesetzentwurfs ohne Immunitätsnachweis nicht in der Einrichtung tätig sein, und die Leitung darf die Person nicht mehr beschäftigen. Dass die Einrichtung die gebotene Meldung vornimmt, dann aber die Person weiterbeschäftigt, ist unwahrscheinlich. Die Meldepflicht scheint hier ins Leere zu laufen.

Das Verhältnis zwischen den Bußgeld- und Strafvorschriften nach den §§ 73 ff. IfSG-E, der Einzelanordnung des neuen § 20a Abs. 5 Satz 3 IfSG und den allgemeinen Maßnahmen des Infektionsschutzgesetzes nach den §§ 16, 17 IfSG sollte ebenso geklärt werden. Nicht nur in Zeiten überforderter Gesundheitsämter ist es sicherlich hilfreich festzulegen, in welchen Fällen ein Bußgeld oder Strafverfahren oder eine Einzelanordnung geboten sind und wann allgemeine Maßnahmen bis zur Quarantäne oder Schließung einer Einrichtung in Frage kommen.

2.2. Meldung der Impfquote (§ 28b Abs. 3 Satz 7 IfSG)

Pflegeeinrichtungen sind verpflichtet, der zuständigen Behörde die Impfquote unter den Beschäftigten und Bewohnern in anonymisierter Form zu übermitteln. Die Erhebung unter den Beschäftigten und Bewohnern durch die Einrichtung ist nur für die Beurteilung der Gefährdungslage in der Einrichtung zulässig.

Bewertung des Sozialverbands VdK

Der VdK regt an, für die gemeldeten Daten eine Regelung zur Sammlung und Auswertung durch das Robert Koch-Institut einzuführen. Bisher ist unklar, was mit den gemeldeten Daten passiert. Sinnvoll wäre eine Weiterleitung an eine zentrale Stelle, um ein bundesweites Lagebild der Impfquote in Pflegeeinrichtungen zu erhalten. Der VdK hat dies schon vor dem laufenden Gesetzgebungsverfahren eingefordert, um eine belastbare Grundlage für eine Impfpflicht für bestimmte Personengruppen zu haben. Denn wie der Gesetzentwurf zeigt, stammt die Datenlage aus Schätzungen anhand einer Befragung des Robert Koch-Instituts und aus einer nicht-repräsentativen Erhebung in fünf Prozent der Altenpflegeheime. Die Unsicherheit in Bezug auf die echte Impfquote unter den Beschäftigten ist also groß. Eine bessere Datenlage ist daher dringend geboten.

Auch wenn sich der VdK einer Impfpflicht – wie unter Punkt 1 beschrieben – nicht in den Weg stellt, hält er seine Forderung nach einer belastbaren Datenlage aufrecht. Dies ist schon für eine Evaluierung der nun geregelten Maßnahmen notwendig. Bei Eingriffen in die Selbstbestimmung und körperliche Unversehrtheit von Beschäftigten sollte dies eine Selbstverständlichkeit sein.

3. Fehlende Regelungen

3.1. 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 subsumiert.

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 (Bundestagsdrucksache 19/25283) berechneten fünfprozentigen Wertverlust für die Jahre 2017 bis 2019 an – und orientiert man sich für die fehlenden Jahr 2016 (0,5 Prozent) und 2020 (0,5 Prozent) an der Inflationsrate durch den Verbraucherpreisindex, dann fehlen bis dato nominal bereits 2,40 Euro. Eine regelhafte Dynamisierung ist hier dringend notwendig.



Vereinte
Dienstleistungs-
gewerkschaft

Stellungnahme

der Vereinten Dienstleistungsgewerkschaft – ver.di

zum

Entwurf eines Gesetzes der Bundestagsfraktionen der SPD, von
BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und der FDP für ein aus der Mitte des
Deutschen Bundestages einzubringendes

**Gesetz zur Stärkung der Impfprävention gegen COVID-19 und zur Änderung
weiterer Vorschriften im Zusammenhang mit der COVID-19-Pandemie**

Berlin, 06. Dezember 2021

Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft – ver.di
Bundesvorstand – Bereich Gesundheitswesen / Gesundheitspolitik
Paula-Thiede-Ufer 10, 10179 Berlin

Einordnung

Aufgrund weiterhin vorhandener, relevanter Impflücken in Einrichtungen mit medizinischem Personal sowie Pflegepersonal soll ein ausreichender Impfschutz für Beschäftigte in den maßgeblichen Tätigkeitsbereichen sichergestellt werden. Trotz frühzeitig durch priorisierte Impfaktivitäten verfügbar gemachten Impfangeboten legen Schätzungen u.a. aus der COVIMO-Studie zur Impfquote bei medizinischem Personal und Pflegepersonal nahe, dass die Impfquote bei diesen Personengruppen lediglich vergleichbar ist mit derjenigen in der Allgemeinbevölkerung. Gleichzeitig sind die durch einen möglichen Kontakt besonders vulnerabler Personengruppen mit den genannten Beschäftigtengruppen in Krankenhäusern, stationären Pflegeeinrichtungen, Einrichtungen der Eingliederungshilfe, ambulanten Pflegediensten oder Diensten der ambulanten Eingliederungshilfe entstehenden gesundheitlichen Risiken, die sich aus dem Vorhandensein relevanter Impflücken ergeben, weiterhin hoch. Der Gesetzesentwurf zielt daher auf das Schließen von Impflücken durch Einführung verpflichtender Schutzimpfungen in bestimmten Einrichtungen und Unternehmen. Personen in diesen müssen entweder über einen ausreichenden Impfschutz gegen SARS-CoV-2 verfügen oder aber eine durch Genesung erworbene Immunisierung aufweisen.

Personen, die eine Tätigkeit in Krankenhäusern, stationären Pflegeeinrichtungen, Einrichtungen der Eingliederungshilfe, ambulanten Pflegediensten, Diensten der ambulanten Eingliederungshilfe und weiteren Einrichtungen nach § 20a aufnehmen wollen, müssen ab dem 15. März 2022 geimpft oder genesen sein. Personen, die in den genannten Einrichtungen und Unternehmen tätig sind, müssen der Leitung der jeweiligen Einrichtung oder des Unternehmens bis zum Ablauf des 15. März 2022 den entsprechenden Nachweis anzeigen. Die Durchführung der Schutzimpfung selbst kann nicht durch unmittelbaren Zwang durchgesetzt werden; es werden jedoch Bußgeldbewehrungen vorgesehen. Wird ein gültiger Nachweis nicht oder nicht rechtzeitig erbracht, soll die Aufnahme einer Beschäftigung in den betroffenen Einrichtungen und Unternehmen ausgeschlossen sein. Wird ein entsprechender Nachweis nicht erbracht, kann das Gesundheitsamt ein Betretungsverbot verhängen.

Die Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft ver.di unterstützt das Ansinnen, höhere Impfquoten in den genannten Einrichtungen zu erreichen. Allerdings müssen die Maßnahmen verfassungsgemäß und damit verhältnismäßig sein, um sie durchzusetzen. Dass ausgerechnet für jene Beschäftigtengruppen Sonderverpflichtungen kommen sollen, die bereits in erheblichem Maße mit den dramatischen Auswirkungen der Pandemie und ihrer Bewältigung konfrontiert waren bzw. sind, stößt bei einem nicht unerheblichen Teil der Betroffenen auf Unverständnis. Schließlich wurden bei weitem noch nicht alle Möglichkeiten einer erfolgreichen Impfkampagne ausgeschöpft.

Zu den Regelungen im Einzelnen

Artikel 1 – Änderung des Infektionsschutzgesetzes

§ 20a – Einführung einer Pflicht für den Schutz vor COVID 19 in bestimmten Einrichtungen und Unternehmen

Neu eingeführt werden soll in § 20a eine Pflicht für den Schutz vor COVID-19 in bestimmten Einrichtungen und Unternehmen analog zur Einführung einer Masernimpfpflicht, wie sie durch das Gesetz für den Schutz vor Masern und zur Stärkung der Impfprävention begründet wurde, deren Verfassungsgemäßheit allerdings gerade dem BVerfG zur Klärung vorliegt. Zu den Personen, die ab dem 15. März 2022 entweder geimpft oder genesen im Sinne des § 2 Nr. 2 oder Nr. 4 der COVID-19-Schutzmaßnahmen-Verordnung in der jeweils geltenden Fassung sein müssen, zählen Beschäftigte in Krankenhäusern, Einrichtungen für ambulantes Operieren, Reha- und Vorsorgeeinrichtungen, Dialyseeinrichtungen, Tageskliniken, Entbindungseinrichtungen einschließlich freiberuflich tätiger Hebammen, vergleichbare Behandlungs- und Versorgungseinrichtungen, Arztpraxen, Zahnarztpraxen, Praxen sonstiger humanmedizinischer Berufe, Einrichtungen des öffentlichen Gesundheitsdienstes, Rettungsdienste, sozialpädiatrische Zentren nach § 119 SGB V, medizinische Behandlungszentren für Erwachsene mit geistiger oder schwerer Mehrfachbehinderung nach § 119c SGB V; ferner Personen, die in voll- oder teilstationären Einrichtungen zur Betreuung und

Unterbringung älterer, behinderter oder pflegebedürftiger Menschen oder in vergleichbaren Einrichtungen tätig sind sowie Personen, die in ambulanten Pflegediensten tätig sind.

Abs. 2 bestimmt, dass bis zum Ablauf des 15. März 2022 von bereits zuvor in den genannten Bereichen Beschäftigten ein entsprechender Nachweis über eine Impfung, Genesung oder ein ärztliches Zeugnis über eine medizinische Kontraindikation bei der Leitung der jeweiligen Einrichtungen zu erbringen ist.

Nach Abs. 3 können neue Beschäftigungsverhältnisse ab dem 16. März 2022 nur nach Vorlage eines gültigen Nachweises eingegangen werden. Erfolgt dies nicht oder hat die Leitung Zweifel an der Echtheit oder inhaltlichen Richtigkeit, ist das zuständige Gesundheitsamt immer über die Nichtvorlage des Nachweises oder den Verlust der Gültigkeit des Nachweises bei Nichterbringung eines neuen Nachweises zu informieren. Die oberste Landesgesundheitsbehörde kann abweichend bestimmen, dass der Nachweis nicht der Leitung der jeweiligen Einrichtung oder des jeweiligen Unternehmens, sondern dem Gesundheitsamt oder einer anderen staatlichen Stelle gegenüber anzuseigen ist. Ebenso kann bestimmt werden, dass die Benachrichtigung nicht durch die Leitung oder das Unternehmen, sondern durch die benannte Stelle oder eine andere staatliche Stelle erfolgt.

Durch Abs. 4 wird bestimmt, dass, wenn ein Nachweis ab dem 16. März 2022 seine Gültigkeit aufgrund des Zeitablaufs verliert, die in den in Abs. 1 S. 1 genannten Einrichtungen oder Unternehmen tätigen Personen der Leitung der jeweiligen Einrichtung oder des jeweiligen Unternehmens einen neuen Nachweis nach Abs. 2 S. 1 innerhalb eines Monats nach Ablauf der Gültigkeit des bisherigen Nachweises vorzulegen haben. Wenn der neue Nachweis nach S. 1 nicht innerhalb eines Monats vorgelegt wird oder Zweifel an seiner Echtheit oder inhaltlichen Richtigkeit bestehen, hat die Leitung der jeweiligen Einrichtung oder des jeweiligen Unternehmens unverzüglich das Gesundheitsamt, in dessen Bezirk sich die jeweilige Einrichtung oder das Unternehmen befindet, darüber zu benachrichtigen und dem Gesundheitsamt die personenbezogenen Daten zu übermitteln.

Abs. 5 bestimmt, dass die in Ab. 1 S. 1 genannten Personen dem Gesundheitsamt, in dessen Bezirk sich die jeweilige Einrichtung oder das jeweilige Unternehmen befindet, auf Anforderung einen Nachweis nach Abs. 2 S. 1 vorzulegen haben. Besteht Zweifel an der Echtheit oder inhaltlichen Richtigkeit des vorgelegten Nachweises, so kann das Gesundheitsamt eine ärztliche Untersuchung dazu anordnen, ob die betroffene Person aufgrund einer medizinischen

Kontraindikation nicht gegen das Coronavirus SARS-CoV-2 geimpft werden kann. Das Gesundheitsamt kann einer Person, die trotz der Anforderung nach Satz 1 keinen Nachweis innerhalb einer angemessenen Frist vorlegt oder der Anordnung einer ärztlichen Untersuchung nach Satz 2 nicht Folge leistet, untersagen, dass sie die dem Betrieb einer in Abs. 1 S. 1 genannten Einrichtung oder eines in Abs. 1 S. 1 genannten Unternehmens dienenden Räume betritt oder in einer solchen Einrichtung oder einem solchen Unternehmen tätig wird. Widerspruch und Anfechtungsklage gegen eine vom Gesundheitsamt nach S. 2 erlassene Anordnung oder ein von ihm nach S. 3 erteiltes Verbot haben keine aufschiebende Wirkung.

Abs. 6 schränkt das Grundrecht der körperlichen Unversehrtheit entsprechend Art. 2 Abs. 2 S. 1 GG ein.

Die Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft ver.di bekräftigt die besondere Schutzbedürftigkeit von vulnerablen Personengruppen, die in den genannten Einrichtungen mit dort Beschäftigten in Kontakt kommen können, und unterstützt die Zielsetzung eines größtmöglichen Schutzes dieser vulnerablen Gruppen sowie grundsätzlich aller Bürger*innen vor einer Ansteckung mit oder Weitergabe des Coronavirus sowie möglicher, daraus entstehender gesundheitlichen Risiken. Ebenso ist ver.di der Auffassung, dass eine flächendeckend hohe Impfquote maßgeblich für die erfolgreiche Bekämpfung von SARS-CoV-2 ist und dass es deshalb vermehrte Anstrengungen braucht, um vorhandene Impflücken zu schließen. Gleichzeitig ist es jedoch problematisch, mit den im Gesetzesentwurf benannten Beschäftigtengruppen nun diejenigen, deren unabdingbarer beruflicher Einsatz im Kontext der Pandemiebekämpfung in den vergangenen eineinhalb Jahren regelmäßig zu arbeitszeitlichen, physischen und psychischen Belastungen und Überlastungen führte, alleine in die Pflicht nehmen zu wollen, um bestehende Impflücken zu schließen. Das dadurch gesetzte Signal, dass die Beschäftigten in Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen durch die Einschränkung ihres Grundrechts auf körperliche Unversehrtheit nun die alleinige Verantwortung dafür tragen, dass die Ausbreitung des Corona-Virus begrenzt wird, steht in keinem angemessenen Verhältnis zu den bereits von ihnen geleisteten Anstrengungen zur Pandemiebekämpfung. Aufgrund dieses Spannungsverhältnisses wird auch die Frage einer möglichen Impfpflicht von Seiten vieler Beschäftigter kontrovers diskutiert. ver.di fordert, dass vor der Diskussion einer möglichen Impfpflicht weitere gesetzliche Maßnahmen ergriffen werden, um die durch den vorliegenden Gesetzesentwurf berührten Beschäftigtengruppen zu entlasten.

Der Gesetzgeber hat es seit Ausbruch der Corona-Pandemie versäumt, ausreichende gesetzliche Maßnahmen zur schnellen und effektiven Entlastung dieser Beschäftigtengruppen zu treffen. Dazu zählte insbesondere die generelle Aussetzung der Personaluntergrenzen, in deren Folge die ohnehin dramatische personelle Unterbesetzung vieler bettenführender Stationen noch verschärft wurde, sowie die Nichteinführung der PPR 2.0 als Interimsinstrument zur Pflegepersonalbedarfsbemessung in Krankenhäusern. Die in der Vergangenheit zur Verfügung gestellten Corona-Prämien waren zwar als symbolische Anerkennung zu begrüßen, konnten die massiven Be- und Überlastungen der Beschäftigten im Gesundheits- und Krankenhausbereich jedoch sowohl aufgrund ihres exklusiven Charakters als auch ihrer begrenzten Höhe nicht ansatzweise kompensieren. Ähnliches gilt für die Verweigerung der öffentlichen Arbeitgeber gegenüber nachhaltigen und spürbaren Vergütungsverbesserungen im Rahmen der aktuellen Tarifrunden der Länder. Hier passen öffentliche Verlautbarungen von Seiten der Politik und konkretes Handeln von Seiten der Länder in ihrer Rolle als Arbeitgeber nicht zusammen. Eine spürbare finanzielle Aufwertung zahlreicher Beschäftigungsverhältnisse in Bereichen, die für die Bewältigung der Pandemie kritisch waren und sind, wird offensichtlich nicht angestrebt wird.

Zahlreiche Beschäftigte in diesen Bereichen sind mittlerweile erschöpft, erkrankt, haben ihre Arbeitszeit reduziert oder ihrem Beruf gänzlich den Rücken gekehrt, was sich auch in der im Vergleich zu 2020 niedrigeren Zahl der zur Verfügung stehenden, betreibbaren Intensivbetten in Krankenhäusern niederschlägt. Es kann in dieser Situation keine angemessene Lösung sein, ausschließlich diesen Beschäftigten durch Verordnung einer spezifischen Impfpflicht zusätzliche Verpflichtungen auferlegen zu wollen und somit den Erfolg der Anstrengungen zur Senkung der Inzidenzen erneut maßgeblich von ihrer Bereitschaft zur Tragung besonderer Belastungen, die für andere Teile der Bevölkerung nicht oder nicht im gleichen Maße gelten sollen, abhängig zu machen. Zudem hat der Gesetzgeber durch die verfrühte Schließung der Impfzentren die benötigen Infrastrukturen für eine weitere Anhebung der Impfquote deutlich zu früh und ohne Not geschlossen. Dieser fahrlässige Abbau an Impfkapazitäten kann und darf nun nicht alleine durch eine einrichtungs- und unternehmensspezifische Impfpflicht kompensiert werden.

Zudem kann die Begründung, dass es relevante Impflücken bei Beschäftigten der genannten Einrichtungen gibt, nicht überzeugen. Klinikmitarbeiter sind nach Erhebungen des RKI zu weit über 90 Prozent geimpft, weshalb es in stationären Versorgungseinrichtungen bereits seit

längerem nicht mehr zu einem im Vergleich erhöhten Infektionsgeschehen kommt. Die tägliche Testung ungeimpfter Beschäftigter gehört zum flächendeckenden Standardvorgehen in derartigen Einrichtungen. Es erscheint deshalb nicht plausibel, bestehende Impflücken und von diesen ausgehende gesundheitliche Risikopotentiale ausschließlich bei den Beschäftigten der genannten Einrichtungen festmachen zu wollen, zumal die Zahlen mit Blick auf das gesamte Infektionsgeschehen vernachlässigbar sind.

Vor diesem Hintergrund und angesichts der massiven Belastungen der Beschäftigten in Gesundheits- und Pflegeberufen im Zusammenhang mit der Bewältigung der Corona-Pandemie wie auch der im Durchschnitt hohen Impfquoten in Krankenhäusern und Kliniken lehnt ver.di es ab, mit einer einrichtungsspezifischen Impfpflicht die dieser Pflicht zu unterwerfenden Beschäftigten zu sanktionieren, ohne begründen zu können, weshalb nicht für weitere Teile der Gesellschaft oder die Gesamtbevölkerung eine entsprechende Verpflichtung gelten soll. ver.di fordert den Gesetzgeber stattdessen auf, Impflücken und von ihnen ausgehende gesundheitliche Risikopotentiale systematisch und flächendeckend zu erfassen und auf dieser Grundlage einen Gesetzesentwurf vorzulegen, der keine Sonderstellung der Beschäftigten im Gesundheits- und Pflegebereich zum Ziel hat.

Bevor die Einführung jedweder Art einer Impfpflicht geprüft werden kann, sind zunächst weitreichende Fragen zu klären und Unsicherheiten im Zusammenhang zu beseitigen. Zum einen ist die Frage der Verfassungsgemäßigkeit zu klären, die Einführung einer Impflicht muss verhältnismäßig und angemessen sein, mildere und gleich effektive Mittel müssen dafür fehlen; auch gilt zu bedenken, dass bei einer Impflicht die Impfung dann regelmäßig wiederholt werden muss (ca. alle 6 Monate) und wir uns hinsichtlich der Zulassung des Coronaimpfstoffes nach wie vor in der Phase einer nur bedingten Marktzulassung befinden. Zum anderen muss eine Klärung arbeitsrechtlicher Folgen für die Beschäftigten erfolgen. Durch die vorliegende Fassung des Gesetzesentwurfs wird nicht überzeugend dargelegt, wie zu verhängende Sanktionen überhaupt auszustalten und flächendeckend sicherzustellen sein sollen. Wie soll beispielsweise bei einer notorisch zu dünnen Personaldecke im Falle eines mehrfach angeordneten Betretungsverbots in Einrichtungen oder Unternehmen die Versorgung von Patient*innen und Bewohner*innen sichergestellt werden?

Zur kurzfristigen Annäherung an das Ziel des Schutzes vulnerabler Gruppen ist es dringend erforderlich, dass tatsächlich alle Bürger*innen nachweisbar eine Möglichkeit zur aufwandsarmen Durchführung von Erst-, Zweit- und Boosterimpfung erhalten haben und

persönliche, zielgerichtete und niedrigschwellige Informationsmaßnahmen bzw. Impfangebote erhalten, bevor eine Verpflichtung inklusive Sanktionsfolgen diskutiert werden kann. Diese Voraussetzungen sind gegenwärtig sowohl aufgrund von Lieferengpässen bei bestimmten Vakzinen als auch bei nicht ausreichend verfügbaren Kapazitäten zur Durchführung von Impfungen aufgrund der Schließung von Impfzentren nicht gegeben. ver.di fordert den Gesetzgeber daher auf, zunächst dafür Sorge zu tragen, dass neben der Klärung relevanter Folgen für Beschäftigte und Bürger*innen genügend Ressourcen und eine ausreichend leistungsfähige Impfinfrastruktur zur Verfügung gestellt werden, bevor gesetzliche Maßnahmen zur möglichen Erstreckung einer Impfpflicht diskutiert werden.

§ 20b – Durchführung von Schutzimpfungen gegen das Coronavirus SARS-CoV-2

Abweichend von § 20 Abs. 4 S. 4 sollen künftig Zahnärzte, Tierärzte sowie Apotheker zu Durchführung von Schutzimpfungen gegen COVID-19 bei Personen, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, durchführen dürfen. Voraussetzung hierfür ist, dass sie entsprechend ärztlich geschult wurden und ihnen die erfolgreiche Teilnahme an der Schulung bestätigt wurde; außerdem muss in der jeweiligen Zahnarztpraxis, Tierarztpraxis oder Apotheke eine geeignete Räumlichkeit mit der notwendigen Ausstattung zur Durchführung der Impfung vorhanden sein.

ver.di begrüßt das Vorhaben, die Durchführungen von Impfungen gegen COVID-19 auch auf weitere benannte Stellen und Einrichtungen auszuweiten und dadurch allgemein niedrigschwelliger und für alle Bürger*innen leichter zugänglich zu gestalten. Hinsichtlich der fachlichen, medizinischen und ärztlichen Kompetenzverteilung in der ambulanten Versorgung kann es Sinn machen, die genannten Leistungsanbieter mit einzubeziehen. Voraussetzung hierfür muss neben dem Nachweis der entsprechenden Qualifikationen der durchführenden Stellen und der schnellen Verfügbarmachung der entsprechenden Qualifikationsangebote jedoch auch ein konkreter Bedarf vor Ort sein, der beispielsweise in strukturschwachen und unversorgten Regionen oder aufgrund des Fehlens oder der Schließung von Impfzentren gegeben sein kann. Beim Nachweis der geeigneten Räumlichkeiten ist darauf zu achten, dass auch die notwendigen fünfzehnminütigen Nachbeobachtungen der Geimpften durch die angeführten Leistungserbringer gewährleistet werden können. Zudem ist der Nachweis einer haftungsrechtlichen Absicherung im Falle einer von dieser Seite durchzuführenden Impfung

zwingend erforderlich, damit Bürger*innen in gleicher Weise rechtliche Sicherheit über den sie betreffenden Impfvorgang erhalten.

§ 28a – Ausschluss der Anwendung bestimmter Schutzmaßnahmen

§ 28a des Infektionsschutzgesetzes soll dahingehend geändert werden, dass nach dem Ende der Feststellung der epidemischen Lage von nationaler Tragweite weiterhin Abs. 1 bis 6 anwendbar bleiben, sofern die Gefahr der epidemischen Ausbreitung von COVID 19 besteht. Ausgenommen von dieser Anwendungsmöglichkeit sein sollen die Anordnung von Ausgangsbeschränkungen, die Untersagung der Sportausübung, die Untersagung von Versammlungen oder Aufzügen im Sinne von Art. 8 GG und von religiösen oder weltanschaulichen Zusammenkünften, die Untersagung von Reisen, die Untersagung von Übernachtungsangeboten, die Untersagung des Betriebs von gastronomischen Einrichtungen, die Schließung von Betrieben, Gewerben, Einzel- oder Großhandel sowie die Schließung von Gemeinschaftseinrichtungen im Sinne von § 33.

ver.di begrüßt im Grundsatz das Ansinnen des Gesetzgebers, Ausnahmen von Schutzmaßnahmen vorzusehen, um die pandemiebedingten Einschränkungen, die sich für das öffentliche, geschäftliche und private Leben der Bürger*innen durch die Anwendung von Schutzmaßnahmen ergeben können, möglichst gering zu halten. Die Auswahl geeigneter Schutzmaßnahmen muss allerdings mit dem jeweils aktuellen, inzidenzbedingten Schutzerfordernis korrespondieren. Ein derart umfassender Vorabauausschluss, wie er im vorliegenden Gesetzesentwurf vorgesehen wird, engt die zur Verfügung stehenden Maßnahmen im Falle steigender oder anhaltend hoher Inzidenzen ein. Diese Schutzmaßnahmen im Nachhinein erst wieder per Verordnung anzupassen, kann dazu führen, dass wertvolle Zeit verstreicht, bevor auf neuerliche Anstiege bei Infektionszahlen mit den erforderlichen Schritten reagiert werden kann.

ver.di fordert daher, die Anwendbarkeit von Schutzmaßnahmen bzw. die Möglichkeit des Ausschlusses von Schutzmaßnahmen nach bundesweit einheitlichen Grenzwerten zu regeln auf dieser Basis einen einheitlichen Maßnahmenkatalog zur Verfügung zu stellen. Zudem sollte der Gesetzgeber prüfen, ob ein Ausschluss bestimmter Maßnahmen an die Wirksamkeit weiterer zur Verfügung stehenden Ansätze wie die Erhöhung der Impfquote gekoppelt werden kann.

§ 28b – Betretungsrecht von Einrichtungen nach § 23 und § 36 Abs.1, Nr 2, 7

§ 28b des Infektionsschutzgesetzes soll dahingehend geändert werden, dass Arbeitgeber, Beschäftigte und Besucher in Einrichtungen nach § 23 und nach § 36 Abs. 1, Nr. 2, 7 diese nur betreten dürfen, wenn sie getestete Personen im Sinne des § 2 Nr. 6 COVID-19-Schutzmaßnahmen- Verordnung sind und einen Testnachweis mit sich führen. Dies soll auch für Einrichtungen der Rehabilitation und Vorsorge gelten, wenn dort keine den Krankenhäusern vergleichbaren medizinischen Maßnahmen durchgeführt werden. In den genannten Einrichtungen und Unternehmen behandelte, betreute, gepflegte oder untergebrachte Personen sowie ihre Begleitpersonen, die die Einrichtung oder das Unternehmen nur für einen unerheblichen Zeitraum betreten, gelten nicht als Besucher. Menschen mit Behinderung, die Leistungen im Eingangsverfahren, im Berufsbildungsbereich oder Arbeitsbereich einer anerkannten Werkstatt für behinderte Menschen oder eines anderen Leistungsanbieters nach § 60 SGB IX erhalten sowie Auszubildende, Studierende und Schülerinnen, die die in Satz 1 genannten Einrichtungen und Unternehmen zum Zwecke ihrer beruflichen Bildung betreten, gelten als Beschäftigte im Sinne des S.1.

Für Arbeitgeber und Beschäftigte sowie Besucher, die als medizinisches Personal Personen in Satz 2 genannte Personen zu Behandlungszwecken aufsucht, die geimpfte Personen oder genesene Personen im Sinne des § 2 Nummer 2 oder Nummer 4 der COVID-19-Schutzmaßnahmen-Ausnahmenverordnung vom 8. Mai 2021 (BAnz AT 08.05.2021 V1) sind, kann die zugrundeliegende Testung auch durch Antigen-Tests zur Eigenanwendung ohne Überwachung erfolgen, wenn sie geimpfte oder genesene Personen sind.

Eine Testung muss für Arbeitgeber und Beschäftigte, die geimpfte Personen oder genesene Personen im Sinne des § 2 Nummer 2 oder Nummer 4 der COVID-19-Schutzmaßnahmen-Ausnahmenverordnung in der jeweils geltenden Fassung sind, mindestens zweimal pro Kalenderwoche durchgeführt werden.

Für Besucher, die die Einrichtung oder das Unternehmen im Rahmen eines Notfalleinsatzes oder aus anderen Gründen ohne Kontakt zu den in den in Satz 1 genannten Einrichtungen und Unternehmen behandelten, betreuten, gepflegten oder untergebrachten Personen nur für einen unerheblichen Zeitraum betreten, gilt Satz 1 nicht. Für Arbeitgeber und Beschäftigte gilt Absatz 1 Satz 3 und 4 entsprechend. Die in Satz 1 genannten Einrichtungen und Unternehmen sind verpflichtet, ein einrichtungs- oder unternehmensbezogenes Testkonzept zu erstellen. Im

Rahmen des Testkonzepts haben sie Testungen auf eine Infektion mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 für alle Beschäftigten und Einrichtungen nach § 36 Absatz 1 Nummer 2 auch für alle Besucher anzubieten

Voll- und teilstationäre Pflegeeinrichtungen sind verpflichtet, der zuständigen Behörde monatlich Angaben zum Anteil der Personen, die gegen das Coronavirus SARS-CoV-2 geimpft sind, jeweils bezogen auf die Personen, die in der Einrichtung beschäftigt sind oder behandelt, betreut oder gepflegt werden oder untergebracht sind in anonymisierter Form zu übermitteln. Sonstige in Absatz 2 Satz 1 genannte Einrichtungen oder Unternehmen sind verpflichtet, der zuständigen Behörde auf deren Anforderung Angaben zum Anteil der Personen, die gegen das Coronavirus-SARS-CoV-2 geimpft sind, in Bezug auf die Personen, die in der Einrichtung oder dem Unternehmen beschäftigt sind in anonymisierter Form zu übermitteln. Voll- und teilstationären Pflegeeinrichtungen dürfen den Impfstatus der Personen, die dort behandelt, betreut oder gepflegt werden oder untergebracht sind, erheben; diese Daten dürfen nur zur Beurteilung der Gefährdungslage in der Einrichtung oder dem Unternehmen im Hinblick auf die Coronavirus-Krankheit-2019 (COVID-19) und zur Vorbereitung der Berichterstattung nach Satz 7 verarbeitet werden und nur solange und soweit dies erforderlich ist. Die nach den Sätzen 3 und 9 erhobenen Daten sind spätestens am Ende des sechsten Monats nach ihrer Erhebung zu löschen; die Bestimmungen des allgemeinen Datenschutzrechts bleiben unberührt.

ver.di bekräftigt das Ziel, die besonders vulnerablen Personengruppen in den genannten Einrichtungen vor Infektionsgefahren und gesundheitlichen Folgerisiken zu schützen. Ein möglicher Weg hierzu kann die weitere Stärkung der Bedeutung regelmäßiger Testungen sein. ver.di weist in diesem Zuge darauf, dass regelmäßige Testungen sowohl für Beschäftigte als auch Bewohner*innen, Besucher*innen und sonstige Personen aus den genannten Personenkreisen in den genannten Einrichtungen und Unternehmen seit langem Bestandteile etablierter Testkonzepte sind. Diese Testkonzepte flächendeckend und mit dichter zeitlicher Taktung in den Gesundheits- und Pflegeeinrichtungen zur Anwendung zu bringen, ist ein wichtiger und erforderlicher Schritt zur Minimierung der gesundheitlichen Risiken und Senkung der Infektionszahlen.

Angesichts der damit einhergehenden Auswirkungen auf Arbeitsabläufe und die arbeitszeitlichen Mehrbelastungen, die sich durch regelmäßige Testungen in engen zeitlichen Abständen ergeben, können mitunter erhebliche zusätzliche Aufwände für die jeweiligen Beschäftigten entstehen. Der Gesetzgeber wird daher aufgefordert, zusammen mit Kommunen

und Ländern dafür zu sorgen, dass die genannten Einrichtungen und die dort Beschäftigten bei der Gewährleistung der erforderlichen Testaufwände nach Möglichkeit entlastet werden. Dies kann zum Beispiel durch die Verfügbarmachung und Bewerbung von geeigneten, standardisierten Testkonzepten, dem Zugang zu erforderlichen Testinfrastrukturen und Materialien sowie insbesondere der vorübergehenden personellen, organisatorischen Unterstützung durch entsprechend qualifiziertes medizinisches oder ärztliches oder Personal geschehen, welches bei der Durchführung der Testungen bei Bedarf unterstützt.

Artikel 3 – Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes

§ 21 – Ausgleichszahlungen an Krankenhäuser für coronabedingte Einnahmeausfälle

Nach § 21 Abs. 1b soll geregelt werden, dass Krankenhäuser für Ausfälle von Einnahmen zwischen dem 15. November bis 31. Dezember aufgrund coronabedingter Bettenauslastungen bestehen, Ausgleichszahlungen aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds erhalten sollen. Voraussetzung hierfür ist, dass diese Krankenhäuser einen Zuschlag für die Teilnahme an der Notfallversorgung gemäß § 9 Abs. 1a Nr. 5 KHEntG für das Jahr 2019, 2020 oder 2021 vereinbart haben, sowie noch keine Zu- oder Abschläge für die Teilnahme oder Nichtteilnahme an der Notfallversorgung gemäß § 9 Absatz 1a Nummer 5 des Krankenhausentgeltgesetzes vereinbart haben und eine Versorgungsstruktur aufweisen, die mindestens den Anforderungen des Beschlusses des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 136c Absatz 4 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch über ein gestuftes System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern für eine Teilnahme an der Basisnotfallversorgung entspricht und dies gegenüber der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde nachweisen

Krankenhäuser, die nach Ansatz 1b Ausgleichzahlungen erhalten, ermitteln die Höhe der Ausgleichszahlungen nach Absatz 1b, indem sie täglich, erstmals für den 15. November 2021, vom Referenzwert nach Absatz 2 Satz 1 die Zahl der am jeweiligen Tag stationär behandelten Patientinnen und Patienten abziehen. Ist das Ergebnis größer als Null, sind 90 Prozent dieses Ergebnisses mit der für das jeweilige Krankenhaus geltenden tagesbezogenen Pauschale nach

§ 1 Absatz 1 Nummer 2 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. Die Krankenhäuser melden den sich für sie jeweils aus der Berechnung nach Satz 2 ergebenden Betrag differenziert nach Kalendertagen wöchentlich an die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde, die alle von den Krankenhäusern im Land gemeldeten Beträge prüft und summiert. Die Ermittlung nach Satz 1 ist letztmalig für den 31. Dezember 2021 durchzuführen. Bei Krankenhäusern, die Ausgleichszahlungen nach Absatz 1b erhalten, gilt gegenüber den übrigen Vertragsparteien nach § 18 Absatz 2 das Vorliegen der Voraussetzungen des § 7 Satz 1 Nummer 2 der Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung für das Jahr 2021 für den jeweiligen Zeitraum des Erhalts von Ausgleichszahlungen als nachgewiesen. Absatz 2 Satz 5 gilt entsprechend.

ver.di begrüßt im Grundsatz das Vorhaben, Krankenhäusern durch Ausgleichszahlungen eine Kompensation ihrer Einnahmeverluste zu ermöglichen. Dies allerdings nur insofern, als dass die Aufrechterhaltung der stationären medizinischen Versorgungsfähigkeit unabdingbar für die weitere Bewältigung der Corona-Pandemie und die langfristige Sicherstellung der Durchführbarkeit aller planbaren und elektiven Leistungen der stationären Gesundheitsversorgung ist. Im Kern ist die Problematik der Einnahmeausfälle weiterhin ein Ausweis des dysfunktionalen Krankenhausfinanzierungssystems auf Basis von Fallpauschalen, das Behandlungsanreize anhand der Kosten-Gewinn-Relation begründet und den nun stattfindenden Ausfall planbarer Aufnahmen und Eingriffe zu einem Verlustgeschäft der betroffenen Einrichtungen werden lassen würde, falls keine Ausgleichszahlungen gewährt würden. ver.di fordert aufgrund dessen, die Finanzierung der tatsächlichen Vorhaltekosten und aller sonstigen bei wirtschaftlicher Betriebsführung entstehenden Kosten als langfristig anwendbare Form der Krankenhausfinanzierung festzuschreiben und hierdurch das Fallpauschalsystem abzulösen.

Darüber hinaus weist ver.di darauf hin, dass das Gutachten des RWI und der TU Berlin zur Wirkung vorangegangener Formen von Ausgleichszahlen im Jahr 2020 ergeben hat, dass diese zu teils deutlichen Nettoerlöszuwächsen von Krankenhäusern, abhängig von Größe und Versorgungscharakter, geführt haben.¹ Aus Sicht von ver.di sollten Ausgleichszahlungen

¹

https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/C/Coronavirus/Analyse_Leistungen_Ausgleichszahlungen_2020_Corona-Krise.pdf; S. 5-6

jedoch keinen Erlöszuwachs begründen, sondern dazu dienen, Verluste zu vermeiden und die Leistungsfähigkeit der stationären Versorgungssysteme zu erhalten. ver.di fordert den Gesetzgeber dazu auf, dafür Sorge zu tragen, dass eine derartige Wirkung von Ausgleichszahlungen ausgeschlossen ist oder dass eine Überbezahlung nur vorübergehenden Charakter hat und mit einer Rückerstattungspflicht an die Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds verbunden wird.

ver.di kritisiert, dass der Gewährleistung von Ausgleichszahlungen an Krankenhäuser und Kliniken zwar der erforderliche Rahmen eingeräumt werden soll, ohne dabei jedoch einen angemessenen Ausgleich für die massiven Mehrbelastungen der dort Beschäftigten vorzusehen. Dies muss dringend nachgeholt werden. Angesichts der anhaltenden Belastungen und der dramatischen Situation in zahlreichen Einrichtungen der Gesundheitsversorgung sind zeitnah Schritte erforderlich, um nicht nur den außerordentlichen Einsatz der Beschäftigten im Rahmen der Pandemie anzuerkennen, sondern auch strukturell dafür zu sorgen, dass derartige Belastungsspitzen abgestellt und in Zukunft verhindert werden. Dies sollte beispielsweise als monetärer Ansatz durch die Gewährung von Prämien oder Boni erfolgen. Darüber hinaus sind weiterreichende Reformschritte erforderlich, die zur Entlastung der Beschäftigten beitragen. Hierzu zählen neben der gesetzlich verbindlichen, flächendeckenden Einführung der PPR 2.0 als Personalbedarfsbemessungsinstrument die grundsätzliche Reform des Krankenhausfinanzierungssystems im Sinne einer Abkehr vom System der Fallpauschalen.

Artikel 5 – Änderungen des Betriebsverfassungsgesetzes

§ 129 soll dahingehend geändert werden, dass Versammlungen nach den §§ 42, 53 und 71 bis zum Ablauf des 19. März 2022 auch mittels audiovisueller Einrichtungen durchgeführt werden, wenn sichergestellt ist, dass nur teilnahmeberechtigte Personen Kenntnis von dem Inhalt der Versammlung nehmen können. Eine Aufzeichnung ist unzulässig. Die Teilnahme an Sitzungen der Einigungsstelle sowie die Beschlussfassung können bis zum Ablauf des 19. März 2022 auch mittels einer Video- und Telefonkonferenz erfolgen, wenn sichergestellt ist, dass Dritte vom Inhalt der Sitzung keine Kenntnis nehmen können. Eine Aufzeichnung ist unzulässig. Die Teilnehmer, die mittels Video- und Telefonkonferenz teilnehmen, bestätigen ihre Anwesenheit gegenüber dem Vorsitzenden der Einigungsstelle in Textform.

ver.di begrüßt die befristete Wiedereinführung des § 129 Abs. 3 BetrVG und daraus folgend die Zulässigkeit virtueller Versammlungen nach §§ 42, 53 und 71 BetrVG sowie virtueller Einigungsstellen bis zum 19. März 2022. Diese klare, zeitliche Begrenzung mit einer einmaligen Verlängerungsmöglichkeit von 3 Monaten trägt dem pandemiebedingten Charakter der Vorschrift Rechnung. Da die Einschränkungen durch die Pandemie Schwerbehindertenversammlungen ebenfalls betreffen, ist es begrüßenswert, dass die befristete Möglichkeit der virtuellen Versammlung auch für Schwerbehindertenversammlungen gilt.

Vor dem Hintergrund der betrieblichen Vorbereitung bevorstehender Betriebsratswahlen in 2022 muss es in Zeiten pandemiebedingter Kontaktbeschränkungen möglich sein, Betriebsversammlungen virtuell durchzuführen. Ansonsten ist zu befürchten, dass ein eingeschränkter Austausch zwischen Betriebsrat und Beschäftigten negative Auswirkungen auch auf die betriebliche Wahlbeteiligung hat. Ein weiterer Effekt der Pandemie ergibt sich für Wahlversammlungen nach § 17 Abs. 2 BetrVG, welche vielerorts praktisch nicht durchführbar sind. Daher muss die gerichtliche Bestellung von Wahlvorständen erleichtert sowie die entsprechende Möglichkeit eines beschleunigten Verfahrens zur gerichtlichen Bestellung eingeführt werden.

Aufgrund der andauernden Pandemie ist das Durchführen von Betriebsversammlungen in Präsenz in vielen Betrieben nahezu unmöglich. Daher scheint die befristete Einführung der virtuellen Formate sinnvoll. Der Grundsatz, dass die Durchführung von Betriebsversammlungen in Video- und Telefonkonferenzen die Ausnahme darstellt und nur dort zum Tragen kommt, wo Präsenzversammlungen nicht möglich sind - demnach ein grundsätzlicher Vorrang von Präsenzversammlungen - sollte in der Gesetzesbegründung klargestellt werden.

Artikel 7 – Änderung des Europäischen Betriebsrätegesetzes

Nach § 41b können bis zum Ablauf des 19. März 2022 die Teilnahme an Sitzungen des besonderen Verwaltungsgremiums, eines Europäischen Betriebsrats oder einer Arbeitnehmervertretung im Sinne des § 19 sowie die Beschlussfassung auch mittels Video- und Telefonkonferenz erfolgen, wenn sichergestellt ist, dass Dritte vom Inhalt der Sitzung keine Kenntnis nehmen können. Eine Aufzeichnung ist unzulässig.

ver.di begrüßt auch diese befristete Möglichkeit der virtuellen Sitzungsmöglichkeiten aus Anlass pandemiebedingter Einschränkungen. Gerade internationalen Gremien sind durch die vielfach notwendig gewordenen Reisebeschränkungen in der Pandemie Sitzungen in Präsenz unmöglich gemacht worden. Eine befristete Zulassung von virtuellen Sitzungen ist daher nochmals notwendig, um die Arbeitsfähigkeit der Gremien in dieser besonderen Zeit weiter zu ermöglichen. Dennoch ist ver.di im Grundsatz nach wie vor der Auffassung, dass gerade bei transnationalen Gremien ein persönliches Zusammenkommen und der persönliche Austausch besonders wichtig ist, um eine funktionierende Gremienarbeit über Grenzen und Sprachbarrieren hinweg zu gewährleisten.

Artikel 8 – Änderung des SE-Beteiligungsgesetzes

Nach § 48 können bis zum Ablauf des 19. März 2022 im Rahmen der Unterrichtung und Teilnahme an Sitzungen eines SE- Betriebsrats oder einer Arbeitnehmervertretung im Sinne des § 19 sowie die Beschlussfassung auch mittels Video- und Telefonkonferenz erfolgen, wenn sichergestellt ist, dass Dritte vom Inhalt der Sitzung keine Kenntnis nehmen können. Eine Aufzeichnung ist unzulässig.

ver.di begrüßt auch diese befristete Sonderregelung mit wortgleicher Begründung wie zu Art. 7, siehe oben.

Artikel 9 – Änderung des SCE-Beteiligungsgesetzes

Nach § 50 können bis zum Ablauf des 19. März 2022 im Rahmen der Unterrichtung und Teilnahme an Sitzungen eines SCE- Betriebsrats oder einer Arbeitnehmervertretung im Sinne des § 19 sowie die Beschlussfassung auch mittels Video- und Telefonkonferenz erfolgen, wenn sichergestellt ist, dass Dritte vom Inhalt der Sitzung keine Kenntnis nehmen können. Eine Aufzeichnung ist unzulässig.

ver.di begrüßt auch diese befristete Sonderregelung mit wortgleicher Begründung wie zu Art. 7 und 8, siehe oben.



Stellungnahme

zu dem

Gesetzentwurf der Fraktionen SPD, Bündnis 90/Die Grünen und FDP
**Gesetz zur Stärkung der Impfprävention gegen COVID-19 und zur Änderung weiterer
Vorschriften im Zusammenhang mit der COVID-19-Pandemie**
Drucksache 20/188

anlässlich
der öffentlichen Anhörung
vor dem Hauptausschuss des Deutschen Bundestages

8. Dezember 2021

Der Verband der Privaten Krankenversicherung (PKV-Verband) begrüßt alle Maßnahmen, die zu einer Stärkung der Impfprävention gegen COVID-19 beitragen können. Dazu zählt die Erweiterung des impfberechtigten Personenkreises, auch und gerade vor dem Hintergrund der guten Erfahrungen mit entsprechend geschultem Personal aus dem EU-Ausland, sowie die Einführung einer einrichtungsbezogenen Impfpflicht. Aus Sicht des PKV-Verbandes sollte diese jedoch erweitert werden: Alle Personen, die berufsmäßig Pflegebedürftige aufsuchen, sollten vollständig geimpft oder genesen sein.

Artikel 1 Nr. 4 – § 20a Absatz 2 und 3 (Immunitätsnachweis gegen COVID-19)

Vorgeschlagene Regelung

Ab dem 15. März 2022 dürfen besondere Personengruppen, wie z.B. Pflegekräfte, in benannten Einrichtungen und Unternehmen, wie z.B. ambulante und stationäre Pflegeeinrichtungen, nur noch tätig werden, sofern diese geimpft oder genesen sind.

Bewertung

Die Regelungen werden grundsätzlich befürwortet. Unter anderem in Pflegeeinrichtungen hält sich eine Vielzahl von besonders vulnerablen Personen auf, die von diesen Einrichtungen und Unternehmen versorgt werden. In der Begründung wird auf Seite 37 Absatz 6 u.a. ausgeführt, dass es nicht auf ein konkretes Vertragsverhältnis zwischen der jeweiligen Einrichtung und der dort tätigen Person für die Erfüllung der Verpflichtung zum Immunitätsnachweis ankommt. Somit wären auch die Prüferinnen und Prüfer des PKV-Prüfdienstes, die im Rahmen von Qualitätsprüfungen der Pflegeeinrichtungen nach §§ 114 ff. SGB XI in den Pflegeeinrichtungen tätig werden, umfasst. Gleiches würde auch für die Pflegeberaterinnen und Pflegeberater im Rahmen der Pflegeberatung nach § 7a SGB XI gelten. Inwieweit die Verpflichtung zum Immunitätsnachweis jedoch bei einem Tätigwerden in der Häuslichkeit von pflegebedürftigen Personen, z.B. im Rahmen der Pflegeberatung oder der Pflegebegutachtung, erfüllt sein muss, bleibt offen. Die entsprechenden Organisationen, die Personal in Privathaushalte entsenden, haben nach hiesigem Rechtsverständnis bisher auch keine Befugnis, von ihren Mitarbeitenden entsprechende Nachweise zu verlangen und schon gar nicht, sie zum Impfen zu verpflichten, wenn diese in privaten Haushalten tätig werden. Das sollte geändert werden. Alle Menschen, die berufsmäßig Pflegebedürftige aufsuchen, sei es in Einrichtungen, sei es in privaten Haushalten, müssen vollständig geimpft oder genesen sein.

Artikel 15 – § 114 Abs. 2a SGB XI (Qualitätsprüfungen)

Vorgeschlagene Regelung

Es erfolgt eine Entfristung der bereits vorliegenden Festlegungen zur Durchführung von Qualitätsprüfungen während der Corona-Pandemie.

Bewertung

Die durch den Spitzenverband Bund der Pflegekassen im Benehmen mit dem MDS sowie dem PKV-Prüfdienst erstellten Festlegungen zur Durchführung von Qualitätsprüfungen haben sich in der Corona-Pandemie bewährt. Die vorgesehene Entfristung ist daher zu befürworten.

Es ist gerade auch während einer Pandemie sehr wichtig, dass regelmäßig Qualitätsprüfungen in den Pflegeeinrichtungen stattfinden. Sie dienen dem Schutz der hilfe- und pflegebedürftigen Menschen, die von Pflegeeinrichtungen versorgt werden. Dafür hat sich die PKV immer wieder mit Nachdruck eingesetzt. Oft sind die Mitarbeitenden der Prüfdienste die einzigen Menschen außerhalb der Einrichtungen überhaupt, die Pflegebedürftige ohne Angehörige in Augenschein nehmen, wie es routinemäßig bei den Prüfungen geschieht. Diese Prüfungen sind sicher und stellen durch Anwendung entsprechender Hygienekonzepte keinerlei zusätzliche Gefahr für Pflegebedürftige, Mitarbeitende und Angehörige dar. Hinzutreten sollte gleichwohl noch der oben bereits geforderte Immunitätsnachweis.

Die Begrenzung der Belastung der Einrichtungen bei den Prüfungen auf das unbedingt notwendige Maß und der Verzicht auf Qualitätsprüfungen, z.B. bei Einrichtungen mit einem aktuellen Ausbruchsgeschehen, ist durch die besagten Festlegungen sichergestellt.

Zweckmäßig ist es auch, dass diese Festlegungen weiterhin je nach Entwicklung der Pandemie überprüft und ggf. angepasst werden. Angemessen wäre es dabei, die Rolle der PKV bei den Qualitätsprüfungen dadurch zu bestätigen, dass vorgesehen wird, dass die Festlegungen nicht nur wie bisher im Benehmen, sondern im Einvernehmen mit ihr erfolgen.

Dr. Uwe Gerecke □ VDBW □ Adelheidstr. 22 □ 30171 Hannover

Hauptausschuss
Deutscher Bundestag

Dr. Uwe Gerecke
Mitglied des Präsidiums

Adelheidstr. 22
30171 Hannover
Telefon +49 172 510 2906
Telefax +49 322 2800 1946
uwe.gerecke@vdbw.de
www.vdbw.de

08.12.2021

Stellungnahme zur Anhörung der "Stärkung der Impfprävention gegen COVID-19 und zur Änderung weiterer Vorschriften im Zusammenhang mit der COVID-19-Pandemie" am 8. Dezember 2021

Sehr geehrte Damen und Herren,

der Verband Deutscher Betriebs- und Werksärzte begrüßt das nachhaltige Bemühen der politischen Verantwortungsträger durch Maßnahmen im Rahmen des Infektionsschutzes die Gesundheitsgefährdung der Bevölkerung zu vermindern und damit schwere und tödliche Verläufe der Covid-19 Erkrankung zu vermeiden.

Wir begrüßen die regelmäßige Selbsttestung der im Bereich der medizinischen Versorgung und Pflege tätigen Beschäftigten im Rahmen eines betrieblichen Hygienekonzeptes – und die Klarstellung der Frequenz auf zweimal pro Woche - sowie das Bemühen in vulnerablen Bereichen eine höhere Impfquote zu erreichen.

Derzeit wird die notwendige Impfung der Bevölkerung und die Booster-Impfung allerdings nicht durch einen Mangel an ärztlichen Impfkapazitäten, sondern allein durch den herrschenden Impfstoffmangel hervorgerufen. So erhielten in der jetzigen Kalenderwoche impfbereite Betriebsärztinnen und -ärzte lediglich 3 Vials = 18 Impfdosen des Impfstoffes der Firma Biontech, z.T. wurde erfolgten gar keine Impfstofflieferungen. Auch beim Impfstoff der Firma Moderna gab es regionale Einschränkungen. Allein die Betriebsärzte könnten bei ausreichender Lieferung der Impfstoffe und ausreichender Bereitschaft der Unternehmer zur Unterstützung deutlich mehr für den Impfschutz erreichen. Die deutsche Wirtschaft hat hierzu in den letzten Monaten bereits große Anstrengungen unternommen. Das Setting Arbeitsplatz eignet sich doch hervorragend Beschäftigte ohne großen Aufwand zu erreichen.

Wenn die Einbindung weiterer Professionen beim Impfen von der Politik gewünscht wird, also der Tier- und Zahnärzte sowie Apotheker, sollte diese zeitlich befristet (auf ein Jahr) erfolgen. Wir begrüßen die notwendige Qualifikation im Rahmen einer spezifischen Schulung und die notwendige Evaluation, weisen aber auf die notwendigen räumlichen und hygienischen Rahmenbedingungen hin, können aber nicht erkennen, warum ein Einsatz dieser Professionen auch im Rahmen von mobilen Impfteams (ohne ärztliche Begleitung) erforderlich ist, solange impfwillige Ärzte nicht berücksichtigt werden.

Mit freundlichen Grüßen
Verband Deutscher Betriebs- und Werksärzte (VDBW) e.V.



Dr. Uwe Gerecke



Universität Jena – Prof. Dr. Anika Klafki – 07737 Jena

Rechtswissenschaftliche Fakultät

Prof. Dr. Anika Klafki

Juniorprofessur (Tenure Track) für
Öffentliches Recht, insbes. transnationales
Verwaltungsrecht

Raum 1.40, Carl-Zeiss-Str. 3, 07743 Jena

Telefon: 0 36 41 9-422 25

Telefax: 0 36 41 9-422 22

E-Mail: anika.klafki@uni-jena.de

Jena, den 7. Dezember 2020

**Stellungnahme als Einzelsachverständige zum Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der
Impfprävention gegen COVID-19 und zur Änderung weiterer Vorschriften im
Zusammenhang mit der COVID-19-Pandemie
(BT.Drs. 20/188)**

Angesichts der Kürze der für die Begutachtung zur Verfügung stehenden Zeit beschränkt sich die folgende Stellungnahme auf zwei Regelungskomplexe: die Einführung einer Impfpflicht für in bestimmten Einrichtungen und Unternehmen tätige Personen nach des § 20a E-IfSG (dazu unter I.) und die Änderung des § 28a E-IfSG, der besondere Schutzmaßnahmen zur Verhinderung der Verbreitung der Coronavirus-Krankheit-2019 (COVID-19) regelt.

**I. Einführung einer tätigkeitsbezogenen Impfpflicht in bestimmten Einrichtungen und
Unternehmen nach § 20a E-IfSG**

Die in § 20a E-IfSG getroffene Impfpflicht für in bestimmten Einrichtungen und Unternehmen tätige Personen, in denen Menschen mit einem besonders hohen Risiko für einen schweren oder tödlichen Krankheitsverlauf betreut oder behandelt werden, hält einer verfassungsrechtlichen Überprüfung stand (dazu unter 1.). Dennoch sind einige Präzisierungen empfehlenswert, um die Norm möglichst klar zu gestalten (dazu unter 2.). Die Normenklarheit ist nicht nur im Hinblick auf das verfassungsrechtliche Bestimmtheitsgebot erstrebenswert, dem die Norm schon jetzt genügt. Angesichts der knapp bemessenen Frist für die Vorlage der geforderten Impfnachweise geht es auch darum, die Bestimmung für die Regelungsadressatinnen und -adressaten so verständlich wie möglich zu gestalten, damit die Norm effektiv umgesetzt wird.

1. Verfassungsmäßigkeit der Regelung

Dass Impfpflichten nicht per se unzulässig sind, lässt sich bereits dem Urteil des Bundesverwaltungsgerichts zur Pockenimpfpflicht¹ sowie der vorläufigen Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts zur Masernimpfpflicht² entnehmen. Auch die konkrete Ausgestaltung des § 20a E-IfSG hält einer Verhältnismäßigkeitsprüfung stand.

Ziel der tätigkeitsbezogenen Impfpflicht in bestimmten Einrichtungen und Unternehmen ist der Schutz des Lebens und der körperlichen Unversehrtheit von Personengruppen, die aufgrund ihres Gesundheitszustandes und/oder Alters ein erhöhtes Risiko für einen schweren oder tödlichen COVID-19-Krankheitsverlauf haben. Es handelt sich insoweit um ein **legitimes Regelungsziel**.

Die in § 20a E-IfSG vorgesehene Impfpflicht ist auch **geeignet**, vulnerable Personengruppen vor einer Infektion zu schützen, sofern die Impfung der in den genannten Einrichtungen und Unternehmen tätigen Personen das von ihnen ausgehende Übertragungsrisiko reduziert. Insoweit kommt es auf die medizinische Faktenlage zum Zeitpunkt des Gesetzgebungsverfahrens an. Nach ständiger Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts ist eine Maßnahme bereits dann geeignet, wenn sie für das gesetzgeberische Ziel förderlich ist. Vereinzelte Impfdurchbrüche lassen die Geeignetheit der Maßnahme daher unberührt.

Auch an der **Erforderlichkeit** der Impfpflicht nach § 20a E-IfSG bestehen keine durchgreifenden Zweifel. Zwar kommt als mildere Maßnahme in Betracht, die in den genannten Einrichtungen und Unternehmen tätigen Personen regelmäßig testen zu lassen. Allerdings ist diese Maßnahme nicht gleich effektiv. Schnelltests sind insbesondere im frühen Krankheitsstadium fehleranfällig und PCR-Testungen angesichts der deutschlandweiten Laborauslastung so zeitintensiv, dass die Gefahr der zwischenzeitlichen Ansteckung getesteter Personen besteht.

Die Regelung ist auch **angemessen**. Im Rahmen der Angemessenheitsprüfung sind die durch die Regelungen geschützten Verfassungsbelange mit den Grundrechten der von der Regelung Betroffenen abzuwägen. Die Impfpflicht greift in das **Grundrecht auf Leben und körperliche Unversehrtheit** nach Art. 2 Abs. 2 S. 1 GG sowie in die **Berufsfreiheit** nach Art. 12 GG der Regelungsadressatinnen und -adressaten ein. Ferner ist der **allgemeine Gleichheitssatz** nach Art. 3 Abs. 1 GG zu beachten. Obwohl es sich bei dem Grundrecht auf Leben und körperliche Unversehrtheit um ein elementares Grundrecht handelt, das Voraussetzung für alle weiteren Freiheitsbetätigungen ist, unterliegt es gem. Art. 2 Abs. 2 S. 3 GG einem einfachen Gesetzesvorbehalt. Die besondere Schwere des Eingriffs in die körperliche Unversehrtheit resultiert nicht etwa aus dem Einstich bei der Impfung selbst. Entscheidend ist vielmehr das Risiko

¹ BVerwG, Urt. v. 14.07.1959, I C 170.56.

² BVerfG, Beschl. v. 11.05.2020, 1 BvR 469/20.

von schweren Nebenwirkungen, das auch bei den derzeit zugelassenen COVID-Impfstoffen besteht. Um die Eingriffstiefe zu bemessen, kommt es daher entscheidend auf die Häufigkeit und die Schwere von Impfnebenwirkungen an. Umstände, die das Risiko, eine schwere Impfnebenwirkung zu erleiden, erhöhen, müssen daher als medizinische Kontraindikation zu einer Ausnahme von der Impfpflicht i.S.d. § 20a Abs. 1 S. 2 E-IfSG führen. Die Berufsfreiheit ist durch die einrichtungsbezogene Impfpflicht betroffen, da sie bestimmten medizinischen Berufsgruppen die Berufsausübung für die Dauer der Geltung des Gesetzes unmöglich macht, sofern sie sich nicht impfen lassen. Es handelt sich insoweit um eine temporäre subjektive Berufszulassungsschranke, die grundsätzlich nur zum Schutz wichtiger Gemeinschaftsgüter zulässig ist.

Trotz dieser hohen Anforderungen, die aus der Eingriffsintensität im Hinblick auf Art. 2 Abs. 2 S. 1 GG und Art. 12 GG ergeben, ist die Impfpflicht in § 20a E-IfSG angemessen. Die Regelung schützt das **Leben und die körperliche Unversehrtheit besonders vulnerabler Personen** nach Art. 2 Abs. 2 S. 1 GG. Die geschützten Personen haben ein erhöhtes Risiko, im Falle einer Infektion mit dem SARS-CoV-2-Virus an COVID-19 schwer zu erkranken, irreparable Folgewirkungen zu erleiden oder sogar an der Krankheit zu versterben. Ihr Risiko aufgrund einer Ansteckung durch ungeimpftes Personal schwere gesundheitliche Schäden zu erleiden oder gar zu sterben ist um ein Vielfaches höher als das Risiko des Personals, durch die Impfung schwere Nebenwirkungen zu erleiden. Der Schutz des Lebens als vitale Basis der Menschenwürdegarantie ist von höchstem Verfassungsrang. Dabei ist insbesondere zu berücksichtigen, dass die vulnerablen Personen, die § 20a E-IfSG zu schützen sucht, regelmäßig auf die medizinischen und/oder pflegerischen Unterstützungsleistungen der von § 20a Abs. 1 E-IfSG erfassten Betriebe angewiesen sind. Sie können sich daher den in den § 20a Abs. 1 E-IfSG genannten Einrichtungen und Unternehmen bestehenden besonderen Ansteckungsgefahren durch dort tätige, nicht immunisierte Personen nicht wirksam entziehen. Die Impfpflicht schützt die Betroffenen daher vor einer **unfreiwilligen Fremdgefährdung**. Der Schutz des überragend wichtigen Gemeinschaftsguts des Lebens und der körperlichen Unversehrtheit besonders schutzbedürftiger Teile der Bevölkerung rechtfertigt daher die erheblichen Eingriffe in die Grundrechte der Regelungsadressatinnen und -adressaten.

2. Empfohlene Präzisierungen

Angesichts der knappen Nachweisfrist bis zum 15.03.2022 sollte das Gesetz selbst so klar wie möglich sein, um den Regelungsadressatinnen und -adressaten die Normbefolgung zu erleichtern. Ungeachtet der Verfassungsmäßigkeit des Regelungsentwurfes empfehle ich daher noch einige gesetzliche Präzisierungen:

- Es sollte im Normtext des § 20a Abs. 1 E-IfSG ein Satz dazu aufgenommen werden, was mit „tätig sind“ in § 20a Abs. 1 S. 1 E-IfSG gemeint ist. Zwar ergibt sich das vom Gesetzgeber intendierte weite Verständnis der von der Impfpflicht erfassten Personengruppe aus der Begründung. Allerdings richtet sich das Gesetz überwiegend an Menschen, die in der Regel über keinen besonderen juristischen Sachverstand verfügen und die daher wohl eher nicht die Gesetzesbegründung konsultieren werden.
- In der Gesetzesbegründung sollte mit Blick auf den allgemeinen Gleichheitssatz nach Art. 3 Abs. 1 GG kurz klargestellt werden, warum zum Schutz vulnerabler Gruppen in allen Arzt-, Zahnarztpraxen und Praxen humanmedizinischer Berufe die Impfpflicht gelten soll, aber beispielsweise nicht in Apotheken.
- In § 20a Abs. 1 Nr. 3 E-IfSG sollte näher dargelegt werden, für welche Einrichtungen und Unternehmen die Impfpflicht genau gelten soll. Insbesondere empfiehlt es sich, den Ausschluss der Angebote nach § 45a Abs. 1 S. 2 SGB XI explizit in den Gesetzentext aufzunehmen. So ist es auch in § 36 Abs. 1 Nr. 7 IfSG geregelt, so dass eine Nichtregelung in § 20a Abs. 1 Nr. 3 E-IfSG zu systematischen Fehlschlüssen verleiten könnte.
- Ferner ist zu überlegen, ob der Begriff der „medizinischen Kontraindikation“ in § 20a Abs. 1 S. 2 E-IfSG einer näheren Regelung zugänglich ist. In Betracht käme etwa im Wege einer „insbesondere“-Regelung auf die jeweiligen Fachinformationen der Impfstoffhersteller, die Einschätzung des Robert-Koch-Instituts und der dort angesiedelten Ständigen Impfkommission zu verweisen.
- In § 20a Abs. 2 E-IfSG sollte normiert werden, ob und wem gegenüber Ein-Personen-Betriebe entsprechende Nachweise zu erbringen haben. Auch sollte klargestellt werden, dass auch das Führungspersonal der Einrichtung oder des Unternehmens der Nachweispflicht unterliegt.

II. Änderung des § 28a E-IfSG

Die Präzisierungen des § 28a Abs. 8 E-IfSG sind zu begrüßen. Empfehlenswert ist es aus meiner Sicht, auch die Bestimmungen in § 28a Abs. 7 E-IfSG klarer zu fassen. Insbesondere mit Blick auf die anstehenden Feiertage sollte beispielsweise gesetzlich klargestellt werden, ob und unter welchen Umständen (z.B. ab welcher Personenanzahl) private Zusammenkünfte nach § 28a Abs. 7 Nr. 4 E-IfSG von einer Nachweispflicht zum Impf- und Genesenestatus abhängig gemacht werden können. Je mehr im Bundesgesetz geregelt wird, desto kürzer, einfacher und verständlicher können die Länder die Maßnahmen im Verordnungswege anordnen.

Wenig überzeugend ist die Verlängerung der Übergangsfrist in § 28a Abs. 9 E-IfSG. Angesichts der Tatsache, dass Rechtsverordnungen, die auf Grundlage des § 28a Abs. 1 E-IfSG getroffen wurden, gem. § 28a Abs. 5 E-IfSG maximal vier Wochen gelten dürfen, lässt sich eine verlängerte Übergangsfrist nicht damit rechtfertigen, dass die Verordnungsgeber mehr Zeit bräuchten, sich auf die neue Rechtslage einzustellen. Die zuständigen Landesbehörden haben ihre Verordnungen nach § 28a Abs. 5 E-IfSG nämlich nach vier Wochen ohnehin grundlegend auf die Angemessenheit der darin vorgesehen Regelung zu überprüfen. Auch mit Blick auf die in § 28a Abs. 3 E-IfSG genannten Ziele der infektionsschutzrechtlichen Maßnahmen erscheint es nicht sinnvoll, ungeachtet der konkreten Infektionslage in der Bundesrepublik Deutschland im Januar und Februar nur denjenigen Ländern, die schon im November schwerwiegende Freiheitsbeschränkungen nach § 28a Abs. 1 E-IfSG angeordnet haben, weiterhin grundlegende Grundrechtsbeschränkungen zu ermöglichen, während andere – dann möglicher Weise stärker betroffene – Länder durch die Vorschrift des § 28a Abs. 8 E-IfSG daran gehindert werden, entsprechende Maßnahmen vorzusehen. Der § 28a Abs. 9 E-IfSG konterkariert insoweit das legitime gesetzgeberische Ziel des § 28a Abs. 8 E-IfSG, die Bürgerinnen und Bürger vor tiefgreifenden kollektiv geltenden Grundrechtseinschränkungen zu schützen. Die Fristverlängerung in § 28a Abs. 9 E-IfSG passt nicht in das gesetzliche Gesamtkonzept.

RUHR-UNIVERSITÄT BOCHUM | 44780 Bochum | Germany

JURISTISCHE FAKULTÄT

Lehrstuhl für Öffentliches Recht, Sozial- und Gesundheitsrecht und Rechtsphilosophie

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

8. Dezember 2021

**Stellungnahme als geladene Einzelsachverständige
für die öffentliche Anhörung im Hauptausschuss
des Deutschen Bundestages
am 8.12.2021**

Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Impfprävention gegen COVID-19 und zur Änderung weiterer Vorschriften im Zusammenhang mit der COVID-19-Pandemie der Fraktionen SPD, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und FDP (BT-Drs. 20/188)

Aufgrund der sehr kurzen Frist kann nicht auf alle Aspekte des Gesetzentwurfs eingegangen werden.

A. Zusammenfassung und Empfehlungen

- Es ist zu begrüßen, dass § 28a Abs. 8 IfSG so gefasst wird, dass einige bislang aufgekommene Rechtsunsicherheiten beseitigt werden.
- Die Verlängerung der Übergangsregelung in § 28a Abs. 9 IfSG führt zu einer Schieflage im Instrumentarium der Bundesländer: Bayern, Sachsen, Thüringen und Baden-Württemberg dürften bis 15.2.2022 Maßnahmen einsetzen, die den anderen Bundesländern verwehrt sind, selbst wenn sich dort die Infektionslage verschärft. Unklar ist außerdem das Verhältnis zu § 28a Abs. 5 IfSG, der eine Befristung von Maßnahmen auf vier Wochen vorschreibt. Die Übergangsregelung sollte gestrichen werden; stattdessen sollten die den vier genannten Bundesländern weiterhin zur Verfügung stehenden Maßnahmen an abstrakte Voraussetzungen geknüpft und allen Bundesländern ermöglicht werden.
- § 28a Abs. 7, 8 und 9 IfSG enthält keinerlei Eingriffsschwelle für die Länder, § 28a Abs. 3 S. 4ff. IfSG hat faktisch keine Steuerungswirkung, was sich an den Beschlüssen der Ministerpräsident:innenkonferenz zeigt, die von den in § 28a Abs. 3 IfSG geregelten Kriterien abweichen. Es ist deswegen geboten, § 28a IfSG so zu überarbeiten, dass klar wird, bei welchen Voraussetzungen die Bundesländer welche Schutzmaßnahmen ergreifen dürfen.
- Aufgrund der den Ländern genommenen Möglichkeit, Schul- und Kitaschließungen anzuzuordnen (vgl. § 28a Abs. 7, 8 IfSG), ist es geboten, die berufsbezogene Impfpflicht auf das Personal an Schulen und Kitas auszudehnen, um das Ansteckungsrisiko der Kinder zu reduzieren.
- Es sollte überlegt werden, die Befristung der Impfpflicht bis Ende 2022 zu streichen.
- Es wird (erneut) empfohlen, die Frist für die Evaluation nach § 5 Abs. 9 IfSG bis zum 31.12.2022 zu verlängern; mit der aktuellen Gesetzesänderung wird der Auftrag der Evaluationskommission erweitert, so dass die Fristverlängerung dringend geboten ist.

B. Stellungnahme

I. Änderung des § 28a Abs. 8 IfSG

Der Katalog des § 28a Abs. 8 S. 1 IfSG übernimmt die Formulierungen des § 28a Abs. 1 bzw. verweist auf einzelne Nummern des dortigen Katalogs. Allerdings lassen sich nicht alle Nummern des Katalogs des Abs. 1 trennscharf voneinander abgrenzen. Im Herbst und Winter 2020/21 hatte dies nicht zu Problemen geführt, da Maßnahmen in der Regel für alle Bereiche gleichzeitig galten und mit Ausnahme von § 28a Abs. 1 Nr. 10 IfSG keine besonderen Voraussetzungen im Einzelfall vorliegen mussten (vgl. § 28a Abs. 2 S. 1 Nr. 1 IfSG). Dies hat sich aber nun dadurch geändert, dass durch Gesetz v. 22.11.2021¹ in Abs. 8 (iVm § 32 IfSG) die Länder zur Ergreifung von Maßnahmen nach Abs. 1 ermächtigt werden; gleichzeitig enthält Abs. 8 einen Ausnahmekatalog, der zum Teil nur einzelne Formulierungen des Abs. 1 aufgreift. Dies führte in einigen Punkten zu Abgrenzungsschwierigkeiten. Es ist zu begrüßen, dass hier Rechtsklarheit geschaffen wird. Dies gilt

- für Sporteinrichtungen wie Fitnessstudios und Schwimmbäder, bei denen unklar war, ob sie Freizeiteinrichtungen iSd § 28a Abs. 1 Nr. 6 oder Betriebe iSd § 28a Abs. 1 Nr. 14 IfSG darstellen, weil sie in § 28a Abs. 1 nicht als „Sporteinrichtungen“ oder „Sportstätten“ aufgeführt werden; nun wird klar, dass sie nicht geschlossen werden dürfen (§ 28a Abs. 8 S. 1 Nr. 2 IfSG-E).
- für Veranstaltungen: Diese werden aktuell auch in Abs. 8 S. 1 Nr. 3 (als nicht untersagungsfähig) aufgeführt, während sie gleichzeitig als Veranstaltungen zu besonderen Zwecken (Sportveranstaltungen, Freizeitveranstaltungen, Kulturveranstaltungen) auch in Abs. 1 genannt werden und nach Abs. 8 untersagt werden können. Die Bedeutung der Veranstaltungen des Abs. 8 S. 1 Nr. 3 ergibt sich zwar aus einer Auslegung anhand von Abs. 1 Nr. 10, Abs. 2 S. 1 Nr. 1 und durch Heranziehung der hierzu vorhandenen Literatur², durch die geplante Streichung des Begriffs „Veranstaltungen“ in Abs. 8 S. 1 Nr. 3 und der insgesamt erfolgenden Reduzierung des Abs. 8 S. 1 Nr. 3 auf durch Art. 8 und Art. 4 GG privilegierte Versammlungen bzw. Veranstaltungen wird die Rechtssicherheit aber erhöht. Deutlich wird, dass auch Sportveranstaltungen verboten werden dürfen³ (was allerdings auch aktuell der Fall ist). In Verbindung mit dem geplanten Abs. 8 S. 1 Nr. 6 wird außerdem klargestellt, dass Messen und Kongresse untersagt werden dürfen, was bislang (jedenfalls nach einer möglichen Auslegung des Gesetzes⁴) nicht erlaubt ist.

¹ BGBI. I 4906.

² Vgl. Kießling, in: dies. (Hrsg.), IfSG, 2. Aufl. 2021, § 28a Rn. 59f.

³ So auch ausdrücklich S. 43 des Entwurfs.

⁴ Vgl. Kießling, in: dies. (Hrsg.), IfSG, 2. Aufl. 2021, § 28a Rn. 59 zu Messen und Kongressen als Veranstaltungen iSd § 28a Abs. 1 Nr. 10.

Dadurch, dass in Zukunft auch gastronomische Betriebe geschlossen werden dürfen, erübrigtsich die Abgrenzung zwischen Diskotheken/Clubs (die nach bisherigem Recht zu den Freizeiteinrichtungen gezählt werden konnten⁵ und geschlossen werden durften), Bars und Restaurants.

Eine Restunsicherheit bleibt in Bezug auf Freizeit- und Kulturveranstaltungen, die gleichzeitig ein Gewerbe darstellen, aber nicht in Form einer festen Einrichtung betrieben werden (z.B. einmalige Festivals). Als Freizeit- oder Kulturveranstaltung dürften sie untersagt werden, als Gewerbe nicht. Diese Unsicherheit könnte vermieden werden, indem Nr. 6 wie folgt formuliert würde:

6. *die Schließung von Betrieben, Gewerben, Einzel- oder Großhandel, sofern es sich nicht um gastronomische-, Freizeit- oder Kulturangebote oder um Messen oder Kongresse handelt,*

Der Begriff „Angebote“ stellte dann den Oberbegriff für Einrichtungen und Veranstaltungen dar und stellte klar, dass auch gewerbliche Freizeitveranstaltungen untersagt werden könnten (so weit dies gewünscht ist).

II. Änderung des § 28a Abs. 9 S. 1 IfSG

Die Übergangsregelung des § 28a Abs. 9 S. 1 IfSG hat es den Bundesländern erlaubt, bis zum Auslaufen der epidemischen Lage von nationaler Tragweite gem. § 5 Abs. 1 IfSG auch nach Änderung des § 28a IfSG durch das Gesetz v. 22.11.2021 Maßnahmen nach § 28a Abs. 1 IfSG zu ergreifen; diese Maßnahmen sollen nach der aktuellen Fassung des Abs. 9 S. 1 bis 15.12.2021 in Kraft bleiben dürfen.

Diese Übergangsregelung soll nun bis 15.2.2022 verlängert werden. Das bedeutet, dass nur in den Ländern, in denen bis zum Auslaufen der epidemischen Lage von § 28a Abs. 9 S. 1 IfSG Gebrauch gemacht worden war, auch weiterhin diese Maßnahmen aufrecht erhalten bleiben können. Alle anderen Bundesländer sind nicht von der Verlängerung der Übergangsregelung erfasst. Hierdurch kommt es zu einer Schieflage bei dem den Ländern zur Verfügung stehenden Instrumentarium: Maßnahmen nach Abs. 1 können nicht nach Notwendigkeit ergriffen werden, sondern sind faktisch von der am 24.11.2021 bestehenden Infektionslage (Auslaufen der epidemischen Lage) und dem damaligen Tätigwerden der Länder abhängig. Mit anderen Worten: Länder, die zu dem Zeitpunkt keine Notwendigkeit für strengere Maßnahmen gesehen hatten, werden von Instrumenten ausgeschlossen, die anderen Bundesländern weiterhin zur Verfügung stehen.

⁵ Kießling, in: dies. (Hrsg.), IfSG, 2. Aufl. 2021, § 28a Rn. 52.

Länder, die bis 25.11.2021 von der Übergangsregelung Gebrauch gemacht hatten, sind (ohne Anspruch auf Vollständigkeit) Bayern, Sachsen, Baden-Württemberg und Thüringen. Dort gibt es folgende Maßnahmen, die vor dem 25.11. nach § 28a Abs. 9 S. 1 ergriffen wurden und somit bis zum 15.2.2022 weitergelten könnten (obwohl sie nach § 28a Abs. 7 und 8 ausgeschlossen wären):

- Schließung von Sportstätten (§ 15 Abs. 1 Nr. 1 lit. b 15. BayIfSMV; §§ 11 Abs. 3, 13 Abs. 1 SächsCoronaNotVO; § 30 Nr. 1 ThürSARS-CoV-2-IfS-MaßnVO)
- Untersagung von Übernachtungsangeboten zu bestimmten (etwa touristischen) Zwecken (§ 15 Abs. 1 Nr. 1 lit. e BayIfSMV) oder allgemeiner Untersagung von Reisen und Übernachtungen (§ 14 SächsCoronaNotVO)
- nächtliche Ausgangssperren (§ 21 Sächs.VO; § 17a Abs. 2 Corona-Verordnung BW; § 28 ThürSARS-CoV-2-IfS-MaßnVO).

All diese Maßnahmen dürfen die anderen Bundesländer nicht ergreifen. Das IfSG sollte jedoch allgemeine und nicht nur für einzelne Bundesländer geltende Regelungen enthalten. Da der Gesetzgeber durch diese Art der Übergangsregelung zeigt, dass er die aufgeführten Maßnahmen unter bestimmten Voraussetzungen (also etwa der derzeitigen Infektionslage in Sachsen, Bayern, Baden-Württemberg und Thüringen) für verhältnismäßig hält, sollte er diese Voraussetzungen **abstrakt im Gesetz regeln** (etwa in Form von konkreten Schwellenwerten) und die Maßnahmen dadurch **allen Bundesländern** bei Erfüllung dieser Voraussetzungen ermöglichen⁶.

Unklar ist außerdem das Verhältnis von § 28a Abs. 9 S. 1 zu § 28a Abs. 5. Nach Abs. 5 sind Verordnungen auf längstens vier Wochen zu befristen, nach dem geplanten Abs. 9 S. 1 sollen die Maßnahmen aber von November 2021 bis 15.2.2022 weitergelten. Abs. 9 S. 1 hebt also entweder Abs. 5 aus oder er ist so zu verstehen, dass zwar die Verordnung nur vier Wochen gelten darf, eine Verlängerung der Maßnahmen aber trotzdem weiterhin bis 15.2.2022 möglich ist. Beide Auslegungsmöglichkeiten führen (ggf.) zu einer Verletzung des Verhältnismäßigkeitsgrundsatzes:

Die erste Auslegungsmöglichkeit führte dazu, dass der zeitlichen Dimension des Verhältnismäßigkeitsgrundsatzes⁷ nicht mehr Rechnung getragen würde, da die Evaluierungspflicht der Länder und die damit verbundene erhöhte Rechtfertigungslast bei einer angedachten Verlängerung⁸ entfielen. Grundrechtsintensive Maßnahmen – wie insbesondere die Ausgangssperre,

⁶ Wobei an der bislang vertretenen Rechtsauffassung festgehalten wird, dass Ausgangsbeschränkungen inklusive nächtlicher Ausgangssperren unverhältnismäßig sind (dazu *Kießling*, in: dies. (Hrsg.), IfSG, 2. Aufl. 2021, § 28a Rn. 40ff.), vgl. aber jetzt BVerfG, Beschl. v. 19.11.2021, 1 BvR 781/21, 1 BvR 798/21, 1 BvR 805/21, 1 BvR 820/21, 1 BvR 854/21, 1 BvR 860/21, 1 BvR 889/21.

⁷ Dazu *Kingreen*, JURA 2020, 1019 (1028f.); *Kießling*, in: dies. (Hrsg.), IfSG, 2. Aufl. 2021, § 28a Rn. 164.

⁸ *Kießling*, in: dies. (Hrsg.), IfSG, 2. Aufl. 2021, § 28a Rn. 173.

die der Gesetzgeber ja eigentlich abschaffen wollte – könnten ungeprüft knapp drei Monate lang gelten.

Die zweite Auslegungsmöglichkeit führte dazu, dass die Länder möglicherweise die grundrechtsintensiven Maßnahmen in einer Situation verlängern, in der diese eigentlich nicht mehr verhältnismäßig sind, um nicht vorschnell eine grundrechtsintensive Maßnahme zu „verlieren“. Denn sobald die Länder bei Verlängerung der Verordnung auf eine der genannten Maßnahmen verzichten, dürften sie diese zu einem späteren Zeitpunkt (bis 15.2.2022) nicht mehr erneut ergreifen.

III. Weiterhin bestehende Defizite des § 28a IfSG

1. Eingriffsschwelle

Während der erste Entwurf zur Gesetzesänderung im November 2021 die zunächst nur vorgesehenen Maßnahmen als Grundrechtseingriffe mit einer „geringeren Eingriffstiefe“⁹ bzw. als „weniger schwerwiegende Grundrechtseingriffe“ im Vergleich zu den Maßnahmen nach § 28a Abs. 1¹⁰ bezeichnete, sind bereits im Verlauf des Gesetzgebungsverfahrens im November sowie durch das jetzige Verfahren weitere Maßnahmen in den Katalog des § 28a Abs. 7 bzw. 8 aufgenommen worden, die zum Teil eingriffsintensiv sind. Dies gilt insbesondere für die Untersagung von Veranstaltungen und die Schließung der Gastronomie. § 28a Abs. 9 S. 1 erlaubt sogar manchen Bundesländern weiterhin Ausgangssperren (s.o.).

§ 28a Abs. 7, 8 und 9 enthalten jedoch keinerlei Voraussetzungen, die erfüllt sein müssen, damit die Länder die Maßnahmen ergreifen dürfen; die im Gefahrenabwehrrecht übliche und notwendig Eingriffsschwelle¹¹ fehlt. Zwar rechtfertigt das aktuelle Infektionsgeschehen grundsätzlich die durch § 28a Abs. 7, 8 und 9 ermöglichten Maßnahmen; sobald sich jedoch das Infektionsgeschehen entspannt, wäre eine verhältnismäßige Epidemiebekämpfung allein in die Verantwortung der Länder gelegt, § 28a IfSG enthält dafür keine Orientierung.

2. Maßstab nach Abs. 3

Eng verwandt mit dem unter Ziff. 1. erläuterten Problem ist die Regelung des Maßstabs nach § 28a Abs. 3 S. 4f. Nachdem von November 2020 bis September 2021 gem. § 28a Abs. 3 S. 4 (idF bis 14.9.2021) die 7-Tage-Inzidenz Maßstab der Ergreifung von Schutzmaßnahmen sein sollte, änderte der Bundestag im September das Gesetz¹²; seitdem sind gem. Abs. 3 S. 4f.

⁹ BT-Drs. 20/15, S. 2, 21.

¹⁰ BT-Drs. 20/15, S. 32.

¹¹ Siehe dazu bereits *Kießling*, Stellungnahme für den Hauptausschuss v. 15.11.2021.

¹² BGBl. I 4147.

mehrere Kriterien (Hospitalisierungs-7-Tage-Inzidenz, Neuinfektions-7-Tage-Inzidenz, intensivmedizinische Behandlungskapazitäten, Durchimpfungsquote) zu berücksichtigen. Diese Kriterien gelten gem. § 28a Abs. 3 S. 2 zwar nicht für die Maßnahmen nach § 28a Abs. 1 Nr. 1, 2, 2a, 4 und 17, § 28a Abs. 7, 8 und 9 geht aber bereits über die dort genannten Maßnahmen hinaus, mit der geplanten Änderung gilt dies in noch größerem Umfang. Die in § 28a Abs. 3 S. 4f. genannten Kriterien müssen also nach der Konzeption des Gesetzes auch bei § 28a Abs. 7, 8 und 9 berücksichtigt werden.

Dies hat die Ministerpräsident:innenkonferenz nicht daran gehindert, am 18.11.2021 die Hospitalisierungsrate als maßgebliche Schwelle für das Ergreifen von Corona-Schutzmaßnahmen festzulegen¹³, was dann bereits am 2.12.2021 wieder abgelöst wurde durch den Beschluss, in Zukunft wieder die 7-Tage-Inzidenz als maßgeblich zu erachten¹⁴. Die Länder bekennen sich also ganz offen dazu, die Vorgaben des § 28a Abs. 3 IfSG zu ignorieren. Jedenfalls zum Teil mag das Vorgehen der Ministerpräsident:innenkonferenz auf die nicht überzeugende Konstruktion des § 28a Abs. 3 S. 2ff. IfSG zurückzuführen sein, die zwischen Maßnahmen „zum präventiven Infektionsschutz“ (S. 2) und weitergehenden Schutzmaßnahmen unterscheidet (S. 3ff.). Hinzu kommen wohl auch die Probleme bei der Berechnung der Hospitalisierungsinzidenz¹⁵.

Es ist unverständlich, dass der Bundestag, der die Entscheidungen wieder „ins Parlament holen“ wollte, die Frage, bei welchem Infektionsgeschehen welche Maßnahmen ergriffen werden dürfen, nicht eindeutig und ausdrücklich in § 28a IfSG verankert.

3. Erteilung von Auflagen für die Fortführung des Betriebs bestimmter Einrichtungen des Bildungswesens (§ 28a Abs. 7 S. 1 Nr. 7)

§ 28a Abs. 7 S. 1 Nr. 7 erlaubt die Erteilung von Auflagen für bestimmte Bildungseinrichtungen. Als Auflage gelten neben Maskenpflicht, Abstandsgeboten und Hygienekonzeptpflicht auch der Wechselunterricht. Nach der Sachverständigenanhörung am 15.11.2021 im Gesetzgebungsverfahren im November wurde in die Begründung noch der Satz aufgenommen, dass „keine Aussetzung des Präsenzunterrichts festgelegt werden“ dürfe¹⁶. Dadurch wollte der Bundestag wohl die Einführung von Distanzunterricht in Schulen verbieten. Die Begründung des Entwurfs begrenzt den zitierten Satz aber nicht auf Schulen und könnte deswegen so verstanden werden, dass das Verbot von Distanzunterricht für alle genannten Bildungseinrichtungen

¹³ Beschluss abrufbar unter <https://www.bundesregierung.de/resource/blob/974430/1982598/defbdff47daf5f177586a5d34e8677e8/2021-11-18-mpk-data.pdf?download=1>.

¹⁴ Beschluss abrufbar <https://www.bundesregierung.de/resource/blob/974430/1986142/5873aa09c3896444d247b356b5df4315/2021-12-02-mpk-bund-laender-data.pdf?download=1>.

¹⁵ Dazu Endt/Erdmann, Die trügerischen Hospitalisierungsraten des RKI v. 11.9.2021, <https://www.zeit.de/wissen/2021-09/corona-kliniken-ueberlastung-hospitalisierungsrate-rki>.

¹⁶ BT-Drs. 20/89, S. 15.

gilt, also sowohl für Schulen als auch für Hochschulen. Gegen eine Erstreckung auch auf Hochschulen spricht, dass in der Sachverständigenanhörung v. 15.11.2021 eine Präzisierung nur für Schulen empfohlen wurde; Hochschulen waren nicht Gegenstand der Befragungen¹⁷. Möglicherweise soll deswegen auch die Präzisierung nur für Schulen gelten (im Sinne eines Verbots, Schulen zu „schließen“¹⁸), dies bleibt aber unklar. Hier empfiehlt sich eine Klarstellung.

IV. § 28b IfSG

Zu begrüßen ist, dass in § 28b IfSG-E mehrere Klarstellungen enthalten sind.

So war unklar, ob von der Testpflicht nach § 28b Abs. 2 auch Begleitpersonen (etwa Eltern von Minderjährigen beim Arztbesuch) erfasst sind. Abs. 2 S. 2 des Entwurfs stellt nun klar, dass dies nicht der Fall ist.

In § 28b Abs. 2 S. 5 wurde die Testpflicht für das geimpfte/genesene Personal insofern geändert, als nicht mehr „höchstens“, sondern „mindestens“ zwei Testungen pro Woche durchgeführt werden müssen. Dies ist in Bezug auf den Schutzzweck sicher angemessen, es stellt sich aber die Frage, wie bei Lieferengpässen bei Schnelltests vorgegangen werden soll.

Es wird empfohlen, § 28b Abs. 5 (3G u.a. im Nah- und Fernverkehr) um eine weitere Ausnahme zu erweitern: So sind gem. § 28b Abs. 5 S. 1 Nr. 1 IfSG Schüler:innen und unter 6-Jährige von der 3G-Regelung ausgenommen, nicht aber 6-jährige Kita-Kinder. Diese müssen in der Konsequenz, wenn sie mit Bus oder Bahn zur Kita gebracht werden, jeden Tag einen Testnachweis mit sich führen. Dies ist – auch mangels Impfmöglichkeit – nicht verhältnismäßig.

V. § 20a IfSG

1. Persönlicher Anwendungsbereich

Wer von der Impfpflicht erfasst wird, hängt insbesondere von dem Begriff „Tätigkeit“ (bzw. „tätig sind“) ab. Dieser Begriff muss – unter Heranziehung der Begründung des Entwurfs – nach Sinn und Zweck ausgelegt werden. Daraus ergibt sich, dass die betroffenen Personen in einer besonderen Beziehung zu der Einrichtung bzw. dem Unternehmen stehen müssen. Diese Beziehung ergibt sich nicht aus der Art der Beschäftigung oder der arbeitsrechtlichen Beziehung¹⁹, sondern aus dem erhöhten Ansteckungsrisiko für die zu schützenden Personen.

¹⁷ Vgl. das Stenografische Protokoll 20/2 zur Sitzung v. 15.11.2021.

¹⁸ Bei Distanzunterricht werden diese nicht im eigentlichen Sinne geschlossen, es wird lediglich der Unterrichtsmodus gewechselt.

¹⁹ S. 36 des Entwurfs.

Erfasst sind demnach nicht nur die regulär dauerhaft Beschäftigen, sondern z.B. auch Physiotherapeut:innen, die zu Einzelterminen die Einrichtungen aufsuchen, sowie das Reinigungspersonal, Hausmeister:innen und Schülerpraktikant:innen. Nicht erfasst sollen nur Personen sein, die sich zeitlich nur ganz vorübergehend („jeweils wenige Minuten“) in der Einrichtung aufhalten²⁰ (etwa Paketbot:innen). Daraus wird man wohl folgen können, dass auch Handwerker:innen, die nicht nur die Rauchmelder warten oder den Stromzähler ablesen, sondern Reparaturen durchführen, die einen längeren Aufenthalt erfordern, von der Impfpflicht erfasst sind. Ein letzter Graubereich wird aber verbleiben.

2. Erweiterung der Impfpflicht

Es sollte überlegt werden, die Impfpflicht auch auf die Berufsgruppen auszuweiten, die

- mit Personen arbeiten, die sich nicht selbst zumutbar gegen eine Infektion schützen können
- mit Personen arbeiten, die sich wegen einer vom Staat herbeigeführten Zwangssituation einem erhöhten Ansteckungsrisiko nicht entziehen können.

Für diese Personengruppen besteht eine erhöhte Schutzpflicht des Staates aus Art. 2 Abs. 2 S. 1 GG; ihre Gesundheit muss er in besonderem Maße schützen.

Zu den Personen, die sich nicht selbst zumutbar gegen eine Infektion schützen können, gehören Kinder, für die noch kein Impfstoff zugelassen ist, also die 0- bis 4-Jährigen. Von ihnen verlangen die aktuellen Vorschriften – zu Recht – nicht das Tragen einer Schutzmaske, gleichzeitig wird aber von ungeimpftem Kita-Personal nicht verlangt, eine Maske zu tragen (vgl. nur § 4 Abs. 2 S. 2 Nr. 3 CoronaBetrVO NRW). Gerade weil sich Kita-Kinder noch nicht durch eine Impfung selbst schützen können und ein Masketragen als unzumutbar angesehen wird, sind die Pflichten an das Personal erhöht.

Zu den Personen, die sich einem erhöhten Ansteckungsrisiko nicht entziehen können, gehören Personen, die vom Staat in eine Situation gezwungen werden, in der durch die Anwesenheit vieler Menschen ein erhöhtes Ansteckungsrisiko besteht. Dies gilt insbesondere für Schüler:innen in Schulen (wegen der Schulpflicht), die Insassen von Gefängnissen und die Bewohner:innen von Flüchtlingsunterkünften.

Insbesondere für Kita-Kinder und Schüler:innen muss berücksichtigt werden, dass der Bundestag durch § 28a Abs. 7, 8 IfSG **flächendeckende Schul- und Kitaschließungen für die Zukunft ausgeschlossen** hat. Selbst dann, wenn aufgrund einer außerordentlichen Risikolage bei einem sehr hohen Infektionsgeschehen die Schließung zum Schutz der Kinder notwendig wird, können die Länder keine Schließungen anordnen. **Den Staat trifft deswegen**

²⁰ S. 36 des Entwurfs.

eine umso größere Pflicht, Kitas und Schulen für Kinder sicher zu machen. Eine Impfpflicht für das Personal an Kitas und Schulen halte ich deswegen für dringend geboten.

3. Befristung

Gem. Art. 2 Nr. 1 iVm Art. 23 Abs. 3 des Gesetzentwurfs soll die Impfpflicht nur bis 31.12.2022 gelten. Dies erweckt den Eindruck, als ginge der Bundestag davon aus, dass bis zu diesem Zeitpunkt die Pandemie so eingedämmt ist, dass es keiner Impfpflicht im Sinne des § 20a mehr bedürfe. Dies setzte aber voraus, dass die von § 20a IfSG-E zu schützenden Personengruppen keinen Schutz vor Infektion mehr benötigen, wenn SARS-CoV-2 endemisch geworden ist. Ob dies der Fall ist, kann aus juristischer Sicht nicht geprüft werden, es erscheint jedoch fragwürdig, durch eine derartige Frist Erwartungen zu wecken, die möglicherweise nicht erfüllt werden können.

VI. Änderung des § 5 Abs. 9 IfSG (Evaluationsfrist)

Obwohl die Evaluation nach § 5 Abs. 9 IfSG bereits seit Ende März vorgesehen ist²¹, 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 30.6.2022 vorlegt. An dieser Stelle wird (erneut²²) 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.

Dies gilt umso mehr, weil durch die jetzt geplante Änderung der Auftrag der Kommission um zwei weitere Paragraphen erweitert werden soll: Evaluiert werden sollen auch die neuen §§ 20a und 20b. Eine fundierte Analyse der Wirkungen dieser Vorschriften kann aber schon deshalb nicht bis Ende Juni 2022 erfolgen, weil z.B. die einrichtungsbezogene Impfpflicht erst ab 15.3.2022 gilt.

PD Dr. Andrea Kießling

²¹ Eingefügt durch das EpiLage-Fortgeltungsgesetz v. 29.3.2021, BGBl I 370.

²² Vgl. auch die Stellungnahme v. 15.11.2021.

Dr. Robert Seegmüller
Richter am Bundesverwaltungsgericht
Vizepräsident des Verfassungsgerichtshofes
des Landes Berlin

Berlin, den 8. November 2021

Stellungnahme

zu dem

Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Impfprävention gegen COVID-19 und zur Änderung weiterer Vorschriften im Zusammenhang mit der COVID-19-Pandemie

Der Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Impfprävention gegen COVID-19 und zur Änderung weiterer Vorschriften im Zusammenhang mit der COVID-19-Pandemie regelt insbesondere den Umfang der besonderen Schutzmaßnahmen zur Verhinderung der Verbreitung der Coronavirus-Krankheit-2019 neu (Art. 1 Nr. 6), führt eine tätigkeitsbezogene Pflicht zum Nachweis einer Immunität gegen COVID-19 ein (Art. 1 Nr. 4, § 20a Abs. 1 IfSG-E) und ändert das Verfahren zum Nachweis der Erfüllung einer Impfpflicht bzw. einer Immunität (Art. 1 Nr. 3, § 20 Abs. 2 IfSG-E und Art. 1 Nr. 4, § 20a Abs. 2 IfSG-E). Die vorgeschlagenen Regelungen sind nicht in jeder Hinsicht verfassungsrechtlich unbedenklich und erreichen im Übrigen ihr Regelungsziel nur ungenügend.

1. Die den Behörden in §§ 28 ff. IfSG eingeräumten Befugnisse genügen auch in der Fassung des Art. 1 Nr. 6 des Gesetzentwurfs nicht, um die Erreichung der Ziele des Infektionsschutzgesetzes sicherzustellen (a). Die Unschärfe der in § 28 Abs. 8 Satz 1 IfSG-E verwendeten Begriffe steht zudem einem rechtssicheren Vollzug des Infektionsschutzgesetzes entgegen (b).

a) Das Infektionsschutzgesetz zielt darauf, übertragbaren Krankheiten beim Menschen vorzubeugen, Infektionskrankheiten frühzeitig zu erkennen und ihre Weiterverbreitung zu verhindern (§ 1 Abs. 1 IfSG). Es ist damit ein Sonderordnungsgesetz, das zukünftige, vom Gesetzgeber definierte, unerwünschte Ereignisse abwenden soll. Seine Aufgabe kann es nur dann erfüllen, wenn den mit seinem Vollzug befassten Behörden alle hierfür erforderlichen Befugnisse eingeräumt werden. Die Vielgestaltigkeit und Unvorhersehbarkeit zukünftiger Gefahrenlagen gebietet es, eine möglichst

große Bandbreite an möglichen Rechtsfolgen vorzusehen. Dem entspricht es, dass Gesetze, die Behörden zur Abwehr von Gefahren für die öffentliche Sicherheit oder Ordnung ermächtigen auf der Rechtsfolgenseite regelmäßig keine Begrenzung der möglichen Rechtsfolgen vorsehen. Zulässig sind regelmäßig alle zur Gefahrenabwehr "notwendigen" oder "erforderlichen" Maßnahmen.

Die Verfassung begrenzt die im Rahmen gefahrenabwehrender Tätigkeit der Sicherheitsbehörden denkbaren Rechtsfolgen nicht von vornherein. Das gilt auch für Eingriffe zur Abwehr von Gesundheitsgefahren durch das COVID-19-Virus (vgl. BVerfG, Beschluss vom 19. November 2021 - 1 BvR 781/21, u.a. - Rn. 170 ff., 247 ff.). Unter dem Gesichtspunkt der staatlichen Schutzpflicht für Leben und körperliche Unverletztheit (vgl. BVerfG, Beschluss vom 19. November 2021 - 1 BvR 781/21, u.a. - Rn. 176 m.w.N.) gebietet sie die Schaffung möglichst umfassender rechtliche Möglichkeiten zur Gefahrenabwehr sogar.

Die von Art. 1 Nr. 6 des Gesetzentwurfs vorgesehene Reduzierung der ausnahmslos ausgeschlossenen Rechtsfolgen ist, gemessen an den Anforderungen an ein effektives Gesetz zur Gefahrenabwehr, ein Schritt in die richtige Richtung. Er reicht aber noch nicht aus, weil § 28a Abs. 8 Satz 1 IfSG-E den mit dem Vollzug des Gesetzes betrauten Behörden weiterhin zahlreiche Rechtsfolgen verwehrt, deren Anwendung zur Erreichung der Ziele des Gesetzes in Zukunft notwendig werden kann.

Die in § 28a Abs. 8 Satz 1 Halbsatz 2 unter Nr. 1 bis 7 IfSG-E genannten einschränkenden Maßgaben sollten daher entfallen und die von dem Gesetzentwurf beabsichtigte grundrechtsschonende Einhegung der Eingriffe zum Schutz vor Infektionen mit dem Covid-19-Virus stattdessen auf Tatbestandsseite verwirklicht werden. Dies kann durch eine präzisere Formulierung der Rechtsgüter, die mit Eingriffen nach dem Infektionsschutzgesetz verfolgt werden dürfen (z.B. Schutz der Intensivstationen vor Überlastung, Schutz von Menschen vor Infektion an Orten an denen sie rechtlich zwingend mit anderen Menschen zusammentreffen müssen, also etwa in Behörden, Gerichten und am Arbeitsplatz), durch die Formulierung von besonderen Tatbeständen mit erhöhten Eingriffsanforderungen für bestimmte besonders grundrechtssensible Eingriffe, durch die Verpflichtung der Behörden zu wissenschaftlich fundierter Aufklärung von Infektionsrisiken vor der Anordnung von Eingriffen in Grundrechte

und schließlich durch die präzisere Beschreibung der Personen, gegen die behördliche Eingriffe zur Gefahrenabwehr gerichtet werden dürfen (Störer, verantwortliche Nichtstörer), geschehen.

b) Die in dem Ausnahmekatalog des § 28a Abs. 8 Satz 1 Halbsatz 2 Nr. 1 bis 7 IfSG-E enthaltenen Maßgaben sollten, wenn sie nicht, wie vorgeschlagen, ganz gestrichen werden, jedenfalls präzisiert werden. In ihrer derzeitigen Formulierung ermöglichen sie den mit dem Vollzug des Infektionsschutzgesetzes betrauten Behörden keine rechtssichere Abgrenzung von zulässigen und unzulässigen Eingriffen. Das betrifft insbesondere die Abgrenzung von Sporteinrichtungen, die nicht geschlossen werden dürfen, von Freizeiteinrichtungen, die geschlossen werden dürfen und von Ansammlungen, die untersagt werden können. Bei weitem Verständnis des Begriffs Sporteinrichtung könnten auch kommerzielle Sportereignisse (z.B. Bundesliga-Fußballspiele) unter diesen Begriff gefasst werden. Das widerspräche aber wohl dem Willen des Gesetzentwurfs, die Untersagung kommerzieller Sportereignisse durch die Streichung des Begriffs der Ansammlung in § 28a Abs. 8 Satz 1 Halbsatz 2 Nr. 3 IfSG-E wieder zu ermöglichen. Bei weitem Verständnis des Begriffs Freizeiteinrichtungen könnten auch Sporteinrichtungen, die zu Freizeitzwecken aufgesucht werden, unter diesen Begriff subsumiert werden. Die von der Gesetzesbegründung insoweit angebotene Schwerpunktbeachtung (S. 44 f. zu Art. 1 Nr. 6 Buchstabe b des Gesetzentwurfs) ermöglicht – weil zu sehr auf den jeweiligen Einzelfall bezogen – keine rechtssichere abstrakt-generelle Abgrenzung von geschlossenen und nicht geschlossenen Einrichtungen in Infektionsschutzverordnungen.

2. Die tätigkeitsbezogene Pflicht zum Nachweis einer Immunität gegen COVID-19, die § 20a Abs. 1 IfSG-E enthält, ist verfassungsrechtlich unbedenklich. Die Regelung schränkt, weil tätigkeits- und nicht personenbezogen, schwerpunktmäßig die Berufsfreiheit der Betroffenen aus Art. 12 Abs. 1 GG und nicht ihr Grundrecht aus Art. 2 Abs. 2 Satz 1 GG auf Leben und körperliche Unversehrtheit ein. Die Betroffenen können der Verpflichtung zum Nachweis einer Immunität gegen das COVID-19-Virus stets dadurch ausweichen, dass sie der Tätigkeit, die diese Pflicht auslöst, nicht nachgehen. Sie werden daher, bei Fehlen eines Genesenennachweises, nicht zu einer Impfung verpflichtet, sondern lediglich in ihrer Berufsausübung beschränkt. Die Regelung ist durch das mit ihr verfolgte Ziel verfassungsrechtlich gerechtfertigt. Sie verfolgt zunächst mit dem Ziel des Schutzes von Leben und körperlicher Unversehrtheit

(vulnerabler) Personen, die die in § 20a Abs. 1 IfSG-E genannten medizinischen Einrichtungen aufsuchen, ein verfassungsrechtlich legitimes Ziel. Die Regelung der Pflicht zum Nachweis einer Immunität gegen COVID-19 ist geeignet, dieses Ziel zu erreichen, weil sie das Risiko für die Patienten dieser Einrichtungen verringert, von dort tätigen Personen mit dem COVID-19-Virus infiziert zu werden. Anhaltspunkte dafür, dass die Annahme des Gesetzentwurfes, geimpfte und genesene Personen würden seltener mit dem COVID-19-Virus infiziert und somit auch seltener zu dessen Überträgern (vgl. Gesetzentwurf S. 37), den dem Gesetzgeber vom Bundesverfassungsgericht insoweit zugestandenen Einschätzungsspielraum (vgl. BVerfG, Beschluss vom 19. November 2021 – 1 BvR 781/21, u.a. - Rn. 185) überschreitet, bestehen nicht. Zweifel an der Erforderlichkeit der Nachweispflicht bestehen ebenfalls nicht. Insbesondere ist nicht ersichtlich, dass die Einschätzung des Gesetzentwurfs, eine Verpflichtung zur regelmäßigen Testung der in den Einrichtungen gemäß § 20a Abs. 1 IfSG-E Tätigen könnte keinen gleichwertigen Schutz für deren Patienten bewirken (Gesetzentwurf S. 37), den dem Gesetzgeber auch insoweit vom Bundesverfassungsgericht zugestandenen Einschätzungsspielraum (vgl. BVerfG, Beschluss vom 19. November 2021 – 1 BvR 781/21, u.a. - Rn. 204) überschreitet. Schließlich ist die Pflicht zur Vorlage eines Immunitätsnachweises im Hinblick auf das mit der Einführung dieser Pflicht verfolgte hochrangige Ziel des Gesundheitsschutzes auch als verhältnismäßig im engeren Sinne anzusehen (zum Maßstab vgl. BVerfG, Beschluss vom 19. November 2021 – 1 BvR 781/21, u.a. - Rn. 216).

Verfassungsrechtliche Bedenken gegen den Gesetzentwurf bestehen allerdings insoweit, als er hinsichtlich der beizubringenden Impf- und Genesenennachweise auf § 2 Nr. 3 und § 2 Nr. 5 der COVID-19-Schutzmaßnahmen-Ausnahmenverordnung in der jeweils gültigen Fassung verweist (§ 20a Abs. 2 IfSG-E). Dieser Verweis führt dazu, dass der Verordnungsgeber der COVID-19-Schutzmaßnahmen-Ausnahmenverordnung mit der genannten Verordnung der Sache nach nicht nur Ausnahmen und Erleichterungen von Ge- und Verboten nach dem fünften Abschnitt des Infektionsschutzgesetzes regelt, sondern auch den Umfang der nach § 20a IfSG-E beizubringenden Nachweise. Mit der Bestimmung der Voraussetzungen für den Genesenennachweis, der derzeit nur mit Hilfe eines positiven PCR-Tests und nicht auch mit einem Antikörpernachweis erbracht werden kann, bestimmt der Verordnungsgeber der Sache nach zudem den Umfang der Impfnotwendigkeit für Personen, die in Einrich-

tungen gemäß § 20a Abs. 1 IfSG-E tätig sind. Solche Regelungen deckt die Verordnungsermächtigung des § 28c Satz 1 und 2 IfSG aber bisher nicht ab. Die Verordnungsermächtigung ist daher entweder entsprechend der COVID-19-Schutzmaßnahmen-Ausnahmenverordnung durch den Gesetzentwurf zugesuchten größeren Bedeutung so zu erweitern, dass die Ermächtigung auch diese Regelungswirkung abdeckt. Andernfalls können die Definitionen geimpfter und genesener Personen auch unmittelbar in das Infektionsschutzgesetz aufgenommen werden.

3. Das in §§ 20a und 20 b IfSG-E vorgesehene Verfahren zur Kontrolle der Beibringung von Immunitätsnachweisen genügt sowohl für Bedienstete, deren Dienstverhältnis bei Inkrafttreten der Nachweispflicht am 16. März 2022 bereits besteht (§ 20a Abs. 2 IfSG-E), als auch für Fälle, in denen ein Immunitätsnachweis nach Inkrafttreten der Nachweispflicht erneuert werden muss (§ 20a Abs. 4 IfSG-E), nicht um einen durchgehend hohen Infektionsschutz für die Patienten von Einrichtungen der Gesundheitsversorgung nach § 20a Abs. 1 IfSG-E sicherzustellen. Die insoweit geplanten gesetzlichen Regelungen sehen lediglich eine Mitteilungspflicht der mit der Kontrolle der Nachweise betrauten Stellen an das zuständige Gesundheitsamt vor, das die hinsichtlich der Nachweise säumigen Personen dann nach § 20a Abs. 5 IfSG-E zur Beibringung eines Nachweises unter Fristsetzung auffordert. Erst wenn die gesetzte Frist fruchtlos verstrichen ist, kann das Gesundheitsamt der säumigen Person das Betreten der Einrichtung der Gesundheitsversorgung nach § 20a Abs. 1 IfSG-E untersagen, § 20a Abs. 5 Satz 3 IfSG-E. Bis dahin kann eine Person, die den Immunitätsnachweis nicht erbringt, weil sie ihn mangels Immunität nicht erbringen kann, weiter in der Einrichtung der Gesundheitsversorgung nach § 20a Abs. 1 IfSG-E arbeiten. Dem dadurch ausgelösten erhöhte Infektionsrisiko für Patienten dieser Einrichtungen ist durch die Möglichkeit einer frühzeitigeren Anordnung eines Betretungsverbots durch das Gesundheitsamt zu begegnen. Die Einschränkung in § 20 Abs. 5 IfSG-E, dass ein Betretungsverbot erst nach fruchtlosem Fristablauf verhängt werden darf, sollte daher entfallen.

Berlin, den 8. November 2021

Dr. Robert Seegmüller

An den
Hauptausschuß des Deutschen Bundestages
über Leiterin Unterabteilung PA
Paul-Löbe-Haus
Konrad-Adenauer-Straße 1

10557 Berlin

7. Dezember 2021

Vorab per E-Mail: hauptausschuss@bundestag.de; anja.luedtke@bundestag.de

**Stellungnahme zum Gesetzentwurf der Fraktionen der SPD,
BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und der FDP: „Entwurf eines Gesetzes zur
Stärkung der Impfprävention gegen COVID-19 und zur Änderung weiterer
Vorschriften im Zusammenhang mit der COVID-19-Pandemie“,
BT-Drucks. 20/188**

Anhörung des Hauptausschusses (per Webex Inline) am 8. Dezember 2021

I. Worum geht es?

Die Fraktionen der Regierungskoalitionen wollen u.a. eine Corona-Impfpflicht im Hinblick auf Personen einführen, die in Krankenhäusern, Altersheimen, Arztpraxen und vergleichbaren Einrichtungen tätig sind. Wegen der Zeitknappheit beschränkt sich die Begutachtung auf dieses zentrale Problem des Gesetzentwurfs.

II. Impfpflichten im geltenden Recht

„Traditionell“ ist die Impfpflicht für Soldaten der Bundeswehr gemäß § 17a Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SG i.V.m. § 21 S. 1 IfSG. Deren wichtigste praktische Bedeutung dürfte jahrzehntelang wohl darin bestanden haben, sicherzustellen, daß alle Soldaten gegen Tetanus geimpft sind, wodurch bewirkt wird, daß kleinere blutende Verletzungen, zu denen es im Dienst natürlich stets kommen kann, nicht zu lebensgefährlichen Weiterungen führen. *Ratio legis* dürfte insofern – neben dem Schutz der Gesundheit des Soldaten selbst – auch die Verhinderung von entsprechenden staatlichen Fürsorge- oder Schadensersatzpflichten im Fall der Invalidität sein. Auch soll die Einsatzfähigkeit der Soldaten speziell auf Auslandseinsätzen gewährleistet werden.¹ Will ein Soldat nicht geimpft werden, so ist dies freilich nicht bedeutungslos; für die Frage, ob die Impfung im Einzelfall erzwungen werden kann, soll dann der Grundsatz der Verhältnismäßigkeit von entscheidender Bedeutung sein.² Eine nicht zumutbare Maßnahme, die u.U. mit erheblichen Gefahren für Leben und Gesundheit verbunden ist, kann jedenfalls abgelehnt werden (§ 17a Abs. 4 Satz 2 SG).

Nach dem geltenden Infektionsschutzgesetz ist die Möglichkeit, eine Impfpflicht für „bedrohte Teile der Bevölkerung“ durch Rechtsverordnung auf Bundes- oder Landesebene einzuführen, in § 20 Abs. 6 und 7 IfSG vorgesehen. Insofern geht es also um eine andere Zielrichtung als beim jetzigen Gesetzesentwurf, nach dem das Gesundheitspersonal geimpft werden soll, um möglichst geschwächte Personen nicht anzustecken (nachdem sich gezeigt hat, daß v.a. die Alten, die mittlerweile zu einem Großteil doppelt geimpft sein dürften, hierdurch weder vor Ansteckung, noch vor einem schweren Verlauf, noch vor dem Tod durch Covid-19 zuverlässig geschützt werden).

Außerdem wurde bereits 2020 eine personen- und einrichtungsbezogene Impfpflicht gegen Masern eingeführt, die wohl überwiegend für verfassungskonform gehalten wird.

¹ Vergl. Rixen, in: Huster/Kingreen, HiFSchR (2021), Kap. 5 Rn. 22.

² Eichen, in: Walz/Eichen/Sohm, SoldatenG, 4. Aufl. 2021, § 17a Rn. 17.

III. Probleme der Normenbestimmtheit und Normenklarheit

1. „Immunitätsnachweis“

Unter dem Gesichtspunkt der Normenklarheit und auch Normenwahrheit ist an dem Gesetzentwurf der Gebrauch des Begriffs „Immunitätsnachweis“ bereits in der Überschrift zu § 20a n.F. zu kritisieren. Denn dieser Begriff suggeriert, es könne infolge einer Impfung eine Art sterile Immunität gegen Covid-19 geben. Dies ist aber derzeit nicht der Fall. Die in Deutschland gebräuchlichen Impfstoffe, etwa von Pfizer, schützen die Geimpften weder vor Ansteckung, noch vor einem schweren Verlauf der Krankheit, noch vor dem Tod daran zuverlässig. Auch Geimpfte können andere anstecken. Der Nutzen der Impfung soll nach herrschender Meinung in der Medizin darin liegen, daß das Risiko eines schweren Verlaufs der Krankheit spürbar verringert werde; auch die Gefahr der Ansteckung Dritter soll bei Geimpften merklich geringer sein als bei Ungeimpften. Allerdings wird gleichzeitig anerkannt, daß sich die Wirkung des Impfstoffes schon nach wenigen Monaten verliert.

2. § 20a Abs. 1 Nr. 1 g n.F.

Die Formulierung „Behandlungs- und Vorsorgeeinrichtungen, die mit einer in den Buchstaben a bis f genannten Einrichtung vergleichbar sind“, sollte nicht gewählt werden, weil sie zu unklar ist. Es ist abzusehen, daß über das Bestehen einer Impfpflicht vermutlich tausende von Prozessen geführt werden werden. Daher sollte hier weniger vage formuliert werden. Gerade das Kriterium der „Vergleichbarkeit“ ist gedanklich und argumentativ (und mithin auch juristisch) stets ein Faß ohne Boden³.

*

Im übrigen fragt man sich, warum Heilpraktiker-Praxen nicht erwähnt werden?

Endlich könnte man unter dem Gesichtspunkt der Normenklarheit und Normenrichtigkeit kritisieren, daß überhaupt von einer „Impfung“ die Rede ist. Aber dies leitet zum Hauptproblem des Gesetzentwurfes über.

IV. Der Begriff der „Impfung“ im Infektionsschutzrecht

Impfpflicht heißt, daß bestimmte Personen zu einer Impfung verpflichtet werden. Was aber ist eine „Impfung“?

³ Diesen Umstand hat ja übrigens Robert Gernhardt in seinem Gedicht „Ein Gleichnis“ humoristisch aufgegriffen.

Die Gesetzestexte, auf die man juristisch zunächst rekurrieren würde, helfen nicht weiter. Nach § 2 Nr. 9 IfSG soll eine „Schutzimpfung“ die Gabe eines Impfstoffes mit dem Ziel, vor einer übertragbaren Krankheit zu schützen, sein. Dies ist aber zirkelschlüssig und verlagert die Frage eben darauf, was ein „Impfstoff“ ist. Nach § 2 Nr. 2 Covid-19-Schutzmaßnahmen-Ausnahmeverordnung soll eine „geimpfte Person“ eine „asymptomatische Person“ sein, „die im Besitz eines auf sie ausgestellten Impfnachweises ist“. Das hilft ebenfalls nicht weiter, weil die Impfung nicht als solche, sondern durch den Besitz eines Papiers „definiert“ werden soll (das ja auch unwahr, weil irrtümlich oder fehlerhaft ausgestellt sein könnte). Im übrigen fällt auf, daß der legal definierte Geimpftenstatus wieder verschwinden soll, sobald Symptome auftreten – dies wurde vermutlich noch nie im Hinblick auf irgendeine andere „Impfung“ je behauptet und hat eben mit der bekannten Unzuverlässigkeit der Corona-Impfung zu tun.

Unbrauchbar, weil offensichtlich unzutreffend ist die Definition des Dudens. Demnach bedeutet impfen „einen Schutzstoff gegen eine bestimmte gefährliche Krankheit zuführen“⁴. Das ist nicht richtig. Bei keiner Impfung wird „ein Schutzstoff“ zugeführt; sondern es wird ein Stoff zugeführt, der *per se* gerade nicht „schützt“, sondern das Immunsystem anregen soll, seinerseits „Schutzstoffe“, nämlich angepaßte Antikörper, zu entwickeln und den zugeführten Stoff im „Immungedächtnis“ zu speichern, so daß bei späterem Bedarf die angepaßten Antikörper schnell produziert werden können.

Sprachlich und juridisch richtig erscheint uns daher die Definition aus Meyers Enzyklopädischem Lexikon zu sein: Impfung sei „das Einbringen von toten oder in ihrer Virulenz abgeschwächten Mikroorganismen oder auch von abgeschwächten Toxinen zur Immunisierung“⁵. Das bedeutet nach dem herkömmlichen Sprachsinn „Impfung“; und im Rahmen dieser Definition läßt sich sagen, daß vernünftige Menschen im allgemeinen „an der prinzipiell segensreichen Wirkung des Impfens nicht zweifeln“⁶.

Die in Deutschland gängige Impfung etwa von Pfitzer (oder auch Moderna) ist aber überhaupt keine „Impfung“ im herkömmlichen Sinne, sondern eher eine prophylaktische Gentherapie. Bei ihr werden Muskelzellen durch Eingabe einer genetischen Information dergestalt manipuliert, daß sie das sogenannte „Spike-Protein“ des Corona-Virus – und zwar nach wie vor das der ursprünglichen Alpha-Variante, die sich am Ende des Jahres 2019 verbreitete und heute eigentlich nicht mehr vorkommt – herstellen und an ihrer Oberfläche exponieren. Dort kann dieses dann vom körpereigenen Immunsystem als Fremdeiweiß angegriffen werden, das dergestalt den Umgang mit dem Corona-Virus erlernen und üben soll.

Rixen legt im „Handbuch Infektionsschutzrecht“ großen Wert darauf, zwischen „Impfskeptikern“ (die er ablehnt) und „Impfpflichtskeptikern“ (deren Argumente man anhören sollte, so lange sie eben nicht Impfskeptiker sind) zu unterscheiden⁷. Die hier interessierende Rechts-

⁴ Duden (Bd. 10) – Das Bedeutungswörterbuch, 5. Auflage 2018, S. 531.

⁵ Bd. 12, 9. Aufl. 1974, S. 488.

⁶ Vergl. Rixen, in: Huster/Kingreen, HiFSchR (2021), Kap. 5 Rn. 57.

⁷ a.a.O.

frage zeigt aber auch, daß man auch zwischen Impfskeptikern und Skeptikern der prophylaktischen Gentherapie gegen Covid-19 (Alpha-Variante) unterscheiden muß, die nicht nur umgangssprachlich, sondern nun auch im Gesetzentwurf einfach als „Impfung“ bezeichnet wird. Dadurch wird suggeriert, es handele sich um ein seit etwa 150 Jahren vielfach erprobtes und bewährtes Verfahren, das nun auch auf den Sars-CoV-19-Virus angewendet wird. Aber dies stimmt eben nicht.

Die prophylaktische Gentherapie nach Art von Pfitzer oder Moderna hat in der Öffentlichkeit vehemente Kritiker wie etwa Wolfgang Wodarg oder Sucharit Bhakdi gefunden, an denen auffällt, daß sie (1) entgegen der Darstellung in manchen Massenmedien oder auch durch die Politik nichts weniger als „Esoteriker“ oder Gegner der modernen evidenzbasierten Medizin sind, sondern aufgrund einer schulmedizinischen Ausbildung rein wissenschaftlich argumentieren (auch wenn sie dabei zu anderen Ergebnissen gelangen als der medizinische Mainstream), und (2) im übrigen auch keineswegs „Impfgegner“ sind, sondern alle gängigen und bewährten Schutzimpfungen befürworten, nur eben die prophylaktische Gentherapie nach Pfitzer oder Moderna nicht. Es ist mißlich, daß solche Kritiker offenbar weder vom Bundesverfassungsgericht (im Zusammenhang mit den Verfassungsbeschwerden gegen diverse Coid-19-Bekämpfungsmaßnahmen) noch jetzt im Bundestag *auch* angehört werden.

Die Richtigkeit ihrer Argumente, die sie zu der Annahme enormer Risiken dieser Methode führen, kann im Rahmen eines Rechtsgutachtens nicht beurteilt werden.⁸ Ihre Kritik dreht sich im wesentlichen darum, daß das Pfitzer-Moderna-Verfahren im Körper eine Reaktion auslöst, die sich ansonsten bei Autoimmunkrankheiten ereignet, und daß dies Anlaß zu äußerster Vorsicht bei seiner Anwendung gebe. In der Medizin billigt man der Methode, den Körper einfach bestimmte Eiweiße selbst produzieren zu lassen, im Hinblick auf die Heilung diverser Krankheiten ein enormes Potential zu. Dies ändert jedoch nichts daran, daß es bislang keine langfristigen Erfahrungen damit gibt. Ob die Methode langfristige Folgeschäden verursacht, kann niemand wissen, weil es eben bislang an der Erfahrung mangelt. Insofern noch nicht vorhandenes empirisches Wissen kann weder durch die Expertise bestimmter Spitzenforscher noch durch einen weitgehenden Konsens in der Wissenschaft ersetzt werden.

Ob bereits beachtliche Folgeschäden der Methode in nennenswertem Umfang zu beobachten sind, kann hier ebenfalls fachlich nicht beurteilt werden. Jedenfalls gibt es in neuester Zeit offenbar Berichte über Häufungen plötzlicher Todesfälle speziell bei gesunden jungen Männern (z.B. Fußballspielern) und eine signifikante Erhöhung der Übersterblichkeit gerade *nicht* in 2020 (als alle ungeimpft der Corona-Epidemie ausgesetzt waren), sondern in 2021.

⁸ Der Verfasser dieses Gutachtens führte erst unlängst ein Gespräch mit einem Mediziner, der in ganz Deutschland bekannt ist. Danach befragt, was an der Corona-Impfkritik von Leuten wie Wodarg oder Bhakdi zu halten sei, unterstrich der Mediziner diese Kritik nachhaltig und äußerte sich im Hinblick auf die zu befürchtenden Folgen des gentechnischen Verfahrens noch drastischer als Wodarg oder Bhakdi. In öffentlichen Äußerungen fordert er hingegen zu durchgehenden Impfungen auf.

V. Ergebnis

Eine „Impfpflicht“ für medizinisches und pflegerisches Personal kann nach hier vertretener Ansicht schon deshalb nicht eingeführt werden, weil derzeit kein Impfstoff gegen Covid-19 verfügbar bzw. in der EU zugelassen ist. Die Einführung eines echten, also eines sogenannten Tot- oder Totstoffimpfstoffes – daß auch das Infektionsschutzgesetz unter dem Begriff „Impfstoff“ nichts anderes versteht, wird durch die Formulierung aus § 21 IfSG nahegelegt – wurde ursprünglich für das Frühjahr 2022 in Aussicht gestellt. Ob sich dies nun weiter verzögert, weil der herzustellende Impfstoff an die neuen Corona-Varianten angepaßt werden muß, wie etwa nun die Omikron-Variante, bleibt abzuwarten.

Was hingegen verfügbar ist, ist eine prophylaktische Gentherapie, die in Deutschland schon massenhaft zur Anwendung gekommen ist. Verpflichtet man das Pflegepersonal zur Durchführung einer solchen prophylaktischen Gentherapie, so ist dies mit beträchtlichen Gesundheitsrisiken verbunden, weil die längerfristige Wirkung dieser Methode noch nicht hinlänglich erforscht werden konnte. Es liegt auf der Hand, daß auch die verfassungsrechtliche Zulässigkeit des Zwanges zur Durchführung eines neuen und letztlich noch experimentellen Verfahrens ganz anders zu beurteilen ist als die Verpflichtung zu einer „echten“ Impfung, also einem seit geraumer Zeit immer wieder bewährten Verfahren mit sehr überschaubaren Risiken.

Dieser Unsicherheit (und mithin verfassungsrechtlichen Zweifelhaftigkeit) steht auf der Haben-Seite auf den ersten Blick nicht übermäßig viel gegenüber. Denn die Erfahrung hat inzwischen gezeigt, daß sich die ursprünglichen Erwartungen an die „Corona-Impfung“ sich nicht erfüllt haben. Von einem halbwegs zuverlässigen Schutz oder einer Immunisierung kann nicht die Rede sein, und um auch nur ein wenig geschützt zu sein, muß die Impfung offenbar bereits nach wenigen Monaten wieder und wieder wiederholt werden, wobei auf der Hand liegt, daß sich auch mögliche Risiken bei der ständigen Wiederholung eher potenzieren als mindern werden.

Da es zwischen „Geimpften“ und „Ungeimpften“ also offenbar keinen irgendwie kategorialen Unterschied im Hinblick auf Ansteckung, Erkrankung und Krankheitsfolgen zu geben scheint, sondern allenfalls einen graduellen Unterschied, der zeitlich eng befristet ist, wäre sorgfältig zu erwägen, ob die Erfolge des bisherigen Impfens – es fällt ja auf, daß im Herbst 2021, bei über 70% Geimpften in Deutschland, die „Inzidenz“ deutlich höher sein soll als im Herbst 2020, als noch niemand geimpft war – als so durchschlagend bewertet werden können, daß die Einführung einer personell beschränkten Impfpflicht trotz der bislang nicht hinreichend geklärten Frage nach längerfristigen Risiken verfassungsrechtlich gerechtfertigt ist.

Nach hier vertretener Ansicht ist dies eher nicht der Fall. Dies würde wohl anders zu bewerten sein, wenn es einen zuverlässigen, „echten“, also Totimpfstoff nicht nur gegen die ausgestorbene Alpha-Variante, sondern gegen die heutigen Formen des Corona-Virus gäbe.

Anlage 2

Hauptausschuss

- Sekretariat -

Deutscher Bundestag
Hauptausschuss

20 zu

20. Wahlperiode

Ergänzung
der Zusammenstellung
der schriftlichen Stellungnahmen,
die dem Hauptausschuss zu seiner öffentlichen Anhörung
am 8. Dezember 2021

zum

Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Impfprävention gegen COVID-19 und
zur Änderung weiterer Vorschriften im Zusammenhang mit der
COVID-19-Pandemie

(BT-Drucksache 20/188)

zugeleitet wurden.

- Bundeszahnärztekammer (BZÄK) und Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV)



**Stellungnahme
der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung (KZBV)
und der Bundeszahnärztekammer (BZÄK)
zum Entwurf
der Fraktionen SPD, Bündnis90/Die Grünen und FDP
für ein
Gesetz zur Stärkung der Impfprävention gegen COVID-19
und zur Änderung weiterer Vorschriften im Zusammenhang
mit der COVID-19-Pandemie**

Kurzübersicht zur Stellungnahme von KZBV und BZÄK mit den zentralen Regelungsvorschlägen:

KZBV und BZÄK unterstützen im Grundsatz die mit dem Gesetzentwurf verfolgten Ziele, die Impfungen gegen das Coronavirus SARS-CoV-2 voranzutreiben und vulnerable Personengruppen vor Infektionen mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 besonders zu schützen.

A. Zu § 20b IfSG-E: Schutzimpfungen durch u. a. Zahnärzte

- Mit Blick auf ggf. bestehende Lücken der zahnärztlichen Berufshaftpflichtversicherungen gesetzliche Regelung bzw. Klarstellung, dass Impfen haftungsrechtlich als zahnärztliche Tätigkeit zu bewerten ist und dem Haftpflichtversicherungsschutz unterfällt.
- Gesetzliche Implementierung der organisatorischen und technischen Voraussetzungen für Impfungen durch Zahnärzte, z.B. Einbindung in die RKI-Impfsurveillance, Möglichkeit zur Ausstellung Impfzertifikaten, Schaffung geeigneter Infrastrukturen für Beschaffung, Lagerung und Handhabung der Impfstoffe, Regelungen zur Vergütung und Abrechnung der mit dem Impfen verbundenen Leistungen, Schaffung von effizienten Abrechnungswegen etc. Vorschlag: Unterstellung von Zahnärzten unter die Regelungen der ImpfV einschließlich Ermöglichung von effizienten Abrechnungswegen gegenüber der KV nach Muster der Abrechnung von TestV-Leistungen durch Zahnärzte.

B. Zu § 28b Abs. 2 IfSG-E: Testpflicht für Beschäftigte/Besucher u. a. in Zahnarztpraxen

- Herausnahme von Zahnarztpraxen aus dem Anwendungsbereich des § 28b Abs. 2 IfSG, da in Zahnarztpraxen aufgrund der dortigen besonders hohen Hygienestandards gemäß BGW-Statistik nachweislich die mit Abstand wenigsten Corona-Infektionen im Gesundheitswesen stattfanden und da der Anteil vulnerabler Personen in Zahnarztpraxen nicht höher ist als deren Anteil in anderen Einrichtungen des täglichen Lebens wie etwa Behörden, Ladengeschäften etc.

Soweit Zahnarztpraxen dementgegen weiterhin unter § 28b Abs. 2 IfSG fallen:

- Beschränkung des Zutrittsverbots nach § 28b Abs. 2 Satz 1 auf die Betriebszeit der Einrichtung, so dass bspw. Reinigungskräfte abends/nachts ohne Testung tätig werden können.
- Klarstellung, dass Beschäftigtenbegriff im Sinne von "in der Einrichtung tätig werdenden Personen" zu verstehen ist, so dass bspw. auch für nichtmedizinisch tätig werdende "Besucher" wie Zahntechniker, IT-Dienstleister etc. die erleichterten Testmöglichkeiten nach § 28b Abs. 2 Satz 4 (Antigentests zur Eigenanwendung) greifen.
- Bei der – prinzipiell sehr begrüßenswerten – Gleichstellung von Begleitpersonen von Patienten mit den Patienten ist auf die konterkarierende einschränkende

Voraussetzung des Betretens "nur für einen unerheblichen Zeitraum" zu verzichten; ebenso auf alternative Einschränkungen wie ein Betreten "nur in Notfallsituationen" o. ä.

- Auch für Besucher Zutritt zum Zwecke einer Testung ermöglichen (§ 28b Abs. 2 Satz 7).
- Notwendige Anpassung der TestV (§ 6 Abs. 4 Satz 3; § 11 TestV): Erstattung aller für die Beschäftigten- und Besucher-Testungen nach § 28b Abs. 2 IfSG beschafften PoC-Antigen-Schnelltests oder Antigen-Tests zur Eigenanwendung, im Falle des Beifügens eines Rechnungsbelegs zu den tatsächlichen Bezugskosten.

Stellungnahme:

KZBV und BZÄK unterstützen im Grundsatz die mit dem Gesetzentwurf verfolgten Ziele, die Impfungen gegen das Coronavirus SARS-CoV-2 voranzutreiben und vulnerable Personengruppen vor Infektionen mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 besonders zu schützen.

Zu den einzelnen Regelungen nehmen BZÄK und KZBV nur insoweit Stellung, als dadurch Belange der Zahnärzteschaft berührt werden:

A. Zu Artikel 1, Ziffer 4: „§ 20b IfSG - Durchführung von Schutzimpfungen gegen das Coronavirus SARS-CoV-2“

Angesichts der viel zu hohen Infektionszahlen mit Rekordwerten steht die Zahnärzteschaft bereit, bei der dringend notwendigen Beschleunigung der Impfung der Bevölkerung die ärztlichen Kolleginnen und Kollegen zu unterstützen. Gerade im Hinblick auf schnelle und flächendeckende Impfungen ist es außerordentlich wichtig, die notwendigen, insbesondere auch personellen Ressourcen bereitzustellen, um die aktuell besonders großen Herausforderungen im Kampf gegen das Virus schnell und effektiv zu bewältigen.

Zahnärzte und ihre Teams sind deshalb selbstverständlich bereit, bei der notwendigen Beschleunigung der Impfungen ärztliche Kollegen zunächst in externen mobilen Einheiten, Arztpraxen und Impfzentren zu unterstützen. Falls die pandemische Lage dies erfordern sollte, können darüber hinaus perspektivisch auch Impfungen in Zahnarztpraxen in Betracht gezogen werden. Hierfür fehlen derzeit jedoch noch entsprechende Voraussetzungen.

Bundeszahnärztekammer und Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung begrüßen es, dass mit § 20b Infektionsschutzgesetz das Unterstützungsangebot der Zahnärztinnen und Zahnärzte aufgegriffen und die gesetzliche Grundlage hierfür geschaffen werden soll und nehmen zu einzelnen Punkten wie folgt Stellung:

1. Fehlende Regelung zur Vergütung und Abrechnung

Bei der Formulierung von § 20b wurde erkennbar auf den – insoweit wortgleichen – § 132j SGB V zurückgegriffen. Grundlage der Modellprojekte nach § 132j sind Verträge zwischen Kassen und Apothekern. In diesen Verträgen soll u. a. geregelt werden:

”....

1. die Voraussetzungen für deren Durchführung,
2. deren Durchführung,
3. deren Vergütung und
4. deren Abrechnung.“

Bei der Regelung in § 20b über die Impfung durch Zahnärzte und andere Berufsgruppen sind jedoch keine entsprechenden Verträge vorgesehen. Das Gesetz muss daher die nach § 132j SGB V vorgesehenen Vertragsinhalte notwendig selbst regeln. In § 20b InfSG fehlen insoweit insbesondere Regelungen zur Vergütung und Abrechnung bzw. Abrechnungswegen der Impfleistungen.

2. Fehlende Regelung zur Haftung

Alle Zahnärztinnen und Zahnärzte sind mit einer Berufshaftpflichtversicherung gegen Haftpflichtansprüche aus ihrer beruflichen, sprich zahnärztlichen Tätigkeit versichert. Impfen ist jedoch eine ärztliche, keine zahnärztliche Leistung. Eine Reihe von Versicherungsunternehmen vertritt zwar die pragmatische Auffassung, dass eine gesetzliche Öffnung der Impfungen gegen das Coronavirus SARS-CoV-2 die Impfung zur beruflichen Tätigkeit der Zahnärzte macht. Es ist jedoch nicht bekannt, ob alle Versicherungsunternehmen diese Auslegung stützen. Um Lücken im Versicherungsschutz vorzubeugen und damit Zahnärztinnen und Zahnärzte wie Patientinnen und Patienten zu schützen, wäre eine entsprechende Klarstellung im Gesetz geboten.

3. Fehlende Regelung zum Zugang zur „Impf-Surveillance“

Voraussetzung für das Impfen in ärztliche Praxen ist die Teilnahme an der „Impf-Surveillance“ und die tägliche Information des RKI über die Anzahl der Impfungen, der Impfstoffe und der Altersgruppen. Seit Mitte Dezember 2020 stellt die Bundesdruckerei im Auftrag des Robert Koch-Instituts (RKI) das Meldesystem zum sogenannten „Digitalen Impfquoten-Monitoring“ bereit. Eine Einbindung der Zahnärztinnen und Zahnärzte in das Beobachtungssystem ist vorzusehen und zu regeln.

4. Fehlende Regelung zur Ausstellung von Impfzertifikaten

Ist beabsichtigt, dass Zahnärztinnen und Zahnärzte auch Impfzertifikate ausstellen, muss auch hier über die Zurverfügungstellung der erforderlichen technischen Voraussetzungen und deren Vergütung nachgedacht werden.

5. Regelungsvorschlag

BZÄK und KZBV schlagen aus den vorgenannten Erwägungen vor, Zahnärztinnen und Zahnärzte in den Leistungserbringerkatalog der Coronavirus-Impfverordnung vom 30. August 2021 (BAnz AT 31.08.2021 V1), die zuletzt durch Artikel 2 der Verordnung vom 15. November 2021 (BAnz AT 15.11.2021 V1) geändert worden ist, aufzunehmen. Dies hätte zur Folge, dass Zahnärztinnen und Zahnärzte, die impfen wollen, dies auch unter den gleichen Voraussetzungen wie Ärztinnen und Ärzte tun können. Dies betrifft nicht nur die Fragen der Anspruchserfüllung aus den §§ 1, 2 der Corona-ImpfVO, sondern auch Fragestellungen zur geeigneten Infrastruktur zur Gewährleistung einer ordnungsgemäßen Handhabung der Impfstoffe, zur Impfsurveillance und zur Abrechnung und Vergütung der mit der Impfung verbundenen Leistungen.

Bezüglich der Abrechnung ist zu berücksichtigen, dass Zahnärzte grundsätzlich nicht gegenüber der KV abrechnen und die zahnärztlichen PVS-Systeme nicht hierfür ausgelegt sind. Daher sind diesbezüglich effiziente Abrechnungswege gegenüber der KV zu ermöglichen, etwa nach Muster der Abrechnung von durch Zahnärzte erbrachten Corona-Testleistungen auf Grundlage der Regelungen der TestV.

B. Zu Artikel 1, Ziffer 7, „§ 28b IfSG - Bundesweit einheitliche Schutzmaßnahmen zur Verhinderung der Verbreitung der Coronavirus-Krankheit-2019 (COVID-19), Verordnungsermächtigung“

BZÄK und KZBV lehnen auch die sich aus den Änderungen des § 28b Absatz 2 IfSG ergebenden Verpflichtungen ab und schlagen vor, Zahnarztpraxen aus dem Anwendungsbereich des § 28b Absatz 2 IfSG vollständig auszunehmen.

1. Grundlegende Anmerkungen zum § 28b Absatz 2 IfSG

§ 28b Absatz 2 IfSG ist in seiner Erstfassung am 24.11.2021 in Kraft getreten. Ausweislich der Begründung, die sich dem Bericht des Hauptausschusses zu dem Gesetzentwurf der Fraktionen SPD, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und FDP vom 17.11.2021, BT-Drs. 20/89, entnehmen lässt, soll über den § 28b Absatz 1 IfSG hinausgehend festgelegt werden, dass in bestimmten Einrichtungen und Unternehmen, in denen besonders vulnerable Personen behandelt, betreut, gepflegt oder untergebracht sind, Arbeitgeber, Beschäftigte und Besucher dieser Einrichtungen diese nur betreten dürfen, wenn sie – auch wenn sie geimpfte oder genesene Personen sind – als getestet im Sinne der COVID-19-Schutzmaßnahmen-Ausnahmenverordnung gelten. Ausnahmeregelungen sah diese Erstfassung nur in engen Grenzen vor. Zudem belastete diese Regelung die Zahnarztpraxis über Maßen im Hinblick auf die eingeführten Nachweis-, Kontroll-, Dokumentations- und Berichtspflichten.

Nach Inkrafttreten der Regelung erfolgte nicht nur eine Entrüstung in der Zahnärzteschaft über die praxisferne, überbürokratische und praktisch kaum umsetzbare Norm. Auch die Gesundheitsministerkonferenz stellte in einem Beschluss am Tage nach dem Inkrafttreten fest, dass „eine tägliche Testung vollständig immunisierter Beschäftigter zu unzumutbaren Belastungen der durch die Pandemie ohnehin schon belasteten Bereiche führe“ und forderte den Gesetzgeber umgehend zu einer entsprechenden Korrektur der gesetzlichen Regelung auf. In der Folge beschlossen zahlreiche Bundesländer, die Regelung des § 28b Absatz 2 IfSG vorerst nicht oder zumindest teilweise nicht anzuwenden.

BZÄK und KZBV hatten nach Bekanntwerden der Norm umgehend reagiert und nicht nur die Zahnärzteschaft über die Inhalte der Regelung informiert, sondern sich auch politisch dafür eingesetzt, die Regelung des § 28b Absatz 2 IfSG in erheblicher Weise nachzubessern.

2. Zahnarztpraxen aus dem Anwendungsbereich des § 28b Abs. 2 IfSG herausnehmen

KZBV und BZÄK begrüßen deshalb grundsätzlich, dass der Gesetzgeber die breite Kritik an der ursprünglichen Regelung zeitnah aufgenommen hat. Die nunmehr intendierte Neufassung nimmt allerdings nur in Teilen die berechtigte Kritik an der Regelung auf, so dass zu befürchten ist, dass die Neuregelung ebenfalls zu erheblichen Problemen in der praktischen Umsetzung führt, die zahnärztliche Versorgung in Deutschland und die Erfüllung des Sicherstellungsauftrages für diese behindert und zudem kaum zu einem sinnvollen Infektionsschutz beiträgt. Dabei ist zu berücksichtigen, dass mit der Norm die Absicht verfolgt wird, besonders vulnerable Gruppen (insb. alte und pflegebedürftige Menschen sowie Menschen mit Behinderungen) zu schützen. Dieser Schutzzweck lässt sich per se nicht auf die zahnärztliche Versorgung übertragen. Anders als in Krankenhäusern, Pflegeeinrichtungen, Altenpflegeheimen, Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen und zahlreichen anderen unter § 28b Abs. 2 Satz 1 IfSG fallenden Einrichtungen und Unternehmen werden in Zahnarztpraxen nicht typischerweise in größerem Umfang vulnerable Personen behandelt. Vielmehr ist deren Anteil in Zahnarztpraxen kein anderer als in sonstigen Einrichtungen außerhalb des Gesundheitssektors wie etwa Behörden, Ladengeschäften etc. Ein Großteil der Patientinnen und Patienten in der täglichen zahnärztlichen Versorgung gehören nicht zur Gruppe der besonders vulnerablen Personen. Auch werden in Zahnarztpraxen keine Patientinnen und Patienten betreut, gepflegt oder untergebracht. Ebenso wenig gibt es "Besucher" im engeren Sinne, also private Besuchspersonen von Betreuten, Gepflegten oder Untergebrachten. In größerem Umfang wird die zahnärztliche Versorgung von besonders vulnerablen Gruppen ganz überwiegend durch zahnärztliche Besuche direkt vor Ort bspw. in Alten- und Pflegeheimen erbracht, wo der Zahnarzt dann nach

der aktuellen Fassung des § 28b Abs. 2 IfSG als "Besucher" seinerseits getestet werden muss.

Die undifferenzierte Gleichsetzung von Zahnarztpraxen mit Krankenhäusern, Pflegeheimen, Pflegediensten etc. ist daher schon insoweit ungerechtfertigt.

Dies umso mehr, als wegen der in Zahnarztpraxen aufgrund der Behandlungen im Mund-Rachen-Bereich gewährleisteten höchsten Hygienestandards das Infektionsrisiko für Patienten und zahnärztliches Personal mit Abstand das Geringste aller Gesundheitsberufe ist. Dies belegen aktuelle Zahlen der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW), wonach in Zahnarztpraxen im Jahr 2020 lediglich 35 und bis 31.8.2021 lediglich 91 Corona-Verdachtsfälle aufgetreten sind (zum Vergleich: Therapeutische Praxen: 99/282; Ärzte: 216/434; Pflege: 697/---; Kliniken: 1.168/---).

Eine Test(nachweis)pflicht für bereits immunisiertes Praxispersonal würde vor dem Hintergrund der niedrigen Infektionszahlen in Zahnarztpraxen einen unverhältnismäßigen Aufwand mit sich bringen, der zu Lasten der Behandlungszeit und der für die Gewährleistung des hohen Hygienestandards aufzuwendenden Zeit ginge. Dies gilt ebenso für die Dokumentations- und Berichtspflichten nach § 28b Abs. 3 Satz 7 IfSG.

Zudem würde, worauf auch die GMK in ihrem o.g. Beschluss vom 25.11.2021 hinweist, eine Gleichstellung von immunisierten und nicht immunisierten Personen die von den Zahnärztinnen und Zahnärzten erfolgreich vorangetriebene Impfmotivation von bislang Ungeimpften unter ihrem Personal gefährden, da die täglichen Tests für Ungeimpfte - die wir ausdrücklich unterstützen - auch nach einer Impfung nicht entfallen. Auch die Motivation sich einer Boosterimpfung zu unterziehen, sinkt erheblich durch die dann ebenfalls weiter bestehende Testpflicht.

Ferner ist die Sinnhaftigkeit und Verhältnismäßigkeit einer Testpflicht für immunisiertes Personal in Zahnarztpraxen auch vor dem Hintergrund mehr als fraglich, dass die Testkapazitäten am Markt begrenzt sind, insoweit Lieferengpässe drohen oder die Beschaffungskosten durch die massiv steigende Nachfrage in die Höhe schießen. Auch hierauf weist die GMK in ihrem o.g. Beschluss ihrerseits hin. Dies kann dazu führen, dass die bußgeldbewehrte Testverpflichtung in den Praxen schon in Ermangelung von genügend Testmaterial nicht umgesetzt werden kann. Hierdurch würden zudem sowohl Praxisinhaber als auch Beschäftigte einer massiven rechtlichen Unsicherheit ausgesetzt werden, ob sie den Praxisbetrieb dann überhaupt aufrecht erhalten dürfen und inwieweit sie sich andererfalls einem Bußgeld in Höhe von bis zu 25.000 € ausgesetzt sehen. Schlimmstenfalls droht ein zahnärztlicher Versorgungsstillstand und der Sicherstellungsauftrag hinsichtlich der vertragszahnärztlichen Versorgung kann nicht mehr erfüllt werden.

Die dargelegten Kritikpunkte an einer Test(nachweis)pflicht für immunisiertes Personal in Zahnarztpraxen würden zwar vermindert, aber dem Grunde nach ebenfalls bestehen, wenn – wie es der vorliegende Entwurf vorsieht – lediglich eine Klarstellung bzw. Korrektur des § 28b Abs. 2 IfSG dahingehend erfolgen würde, dass die Testpflicht für Immunisierte nicht mehr als tägliche besteht, sondern zwei Testungen wöchentlich mittels Antigen-Schnelltest zur Eigenanwendung ausreichen. Auch in diesem Fall würde zudem eine kaum nachvollziehbare undifferenzierte Gleichstellung von Zahnarztpraxen mit Einrichtungen und Unternehmen, in denen typischerweise besonders vulnerable Personen untergebracht sind oder betreut werden, erfolgen.

Daher fordern KZBV und BZÄK eine Herausnahme von Zahnarztpraxen (Einrichtungen nach § 23 Abs. 3 Satz 1 Nr. 8 IfSG) aus dem Anwendungsbereich des § 28b Abs. 2 IfSG. Zahnarztpraxen würden auch nicht aus dem Schutzzweck der Norm des § 28b IfSG entlassen, sondern unterliegen in diesem Falle den Verpflichtungen aus Absatz 1.

Konkreter Regelungsvorschlag:

§ 28b Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 IfSG wird wie folgt gefasst:

(2) Arbeitgeber, Beschäftigte und Besucher in den folgenden Einrichtungen und Unternehmen dürfen diese nur betreten, wenn sie getestete Personen im Sinne des § 2 Nummer 6 der COVID-19-Schutzmaßnahmen-Ausnahmenverordnung vom 8. Mai 2021 (BAnz AT 08.05.2021 V1) sind und einen Testnachweis mit sich führen:

1. Einrichtungen und Unternehmen nach § 23 Absatz 3 Satz 1 **Ziffern 1 bis 7, 9 bis 12** [alternativ: mit Ausnahme von Zahnarztpraxen] mit der Maßgabe, dass Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen auch dann umfasst sind, wenn dort keine den Krankenhäusern vergleichbare medizinische Versorgung erfolgt.

3. Weitere Korrekturen in § 28b Abs. 2 und 3 Satz 7 IfSG

Sollte der Gesetzgeber dennoch daran festhalten wollen, die Anwendung der Norm auch auf Zahnarztpraxen zu erstrecken, gehen die Korrekturen in § 28b Abs. 2 und 3 Satz 7 IfSG nicht weit genug. KZBV und BZÄK halten insoweit weitergehende Änderungen für erforderlich, um den Praxisalltag nicht unzumutbar zu belasten und die Regelungen praxisnäher auszugestalten. Aus diesen Gründen schlagen KZBV und BZÄK folgende Änderungen vor:

a) Zum Zutrittsverbot in § 28b Absatz 2 IfSG

Die Klarstellungen des Gesetzgebers im Hinblick auf die Interpretation des Besucherbegriffes sind weiterhin nicht ausreichend und führen zu erheblichen praktischen Problemen im Praxisalltag einer Zahnarztpraxis.

aa) Beschränkung des Zutrittsverbots auf die Betriebszeit

Zunächst ist im Gesetzesentwurf klarzustellen, dass die Norm – wie Absatz 1 auch - sich nur auf den tatsächlichen Praxisbetrieb bezieht. Viele Zahnarztpraxen haben Verträge mit externen Dienstleistern über die Reinigung der Praxisräume. Dabei werden die Zahnarztpraxen von den externen Reinigungsfirmen häufig als Schlüsselobjekte behandelt, d.h. die Reinigungskräfte kommen außerhalb der Praxisöffnungszeiten in den frühen Morgen- oder späten Abendstunden, wenn sich niemand in den Praxisräumen aufhält. Eine Testung dieses externen Personals wäre nicht nur aus Infektionsschutzgründen überflüssig, auch die Nachweis- und Kontrollpflicht aus § 28b Absatz 3 IfSG wäre unzumutbar, weil Praxismitarbeiter außerhalb der Praxisöffnungszeiten zum Zwecke der Nachweis- und Kontrollpflichten anwesend sein müssten. Es wird daher vorgeschlagen, den Normtext in § 28b Absatz 2 Satz 1 IfSG entsprechend zu ändern.

Konkreter Regelungsvorschlag:

§ 28b Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 IfSG wird wie folgt gefasst:

Arbeitgeber, Beschäftigte und Besucher in den folgenden Einrichtungen und Unternehmen dürfen diese **während des Betriebs** nur betreten [...], wenn sie...

Hilfsweise wird vorgeschlagen in der Begründung zur Norm zu ergänzen, dass sich die Pflichten aus Absatz 2 nur auf den tatsächlichen Betrieb von Einrichtungen und Unternehmen nach § 23 Absatz 1 Satz 1 IfSG beziehen, wenn andere Personen nicht anwesend sind. Dies ist beispielsweise bei Reinigungskräften externer Dienstleister der Fall, wenn diese außerhalb von Öffnungszeiten Praxisräume reinigen.

Nicht ausreichend ist hierfür die vorgesehene Ausnahmeregelung in § 28 Absatz 2 Satz 6 IfSG, wonach für Besucher, die aus anderen Gründen ohne Kontakt zu in Satz 1 genannten Einrichtungen und Unternehmen behandelten, betreuten, gepflegten oder untergebrachten Personen nur für einen unerheblichen Zeitraum betreten, das Zutrittsverbot aus Satz 1 nicht gelten soll. Reinigungskräfte betreten die Praxisräume zwar ohne Kontakt zu dort behandelten oder beschäftigten Personen, halten sich aber gerade nicht nur in einem unerheblichen Zeitraum dort auf.

bb) Beschäftigtenbegriff auf alle in der Praxis Tätigen ausdehnen

Der Begriff der Beschäftigten ist nach Auffassung von KZBV und BZÄK über den in § 2 Absatz 2 Arbeitsschutzgesetzes definierten Begriff in der Gesetzesbegründung zu erweitern.

Beschäftigte sind neben den Personen aus § 2 Absatz 2 des Arbeitsschutzgesetzes auch alle Personen, die in den in Satz 1 genannten Einrichtungen tätig sind oder werden. Diese Definition hätte zunächst zur Folge, dass eine Kongruenz zu § 4 Absatz 1 Ziffer 2 der Corona-Testverordnung vorhanden wäre. Darüber hinaus wäre hinreichend klargestellt, dass externes, medizinisches Personal, das zu Behandlungszwecken eine Zahnarztpraxis aufsucht, unter den erweiterten Beschäftigtenbegriff fallen würde. Die Ergänzung in § 28b Absatz 2 Satz 4 Halbsatz 2 IfSG ("das gilt entsprechend für Besucher, die als medizinisches Personal die in den in Satz 1 genannten Einrichtungen und Unternehmen behandelten, betreuten, gepflegten oder untergebrachten Personen zu Behandlungszwecken aufsuchen...") wäre dann überflüssig. Weitere externes, nichtfachmedizinisches Personal, wie Zahntechniker oder externe IT-Dienstleister, würden ebenfalls unter den Begriff der Beschäftigten definiert werden, weil sie in der Zahnarztpraxis zwar nicht an Patientinnen und Patienten aber gleichwohl tätig werden. Durch die so erfolgte Klarstellung würde der Praxisablauf wesentlich weniger gestört, weil die Begrifflichkeiten klar umfasst werden.

Dies könnte in der Gesetzesbegründung oder in einem eigenständigen Satz entsprechend im Gesetzestext definiert werden. Alternativ zumindest sollte in der vorgesehenen Regelung in § 28b Absatz 2 Satz 4 Halbsatz 2 IfSG die Formulierung "zu Behandlungszwecken" ersetzt werden durch die Formulierung "im Zusammenhang mit Behandlungen", um beispielsweise auch externe Zahntechniker unter die Vorschrift fallen zu lassen.

cc) Begleitpersonen einschränkungslos mit Patienten gleichstellen

BZÄK und KZBV begrüßen zwar dem Grundsatz nach die gesetzgeberische Klarstellung in § 28b Abs. 2 Satz 2 IfSG-E, dass Begleitpersonen von Patientinnen und Patienten keine Besucher im Sinne des § 28b Absatz 2 IfSG sind. Strikt abzulehnen ist allerdings die Einschränkung dahingehend, dass Begleitpersonen von Patienten nur dann keine Besucher sind, wenn sie die Einrichtung/Praxis nur für einen unerheblichen Zeitraum betreten. Diese Einschränkung ist praxisfern und konterkariert die an sich intendierte Gleichstellung von Begleitpersonen mit den Patienten, die sie begleiten, praktisch vollständig. Denn Begleitpersonen wie etwa die Eltern von Kindern unter 12 Jahren oder von gebrechlichen Menschen, Betreuer oder Dolmetscher und Gebärdendolmetscher verweilen in der Regel für die gesamte Behandlungsdauer oder zumindest während der Wartezeit auf die Behandlung in der Praxis. Im Regelfall wird

dies einen "nur unerheblichen Zeitraum" überschreiten, zumal dieser Begriff zu unbestimmt ist, um praktikabel zu sein.

Die beabsichtigte Einschränkung, dass nur Begleitpersonen, die die Zahnarztpraxis nur für einen unerheblichen Zeitraum betreten, nicht als Besucher gelten, wird daher aufgrund ihrer Praxisferne abgelehnt. Sie ist weder praktikabel noch dient diese Einschränkung dem Patienteninteresse. Jede zahnärztliche Versorgung von Kindern in Begleitung ihrer Eltern wäre schlichtweg nicht möglich, wenn die Eltern sich nicht testen lassen wollen. Mit der im Wortlaut vorhandenen Einschränkung wird dadurch bspw. die zahnärztliche Versorgung von Kindern gefährdet, ebenso von gebrechlichen oder betreuten Personen oder von Menschen mit Sprachhindernissen. Reguläre notwendige Behandlungen, in denen Patienten auf die Begleitperson angewiesen sind, müssten dann ggf. verschoben werden oder gar entfallen. Rein vorsorglich wird darauf hingewiesen, dass auch anderweitige Einschränkungen hinsichtlich Begleitpersonen etwa dahingehend, dass diese nur dann keine Besucher sind, wenn sie den Patienten in Notfallsituationen begleiten, vergleichbar untauglich und praxisfern wären.

KZBV und BZÄK weisen auch darauf hin, dass die Ausnahmeregelung in § 28b Absatz 2 Satz 6 IfSG, nach der ein Zutrittsverbot für Besucher dann nicht gilt, wenn diese die Einrichtung oder das Unternehmen im Rahmen eines Notfalleinsatzes oder aus anderen Gründen ohne Kontakt zu in Satz 1 genannten Einrichtungen und Unternehmen behandelten, betreuten, gepflegten oder untergebrachten Personen nur für einen unerheblichen Zeitraum betreten, dem Grunde nach zu begrüßen ist. Gleichwohl ist es sinnvoll, wie oben bereits dargestellt, dass das Zutrittsverbot auch dann nicht für Besucher gelten kann, wenn diese sich ohne Kontakt zu anderen Personen auch über einen längeren Zeitraum in der Zahnarztpraxis aufhalten. Dies ist bspw. bei externen Reinigungskräften der Fall, die ihre Tätigkeiten dann ausüben, wenn sich niemand in den Praxisräumlichkeiten aufhält.

dd) Auch Besuchern Zutritt zum Zwecke einer Testung gestatten

BZÄK und KZBV weisen darauf hin, dass dem Wortlaut des § 28b Absatz 2 Satz 7 IfSG entsprechend (Verweis auf Abs. 1 Sätze 3 und 4), Besucher im Gegensatz zu Arbeitgebern und Beschäftigten nicht zum Zwecke einer Testung die Zahnarztpraxis betreten dürften. Diese Regelung behindert im erheblichen Maße alltägliche Praxisabläufe. Bspw. müsste ein IT-Dienstleister als Besucher der Praxis, der ohne Testnachweis zum Zwecke seiner Tätigkeit die Praxis betreten will, an der Praxistür abgewiesen und zunächst an ein Testzentrum verwiesen werden. Ein derartiges Vorgehen würde die Praxis bspw. bei schwerwiegenden IT-Problemen vor erhebliche Herausforderungen stellen. KZBV und BZÄK schlagen daher vor, § 28b Absatz 2 Satz 7 IfSG auch auf Besucher zu erweitern.

Konkreter Regelungsvorschlag:

§ 28b Abs. 2 Satz 7 IfSG wird wie folgt gefasst:

Für Arbeitgeber, Beschäftigte und Besucher gilt Absatz 1 Satz 3 und 4 entsprechend.

b) Dokumentations- und Berichtspflichten nach § 28b Abs. 3 Satz 7-9 IfSG

Die Streichung der bisherigen Dokumentations- und Berichtspflicht nach § 28b Abs. 3 Satz 7 Nr. 1 IfSG hinsichtlich der durchgeführten Testungen an Beschäftigten, Besuchern und Patienten wird ausdrücklich begrüßt, da sie einen hohen bürokratischen Aufwand ohne erkennbaren statistischen oder infektionspräventiven Nutzen mit sich brachte.

Die in § 28b Abs. 3 Satz 8 IfSG vorgesehene Beschränkung der bisherigen Dokumentations- und Berichtspflicht aus § 28b Abs. 3 Satz 7 Nr. 2 IfSG dahingehend, dass durch andere Einrichtungen als Pflegeeinrichtungen lediglich der Geimpften-Anteil unter den Beschäftigten auf Anforderung der zuständigen Behörde zu übermitteln ist, wird ebenfalls als zielführende Reduzierung bürokratischen Aufwandes begrüßt.

4. Anpassung der Testverordnung

Auch wenn dies nicht unmittelbarer Gegenstand des vorliegenden Gesetzgebungsverfahrens ist, wird darauf hingewiesen, dass die für die Erfüllung der Testpflicht an Beschäftigten nach § 28b Abs. 2 IfSG notwendigen Testmaterialien derzeit nicht vollständig durch die Regelung zur Beschäftigtentestung nach § 6 Abs. 4 Satz 3 TestV abgedeckt werden (10 Antigentests je Monat pro Beschäftigtem). Weder sind damit die für die Testung des/der Arbeitgeber anfallenden Test-Sachkosten noch die weitergehenden Kosten für die täglich erforderliche Testung des nicht immunisierten Personals erfasst. Zudem wird nur eine Pauschale von 3,50 € je Test erstattet, was insbesondere bei steigender Nachfrage nach Testmaterial nicht den realen Kosten entspricht.

Ebenso müssen die Sachkosten für das zur Testung von Besuchern nach § 28b Abs. 2 IfSG erforderliche Testmaterial erstattet werden, soweit in der Zahnarztpraxis mangels routinemäßiger Erbringung von Testleistungen nach den §§ 2-4a TestV deren Testung nicht im Rahmen eines Bürgertests erfolgen kann.

Insoweit fordern KZBV und BZÄK, die Testverordnung dahingehend anzupassen, dass Zahnarztpraxen als Einrichtungen nach § 4 Abs. 2 Nr. 7 TestV die realen Sachkosten für das zur Erfüllung der Testpflicht nach § 28b Abs. 2 IfSG an Arbeitgeber und

Beschäftigten sowie Besuchern erforderliche Testmaterial erstattet bekommen, mithin für Testungen an immunisierten Arbeitgebern und Beschäftigten je Monat bis zu 10 PoC-Antigentests oder Antigentests zur Eigenanwendung, für Testungen an nicht immunisierten Arbeitgebern und Beschäftigten bis zu 30 PoC-Antigentests oder Antigentests zur Eigenanwendung, sowie die für Besuchertestungen verwendeten PoC-Antigentests oder Antigentests zur Eigenanwendung. Die realen Sachkosten sind in Abhängigkeit von der Beibringung einer entsprechenden Rechnung zu erstatten.

Konkreter Regelungsvorschlag:

§ 6 Abs. 4 Satz 3 TestV wird wie folgt geändert:

Einrichtungen nach § 4 Absatz 2 Nummer 7 sind berechtigt, bis zu 10 PoC-Antigen-Tests oder Antigen-Tests zur Eigenanwendung je in der Einrichtung tätiger immunisierter Person pro Monat und bis 30 PoC-Antigen-Tests oder Antigen-Tests zur Eigenanwendung je in der Einrichtung tätiger nicht immunisierter Person pro Monat in eigener Verantwortung zu beschaffen und zu nutzen; ebenso können PoC-Antigen-Tests oder Antigen-Tests zur Eigenanwendung, die außerhalb von Bürgertests für die Testung von Besuchern im Sinne des § 28b Abs. 2 IfSG verwendet werden, in eigener Verantwortung beschafft und genutzt werden.

§ 11 TestV wird wie folgt geändert:

An die nach § 6 Absatz 1 berechtigten Leistungserbringer und die nach § 6 Absatz 4 berechtigten Einrichtungen oder Unternehmen ist für selbst beschaffte PoC-Antigen-Tests oder Antigen-Tests zur Eigenanwendung eine Pauschale von 3,50 Euro je Test zu zahlen, soweit nicht durch Beibringung einer Rechnung oder eines vergleichbaren Zahlungsbelegs die tatsächlichen Sachkosten nachgewiesen werden.

Köln/Berlin, 06.12.2021

Anlage 3

Hauptausschuss

- Sekretariat -

Deutscher Bundestag
Hauptausschuss

20 zu 2. Ergänzung

20. Wahlperiode

2. Ergänzung
der Zusammenstellung
der schriftlichen Stellungnahmen,
die dem Hauptausschuss zu seiner öffentlichen Anhörung
am 8. Dezember 2021

zum

Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Impfprävention gegen COVID-19 und
zur Änderung weiterer Vorschriften im Zusammenhang mit der
COVID-19-Pandemie

(BT-Drucksache 20/188)

zugeleitet wurden.

- Deutsche Gesellschaft für Pädiatrische Infektiologie e. V. (DGPI)

www.dgpi.de

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

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 Töpfner
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 DAAEDEDDXXX



www.facebook.com/DGPI aktuell/

<https://twitter.com/DGPIeV>

**Gesetzentwurf der Fraktionen SPD, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und FDP
Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Impfprävention gegen COVID-19
und zur Änderung weiterer Vorschriften im Zusammenhang mit der COVID-19-Pandemie
Drucksache 20/188**

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:

- Grundsätzlich begrüßt die DGPI die Einführung einer Impfpflicht für SARS-CoV-2 zum Schutz der öffentlichen Gesundheit in der derzeitigen epidemiologischen Lage.
- Ob die Einführung einer Impfpflicht für die gesamte Erwachsene Bevölkerung oder nur für Personal in Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen sowie bei Schul- und Kitapersonal nur im Speziellen umgesetzt werden, ist eine rein politische Entscheidung.
- In der Sache haben alle ungeimpften Erwachsenen ein bedeutsames Risiko an COVID-19 schwer zu erkranken. Von daher sollte die Erhöhung einer hohen Impfrate in der Gesamtbevölkerung primäres Ziel sein.
- Ungeimpfte (oder auch geimpfte) Beschäftigte in Gesundheitseinrichtungen können zwar eine relevante Ansteckungsquelle für vulnerable Personengruppen darstellen. Dennoch müssten konsequenterweise alle bislang nicht geimpften oder nicht geboosterten erwachsenen Bürger geimpft werden, um flächendecken eine Reduktion der Erkrankungszahlen zu erreichen.
- Insgesamt ist die Durchimpfungsrate in der Bevölkerung, so auch zu erwartender Weise beim Personal in den Gesundheitsberufen, regional wahrscheinlich sehr unterschiedlich. Von daher lässt sich die Effektstärke der Maßnahme (Impfpflicht nur bei Beschäftigten in Gesundheitseinrichtungen) nur schwer voraussehen und muss entsprechend modelliert werden.
- Insgesamt sollte die Verantwortung vor einer Ansteckung von vulnerablen Gruppen mit SARS-CoV-2 nicht nur bei einer Berufsgruppe liegen, dies sollte eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe sein.

- Die Bewertung einer Impfpflicht bei Kindern sehen wir insgesamt differenzierter. Aufgrund der deutlich niedrigeren Krankheitslast bei Kindern erscheint eine Impfpflicht derzeit nicht angezeigt. Dennoch unterstützen wir in vollem Umfang die Empfehlungen der Ständigen Impfkommission zur Impfung bei Kindern und Jugendlichen.
- Die DGPI begrüßt, dass der Bund den Krankenhäusern, die einen Zuschlag für die Teilnahme an der umfassenden oder erweiterten Notfallversorgung oder der Basisnotfallversorgung vereinbart haben, oder die die Voraussetzungen hierfür erfüllen und dies der Landesbehörde nachweisen kurzfristig einen finanziellen Ausgleich zur Verfügung stellt.
- Die DGPI würde bevorzugen, wenn Kinder bis zum 12. Lebensjahr weiterhin primär durch Kinder- und Jugendärzte geimpft würden. Eine Impfung von Kindern dieser Altersgruppe gegen das Coronavirus SARS-CoV-2 durch Zahnärzte, Tierärzte sowie Apotheker zur sollte zumindest in dieser Altersgruppe nur bei maximaler Auslastung anderer Ressourcen, bei Auftreten einer Notlage und definitiv nach entsprechender Schulung erfolgen.

Es sei mir bitte als Schlussbemerkung erlaubt festzuhalten, dass den Experten wenig Zeit für eine fundierte Durchsicht und Stellungnahme von Gesetzesvorhaben zur Verfügung gestellt wird. Hoffentlich lässt sich das zukünftig etwas optimieren.

Mit freundlichen Grüßen,

Prof. Dr. Tobias Tenenbaum
1. Vorsitzender der DGPI

Anlage 4

Hauptausschuss

- Sekretariat -

Deutscher Bundestag
Hauptausschuss

20 zu 3. Ergänzung

20. Wahlperiode

3. Ergänzung
der Zusammenstellung
der schriftlichen Stellungnahmen,
die dem Hauptausschuss zu seiner öffentlichen Anhörung
am 8. Dezember 2021

zum

Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Impfprävention gegen COVID-19 und
zur Änderung weiterer Vorschriften im Zusammenhang mit der
COVID-19-Pandemie

(BT-Drucksache 20/188)

zugeleitet wurden.

- Gemeinsame Stellungnahmen Prof. Dr. Christian Karagiannidis (ECMO Zentrum Köln), Prof. Dr. Michael Meyer-Hermann (Helmholtz-Zentrum für Infektionsforschung GmbH), Prof. Dr. Kai Nagel (Verkehrssystemplanung und Verkehrstelematik, TU Berlin), Dr. Viola Priesemann (Max-Planck-Institut für Dynamik und Selbstorganisation)

Stellungnahme zur Bundestagsanhörung am 8.12.2021 der Einzelsachverständigen

Prof. Dr. Christian Karagiannidis, Prof. Dr. Michael Meyer-Hermann, Prof. Dr. Kai Nagel, Dr. Viola Priesemann

Delta-Variante

Die aktuelle Delta-Welle ist laut unserer Interpretation der vorliegenden Daten in der Nähe ihres Maximums: Zum einen sinken die gemessenen Inzidenzen, was auf einen Scheitelpunkt in der Vergangenheit hindeutet. Zum anderen steigen weiterhin die Positivquoten der Tests, was auf einen noch in der Zukunft liegenden Scheitelpunkt hindeutet. Insgesamt deuten die Daten auf ein breites Maximum, was bedeutet, dass die hohen Inzidenzen und damit die hohen Krankenhauszugänge noch einige Zeit weiter bestehen bleiben werden.

Die bundesweite Delta-Welle ergibt sich als Mittelung über ein regional stark differenziertes Geschehen:

- In Bundesländern mit niedriger Impfquote sind in den letzten Wochen deutliche Anteile der Bevölkerung (hoher einstelliger oder niedriger zweistelliger Prozentsatz) durch Infektion immunisiert worden, sehr viele sind auch geimpft oder geboostert worden. Dies bewirkt zusammen mit den ergriffenen Maßnahmen ein Absinken der Inzidenzen; diese Analyse wird durch den Vergleich zwischen Sachsen und Bayern auf der einen Seite (mit Maßnahmen nach Maßgabe der epidemischen Lage von nationaler Tragweite) und anderen Bundesländern mit niedriger Impfquote und hohen Inzidenzen auf der anderen Seite unterstützt.
- In Bundesländern mit hoher Impfquote kam es hingegen zu deutlich weniger Immunisierung durch Infektion (und damit im Vergleich auch zu niedrigeren Krankenhausbelastungen). Hier haben vor allem die ergriffenen Maßnahmen, z.B. 2G, 2Gplus, 3G am Arbeitsplatz, Reduzierung der Personendichten, Maskenpflicht in Schulen, schnelles Impfen, und Boostern, entsprechende Wirkung gezeigt.

Falls ein schnelles Absinken der Krankenhausbelastungen gewünscht ist, sind die in der letzten Ministerpräsidentenkonferenz (MPK) beschlossenen Maßnahmen dafür geeignete Mittel und sollten sehr stringent umgesetzt und kontrolliert werden. Dies ist zudem sinnvoll, um in Vorbereitung auf die Omikron-Variante die Krankenhausbelastung schnell zu reduzieren, um über ausreichende Reserven zu verfügen.

Für weitere Information siehe unsere Texte:

- "Nachhaltige Strategien gegen die COVID-19-Pandemie in Deutschland im Winter 2021/2022", 11.11.2021, <https://arxiv.org/pdf/2111.08000.pdf>.

- “Maßnahmen zur vierten COVID-19-Welle und zur neuen SARS-Coronavirus-Variante Omikron”, 29.11.2021, <https://doi.org/10.5281/zenodo.5733894> .
- “Gemeinsamer Aufruf zum Umgang mit der Covid-19-Pandemie: Beobachtungen und Anregungen für die verantwortlichen Akteure in Deutschland”
<https://www.ksta.de/blob/39127224/ef5143adc2967d6cb4302074199b62c9/offener-brief-medizin-und-wissenschaft-data.pdf>.

Omicron-Variante

Bei der Omicron-Variante ist eine der zentralen Herausforderungen der möglicherweise sehr schnelle Anstieg der Inzidenzen. Derzeit verdoppeln sich in einigen Ländern (international) die Inzidenzen von Omicron je nach Land und Maßnahmen alle 2 bis 5 Tage. Diese Werte sind noch mit großer Unsicherheit behaftet. Mit deutlich stärkeren Maßnahmen kann die Ausbreitung verlangsamt werden.

Auch wenn die Virulenz durch die Omicron-Variante niedriger sein sollte als durch Delta, kann die schiere Anzahl der Personen, die bei einer steil ansteigenden Welle gleichzeitig infiziert werden würden, das Gesundheitssystem überlasten. Die Virulenz ist bisher nicht gut bekannt. Sollte sich für Geimpfte und Genesene eine extrem niedrige Virulenz ergeben, dann kann möglicherweise auf einen Teil der Maßnahmen verzichtet werden oder diese zeitlich eng begrenzt eingesetzt werden.

In jedem Fall empfehlen wir basierend auf dem aktuellen Wissensstand folgende vorbereitende Maßnahmen, um für alle möglichen Szenarien bestmöglich vorbereitet zu sein:

- Ein Krisenstab sollte auch über die Wochenenden und Feiertage täglich tagen und Lage und Maßnahmen bewerten.
- Die Delta-Nachverfolgung sollte von den Gesundheitsämtern zugunsten von Omicron nachrangig behandelt werden. Die Priorisierung der Omicron-Nachverfolgung hilft, die neue Variante so lange wie möglich auszubremsen.
- Auch über die Feiertage brauchen wir zuverlässige Daten zur Omicron-Inzidenz, - Hospitalisierung, und -Sterblichkeit. Hier sollten die Gesundheitsämter breit unterstützt werden, um die Meldelücke möglichst gering zu halten. Darüber hinaus sollten auch die Labore eine Real-Time Meldung der Omikron Fälle anstreben
- Die Omikron-Inzidenzen müssen separat ausgewiesen werden. Daraus kann die wöchentliche Steigerung der Omikron-Inzidenzen berechnet werden. Aus der wöchentlichen Omikron-Inzidenz sowie deren wöchentlicher Steigerung kann die Wocheninzidenz für die Folgewoche abgeschätzt werden. Spätestens wenn diese Abschätzung für die Folgewoche höher als 350 liegt, muss der Notschutzschalter (s.u.) aktiviert werden. Der genaue Grenzwert der Abschätzung könnte bei genauerer Kenntnis der Hospitalisierungsrate von Omikron angepasst werden.
- Die Betrachtung der Hospitalisierungsrate und Intensivpflichtigkeit sollte nach Möglichkeit getrennt ausgewiesen werden für zuvor nicht-immunisierte, teil-immunisierte zuvor vollständig-immunisierte sowie geboosterte Personen.

- Eine etwaige sehr starke 5. Welle macht eine paneuropäische Koordination noch notwendiger als bei den bisherigen Varianten. Diese Koordination ist essentielle Aufgabe der zukünftigen Bundesregierung. Auch hier sollten frühzeitig "was wäre wenn Szenarien" besprochen und festgelegt werden.
- Biontech und Moderna gehen von einem angepassten Impfstoff nach 100 Tagen aus. Dies wäre ca. Anfang März. Dementsprechend muss gegebenenfalls rechtzeitig eine Impfkampagne mit sehr hohem Tempo für den Monat nach der Auslieferung geplant werden.
- Die bisher in Deutschland verfügbaren neutralisierenden monoklonalen Antikörper sind nach ersten Ergebnissen gegen Omikron nicht wirksam. Das BMG sollte erwägen, nach Vorliegen weiterer in vitro Ergebnisse zu anderen neutralisierenden Antikörpern in Absprache mit den entsprechenden Fachexperten die bei Omikron wirksamen Antikörper schnellstmöglich zu beschaffen.

Bemerkungen zur Implementierung

- Aufgrund der zeitlichen Nähe von Ansteckung und Hospitalisierung (ca. 7 Tage) wäre grundsätzlich auch eine Orientierung an der Hospitalisierungsinzidenz möglich. Der derzeitige Indikator hat allerdings zu viel Meldeverzug, um die Pandemiesteuerung daran zu orientieren. Eine bundesweite Umstellung auf einen digital erfassten Indikator, z.B. unter Nutzung des IVENA Systems, wäre wünschenswert, dürfte aber kurzfristig nicht umsetzbar sein. Solange hier keine bessere Lösung gefunden wird, bleiben die Inzidenzen unser wichtigster früher Leitindikator.
- Eine Inzidenz von 350 entspricht ungefähr einer (korrekten) Hospitalisierungsinzidenz von 9. Wenn sich herausstellt, dass Omikron weniger (oder mehr) schwere Verläufe erzeugt als die bisherigen Varianten, dann kann der Schwellwert der Inzidenz entsprechend angepasst werden.

Notschutzschalter

Wenn die Omikron-Variante tatsächlich die Eigenschaften besitzt, die derzeit beobachtet und gemessen werden, dann muss bei einer drohenden Überlastung des Gesundheitssystems innerhalb von Tagen und nicht Wochen gehandelt werden, um diese Überlastung zu vermeiden oder wenigstens noch abzuschwächen. Die Gründe dafür wurden oft genannt: **Wenn die Inzidenzen wöchentlich um einen bestimmten Prozentsatz steigen, dann steigen die Krankenhausinzidenzen wöchentlich um den gleichen Prozentsatz;** Impfungen oder neue Virusvarianten ändern zwar etwas am Umrechnungsfaktor von Inzidenzen in Krankenhausinzidenzen, aber nichts an diesem Gleichschritt der Wachstumsraten. In einer solchen Situation muss umgehend das Wachstum der Inzidenzen mindestens gestoppt und möglichst in ein Absinken umgekehrt werden. Das ist äquivalent dazu, dass der R-Wert unter 1 gebracht werden muss. Insgesamt müssen in einem solchen Fall die Maßnahmen **sowohl schnell eingeführt werden als auch genügend wirksam** sein.

Damit die Maßnahmen innerhalb von Tagen (und nicht Wochen) eingeführt werden können, ist es nötig, sie im Vorfeld gesetzlich zu verankern. Dabei muss der Instrumentenkasten ausreichend dimensioniert sein, um selbst im ungünstigsten Szenario noch ausreichend zu sein. Sollte die tatsächliche Entwicklung weniger ungünstig sein, dann kann aus dem Instrumentenkasten nach politischen Präferenzen ausgewählt werden, unter der Maßgabe, dass die Summe der Maßnahmen den R-Wert deutlich unter 1 bringen muss.

Sobald der Notschutzschalter aktiviert wurde, muss gewartet werden, bis die Inzidenzen sinken. Da bei hoher Inzidenz die gemessenen Inzidenzen nicht sehr zuverlässig sind, ist als weiterer Indikator die Quote der positiven Tests heranzuziehen – auch diese müssen sinken. Sobald die Inzidenzen und positiven Testquoten sinken, kann je nach politischer Präferenz vorsichtig gelockert werden, wobei nur langsam sinkende Inzidenzen gleichzeitig eine Verlängerung der Belastungssituationen in den Krankenhäusern bedeuten.

Das Modus-Covid Projekt veröffentlicht regelmäßig Berichte,¹ die simulationsbasiert die R-Wert-Absenkungen für bestimmte Maßnahmen vorhersagen. Vorläufige Simulationen, konsistent mit den international diskutierten Abschätzungen, weisen (bezogen auf unsere derzeitigen Maßnahmen) auf einen R-Wert von ca. 2, entsprechend einer Vervierfachung der Inzidenzen pro Woche hin. Sowohl aus der internationalen Literatur bzgl. Eindämmungsmaßnahmen als auch aus unseren vorläufigen Simulationen zeichnet sich ab, dass dies dann nur mit zusätzlichen Maßnahmen einzudämmen sein wird – möglicherweise ist die Herausforderung größer als im Winter 2020/21, trotz der Impfungen.

Reduzierung oder Beendigung der Maßnahmen

Sollte sich in der aktuell sehr dynamischen Lage herausstellen, dass die Virulenz durch Omikron weitaus geringer ist (gemessen an der prozentualen Intensivpflichtigkeit und Hospitalisierungsrate), können die Maßnahmen regelmäßig evaluiert werden und wo immer verantwortbar zurückgefahren werden.

¹ https://depositonce.tu-berlin.de/simple-search?location=&query=modus-covid&sort_by=dc.date.issued_dt&order=DESC

Maßnahmen zur vierten COVID-19-Welle und zur neuen SARS-Coronavirus-Variante “Omicron”

Autor:innen: Viola Priesemann, Eva Grill, Emil Iftekhar, Christian Karagiannidis, André Karch, Mirjam Kretzschmar, Berit Lange, Kai Nagel, Armin Nassehi, Mathias Pletz, Ulrike Protzer, Anita Schöbel, Andreas Schuppert, Klaus Überla, Hajo Zeeb

Verfügbar u.a. via Zenodo: <https://doi.org/10.5281/zenodo.5733895>

Dieser Bericht ist lizenziert unter der Creative Commons Attribution 4.0 International License (CC BY 4.0) <https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>.

Zitervorschlag: Priesemann, V. et al., Maßnahmen zur vierten COVID-19-Welle und zur neuen SARS-Coronavirus-Variante “Omicron”, Positionspapier vom 29.11.2021.

Das Gesundheitssystem ist durch COVID-19 regional bereits überlastet. Die Grenzwerte 6 (kritische Situation) bzw. 9 (hochkritische Situation) der Hospitalisierungsinzidenz (hospitalisierte Fälle pro 100.000 Einwohner) sind in den meisten Bundesländern faktisch bereits überschritten (s. Tabelle 1). Der Scheitelpunkt der aktuellen Welle ist noch nicht erreicht. Eine regionale Überlastung der Intensivstationen kann nur noch durch Verlegung von Patient:innen in andere Regionen oder die Konzentration auf das Notfallgeschäft unter Aussetzen elektiver Behandlungen und Eingriffe ausgeglichen werden. Zusätzlich sind jüngst die ersten Fälle der neuen SARS-Coronavirus-Variante “Omicron” auch in Deutschland nachgewiesen worden.

In dieser Situation stellt sich die Frage, welche Maßnahmen notwendig sind, wenn der Anstieg der Inzidenz und der Hospitalisierung verlangsamt oder schnell gestoppt werden soll. Kernpunkte sind zuallererst das Impfen und Boostern von 2 % der Bevölkerung pro Tag, denn das trägt deutlich dazu bei, die Inzidenzen in den kommenden Wochen nachhaltig zu senken¹. Alle anderen Maßnahmen dienen der Überbrückung bis eine ausreichende Immunität aufgebaut ist. Hier sind vor allem die flächendeckende Einführung, Umsetzung und Kontrolle von 3G bis 2G+ Maßnahmen inklusive medizinischem Mund-Nasen-Schutz hervorzuheben. In den Bundesländern, in denen bereits eine Überlastung eingetreten ist, sind weiterreichende Maßnahmen notwendig, wenn man die Überlastung schnell reduzieren will.

Um im Notfall effektiv und adäquat handeln zu können, ist es wichtig, dass der gesamte Instrumentenkasten der Pandemie-Bekämpfung sofort zur Verfügung steht. Deswegen sollte man jetzt die rechtliche Grundlage für einen Not-Schutzschalter und andere weitreichende Maßnahmen schaffen. Gerade in Hinblick auf die neue Omikron-Variante ist eine solche Vorsorge dringend erforderlich.

¹ Ausführlich dargelegt in unserem gemeinsamen Positionspapier vom 11.11.2021: Priesemann, V. et al., Nachhaltige Strategien gegen die COVID-19-Pandemie in Deutschland im Winter 2021/2022; <https://arxiv.org/pdf/2111.08000.pdf> oder <https://depositonce.tu-berlin.de/handle/11303/13862>

Prognosen für das Gesundheitssystem

Die Zahl der Infektionen mit der Delta-Variante des SARS-CoV-2 ("Deltawelle") steigen derzeit weiterhin deutlich. Natürlich wird dieser Prozess irgendwann zu einem Ende kommen; nämlich dann, wenn genügend Personen über die Impfungen sowie durch Infektion immunisiert worden sind. Das impliziert jedoch nicht nur Zehntausende von Toten, sondern auch erschöpftes Personal des Gesundheitssystems, welches außerdem weiß, dass diese Überanstrengung vermeidbar gewesen wäre.

Aus unterschiedlichen, unabhängigen Modellen zeigt sich, dass bei Impf- und Boosterraten von 1-2 % der Bevölkerung pro Tag die Spitzenwerte der 7-Tages-Inzidenz der aktuellen Welle im Dezember erreicht werden. Diese Spitzenwerte werden in mehreren Bundesländern jedoch klar über 1.000/100.000 liegen. Aus der Prognose der Spitzenwerte folgt, dass die Spitzenbelastung in der Intensivmedizin für Ende Dezember-Mitte Januar erwartet wird. Für diese vulnerable Phase müssen die Krankenhäuser maximale Unterstützung erfahren. Die Kliniken sollten sich dringend darauf vorbereiten, dass hier die Arbeitslast am höchsten sein wird. Eine Konzentration auf Notfälle und dringliche Eingriffe und der weitestgehende Verzicht auf elektive Eingriffe bei nicht-Krebskrankungen ist unerlässlich. Dies erfordert eine zentrale Koordination und Anweisung an die Kliniken unter Kompensation etwaiger finanzieller Einbußen.

Der Höchstwert der Intensivpatient:innen, wird wahrscheinlich nochmal höher liegen als in den bisherigen Wellen. Sie können nur dann adäquat behandelt werden, wenn die Patient:innen gleichmäßig über das Bundesgebiet verteilt werden. Hierzu muss die strategische Verlegung nochmals deutlich ausgebaut und alle Krankenhäuser zur Einschränkung des Regelbetriebes aufgefordert werden. Auch dies erfordert eine zentrale, stabsmäßige Koordination unter einheitlicher Führung des Bundes.

Die regionale Überlastung ist nicht mehr abzuwenden, aber sie kann abgemildert werden. Deswegen gilt es jetzt, die wichtigsten Maßnahmen nochmal zu betonen und ihre Umsetzung so zu verstärken, dass ein längerfristiger bundesweiter Lockdown in der aktuellen Deltawelle vermieden werden kann. Kernpunkt dabei ist nach wie vor die deutliche Reduktion räumlich enger Kontakte sowie Vorsichtsmaßnahmen vor allem in Innenräumen.

Die Ministerpräsidentenkonferenz hat beschlossen, dass Bundesländer ihre Maßnahmen an der Krankenhaus-Inzidenz orientieren. Wenn man statt der formalen Meldezahl z.B. den Maximalwert der letzten 4 Wochen verwendet, dann können hochkritische Bundesländer (mit Werten >9) eindeutig identifiziert werden; dies sind auch die Bundesländer mit einem hohen Anteil an COVID-19-Intensivstation-Fällen. Die meisten anderen Bundesländer sind derzeit schon in die Kategorie >6 einzurichten (kritisch). Auch wegen der neuen Omikron-Variante scheint es geboten, alle Bundesländer mindestens in die Kategorie kritisch einzurichten.

Maßnahmen für kritische Bundesländer

Für alle Bundesländer werden - neben der konsequenten Umsetzung der Basis-Regeln - folgende Maßnahmen empfohlen, deren Wirksamkeit belegt ist, und welche die Bewegungsfreiheit für Geimpfte nur wenig einschränken; stärker einschränkende Maßnahmen werden als "in Abhängigkeit der Hospitalisierungsinzidenz" formuliert.

1. **Allgemein:** An erster Stelle noch zügigeres Boostern und Impfen von circa 2 % der Bevölkerung oder mehr pro Tag². Das bedeutet rund 1.5 Millionen Impfungen pro Tag. Hierbei müssen vor allem spezielle Kapazitäten für ältere und vulnerable Personen bereitgestellt werden.
2. **Bereich Arbeit:** Konsequente Umsetzung der bestehenden 3G- und Homeoffice-Regeln (das reduziert auch Ansteckungen im öffentlichen Verkehr); zusätzlich medizinischer Mund-Nasen-Schutz in Büros oder bei Besprechungen mit mehr als 2 Personen in einem Raum.
3. **Veranstaltungen:** Reduktion der Gruppengröße oder Aussetzen von Veranstaltungen in Innenräumen mit mehr als 50 Personen und von Großveranstaltungen (> 1000 Personen) in Außenbereichen abhängig von der Hospitalisierungsinzidenz.
4. **Bereich öffentliche Freizeit (Restaurants, Bars, Clubs, Kinos, Sporthallen etc):** In Innenräumen 2G+, im Freien mindestens 2G. Medizinischer Mund-Nasen-Schutz außer in Gastronomie am Platz und beim Sport. Begrenzung der Personendichten bei hoher Hospitalisierungsinzidenz.
5. **Einzelhandel:** Medizinischer Mund-Nasen-Schutz; Begrenzung der Personendichten je nach Hospitalisierungsinzidenz.
6. **Schulen:** Teststrategie, möglichst mit Pool-PCR-Test; konsequentes Lüften; ggf. Luftreinigung; inzidenzabhängig ein medizinischer Mund-Nasen-Schutz auch im Unterricht; Reduktion der Gruppengröße bei sehr hohen Inzidenzen, in Übereinstimmung mit den S3 Leitlinien, spätestens ab 500 oder 1000 wöchentliche Neuinfektionen je 100.000 Einwohnern in der entsprechenden Altersgruppe im Landkreis; Aufhebung der Präsenzpflicht, um (1) Personen zu ermöglichen, sich selbst zu schützen, z.B. bis eine Impfung verfügbar ist, und (2) vor den Weihnachtsfeiertagen die Kontakte zu reduzieren.

Als **Erleichterung** ist folgendes möglich:

7. Sobald die tatsächliche Hospitalisierungsinzidenz (siehen unten) regional unter 3 absinkt, sind weitere Erleichterungen möglich, je nach gesellschaftlicher und politischer Priorisierung.

²Stellungnahme vom 11.11.2021; <https://arxiv.org/pdf/2111.08000>

8. Bei 2G+/3G+ Regelungen kann die Testpflicht für Personen ab 10 Tagen bis 5 Monate nach einer Auffrischungsimpfung entfallen.³

Im Hinblick auf die neue Virusvariante **Omicron** ist folgendes nötig:

9. Die rechtliche Grundlage für einen Not-Schutzschalter muss schnellstmöglich geschaffen werden.
10. Die Kontaktnachverfolgung der neuen Virusvariante Omikron sollte aktuell absolute Priorität haben. Hierfür sollten ausreichend Personal und Ressourcen zur Verfügung gestellt werden.
11. Ein systematische genomicsche Surveillance, die die neue Variante einschließt, ist essentiell.

Die obigen Maßnahmen werden - konsequent umgesetzt - in Bundesländern mit hoher Impfquote die Inzidenzen und damit die erwarteten Krankenhausbelastungen mittelfristig absenken.

Maßnahmen für hochkritische Bundesländer

In den hochkritischen Bundesländern sind die unter 1-6 beschriebenen Maßnahmen nicht ausreichend, um die Krankenhäuser *schnell* zu entlasten. Dafür müssen zusätzlich folgende Bereiche für diese Bundesländer in den Blick genommen werden:

12. **Private Kontakte**, also private Besuche in Innenräumen bei Familienangehörigen und Freunden. Hier ist es wichtig, die Anzahl unterschiedlicher Kontakte zu reduzieren. Wirksame Maßnahmen zielen darauf, dass jeder Haushalt ein bis zwei enge, feste Kontaktshaushalte hat und darüber hinausgehende Kontakte nur noch im Freien stattfinden.
13. Zwischen dem öffentlichen und dem privaten Raum existiert noch ein **intermediärer Bereich**. Dies betrifft z.B. Vereine, Kirchengemeinden, Sport, Laienmusik, etc. Auch dieser muss in die Kontaktbeschränkungen einbezogen werden.
14. **Erwachsenenbildung und Universitäten**: Generell Online-Unterricht für alle außer für feste, sehr kleine Gruppen
15. **Schulen**: Als ultima ratio, wenn die oben genannten Maßnahmen nicht ausreichen oder falls pädiatrische Hospitalisierungen stark ansteigen, kann Online-Unterricht oder ein vorgezogener Beginn der Ferien z.B. in den zwei Wochen vor Weihnachten in Betracht gezogen werden. Dies sollte mit finanzieller Entlastung der Familien und möglichst

³ Wir wissen noch nicht, wie lange der Schutz gegen Ansteckung nach der dritten Impfung genau hält; insofern könnte diese Erleichterung, sobald wissenschaftliche Erkenntnis vorliegt, möglicherweise verlängert werden. Eine ähnliche Regel könnte für die ersten 3 bis 5 Monate nach der zweiten Impfung gelten, in Abhängigkeit vom Impfstoff. Generell sollte die Gültigkeitsdauer des Genesenen- und Impfzertifikats den aktuellen Erkenntnissen zu Übertragungsreduktion angepasst werden.

umfangreichen Unterstützungmaßnahmen für Kinder einhergehen, so dass die negativen Folgen für diese abgemildert werden.

Not-Schutzschalter rechtlich ermöglichen

Insbesondere in Hinblick auf neue Virusvarianten wie Omikron ist es wichtig und notwendig, dass klare Handlungspläne existieren, die bei einer hoher Wachstumsdynamik oder bei einer Überlastung des Gesundheitssystems sehr schnell umgesetzt werden können. Deswegen müssen die juristischen Voraussetzungen für einen Notschutzschalter⁴ schnellstmöglich geschaffen werden. Das Regelwerk sollte für alle Bundesländer gleichartig sein, um klare Kommunikation und Planbarkeit zu ermöglichen. Die Anwendung kann dann zügig erfolgen, damit in Zukunft entsprechend schnell und im Zweifel auch präventiv reagiert werden kann. Hier sei noch einmal betont, dass ein Notschutzschalter seine volle Wirkung in der *kurzen Dauer* nur dann entfaltet, wenn er wirklich stark umgesetzt wird⁵.

Technische Bemerkungen

- Es ist bekannt, dass die Hospitalisierungsinzidenz, wie derzeit vom Robert-Koch-Institut berichtet, die aktuelle Lage stark unterschätzt. Korrekturen sind relativ weit verbreitet. Die korrigierten Werte (siehe z.B. unten Tabelle 1) bilden die Situation besser ab. Nach diesen sollte man sich richten.
- Regional - bezogen auf die Bundesländer - liegt die Hospitalisierungsinzidenz über den Grenzwerten 6 bzw. 9, für die laut Ministerpräsidentenkonferenz weitere eindämmende Maßnahmen wirksam werden sollen.
- Die Maßnahmenpakete für die Grenzwerte 3 und 6 sind definiert, für den Grenzwert 9 jedoch nicht. Diese Unklarheit schränkt die Handlungsfähigkeit deutlich ein, macht eine Umsetzung extrem langsam und bietet keine Planungssicherheit.
- Digitale Meldewege, die eine tagesaktuelle Meldung der Hospitalisierung erlauben, müssen umgesetzt werden. In vielen Bereichen ist das bereits möglich, in anderen gibt es Raum für Verbesserung.
- Die Inzidenz und Intensivbelegung sind nach wie vor eng mit der Hospitalisierung verknüpft. Sie erlauben, teilweise nach Korrekturen, eine schnellere und umfassendere Bewertung der Lage als nur die Hospitalisierungsrate.

⁴ Stellungnahme vom 11.11.2021; <https://arxiv.org/pdf/2111.08000>

⁵ Stellungnahme vom 11.11.2021; <https://arxiv.org/pdf/2111.08000>

Omicron

Die Eigenschaften der neu beschriebenen SARS-CoV-2 "Variant of Concern" *Omicron* sind bisher noch unzureichend bekannt. Die rasche Verdrängung der bisher zirkulierenden Varianten in einigen Regionen im südlichen Afrika weist auf eine höhere Übertragbarkeit hin. Ob es vermehrt, verringert oder in gleicher Weise zu schweren Verläufen kommt, ist noch nicht bekannt. Die ausgeprägten Veränderungen im Oberflächen (Spike)-Protein der Omikron-Variante könnten dem Virus einen - zumindest partiellen - Immun-Escape erlauben. Allerdings gibt es hierzu bisher keine gesicherten Daten.

Ein rasches und konsequentes Handeln, das zu einer deutlichen Eindämmung des Infektionsgeschehens führt, ist zu diesem Zeitpunkt essentiell. Es ist nicht nur nötig, um die aktuelle Welle zu brechen, sondern auch um Infektionen mit der Omikron-Variante zu identifizieren, konsequent nachzuverfolgen und einzudämmen, bis wir mehr über diese besorgniserregende Variante wissen.

In diesem Fall gilt klar: "If you need to be right before you move, you will never win."

Liste der Autor:innen (mit Affiliation)

Eva Grill, Institut für Medizinische Informationsverarbeitung, Biometrie und Epidemiologie, Ludwig-Maximilians-Universität München, München

Emil Iftekhar, Max Planck Institut für Dynamik und Selbstorganisation, Göttingen

Christian Karagiannidis, Lungenklinik Köln-Merheim, Universität Witten/ Herdecke

André Karch, Westfälische Wilhelms-Universität Münster, Münster

Mirjam Kretzschmar, University Medical Center Utrecht, Utrecht, Die Niederlande

Berit Lange, Epidemiologie, Helmholtz-Zentrum für Infektionsforschung, Braunschweig

Kai Nagel, Fachgebiet Verkehrssystemplanung und Verkehrstelematik, TU Berlin, Berlin

Armin Nassehi, Institut für Soziologie, Ludwig-Maximilians-Universität München, München

Mathias Pletz, Institut für Infektionsmedizin und Krankenhaushygiene, Universitätsklinikum Jena, Jena

Viola Priesemann, Max Planck Institut für Dynamik und Selbstorganisation und Georg-August-Universität, Göttingen

Ulrike Protzer, Institut für Virologie, TU München / Helmholtz Zentrum München, München

Anita Schöbel, Fraunhofer-Institut für Techno- und Wirtschaftsmathematik / Fachbereich Mathematik, TU Kaiserslautern, Kaiserslautern

Andreas Schuppert, RWTH Aachen / Universitätsklinikum Aachen, Aachen

Klaus Überla, Virologisches Institut, Universitätsklinikum Erlangen, Erlangen

Hajo Zeeb, Leibniz Institut für Präventionsforschung und Epidemiologie-BIPS, Bremen

Material

Bundesland	Aktuell gemessene Hospitalisierungsinzidenz (RKI)	Max. Hospitalisierungs-d. letzten 4 Wochen
Brandenburg	3,6	7
Berlin	3,2	6,5
Baden-Württemberg	5,8	9,3
Bayern	9,5	14
Bremen	5,9	6,2
Hessen	4,3	7
Hamburg	2,5	4,8
Mecklenburg-Vorpommern	7,3	9,7
Niedersachsen	2,6	3,3
Nordrhein-Westfalen	4,2	6,2
Rheinland-Pfalz	3,5	6,3
Schleswig-Holstein	4,1	4,7
Saarland	3,1	4
Sachsen	4,4	15,1
Sachsen-Anhalt	11,7	15,3
Thüringen	18,4	26,6

Quelle für Spalten 2 und 3: https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Situationsberichte/COVID-19-Trends/COVID-19-Trends.html
Stand: 23.11.2021.

Tabelle 1: Übersicht der Hospitalisierungsinzidenzen in allen Bundesländern, Stand 23.11.2021.
Spalte 2: Hospitalisierungsinzidenz laut RKI am Stichtag. Wird später nach oben korrigiert wg. Nachmeldungen. Spalte 3: Maximum der Hospitalisierungsinzidenz der letzten 4 Wochen. Mit

zunehmender Annäherung an den Stichtag fehlen zunehmend mehr Meldungen. Bei ansteigenden Inzidenzen ist es daher sehr wahrscheinlich, dass das hier dargestellte Maximum über die letzten 4 Wochen immer noch niedriger liegt als die faktische Hospitalisierungsinzidenz am Stichtag. Es gibt elaborierte Verfahren zur Korrektur, welche in der derzeitigen Situation typischerweise zu höheren Resultaten führt. Hier gilt es lediglich aufzuzeigen, dass die Meldeverzögerungen zu einer deutlichen Unterschätzung führen. Es gibt in einigen Bundesländern auch schon jetzt eine zuverlässige Erfassung.

Mittelfristige Maßnahmen	Veränderung des R-Wertes
Booster: 2% der Bevölkerung pro Tag; Impfabstand mind. 6 Monate. Gleiche Reihenfolge wie ursprüngliche Impfung.	-0,15
Booster: 2% der Bevölkerung pro Tag; Impfabstand mindestens 5 Monate.	-0,3
Booster: 1% der Bevölkerung pro Tag; Impfabstand mindestens 5 Monate.	-0,15
Booster: 0,5% der Bevölkerung pro Tag; Impfabstand mindestens 5 Monate.	-0,05

Tabelle 2: Reduktion des R-Wertes für verschiedene mittelfristige Maßnahmen. Die Veränderung der R-Werte bezieht sich auf den Zeitpunkt 20 Tage nach der Einführung der Maßnahme. Quelle: <https://doi.org/10.14279/depositonce-12672>. Enthält auch Berechnungen für die Wirkung anderer Maßnahmen.

Anlage 5

Hauptausschuss

- Sekretariat -

Deutscher Bundestag
Hauptausschuss

20 zu 4. Ergänzung

20. Wahlperiode

4. Ergänzung
der Zusammenstellung
der schriftlichen Stellungnahmen,
die dem Hauptausschuss zu seiner öffentlichen Anhörung
am 8. Dezember 2021

zum

Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Impfprävention gegen COVID-19 und
zur Änderung weiterer Vorschriften im Zusammenhang mit der
COVID-19-Pandemie

(BT-Drucksache 20/188)

zugeleitet wurden.

- Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände e. V. (BDA)

Impfquote ausweiten – Lockdown verhindern!

Stellungnahme zum Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Impfprävention gegen COVID-19 und zur Änderung weiterer Vorschriften im Zusammenhang mit der COVID-19-Pandemie

Dezember 2021

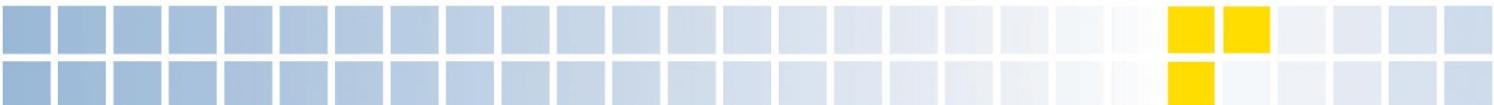
Zusammenfassung

Angesichts des dynamischen Corona-Infektionsgeschehens und der neuen Omikron-Variante wächst der Handlungsdruck. Impfungen schützen nicht nur den Einzelnen gegen die Erkrankung. Sie verhindern gleichzeitig die Weiterverbreitung in der Bevölkerung, vorausgesetzt die erreichte Immunisierung durch Impfungen ist in der Bevölkerung hoch genug. Aufgrund der Delta-Variante sollten laut Berechnungen des Robert-Koch-Instituts (RKI) mindestens 85 Prozent der 12- bis 59-Jährigen und 90 Prozent der Senioren ab 60 Jahren vollständig geimpft sein. Deutschland hat die entsprechenden Impfquoten bislang nicht erreicht. Die bisherige Gesundheitsaufklärung über die Gefahren des Coronavirus und materielle Anreize zum Impfen haben nicht ausgereicht. Vor diesem Hintergrund ist die Einführung einer (partiellen) Impfpflicht zur Stärkung der Impfkampagne zu begrüßen.

Aufgrund der steigenden Infektionszahlen in Verbindungen mit drohenden neuen Virusvarianten hat die Dimension der Corona-Pandemie eine neue Ausprägung. Nur eine Grundimmunisierung der Bevölkerung kann die drohende Überlastung der Krankenhäuser dauerhaft abwenden. Mit der Einführung einer (partiellen) Impfpflicht stellt der Gesetzgeber die Funktionsfähigkeit der medizinischen Grundversorgung sicher und kommt so seiner verfassungsrechtlich abgeleiteten Schutzpflicht für Leib und Leben nach.

Durch eine sehr hohe Impfquote bei Personen, die in bestimmten Einrichtungen und Unternehmen Kontakt zu besonders vulnerablen Personengruppen haben können, wird das Risiko gesenkt, dass sich diese Personengruppen mit dem Coronavirus infizieren können. Im Vergleich zu nicht geimpften Personen sinkt das Ansteckungspotential in erheblichem Ausmaß. Das gilt auch gegenüber geimpften vulnerablen Personen, da eine Schutzimpfung gerade bei älteren und immunsupprimierten Personen eine Infektion nicht in ausreichendem Maß verhindert.

Notwendig ist es, alles zu tun, was einen weiteren vollständigen oder auch partiellen Lockdown der Wirtschaft verhindert. Das Brechen der vierten bzw. die Verhinderung einer fünften Welle lassen sich nicht dadurch erreichen, die Wirtschaft noch mehr als bisher schon zu belasten. Sonderopfer für einzelne Branchen müssen unterbleiben. Arbeitsplätze und Arbeitsabläufe müssen gesichert und geschützt werden. Dazu gehören auch Regelungen, die flankierend im Arbeitsrecht wirken. Die vorgesehenen Anpassungen im Betriebsverfassungsgesetz und anderen Regelungsebenen des kollektiven Arbeitsrechts gehören dazu. Sehr wünschenswert ist es, ebenfalls die bis Mitte des vergangenen Jahres geltende Öffnung des Arbeitszeitgesetzes wieder zu ermöglichen. Gerade eine flexible Arbeitszeit ist in einer krisenhaften Situation ein Instrument, Produktion und Dienstleistung nachhaltig zu unterstützen.



Im Einzelnen

Artikel 1 - Änderung des Infektionsschutzgesetzes

Immunitätsnachweis gegen COVID-19, § 20a IfSG-E

Die ab dem 15. März 2022 für Personen, die in den in § 20a Abs. 1 IfSG-E genannten Einrichtungen und Unternehmen der Gesundheitsversorgung tätig sind, vorgesehene Pflicht zum Nachweis einer Impfung oder Genesung ist ein wichtiger Beitrag zur Bekämpfung der Pandemie. Durch diese Verpflichtung wird insbesondere Vorsorge gegen weitere Infektionswellen in der Zukunft getroffen, da bei höheren Impfquoten der Anteil von schwer erkrankten Personen sinkt und mehr Menschen gegen einen schweren Verlauf geschützt sind. Außerdem werden Patienten und zu pflegende Personen, die häufig zu besonders vulnerablen Personengruppen gehören, zusätzlich geschützt, da die Impfung auch die Übertragungswahrscheinlichkeit des Virus senkt. Richtig ist, dass aus Gründen der Verhältnismäßigkeit Befreiungen von der Impfpflicht möglich sind, sofern eine medizinische Kontraindikation durch ärztliches Attest nachgewiesen wird. Für Rechtssicherheit in der Praxis ist eine Klarstellung erforderlich, welche Personen von der Pflicht erfasst werden, ob z. B. auch externe Dienstleister bei Tätigkeiten in der Einrichtung die entsprechenden Nachweise gegenüber der Einrichtung erbringen müssen.

Art. 23 Abs. 3 sieht in Verbindung mit Art. 2 Nr. 1 des Entwurfs ein Außerkrafttreten der Regelung zur Impfpflicht im Gesundheitswesen zum 31. Dezember 2022 vor. Aufgrund des nicht vorhersehbaren Verlaufs der Pandemie und des Risikos weiterer Virusvarianten sollte erwogen werden, ob die Regelung in § 20a IfSG nicht über den 31. Dezember hinaus gelten soll, um insbesondere die vulnerablen Personengruppen in den Einrichtungen im Gesundheitswesen zu schützen und Impfquoten dauerhaft auf einem hohen Niveau zu halten.

Ausbau der gesamten Impfstofflogistik erforderlich, § 20b IfSG-E

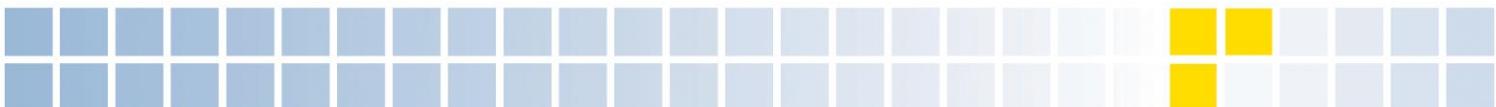
Zur Steigerung des Impftempos ist die Erweiterung des Kreises der impfberechtigten grundsätzlich zu begrüßen. Zusätzlich zu der Zahl der impfenden Stellen muss sichergestellt werden, dass die Impfstofflogistik funktioniert und alle impfberechtigten Stellen in der benötigten Menge Impfstoff bestellen können und auch beliefert bekommen. Die Ausweitung der Impfberechtigten darf nicht dazu führen, dass im Ergebnis zu geringe Impfstoffmengen zugeteilt werden und durch bereits bestehende impfende Stellen nicht alle Impfungen ausgeführt werden können, die nach Kapazitäten und Nachfrage möglich wären. Aktuell tritt diese Situation jedoch bedauerlicherweise ein.

Durchsetzbarkeit der Impfverpflichtung, § 73 Abs. 1a Nr. 7e bis 7h IfSG-E

Verstöße gegen die Pflicht zum Nachweis einer Impfung und die Beschäftigung ohne eine Impfung mit einem Bußgeld zu sanktionieren ist ein wichtiger Schritt für die Durchsetzung der geplanten Neuregelung. Die Regelung verdeutlicht, dass eine Impfpflicht nicht mit körperlichem Zwang, sondern über eine Sanktionierung von Verstößen mit Bußgeldern vollsteckt wird. Dies sollte auch in der Kommunikation der neuen Vorschriften hervorgehoben werden, um mit falschen Vorstellungen aufzuräumen und die Rechtmäßigkeit einer solchen Regelung zu betonen.

Ausschluss von Schließungen weiterhin sinnvoll, § 28a Abs. 8 IfSG-E

Die vorgesehenen Änderungen zu möglichen Schutzmaßnahmen für die Länder sehen richtigerweise weiterhin einen Ausschluss von flächendeckenden Schließungen von Betrieben, Gewerben sowie des Einzel- oder Großhandels vor. Die Einschränkung, dass gastronomische Einrichtungen, Freizeit- oder Kultureinrichtungen sowie Messen oder Kongresse nun doch geschlossen werden können, bedeutet für die betroffenen Betriebe wie für deren Beschäftigte erhebliche Einbußen und Unsicherheit. Pauschale Schließungen machen bislang mit Erfolg angewandte Hygienekonzepte hinfällig und nehmen den Betrieben jegliche Beschäftigungsmöglichkeiten. Beschränkungen und Schließungen von Betrieben und Gewerben müssen stets sorgfältig



tig geprüft und der Nutzen dieser Maßnahmen mit den Folgen für die Betriebe abgewogen werden. Entscheidend für die Wirtschaft ist, dass ein transparenter, konsistenter und möglichst einheitlicher Maßnahmenkatalog vorgesehen wird. Möglich wäre z. B. die Kopplung bestimmter Maßnahmen an festgelegte Schwellenwerte, um eine differenzierte und maßvolle Umsetzung von Schutzmaßnahmen sicherzustellen. Im Fall von Schließungen müssen für die betroffenen Branchen finanzielle Hilfen zur Verfügung stehen.

Verlängerung bestehender Schutzmaßnahmen zweifelhaft, § 28a Abs. 9 S. 1 IfSG

Es ist grundsätzlich nachvollziehbar, dass die Schutzmaßnahmen der Länder, die nach § 28a Abs. 1 i. V. m. § 28 Abs. 1 S. 1 und 2 IfSG bis zum 25. November 2021 in Kraft getreten sind, über den bislang vorgesehenen 15. Dezember 2021 hinaus, bis zum Ablauf des 15. Februar 2022 anwendbar bleiben. Zu beachten ist, dass diese Landesverordnungen noch auf der Grundlage eines uneingeschränkten Maßnahmenkataloges entstanden sind (§ 28a Abs. 1 - 6 IfSG). Sehen die Landesverordnungen bei Überschreiten bestimmter Schwellenwerte z. B. Betriebsenschließungen vor, sind diese damit weiterhin möglich – selbst dann, wenn sie über den Maßnahmenkatalog des § 28b Abs. 8 IfSG-E hinausgehen. Vor dem Hintergrund des voranschreitenden Impffortschritts ist zweifelhaft, ob derartige flächendeckende Betriebsschließungen auch weiterhin gerechtfertigt wären. Schließungen greifen erheblich in die Grundrechte der Betroffenen ein und sind allenfalls als ultima ratio möglich. Jedenfalls gilt auch hier: Im Fall von Schließungen müssen für die betroffenen Branchen finanzielle Hilfen zur Verfügung stehen.

Einschränkung der Übermittlungspflichten sinnvoll, § 28b Abs. 3 IfSG-E

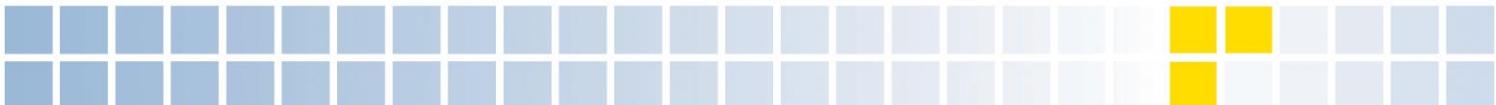
Die Einschränkung, dass die in § 28b Abs. 2 IfSG genannten Einrichtungen und Unternehmen die Angaben nach Abs. 3 S. 7 der zuständigen Behörde lediglich auf deren Verlangen zweimal wöchentlich anonymisiert zu übermitteln haben, kann die Bürokratiebelastung für diese Einrichtungen und Unternehmen verringern. Die Behörden können ihre Praxis an ihrer Erfahrung und Compliance in der Vergangenheit ausrichten und z. B. bei Einrichtungen und Unternehmen, die in der Vergangenheit ihre Pflichten verlässlich eingehalten haben, darauf verzichten, Nachweise nach Abs. 3 zweimal wöchentlich zu verlangen.

Neubeginn der Anspruchsdauer präzisieren, § 56 Abs. 1a S. 5, Abs. 2 S. 5 IfSG

Aufgrund des Auslaufens der epidemischen Lage wurde die Entschädigungsleistung nach § 56 Abs. 1a S. 5 IfSG - unabhängig vom Bestehen der epidemischen Lage – bis zum 19. März 2022 verlängert. Der Anspruch besteht nach § 56 Abs. 2 S. 5 IfSG für längstens 10 bzw. 20 Wochen pro Jahr bis zum 19. März 2022. Die Gesetzesbegründung stellt zu Recht klar, dass die epidemische Lage weiterhin der maßgebliche Zeitpunkt für einen etwaigen Neubeginn des Anspruchs bleibt. Damit ist sichergestellt, dass das ursprüngliche Schutzniveau des § 56 Abs. 1a IfSG mit dem Auslaufen der epidemischen Lage nicht abfällt. Stichtag für den Neubeginn der epidemischen Lage war der 28. März 2020. Hier hatte der Bundestag die epidemische Lage erstmals festgestellt. Da diese anhielt, trat am 28. März 2021 erstmals ein Neubeginn des Anspruchs ein. Hätte der Bundestag die epidemische Lage weiter – fortlaufend – festgestellt, würde am 28. März 2022 der Anspruch ebenfalls von Neuem beginnen. Da § 56 Abs. 1a S. 5 IfSG den Anspruch nun vom Fortbestand der epidemischen Lage entkoppelt und die Bezugsdauer bis zum 19. März 2022 verlängert wurde, bedeutet dies im Ergebnis, dass diejenigen, die ihren Anspruch nach § 56 Abs. 1a IfSG bis zum Auslaufen der epidemischen Lage noch nicht vollständig ausgeschöpft haben, weiterhin berechtigt sind, diesen bis zum 19. März 2022 geltend zu machen.

Verarbeitung des Impfstatus durch den Arbeitgeber sinnvoll, § 28b Abs. 1 und 3 IfSG

Im Rahmen der Anwendung der neuen 3G-Regelungen bestehen im Bereich des Datenschutzes zunehmend Rechtsunsicherheiten. Insbesondere auch deshalb, weil die Datenschutzbehörden sich teilweise eine übermäßig restriktive Interpretation zu eigen machen, in welchem Umfang § 28b Abs. 1 und 3 IfSG die Verarbeitung der jeweiligen Impf- bzw. Genesenennachweise legitimiert. Ob ein Beschluss der Datenschutzkonferenz erzielt werden kann, der bestätigt, dass § 28b Abs. 1 und 3 IfSG eine gesetzliche Grundlage für die Verarbeitung des Impfstatus durch den Arbeitgeber bildet, ist nicht sicher.



Um abschließend Rechtssicherheit zu erlangen, ist daher eine Klarstellung im Rahmen des verfügenden Teils oder seiner Begründung wünschenswert. Arbeitgeber sind schon heute nach der gesetzlichen Regelung berechtigt, personenbezogene Daten zum Impf-, Sero- und Teststatus in Bezug auf die Coronavirus-Krankheit zu verarbeiten. Einmal erhobene Impf- bzw. Genesenendaten dürfen weiter genutzt werden - soweit und solange dies für den Gesundheitsschutz im Betrieb erforderlich ist, etwa für die Anpassung betrieblicher Hygienekonzepte. Das umfasst selbstverständlich auch eine Speicherung der Daten, um ggf. gegenüber der Kontrollbehörde eine erfolgte Kontrolle nachzuweisen.

Artikel 3 - Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes

Freihaltepauschalen für Krankenhäuser nachvollziehbar, § 21 KHG-E

Es ist sachlich nachvollziehbar, dass der Bund Ausgleichszahlungen an die Krankenhäuser leistet (sog. Freihaltepauschalen), wenn diese zur Erhöhung der Verfügbarkeit der Behandlungskapazitäten planbare Aufnahmen, Operationen und Eingriffe in medizinisch vertretbarer Weise verschieben oder aussetzen, und bei diesen Krankenhäusern entsprechend ein Belegungsrückgang im relevanten Zeitraum eintritt. Die Krankenhäuser werden durch die Pandemie vor große Herausforderungen gestellt und es ist richtig, durch die Freihaltung von Behandlungskapazitäten für Covid-19 Fälle entstehende negative finanzielle Folgen und drohende Liquiditätsengpässe im Rahmen der Pandemiebewältigung durch Steuermittel auszugleichen. Es ist jedoch sicherzustellen, dass die vorgesehenen Ausgleichszahlungen so ausgestaltet werden, dass es nicht zu Mitnahmeeffekten oder ungerechtfertigten Überzahlungen kommen kann.

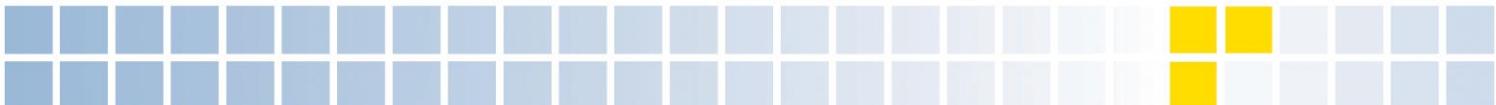
Artikel 5 ff. - Änderungen des kollektiven Arbeitsrechts

Zusätzliche Virtualisierungsmöglichkeiten sind wichtiger Beitrag zum Infektionsschutz

Die erneute Regelung der Möglichkeiten zur Durchführung virtueller Betriebsversammlungen, Betriebsräteversammlungen und Versammlungen der Jugend- und Auszubildendenvertretung sowie zur virtuellen Teilnahme an Sitzungen der Einigungsstelle ist zum Zweck des Infektionsschutzes erforderlich und zu begrüßen. Dasselbe gilt für die vorgesehenen virtuellen Durchführungsmöglichkeiten von Versammlungen nach dem Sprecherausschussgesetz und die Virtualisierungsmöglichkeiten der Arbeit des Europäischen Betriebsrats, des SE-Betriebsrats und des SCE-Betriebsrats sowie des Heimarbeitsausschusses.

Die für den Deutschen Bundestag jeweils vorgesehene Verlängerungsmöglichkeit per Beschluss sollte – wenn sie gebraucht wird – so rechtzeitig genutzt werden, dass Unternehmen und Betriebe möglichst frühzeitig Planungssicherheit haben. Dies gilt insbesondere mit Blick auf die von März bis Ende Mai 2022 stattfindenden Betriebsratswahlen, in deren Vorfeld häufig Betriebsversammlungen durchzuführen sind und die insbesondere bei großen Unternehmen mit Vorlauf geplant werden müssen. Unternehmen und Betriebe brauchen rechtzeitig Rechtssicherheit, ob solche Versammlungen auch über den 19. März hinaus mittels audiovisueller Einrichtungen durchgeführt werden können.

In den kommenden Monaten stehen in der Mehrzahl der Unternehmen die Betriebsratswahlen an. Rechtssicherheit ist hierfür unverzichtbar. Zumindest bietet es sich an, klarzustellen, wie Briefwahlen erleichtert werden können, um so dem Infektionsschutz Vorschub zu leisten. Das gilt entsprechend bei Wahlen von Arbeitnehmervertretern im Aufsichtsrat, wenn diese im Einvernehmen der Betriebspartner aus Gründen des Infektionsschutzes per Briefwahl oder elektronisch durchgeführt werden sollen. Auch fehlen rechtssichere Regelungen zu virtuellen Arbeitsmöglichkeiten der Wahlvorstände in den Wahlordnungen zu den Mitbestimmungsgesetzen sowie in der Wahlordnung zum Sprecherausschussgesetz.



Insbesondere für die Sitzungen des Heimarbeitsausschusses sollte zusätzlich geprüft werden, ob die Regelung zur virtuellen Teilnahme an Sitzungen nicht – analog den Regelungen für den Tarifausschuss und die Mindestlohnkommission dauerhaft im Gesetz festgelegt werden kann. Dies würde für zusätzliche Rechtssicherheit sorgen und die Planung und Durchführung der Sitzungen in vielen Fällen erleichtern. Das Vorschlagsrecht für eine virtuelle Sitzung sollte in diesem Fall nicht auf den Vorsitzenden beschränkt sein, sondern auch den Mitgliedern offenstehen.

Die auch im Rahmen des Arbeitnehmerentsendegesetzes vorgesehene Möglichkeit, für die Durchführung von Sitzungen und Beschlussfassungen der Pflegekommission technische Möglichkeiten zu nutzen, ist zu begrüßen. So kann deren Funktions- und Handlungsfähigkeit auch ohne Sitzungen in physischer Präsenz sichergestellt werden.

Ansprechpartner:

BDA | DIE ARBEITGEBER

Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände

Abteilung Arbeitsrecht und Tarifpolitik

T +49 30 2033-1200

Arbeitsrecht@arbeitgeber.de

Abteilung Soziale Sicherung

T +49 30 2033-1600

Soziale.Sicherung@arbeitgeber.de

Die BDA organisiert als Spaltenverband 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.

Zusammenstellung
der schriftlichen Stellungnahmen,
die dem Hauptausschuss zu seiner öffentlichen Anhörung
am 8. Dezember 2021

zum

Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Impfprävention gegen COVID-19 und
zur Änderung weiterer Vorschriften im Zusammenhang mit der
COVID-19-Pandemie

(BT-Drucksache 20/188)

ohne Aufforderung zugeleitet wurden.

- Bundesverband Medizintechnik e. V. (BVMed)
- Berufsverbandes Deutscher Oralchirurgen (BDO)
- Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V. (MDS)
- Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin (DGIM)
- Elterninitiative „Schule bleibt offen“
- Ärzte für individuelle Impfentscheidung e. V. (ÄFI)
- Paritätischer Gesamtverband
- Bundespflegekammer
- Internistische Fachgesellschaften
- Prof. Dr. Cornelia Betsch
- Diakonie Deutschland Evangelisches Werk für Diakonie und Entwicklung e. V.

Deutscher Bundestag
An die Mitglieder des Hauptausschusses

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, 06.12.2021

BVMed-Stellungnahme zum Gesetzentwurf der Fraktionen der SPD, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und FDP für ein

Gesetz zur Stärkung der Impfprävention gegen COVID-19 und zur Änderung weiterer Vorschriften im Zusammenhang mit der COVID-19-Pandemie

I. Einleitung

Nach dem Gesetzentwurf ist eine Impfpflicht bestimmter Personengruppen zum Schutze der vulnerablen Personen in klar definierten Einrichtungen geplant.

Der BVMed bittet zur Klarstellung der Hilfsmittel- und Homecare-Leistungserbringer sowie Mitarbeiter der Medizintechnik als Dienstleister einzubeziehen, die in Einrichtungen und im ambulanten Bereich mit vulnerablen Gruppen arbeiten bzw. Kontakt haben können.

Nur mit einer Klarstellung kann eindeutig und ohne zusätzlichen rechtlichen Klärungsbedarf der Adressatenkreis der von der Impfpflicht umfassten Personen festgelegt werden.

II. Änderungen im Gesetzentwurf

1. § 20a Absatz 1 Nummer 1 wird wie folgt ergänzt:

1.a) Hilfsmittelleistungserbringer, Homecare-Versorger

Nach § 20a Abs. 1.Nr. 3 wird folgende Nr. 4 angefügt:

4. Personen, die als externe Dienstleister in den Einrichtungen nach § 23 Absatz 3 Satz 1 Nummer 1 und Einrichtungen und Unternehmen nach § 23 Absatz 3 Satz 1 Nummer 11 oder nach § 36 Absatz 1 Nummer 2 oder 7 verkehren und zur Ausübung ihrer Tätigkeit mittel- oder unmittelbar Kontakt zu vulnerablen Personen haben.

Begründung:

Analog zur Coronavirus-Impfverordnung – CoronalmmpfV soll sich die Anforderung an eine Impf- und Genesenendokumentation ab dem 1. Januar 2022 auch an externe Dienstleister von Medizinprodukte-Unternehmen richten. Laut den offiziellen Erläuterungen der CoronalmmpfV gehören Mitarbeiter:innen aus Medizinprodukte-Unternehmen zu dem priorisierten Personenkreis für eine Impfung gegen Covid-19:

- > Höchste Impfpriorität nach § 2 Abs. 1 Nummer 2: Medizinprodukteberater:innen bei der Operationsbegleitung
- > Höchste Impfpriorität nach § 2 Abs. 4 Nummer 4: Gesundheitspfleger:innen und Hilfsmittelleistungserbringer, die im Rahmen der ambulanten Hilfsmittelversorgung in Einrichtungen bzw. der Häuslichkeit tätig sind, beispielsweise Stoma-Therapeuten, Mitarbeiter im Rahmen von ambulanten Infusions- und Ernährungstherapien.
- > Hohe Impfpriorität nach § 3 Abs. 1 Nummer 7: Außendienst-Techniker:innen sowie Medizintechnik
- > Erhöhte Impfpriorität nach § 4 Abs. 1 Nummer 5: Medizintechnikindustrie und medizinischer Großhandel

Mit dieser Klassifizierung ist auch eine Risikobewertung zum Schutz von vulnerablen Personen verbunden, die trotz der Aufhebung der Impfpriorisierung und Impfreihenfolge weiterhin Bestand hat und die sich daher in der Regelung zum Immunitätsnachweis gegen COVID-19, mit dem Ziel das Ansteckungspotential in dieser Personengruppe zu reduzieren, widerspiegeln sollte. Gleichzeitig wird durch sie die Unverzichtbarkeit von Medizintechnik-Mitarbeiter:innen in medizinischen Einrichtungen vor Ort und der Hilfsmittel-Leistungserbringer zum Ausdruck gebracht, die im Gesetz zur Stärkung der Impfprävention gegen COVID-19 ebenfalls Beachtung finden sollte. Mitarbeiter:innen leisten Unterstützungen hinsichtlich der sicheren und wirksamen Anwendung von Produkten, führen die Wartung und Service von medizinischen Geräten durch, leiten Patienten von der stationären Versorgung in die ambulante Hilfsmittelversorgung über und stellen sicher, dass Menschen mit einem Hilfsmittelbedarf weiterhin in der Häuslichkeit und im Pflegeheim verbleiben können.

Mitarbeiter sind bei Operationen integraler Bestandteil des OP-Teams, sodass wichtige Eingriffe ohne sie nicht stattfinden können, insbesondere bei dringenden, nicht elektiven Eingriffen und anderen medizinisch notwendigen Verfahren müssen sie im Operationssaal gegenwärtig sein.

Im Rahmen der Hilfsmittelversorgung konnte sichergestellt werden, dass Patienten trotz intensiven Unterstützungsbedarf im Rahmen ihrer Hilfsmittelversorgung vom stationären Bereich in die ambulante Versorgung überführt und dort gehalten werden konnten. Auch dadurch wurde ein wesentlicher Beitrag geleistet, die überlasteten stationären Strukturen zu entlasten.

Die Einführung einer Pflicht für den Schutz vor COVID-19 ist in Nachbildung zu der bereits bestehenden Masernimpfpflicht formuliert und zielt, wie bereits die Masernimpfpflicht, nicht auf den Beschäftigungsstandort sondern auf den Tätigkeitsort des betroffenen Personenkreises ab. Dieses begrüßen wir ausdrücklich.

Mit der Einführung der Masernimpfpflicht bestand anfänglich Klärungsbedarf, ob von dieser Impfpflicht auch in Pflegeheimen / Krankenhäusern tätige Mitarbeiter von externen Dienstleistern wie beispielsweise Hilfsmittelleistungserbringern umfasst sind, sofern sie dort im Zuge der Hilfsmittelversorgung an Patienten persönlich tätig sind. Zwischenzeitlich ist hinsichtlich der Masernimpfpflicht eine Klärung dahingehend erfolgt, dass auch Mitarbeiter externer Dienstleister bei Tätigkeiten an Patienten in z. B. Pflegeheimen eine entsprechende Masernimpfung verpflichtend bei ihrem Arbeitgeber nachweisen müssen.

In dem Gesetzentwurf konnten wir nicht erkennen, ob es eine angemessene Reaktionsfrist für ungeimpfte Menschen gibt, die in den genannten Institutionen arbeiten. Da eine vollständige Impfung mindestens 6 bis 8 Wochen braucht (und derzeit zu wenig Impftermine angeboten werden), sollte das Gesetz vorsehen, dass Menschen, die bei Veröffentlichung des Gesetzes noch nicht geimpft sind, in den ersten 2 bis 3 Monaten danach immer noch in den Institutionen arbeiten dürfen, natürlich nur mit Testnachweis. Erst danach sollten sie die Institutionen nicht mehr betreten dürfen.

Um den wirtschaftlichen Schaden dann so minimal wie möglich zu halten, plädieren wir für dann immer noch ungeimpfte Mitarbeiter für eine sofortige Freistellung ohne Ansprüche. Aufgrund der „betrieblichen Impfpflicht“ sollte eine Anordnung kraft Direktionsrechts als Arbeitgeber gegeben sein, um rechtlichen Folgekosten entgegen zu wirken.

Im engeren Sinne sind damit konkrete rechtliche Regelungen notwendig, die folgende Punkte beinhaltet:

- > Wegfall der Kündigungsfrist oder Verkürzung der Kündigungsfrist (unabhängig von der Betriebszugehörigkeit etc.);
- > keine Lohnfortzahlung während der Freistellung;
- > Sicherstellung, dass Kündigungen für den Arbeitgeber rechtssicher sind;
- > in Anbetracht der betrieblichen Notwendigkeit sollten Arbeitnehmer dann nicht berechtigt sein, Ansprüche in irgendeiner Form geltend zu machen.

Darüber hinaus sollte der Entwurf klarstellen, welche Einrichtungen betroffen sind. Aktuell scheinen nur Krankenhäuser und Pflegeeinrichtungen berücksichtigt zu werden. Der gesamte niedergelassene Bereich sollte hier ebenfalls mit aufgenommen werden.

Dies setzt voraus, dass die Unternehmen Mitarbeiter hinsichtlich Impfstatus kontrollieren und diesen erfassen dürfen. Bei der Masernimpfung sind die Krankenhäuser und Einrichtungen sowie der jeweils direkt betroffene Mitarbeiter in der Pflicht und Verantwortung. Arbeitgeber im medizintechnischen Bereich sind hier außen vor. Sie brauchen diesen Kontrollmechanismus jedoch für die Steuerung der täglichen Arbeitsabläufe und personelle Maßnahmen.

2. § 20a Abs. 2 wird wie folgt ergänzt:

(2) Personen, die in den in Absatz 1 Satz 1 genannten Einrichtungen, **oder** Unternehmen **und** externen **Dienstleistern** tätig sind [...].

Begründung

Die Aufnahme externer Dienstleister in § 20a Abs. 2 ist erforderlich, um die Überprüfbarkeit durch den jeweiligen Arbeitgeber sicherzustellen.

3. Notwendige Änderung: § 23a Personenbezogene Daten über den Impf- und Serostatus von Beschäftigten

(1.) Soweit es zur Erfüllung von Verpflichtungen aus § 23 Absatz 3 in Bezug auf übertragbare Krankheiten erforderlich ist, darf der Arbeitgeber personenbezogene Daten eines Beschäftigten über dessen Impf- und Serostatus verarbeiten, um über die Begründung eines Beschäftigungsverhältnisses oder über die Art und Weise einer Beschäftigung zu entscheiden. Dies gilt nicht in Bezug auf übertragbare Krankheiten, die im Rahmen einer leitliniengerechten Behandlung nach dem Stand der medizinischen Wissenschaft nicht mehr übertragen werden können.

(2.) Der Arbeitgeber darf die aus den Nachweisen nach § 20a Abs. 2 gewonnen personenbezogenen Daten eines Beschäftigten nach § 20a Abs. 1 über dessen Impf- und Serostatus verarbeiten, um über die Begründung eines Beschäftigungsverhältnisses oder über die Art und Weise einer Beschäftigung zu entscheiden.

(3.) Im Übrigen gelten die Bestimmungen des allgemeinen Datenschutzrechts.

Begründung:

Es sollte eine spezifische, datenschutzrechtliche Grundlage geschaffen werden, die es dem Arbeitgeber ermöglicht, relevante Informationen und Dokumente über den Impfstatus zu erfragen, einzusehen, zu erfassen, für Zwecke der Einsatzplanung, des Nachweises und weiterer relevanter Verwaltungstätigkeiten (z. B. Tracking, Follow-up wegen Ablauf der Gültigkeitsdauer von Impfnachweisen) zu verarbeiten und der jeweiligen Leitung der betroffenen Einrichtungen zur Verfügung zu stellen.

Die Vorgabe des § 36 Abs. 3 reicht als Grundlage nicht aus, da sie nur bei Feststellung einer epidemiischen Tragweite von nationaler Tragweite greift.

III. Klarstellungsvorschlag

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 präpandemische 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.

BVMed – Bundesverband
Medizintechnologie e. V.



Stellungnahme des Berufsverbandes Deutscher Oralchirurgen zum Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Impfprävention

Der Berufsverband Deutscher Oralchirurgen erlaubt sich zum Gesetzentwurf der Bundestagsfraktionen der SPD, von Bündnis90/Die Grünen und der FDP zur Stärkung der Impfprävention wie folgt Stellung zu beziehen:

Zu Artikel 1 Nr. 4, § 20b Infektionsschutzgesetz neu

Die theoretischen Kenntnisse zu Schutzimpfungen sowie zur Postexpositionsprophylaxe die Erlangung der dazugehörigen Fertigkeiten, sind Inhalt der Weiterbildung zur Fachzahnärztin / zum Fachzahnarzt für Oralchirurgie. Diese Kompetenzen gehören zu den Weiterbildungsinhalten gemäß Musterweiterbildungsordnung Zahnärzte der Bundeszahnärztekammer sowie der Weiterbildungsordnungen der Landeszahnärztekammern. Oralchirurginnen und Oralchirurgen beraten auch in ihrer beruflichen Betätigung über Schutzimpfungen (z.B. gegen Humane Papillomviren) und verabreichen Schutzimpfungen, beispielweise solche gegen Tetanus.

Es sollte u.E. deshalb in Artikel 1, 4. in § 20b Infektionsschutzgesetz neu ergänzt werden, dass es der ärztlichen Schulung nebst Bescheinigung der erfolgreichen Teilnahme nicht bedarf, soweit bereits im Rahmen einer Weiterbildung die notwendigen Kenntnisse und Fähigkeiten zu Schutzimpfungen erlangt wurden. In diesen Fällen sollte es hinreichend sein, dass sich der Fachzahnarzt / die Fachzahnärztin die besonderen Kenntnisse zu Covid-19-Schutzimpfung, im Vorfeld der Aufnahme der Impftätigkeit (sowie dies für jede Ärztin / jeden Arzt gilt), selbst aneignet, ohne dass es hierfür eines Nachweises bedarf.

**Stellungnahme
des Medizinischen Dienstes
des Spaltenverbandes Bund der Krankenkassen e.V. (MDS)**

zum

**Gesetzentwurf
der Fraktionen der SPD, BÜNDNIS90/DIE GRÜNEN und FDP
Gesetz zur Stärkung der Impfprävention gegen COVID-19 und zur Änderung
weiterer Vorschriften im Zusammenhang mit der COVID-19-Pandemie**

Stand: 7. Dezember 2021

II Stellungnahme zum Gesetzentwurf:

Zu Artikel 15 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Änderung des § 114 Abs. 2a SGB XI (Durchführbarkeit von Qualitätsprüfungen während der Pandemie)

Beabsichtigte Neuregelung

Der Satz 1 in § 114 Abs. 2a SGB XI soll gestrichen werden, nach dem im Zeitraum vom 1. Oktober 2020 bis zum 31. Dezember 2021 in allen zugelassenen Pflegeeinrichtungen eine Regelprüfung durchzuführen ist, wenn die Situation vor Ort es aufgrund der SARS-CoV-2-Pandemie zulässt. Gleichzeitig bleibt die Aufgabe des GKV-Spitzenverbandes bestehen, im Benehmen mit dem MDS und dem PKV-Prüfdienst sowie im Einvernehmen mit dem BMG das Nähere zur Durchführbarkeit von Prüfungen unter Pandemiebedingungen zu beschließen. Dabei sind die aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnisse zu berücksichtigen und Aktualisierungen entsprechend der Entwicklung der Covid-19-Pandemie vorzunehmen.

Bewertung:

Durch die Streichung des Satzes 1 in § 114 Abs. 2a SGB XI tritt ab dem 1. Januar 2022 die Verpflichtung des Medizinischen Dienstes sowie des PKV-Prüfdienstes (im Umfang von 10 Prozent der Prüfungen) gemäß § 114 Abs. 2 SGB XI wieder in Kraft, jährlich in allen nach dem SGB XI zugelassenen Pflegeeinrichtungen eine Regelprüfung durchzuführen.

Durch die Regelungen des GKV-Spitzenverbandes zur Durchführbarkeit von Qualitätsprüfungen unter Pandemiebedingungen kann angesichts der aktuellen Entwicklung der epidemiologischen Lage und in Abetracht der möglichen weiteren Ausbreitung von SARS-CoV-2-Varianten mit höherer Infektiosität nicht gewährleistet werden, dass Prüfungen unabhängig vom Pandemiegeschehen immer durchgeführt werden können. Durch die Streichung des Satzes 1 in § 114 Abs. 2a SGB XI wird dieser Eindruck jedoch vermittelt.

Aufgrund der aktuellen Entwicklung der Corona-Pandemie ergeben sich erneut zusätzliche personelle, organisatorische und psycho-soziale Belastungen für ambulante und stationäre Pflegeeinrichtungen (z. B. Hospitalisierungszidenz und Impfdurchbrüche in der älteren Bevölkerung, zunehmende Ausbrüche in stationären Pflegeeinrichtungen, Testerfordernis von Mitarbeitern und Besuchern, Ausfall von Mitarbeitern aufgrund von Covid-19 Erkrankungen in der Familie mit sich daraus ergebenden Betreuungserfordernissen, Landesregelungen zur Isolation von Rückkehrern/Neuzugängen in der stationären Pflege). Gleichzeitig ergeben sich für die Prüfdienste organisatorische Probleme (z. B. deutlich erhöhter Planungsaufwand aufgrund von Abfragen zu Ausbrüchen, kurzfristige Informationen über Ausbrüche oder Verdachtsfälle einer SARS-CoV-2-Infektion am Prüfungstag mit sich daraus häufig ergebenden Umplanungen, erhöhter Aufwand bei der Zusammenstellung der Personenstichprobe). Zudem führen die zum Schutz der Versicherten und der Prüferinnen und Prüfer einzuhaltenden umfangreichen Hygienemaßnahmen (z. B. Testungen der Prüferinnen und Prüfer, Tragen und Wechsel von persönlicher Schutzausrüstung, Tragen von FFP2-Masken) zu einem deutlich erhöhten Personal- und Zeitaufwand bei den Prüfungen.

Vor diesem Hintergrund kann auch im Jahr 2022 nicht davon ausgegangen werden, dass alle Pflegeeinrichtungen einer Regelprüfung unterzogen werden können.

Änderungsvorschlag:

Der § 114 Abs. 2a Satz 1 SGB XI bleibt bestehen und wird wie folgt geändert:

„Abweichend von Absatz 2 Satz 1 ist in dem Zeitraum vom 1. Januar 2022 bis zum 31. Dezember 2022 in allen zugelassenen Pflegeeinrichtungen eine Regelprüfung durchzuführen, wenn die Situation vor Ort es aufgrund der SARS-CoV-2-Pandemie zulässt.“

PRESSEMITTEILUNG

DGIM unterstützt Impfpflicht

Wiesbaden, Dezember 2021 – Mehr als 73.000 Corona-Neuinfektionen und über 380 Todesfälle im Zusammenhang mit SARS-CoV-2 haben die Gesundheitsämter dem Robert-Koch-Institut in den letzten 24 Stunden gemeldet – ein historischer Höchststand (Stand 02. Dez. 2021). Die Impfung bietet weiterhin einen sehr guten Schutz vor einem schweren Krankheitsverlauf von COVID-19, reduziert aber auch ganz wesentlich das Risiko, sich überhaupt zu infizieren und das Virus weiterzutragen. Daher unterstützt die Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin e.V. (DGIM) die Einführung einer Impfpflicht. Um das Infektionsgeschehen nachhaltig in den Griff zu bekommen und eine andauernde Überlastung des Gesundheitswesens abzuwenden, ist eine deutliche Anhebung der in Deutschland zu niedrigen Impfquote durch eine allgemeine Verpflichtung notwendig. Eine Beschränkung einer Impfpflicht auf die Gesundheitsberufe ist dafür nicht ausreichend.

Ärzte und Pflegekräfte auf den COVID-Stationen arbeiten seit Wochen an der Belastungsgrenze, selbstverständlich sowohl für Geimpfte als auch für Ungeimpfte. „Ungeimpfte haben jedoch ein vielfach höheres Risiko, im Krankenhaus und insbesondere auf einer Intensivstation behandelt zu werden. Eine Impfung hätte bei vielen COVID-Patienten einen schweren Krankheitsverlauf verhindert“, sagt Professor Dr. med. Georg Ertl, Generalsekretär der DGIM, Internist und Kardiologe aus Würzburg. Die Impfung sei nach aktueller wissenschaftlicher Erkenntnis die mit Abstand wichtigste Maßnahme, um das Risiko einer SARS-CoV-2-Infektion und -Übertragung und vor allem einen schweren Krankheitsverlauf zu reduzieren, betont Ertl. Daher fordert die größte medizinisch-wissenschaftliche Fachgesellschaft Europas die Einführung einer allgemeinen Impfpflicht gegen SARS-CoV-2 auf der Grundlage der STIKO-Empfehlungen. „Wir begrüßen die gestrigen Bund-Länder-Beschlüsse, eine allgemeine Impfpflicht auf den Weg zu bringen“, sagt Professor Dr. med. Markus M. Lerch, der Vorsitzende der DGIM. Der Ärztliche Direktor am LMU Klinikum München drängt darauf, dass dieser Beschluss möglichst schnell umgesetzt wird. Denn die gegenwärtige Überlastung der Intensivstationen führe zwangsläufig auch dazu, dass viele lebensnotwendige Operationen, etwa auch bei Krebserkrankungen, verschoben werden müssen. Lerch begrüßt, dass die Impfpflicht nicht nur auf Gesundheitsberufe beschränkt sein soll. „Wem die Fürsorge für Kranke, Pflegebedürftige und Kinder anvertraut worden ist, von dem darf unsere Gesellschaft unbedingt erwarten, dass er oder sie sich zu deren Schutz gegen COVID-19 impfen lässt. Infektionen passieren aber überall und nicht nur in Krankenhäusern oder Pflegeeinrichtungen - daher muss die Impfpflicht für alle Menschen gleichermaßen gelten“, betont der DGIM-Vorsitzende. „Für die Überlastung der Krankenhäuser sorgen derzeit vor allem die vielen ungeimpften COVID-19-Patienten, für deren Behandlung die Kliniken Kapazitäten bereit stellen müssen, die eigentlich für die



Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin

Versorgung anderer Schwerstkranker, beispielsweise Unfall- oder Krebspatienten, benötigt werden“, so der Internist und Intensivmediziner. Zudem lag die Impfquote unter Krankenhausmitarbeiterinnen und -mitarbeitern einer RKI-Befragung zufolge im Juli 2021 bereits über 90 Prozent, während derzeit nur rund 68 Prozent der Allgemeinbevölkerung vollständig geimpft sind (1). Entschieden widerspricht DGIM-Generalsekretär Ertl einer Impfskepsis aufgrund der kurzen Entwicklungszeit der Vakzine. „Noch nie zuvor wurden neu entwickelte Impfstoffe so vielen Menschen in so kurzer Zeit verabreicht und ihre Wirkung und Nebenwirkungen so genau nachverfolgt wie im Fall der Corona-Impfung“, so Ertl. Impfschäden seien sehr selten, die Impfnebenwirkungen ganz überwiegend vorübergehend. Der DGIM-Vorsitzende Lerch betont, dass die Mitarbeiter in Kliniken und Pflegeheimen die Corona-Pandemie nicht allein bewältigen könnten, sondern dies eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe sei. „Wir alle müssen unseren Teil dazu beitragen, und wenn ein sicheres, effektives Mittel zur Eindämmung dafür bereitsteht, sollen und müssen wir dieses auch nutzen – zur Not eben auch mit einer gesetzlichen Impfpflicht“, sagt der Experte.

Quellen:

(1) Robert Koch Institut, KROCO - die Krankenhausbasierte Online-Befragung zur COVID-19-Impfung, Ergebnisbericht Zweite Befragungswelle, 04. 10. 2021:
[Kroco-Report041021.pdf \(rki.de\)](#)

Bei Veröffentlichung Beleg erbeten.

Ihr Kontakt für Rückfragen:

DGIM Pressestelle

Dr. Andreas Mehdorn

Postfach 30 11 20

70451 Stuttgart

Tel.: +49 711 8931-313

Fax: +49 711 8931-167

E-Mail: mehdorn@medi

www.dgim.de

[www.facebook](http://www.facebook.com)

www.twitter.com/dgimev

Stellungnahme der Initiative „Schule bleibt offen“

08.12.2021

zu:

"Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Impfprävention gegen COVID-19 und zur Änderung weiterer Vorschriften im Zusammenhang mit der COVID-19-Pandemie"

1. Die Regelung kommt für die aktuelle vierte Welle zu spät

Durch die geplante Übergangsregelung bis zum 15.03.2021 wird das Gesetz nicht sofort wirken. Es kommt für die aktuelle vierte Welle zu spät. Das Gesetz wird ohne Not in einem beschleunigten Verfahren beraten.

Der Ethikrat ist beauftragt, eine ad-hoc-Stellungnahme zur (allgemeinen) Impfpflicht abzugeben, die abzuwarten wäre. Das gebietet der Respekt vor der Institution Ethikrat.

2. Drohende Kündigungen des Pflegepersonals

Die Impfpflicht in UK hat dazu geführt, dass nach Angaben des [National Care Forums](#) im Durchschnitt bereits 3,5 Prozent der Beschäftigten wegen der Impfvorschrift gekündigt haben oder wurden entlassen. Diese Zahl werde noch weiter steigen.

Der *Guardian* berichtete, dass einige Heime bereits den Mangel an Pflegekräften spüren. Zahlreiche Betten könnten nicht mehr betrieben werden.

3. Impfstoffe bieten keine relevanten Fremdschutz

Der Schutz vor der *Infektion* mit SARS-CoV2- nimmt spätestens drei Monate nach der zweiten Impfdosis deutlich ab ([Ärzteblatt 25.11.2021](#)) und beträgt nach 6 Monaten [israelischen Daten zu Folge](#) nur noch etwa 16%. [Prof. C. Drosten bestätigt vor dem Gesundheitsausschuss im Bundestag im November 2021](#) – „Geimpfte haben ein substanzielles Risiko unerkannt infiziert zu sein“.

Sind Geimpfte aber infiziert, sind sie genauso ansteckend wie Ungeimpfte - dies belegt eine aktuelle [englische Haushaltskontaktstudie, die im Lancet erschien](#) und nachwies, dass das Risiko, sich im Haushalt bei einem infizierten Geimpften anzustecken 25% beträgt, bei einem infizierten Ungeimpften sind es 23% - das ist de facto identisch!

Zusammengenommen sind das substantielle Risiko Geimpfter, unerkannt infiziert zu sein und ein nahezu identisches Transmissionsrisiko Geimpfter und Ungeimpfter kein relevanter Fremdschutz.

4. Das Nebenwirkungsrisiko der Impfstoffe

Kein Arzneimittel oder Impfstoff hat seit Bestehen der entsprechenden Datenbanken in so kurzer Zeit so viele Meldungen von schweren, unerwünschten Wirkungen und Todesfällen erfahren wie die Impfstoffe gegen COVID-19. In seinem Sicherheitsbericht vom 26.10.2021 berichtet das [Paul-Ehrlich-Institut](#) über 172.188 Meldungen über Zwischenfälle im zeitlichen Zusammenhang mit einer COVID-Impfung in Deutschland.

Die Melderate betrug für alle Impfstoffe zusammen 1,6 Meldungen pro 1.000 Impfdosen, für schwerwiegende Reaktionen 0,2 Meldungen pro 1.000 Impfdosen.

Die Dunkelziffer nicht gemeldeter Fälle ist wahrscheinlich um ein Vielfaches höher. Von den gemeldeten Zwischenfällen endeten 1.802 tödlich.

Das Myokarditis-Risiko beträgt laut der amerikanischen [FDA](#) bei männlichen Jugendlichen und jungen Erwachsenen mindestens 1 : 5000.

<https://www.fda.gov/media/151733/download>

Aktuelle Zahlen z.B. aus Kanada und speziell für [Moderna](#) liegen noch wesentlich höher und sind der Grund, warum die Empfehlung von Moderna für Menschen unter 30 Jahren in vielen europäischen Ländern zurückgenommen wurde.

<https://www.tagesschau.de/ausland/moderna-schweden-danemark-101.html>



An den Hauptausschuss
des Deutschen Bundestages
per E-Mail

Gneisenaustraße 42
10961 Berlin
info@individuelle-impfentscheidung.de
www.individuelle-impfentscheidung.de
Amtsgericht Hagen VR 30385

Bankverbindung
GLS Gemeinschaftsbank eG
IBAN DE05 4306 0967 6055 6211 00
BIC GENODEM1GLS
Steuernummer Finanzamt Witten
348/5710/09992

Stellungnahme zum Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Impfprävention gegen COVID-19 und zur Änderung weiterer Vorschriften im Zusammenhang mit der COVID-19-Pandemie

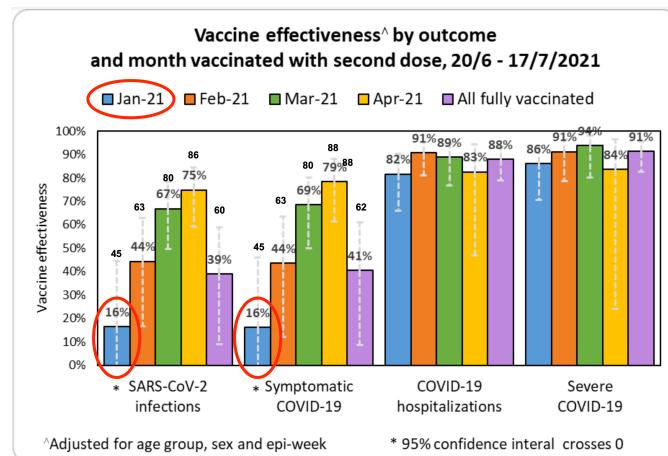
BT-Drucksache 20/188

Die im vorliegenden Gesetzentwurf geplante Impfpflicht gegen COVID-19 für medizinische Einrichtungen beruht im Wesentlichen auf der Annahme eines relevanten Fremdschutzes durch die Impfung, also der eines substanzIELL „reduzierten Übertragungsrisikos“¹ durch die Impfung. Durch die Impfung der Betreuenden soll somit der zuverlässige Schutz der Betreuten erreicht werden.

Diese Annahme entspricht nicht dem wissenschaftlichen Kenntnisstand unter der so genannten „Delta-Variante“ von SARS-CoV-2.

Schutz vor der Infektion

Die Impfung vermag *vorübergehend* das Infektionsrisiko Geimpfter zu verringern, dieser Effekt ist jedoch nur sehr temporär und lässt spätestens ab 90 Tagen nach der zweiten Impfdosis relevant nach² – das Infektionsrisiko Geimpfter steigt ab diesem Zeitpunkt wieder deutlich an. Dies wurde in großen Bevölkerungsstudien in Israel schon früh nachgewiesen: schon 6 Monate nach der zweiten Impfung betrug der Schutz vor der Infektion nur noch 16%³



¹ BT-Drucksache 20/188, Seite 26

² Israel, A. BMJ 2021;375:e067873, <https://doi.org/10.1136/bmj-2021-067873>

³ https://www.gov.il/BlobFolder/reports/vaccine-efficacy-safety-follow-up-committee/he/files_publications_corona_two-dose-vaccination-data.pdf (Abruf 08.12.2021)

Schutz vor Übertragung

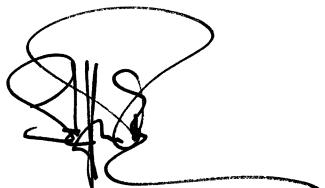
Wenn sich Geimpfte dann aber trotz Impfung anstecken, ist das Risiko, diese Infektion an andere weiterzugeben nach jetzigem Kenntnisstand genauso groß, wie das Ansteckungsrisiko durch infizierte Ungeimpfte. Dies zeigt eine methodisch hervorragende Studie aus England, in der nicht nur Viruslasten gemessen, sondern tatsächliche Übertragungsrisiken in Haushaltssituationen erfasst wurden. In dieser Studie betrug das Ansteckungsrisiko Anderer durch infizierte Ungeimpfte 23%, das durch infizierte Geimpfte 25%⁴ - das **Übertragungsrisiko wird auch bei engen Kontakten wie in Haushaltssituationen durch die Impfung somit nicht verringert.**

Auf beide Punkte – das nur vorübergehende Verringern des Infektionsrisikos durch die Impfung und das dann relevante Risiko, Andere anzustecken – wies auch Prof. Dr. Christian Drosten in einer Anhörung vor dem Gesundheitsausschuss des Bundestages am 15.11.2021 hin: wir müssten, so Drosten, davon ausgehen, „*dass Geimpfte ein substanzielles Risiko hätten, unerkannt infiziert zu sein*“ und damit ein Risiko für Andere darstellten, diese anzustecken⁵.

Ein „*substanzielles Risiko*“ Geimpfter sich selber anzustecken und das im Vergleich zu Ungeimpften identische Risiko, dann Andere anzustecken ist aber das Gegenteil eines relevanten Fremdschutzes.

Damit kann die Impfpflicht für medizinische Einrichtungen nicht mit dem Ziel des Schutzes der dort Betreuten begründet werden – dieser Schutz entsteht nicht in relevantem Maße.

Somit fehlt dieser Gesetzesinitiative und dem darin vorgesehenen gravierenden Eingriff in das Grundrecht auf körperliche Unversehrtheit jede wissenschaftliche Begründung und Rechtfertigung.



Dr. med. Steffen Rabe

München, 08.12.2021

⁴ Singanayagam A. [https://doi.org/10.1016/S1473-3099\(21\)00648-4](https://doi.org/10.1016/S1473-3099(21)00648-4)

⁵ <https://www.tagesschau.de/newsicker/liveblog-coronavirus-montag-235.html#Drosten-Geimpfte-substanzielles-Risiko-einer-unerkannten-Infektion>

Stellungnahme des Paritätischen Gesamtverbandes zum Gesetzentwurf der Fraktionen der SPD, BÜNDNIS90/DIE GRÜNEN und FDP für ein Gesetz zur Stärkung der Impfprävention gegen COVID-19 und zur Änderung weiterer Vorschriften im Zusammenhang mit der COVID-19-Pandemie

Der Deutsche Paritätische Wohlfahrtsverband – Gesamtverband e. V. vertritt als Spitzenverband der Freien Wohlfahrtspflege die Interessen von über 10.800 Einrichtungen, die in den Bereichen Gesundheit, Eingliederungshilfe, Pflege und Soziale Arbeit tätig sind. Daher steht der Schutz sowie gleichermaßen die Selbstbestimmung und gesellschaftliche Teilhabe insbesondere vulnerabler Personengruppen für den Paritätischen ebenso im Fokus wie auch die Belange von Einrichtungen und Diensten der Freien Wohlfahrtspflege, die sich tagtäglich und professionell für Teilhabe, Wohlergehen und die Gesundheit dieser Menschen einsetzen. Vor diesem Hintergrund nimmt der Paritätische Gesamtverband Stellung zum vorliegenden Gesetzentwurf der Fraktionen der SPD, BÜNDNIS90/DIE GRÜNEN und FDP für ein Gesetz zur Stärkung der Impfprävention gegen COVID-19 und zur Änderung weiterer Vorschriften im Zusammenhang mit der COVID-19-Pandemie.

A. Vorbemerkungen

Der Paritätische Gesamtverband begrüßt das Ziel des Gesetzentwurfs, bestehende Impflücken schnellstmöglich schließen zu wollen. Auch der Paritätische ist der Überzeugung, dass das Impfen der Bevölkerung gegen das Coronavirus das entscheidende Instrument in der Pandemiebekämpfung ist, insbesondere auch mit Blick auf eine globale Pandemiebekämpfung.

Der Paritätische hat immer wieder dazu aufgerufen, alles zu tun, damit das Vertrauen in zugelassene Impfstoffe gegen das Coronavirus weiter steigt. Vertrauen lässt sich nicht erzwingen, sondern es gilt, dieses zu schaffen und zu erarbeiten. Dabei sind insbesondere zielgruppenspezifische, mehrsprachige, barrierefreie und lebensweltorientierte Angebote erforderlich, die auf aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen beruhen. Der Zugang zu Informationsangeboten und insbesondere

zur Impfversorgung muss für alle sichergestellt werden – auch für schwer erreichbare Gruppen. Deshalb müssen aus Paritätischer Sicht auch dringend weiterhin alle Möglichkeiten auf Ebene der Länder und Kommunen genutzt und gefördert werden, um niedrigschwellige sowie aktiv aufsuchende Impfangebote machen zu können.

Einrichtungen und Dienste der Freien Wohlfahrtspflege sind von großer Bedeutung, wenn es um Zugänge zu niedrigschwellingen Aufklärungs- und Informationsangeboten geht. Sie erreichen mit ihrer Arbeit tagtäglich besonders benachteiligte Gruppen und Quartiere. Durch Kooperationen mit Impfzentren, den Sozialministerien und Landesgesundheitsämtern sowie weiteren lokalen Behörden leisten dem Paritätischen angeschlossene Organisationen und Einrichtungen vielerorts einen Beitrag zur Information und Aufklärung zur Corona-Schutzimpfung. Sie schaffen dadurch nicht nur niedrigschwellige, zielgruppenspezifische Impfaufklärung und -gelegenheiten, sondern tragen auch dazu bei, dass die erreichten Personen die Information in ihrem Umfeld weiterverbreiten. Diese Möglichkeiten sollten in der Planung und Umsetzung von Präventionsmaßnahmen stärker in den Fokus genommen und aktiv unterstützt werden.

Der Paritätische hat sich im Frühjahr 2021 gegen eine allgemeine Impfpflicht ausgesprochen, in der Hoffnung, dass diese in der Sache nicht nötig sein wird. Auf Grundlage der verfügbaren Datenlage und den politischen Bemühungen in Sachen Corona-Schutzimpfung erschien eine solche Regelung zu diesem Zeitpunkt als nicht angemessen.

Um eine weitere unkontrollierte und exponentielle Ausbreitung des Coronavirus einzudämmen und damit vulnerable Gruppen vor schweren Krankheitsverläufen zu schützen, das Gesundheitssystem mit seinen vielen Beschäftigten zu entlasten und auf eingriffsintensive Bevölkerungsschutzmaßnahmen langfristig verzichten zu können, ist eine hohe Impfquote unabdingbar.

In den vergangenen Monaten hatte der Paritätische fortlaufend betont, dass Bund und Länder im Rahmen ihrer Kompetenzen die Umsetzung der Schutzimpfungen möglichst widerspruchsfrei gestalten sollten. Dafür möchten wir uns auch an dieser Stelle noch einmal aussprechen. Die politisch inkonsistente Kommunikationsstrategie, die sich in den vergangenen Monaten zeigte und ebenso fortsetzte, dürfte erheblich dazu beigetragen haben, dass die Impfgeschwindigkeit innerhalb der Bevölkerung zusehends abnahm.

Ein Vertrauensverlust innerhalb der Bevölkerung war und ist spür- und hörbar. Fehlinformationen und Angsterzählungen verbreiteten sich schnell über soziale Medien, einheitliches und entschiedenes Vorgehen dagegen fehlte. Impfzentren wurden abgebaut, zielgruppenspezifische Angebote wurden nicht in ausreichendem Maße gemacht, die Informationspolitik warf oftmals mehr Fragen auf als sie beantwortete. Infolge dessen konnte die vom Robert-Koch-Institut (RKI) für eine erfolgreiche Bewältigung der Pandemie festgelegte Impfquote nicht erreicht werden.

Das Vorhaben einer einrichtungsbezogenen Impfpflicht hat in den betroffenen Einrichtungen und unter den dort tätigen Berufsgruppen zu erheblicher Unruhe geführt. In der Diskussion um eine einrichtungsspezifische Impfpflicht wird seinerzeit häufig suggeriert, dass die scheinbar hohen Zahlen nicht geimpfter Fachkräfte in sozialen Einrichtungen maßgeblich für die aktuell steigenden Infektionszahlen im Bundesgebiet verantwortlich seien. Der Umgang mit Infektionskrankheiten gehört u. a. für Pflegefachkräfte zum Tagesgeschäft, welches sie aufgrund ihrer Erfahrungen, Fähigkeiten und Kenntnisse professionell handhaben. Implizite Schuldzuweisungen führen, verständlicherweise, zu steigender Frustration bei vielen Beschäftigten im Gesundheitswesen, die sich tagtäglich und zudem einem erhöhten Infektionsrisiko stark exponiert für das Wohlergehen von Patient*innen und Bewohner*innen einsetzen. Derlei sachlich nicht begründete Schuldzuweisungen gilt es aus unserer Sicht mit Nachdruck abzuweisen. Daneben zeigen sich viele Einrichtungen besorgt, dass Personal, das sich nicht impfen lassen möchte, den Arbeitsplatz aufgibt, was die Personalnot noch einmal verstärken würde.

Hinzu kommt, dass längst nicht alle vulnerablen Personen in Einrichtungen leben oder von Diensten gepflegt, betreut oder versorgt werden. Sie bewegen sich im öffentlichen Leben, gehen einkaufen oder zum Friseur, fahren mit Bus und Bahn. Alleine durch eine einrichtungsspezifische Impfpflicht können nicht alle vulnerablen Gruppen in ausreichendem Maße geschützt werden. Ein umfassender Schutz erfordert eine hohe Impfquote innerhalb der gesamten Bevölkerung, die in ihrer breiten Masse vom aktuellen Ausbruchsgeschehen betroffen ist. Nur so kann vermieden werden, dass sich Personen mit hoher Wahrscheinlichkeit für einen schweren Krankheitsverlauf aus Sorge vor einer Infektion aus der Gesellschaft zurückziehen müssen.

Der Paritätische hält nach derzeitigem Diskussionsstand eine alleinige einrichtungsspezifische Impfpflicht für nicht zielführend, um mittel- und langfristig aus der Pandemie zu kommen und zeigt sich stattdessen offen gegenüber einer Diskussion über eine allgemeine Impfpflicht.

B. Stellungnahme zu einzelnen Regelungen

Zu Artikel 1 – Änderungen des Infektionsschutzgesetzes

Nr. 3 – § 20 Absatz 9a

Der Paritätische hält die Dokumentation hinsichtlich einer bestehenden Immunität gegen Masern von Betreuten in Einrichtungen nach § 33 Nr. 1 bis 3 IfSG bzw. Beschäftigten/ Tägen in Einrichtungen nach § 23 Absatz 3 Satz 1, § 33 Nummer 1 bis 4 oder § 36 Absatz 1 Nummer 4 IfSG grundsätzlich für sachdienlich. Aus unserer Sicht ist es jedoch für Einrichtungsleitungen nicht oder nur unter erheblichem Mehraufwand möglich, zusätzlich zur Nachweisführung auch die Echtheit und Richtigkeit der Immunitätsnachweise zu überprüfen. Daher sollte aus unserer Sicht darüber nachgedacht werden, eine solche Nachweispflicht grundsätzlich in den Aufgaben-/ Verantwortungsbereich der zuständigen Behörden zu verlagern. Falls der Gesetzgeber dieser Forderung nicht nachkommt, gilt es aus unserer Sicht, zumindest die Prüfung der Echtheit und Richtigkeit der Nachweise dem Aufgaben-/ Verantwortungsbereich der zuständigen Behörden zuzuschreiben.

Nr. 4 – § 20a Immunitätsnachweis gegen COVID-19

Bezugnehmend auf die Ausführungen in der Vorbemerkung in dieser Stellungnahme unterstützt der Paritätische das Ziel des Gesetzesentwurfs, vulnerable Personengruppen durch das Schließen von Impflücken vor einer Infektion mit dem Coronavirus und/ oder einem schweren Verlauf der Coronavirus-Erkrankung zu schützen. Ein umfassender Schutz erfordert eine hohe Impfquote innerhalb der gesamten Bevölkerung, die in ihrer breiten Masse vom aktuellen Ausbruchsgeschehen betroffen ist. Durch eine alleinige einrichtungsspezifische Impfpflicht können nicht alle vulnerablen Gruppen in ausreichendem Maße geschützt werden. Der Paritätische hält daher nach derzeitigem Diskussionsstand eine alleinige einrichtungsspezifische Impfpflicht für nicht zielführend, um mittel- und langfristig aus der Pandemie zu kommen und vulnerable Gruppen auf Dauer zu schützen und zeigt sich stattdessen offen gegenüber einer Diskussion über eine allgemeine Impfpflicht.

Der Paritätische weist darüber hinaus darauf hin, dass eine einrichtungsspezifische Impfpflicht neben weiteren Prüfungserfordernissen auf Seiten der entsprechenden Einrichtungen und Dienste weitgehende Abgrenzungsfragen nach sich zieht, die im Folgenden aufgrund der kurzen Frist, die zur Abgabe einer Stellungnahme gewährt wurde, nur exemplarisch und nicht abschließend aufgeführt werden können.

So lässt beispielsweise der Gesetzentwurf noch nicht klar erkennen, ob im Rahmen familientlastender Dienste Tägige von den Regelungen umfasst sind. Der Ausschluss von Angeboten zur Unterstützung im Alltag "im Sinne" von § 45a Absatz 1 Satz 2 SGB XI legt nahe, dass für die dort Tägigen kein entsprechender Nachweis erforderlich ist. Da eine Finanzierung allerdings auch über § 39 SGB XI oder § 78

SGB IX erfolgt, ist nicht eindeutig ableitbar, ob die in diesen Diensten Tätigen einen Immunitätsnachweis vorlegen müssen. Der Paritätische empfiehlt daher, in der Begründung des Gesetzes klarzustellen, ob familienentlastende Dienste von den Regelungen umfasst sind.

Der Paritätische hält zudem die vorgesehene Differenzierung zwischen heilpädagogischen Tagesstätten bzw. heilpädagogischen Kitas und inklusiven Kindertageseinrichtungen mit Blick auf die Verpflichtung, einen Immunitätsnachweis vorzulegen, für nicht schlüssig. Eine ggf. bestehende besondere Vulnerabilität der Kinder ergibt sich nicht aus dem Besuch der einen oder anderen Einrichtung.

Zu begrüßen und dringend erforderlich ist aus Paritätischer Sicht die in § 5 Absatz 9 IfSG aufgenommene Evaluation der einrichtungsbezogenen Impfpflicht gegen Covid-19 und die Erweiterung der Befugnis zur Durchführung von Schutzimpfungen gegen Covid-19.

Zu begrüßen im Sinne der Prävention von Erkrankungen und der Vermeidung von Abgrenzungsschwierigkeiten ist ferner, dass - in Entsprechung zur Terminologie des Masernschutzgesetzes - auf die in den Einrichtungen und Unternehmen "tätigen Personen" und nicht auf einen von vornherein verengten Beschäftigtenbegriff abgestellt wird. Ein insoweit weites Begriffsverständnis entspricht zum einen aus infektiologischer Sicht dem Sinn und Zweck der Regelung. Zum anderen werden damit Abgrenzungsschwierigkeiten in diesem Bereich vermieden, ob zum Beispiel auch Leiharbeitnehmer*innen, die keine (eigenen) Arbeitnehmer*innen der Einrichtungen sind, und/ oder Freiberufler*innen, ehrenamtlich oder in Freiwilligendiensten Tätige, die in keinem Arbeitsverhältnis stehen, von der gesetzlichen Regelung umfasst sind. Das lediglich auf ein - wie auch immer rechtlich einzuordnendes -Tätigwerden in der Einrichtung bezogene, weite Begriffsverständnis bringt deutlich zum Ausdruck, dass all diese Gruppen vom persönlichen Geltungsbereich der Vorschrift umfasst sind.

Gleichzeitig ist darauf hinzuweisen, dass im Gegensatz zu einer allgemeinen Impfpflicht diese einrichtungsspezifische Impfpflicht insbesondere in Bereichen, in denen Ehrenamtliche tätig sind, zu Einbrüchen der Tätigkeit Ehrenamtlicher führen kann. Dies kann die von der ehrenamtlichen Unterstützung abhängigen Personen und Familien und auch die in diesem Bereich aktiven Einrichtungen und Dienste stark belasten.

Festzustellen ist, dass die in den betroffenen Einrichtungen tätigen Personen bis zum Ablauf des 15. März 2022 den Nachweis ihrer jeweiligen Einrichtungsleitung vorzulegen haben, womit den Einrichtungen weitere, umfangreiche (Kontroll-)Aufgaben und -Pflichten im infektionsschutzrechtlichen Zusammenhang übertragen werden. Diese sind mit einem erheblichen, insbesondere administrativen, Aufwand verbunden. Wenn zum Beispiel der Nachweis nicht fristgerecht vorgelegt wird oder wenn Zweifel an der Echtheit oder inhaltlichen Richtigkeit des vorgelegten Nachweises bestehen, hat die Leitung der jeweiligen Einrichtung unverzüglich das

zuständige Gesundheitsamt zu benachrichtigen und personenbezogene Daten zu übermitteln. Erst dann kann (nicht muss) behördlich bestimmt werden, dass eine weitere Befassung von Amts wegen erfolgt, und der Nachweis nicht mehr der Einrichtung, sondern dem zuständigen Gesundheitsamt vorzulegen ist.

Aus Paritätischer Sicht ist es für die Leitung der Einrichtungen und Dienste nicht oder nur unter erheblichem Mehraufwand möglich, zusätzlich zur Nachweisführung die Echtheit und Richtigkeit der Immunitätsnachweise zu überprüfen. Daher sollte eine solche Nachweispflicht grundsätzlich in den Aufgaben-/ Verantwortungsbereich der zuständigen Behörden zu verlagern. Falls der Gesetzgeber dieser Forderung nicht nachkommt, gilt es aus unserer Sicht, zumindest die Prüfung der Echtheit und Richtigkeit der Nachweise dem Aufgaben-/ Verantwortungsbereich der zuständigen Behörden zuzuschreiben. Wenn die Aufgaben und Pflichten im Zusammenhang mit der Prüfung der Immunitätsnachweise bei den Einrichtungen verbleiben, besteht Klärungsbedarf bezüglich des Umsetzungsaufwandes und der Finanzierung.

Nr. 4 – § 20b Durchführung von Schutzimpfungen gegen das Coronavirus SARS-CoV-2

Der Paritätische begrüßt ausdrücklich die Erweiterung des zur Durchführung von Schutzimpfungen gegen das Coronavirus berechtigten Personenkreises um Zahnärztinnen/-ärzte, Tierärztinnen/-ärzte sowie Apotheker*innen. Nicht nachvollziehbar ist dabei jedoch, dass Pflegefachkräfte von der Neuregelung ausgeschlossen bleiben. Insbesondere im Hinblick auf die bezweckte Erhöhung des Impftempos sowie möglichst zielgruppenspezifische, barrierefreie, lebensweltorientierte und aufsuchende Angebote können Pflegefachkräfte diese durch ihr Mitwirken befördern. Insbesondere die Boosterimpfungen in der ambulanten und stationären Langzeitpflege hätten durch eine befristet und sachlich begrenzte Übertragung der heilkundlichen Aufgabe an Pflegefachpersonen inklusive einer auskömmlichen Finanzierung beschleunigt werden können. Der Gesetzesentwurf regelt nun ein ähnliches Verfahren für Zahnärztinnen/-ärzte, Tierärztinnen/-ärzte sowie Apotheker*innen. Pflegefachkräfte können entsprechend der bestehenden ärztlichen Delegation an den Schutzimpfungen beteiligt werden. Bedauert wird, dass hier ein erster Schritt hin zur Übertragung heilkundlicher Aufgaben an Pflegefachkräfte versäumt wurde.

Nr. 7 – § 28b Testpflicht für genesene/ geimpfte MA in vulnerablen Einrichtungen und Impfmonitoring

Zu § 28b Absatz 2:

Der Paritätische begrüßt die Klarstellungen in Bezug auf die Umsetzung der Testpflicht sowie im Zusammenhang mit dem Testrhythmus geimpfter/ genesener

Arbeitgeber und Beschäftigter in Einrichtungen nach § 23 Absatz 3 Satz 1 sowie § 36 Absatz 1 Nr. 2 bis 7 IfSG.

Die gesetzgeberische Klarstellung, dass in den o. g. Einrichtungen und Unternehmen behandelte, betreute, gepflegte oder untergebrachte Personen sowie auch Begleitpersonen, die die Einrichtung nur für einen unerheblichen Zeitraum betreten, nicht als Besucher gelten, ist aus unserer Sicht zu begrüßen. Die Regelung, dass Menschen mit Behinderung, die bestimmte Leistungen in einer anerkannten Werkstatt für behinderte Menschen erhalten sowie Auszubildende, Studierende und Schüler*innen als Beschäftigte gelten, behebt ebenfalls Abgrenzungsschwierigkeiten und ist aus infektiologischer Sicht nachvollziehbar.

Da eine Testung für Arbeitgeber und Beschäftigte, die geimpfte Personen oder genesene Personen sind, (nur) mindestens zweimal pro Kalenderwoche durchgeführt werden müssen, ist die Testfrequenz, die in der Vorgängerregelung noch umstritten war, nun klar bestimmt. Klarzustellen bleibt aus unserer Sicht jedoch, ob der Testrhythmus für geimpfte/ genesene medizinische Besuchspersonen, wie z. B. Heilmittelerbringer*innen, dem Testrhythmus der geimpften/ genesenen Täglichen entspricht, d. h. ebenfalls zwei Mal wöchentlich mittels Antigen-Test zur Eigenanwendung ohne Überwachung.

Da, wie bereits zuvor schon geregelt, die o. g. Einrichtungen verpflichtet sind, ein einrichtungsbezogenes Testkonzept zu erstellen, in dessen Rahmen sie ihre Testungen auf eine Infektion mit dem Coronavirus für alle Beschäftigten (und Einrichtungen nach § 36 Abs. 1 Nr. 2 auch für alle Besucher*innen) anzubieten haben, ist sicherzustellen, dass auch eine entsprechende Gegenfinanzierung der dadurch den Einrichtungen entstehenden Personal- und Sach(mehr-)kosten gewährleistet ist.

Der Paritätische bedauert, dass keine Klarstellung vorgenommen wurde, welche Nachweisverpflichtung für Beschäftigte ambulanter Dienste besteht, sofern sie nicht die Arbeitsstätte besuchen, sondern ausschließlich in den Wohnungen der Leistungsberechtigten tätig sind. Im Sinne der Prävention von Erkrankungen sollte die Verpflichtung zum Nachweis auch bestehen, sofern Beschäftigte nicht in der Arbeitsstätte sondern in Privatwohnungen der Leistungsberechtigten tätig werden.

Zu § 28b Absatz 3:

Die Neufassung des § 28b Absatz 3 sieht für diejenigen Einrichtungen und Dienste, bei denen es sich nicht um voll- oder teilstationäre Pflegeeinrichtungen handelt, vor, der zuständigen Behörde lediglich auf deren Anforderung hin anonymisierte Angaben zum Anteil der geimpften Beschäftigten übermitteln zu müssen. Dies bedeutet eine gewisse Ersparnis an administrativem Aufwand. Dies wie auch den Wegfall des Testmonitorings begrüßt der Paritätische Gesamtverband.

Zu den o. g. Einrichtungen gehören u. a. solche der Eingliederungshilfe. Diese sind verpflichtet, der zuständigen Behörde auf deren Anforderung Angaben zum Anteil der Personen, die gegen das Coronavirus SARS-CoV-2 geimpft sind, in Bezug auf die Personen, die in der Einrichtung oder dem Unternehmen beschäftigt sind, in anonymisierter Form zu übermitteln. Insoweit ist aus datenschutzrechtlicher Sicht noch sicherzustellen, dass für eine entsprechende Abfrage auch eine taugliche Rechtsgrundlage, wie etwa Absatz 3 Satz 9, die sich jedoch nur auf Pflegeeinrichtungen bezieht, geschaffen wird. Ein Rückgriff, etwa auf § 36 Absatz 3 IfSG, könnte zweifelhaft sein, da die hier begründete Pflicht der Einrichtung zur Datenübermittlung nicht zwingend von der Zwecksetzung des § 36 Absatz 3 IfSG (Datenerhebung, um über die Begründung oder die Art und Weise der Beschäftigung zu entscheiden) gedeckt ist.

Zu Artikel 11 – Änderung der Werkstätten-Mitwirkungsverordnung

Der Paritätische begrüßt, dass die Möglichkeit der Durchführung von Wahlen zu Werkstattrat und Frauenbeauftragten nach Aufhebung der Feststellung einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite bis zum Ablauf des 19. März 2022 verlängert werden soll.

Zu Artikel 15 – Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch

Der Paritätische spricht sich für die Beibehaltung der Regelung des § 114 Absatz 2a Satz 1 aus, wonach die Durchführung der jährlichen Regelprüfung im Zeitraum von Oktober 2020 bis Dezember 2021 ausgesetzt werden kann, wenn es die pandemische Lage in der Einrichtung erfordert. Die jetzige Situation fordert ganz klar die Verlängerung dieser Ausnahmeregelung bis zunächst 31. März 2022. Auch wenn die epidemische Lage von nationaler Tragweite zum 24. November 2021 ausgelaufen ist, stehen die Einrichtungen vor der großen Herausforderung, die vierte Welle zu bewältigen. Den zusätzlichen hohen Anforderungen, z. B. aufgrund erhöhter Testfrequenzen, Boosterimpfungen, aufflammendem Ausbruchsgeschehen, Quarantänen und neuen Dokumentationspflichten, wie z. B. dem Impfquotenmonitoring, steht vielerorts eine immer dünnere Personaldecke aufgrund hohen Krankenstands und Quarantänen entgegen. Die bestehende Regelung sollte daher mit Augenmaß für das Zeitfenster vom 01. Januar 2022 bis zum 31. März 2022 verlängert werden. Alternativ wären die Konsequenzen, die sich aus den Mitteilungspflichten der Pflegeeinrichtungen nach § 150 Absatz 1 SGB XI ergeben, konkret auf die Möglichkeit zu beziehen, mit den Pflegekassen im Einzelfall das Aussetzen der Prüfungen und sogar der Indikatorenerhebung zum einrichtungsindividuellen Stichtag zu vereinbaren. Dies alles soll der Entlastung des Personals in den Einrichtungen dienen. Gegenwärtig kann nicht sichergestellt werden, dass nach den Regelungen des § 150 Absatz 1 mit den Pflegekassen auch

eine derartige Vereinbarung getroffen werden kann. Hier brauchen Pflegeeinrichtungen eine verlässliche Handhabe.

Zu Artikel 16 – Änderung des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch

Der Paritätische begrüßt, dass die Übergangsregelung für die gemeinschaftliche Mittagsverpflegung für Menschen mit Behinderungen in Werkstätten für Menschen mit Behinderungen bei anderen Leistungsanbietern nach § 16 SGB IX und im Rahmen vergleichbarer tagesstrukturierender Angebote fortgeführt werden soll.

Zu Artikel 17 – Änderung des Bundesversorgungsgesetzes

Der Paritätische begrüßt, dass die vorgesehene Neufassung von § 142 Absatz 1 SGB XII auch im Sozialen Entschädigungsrecht nachvollzogen wird.

Berlin, den 08.12.2021

Paritätischer Gesamtverband e. V.
Abteilung Gesundheit, Teilhabe und Pflege

Kontakt

gtp@paritaet.org
gesundheit@paritaet.org

BUNDESPFLEGEKAMMER Alt-Moabit 91 | 10559 Berlin

Deutscher Bundestag
Frau
Mechthild Surholt
Leiterin Sekretariat PA 14
Ausschuss für Gesundheit
Platz der Republik 1
11011 Berlin

Bundespflegekammer e.V.
Matthias Moritz
Komm. Geschäftsführer
Alt-Moabit 91
10559 Berlin
Tel.: 030-644 92543
geschaeftsfuehrung@bundespflegekammer.de

08. Dezember 2021

Gesetz zur Stärkung der Impfprävention gegen COVID-19 und zur Änderung weiterer Vorschriften im Zusammenhang mit der COVID-19-Pandemie

Sehr geehrte Frau Surholt
sehr geehrte Damen und Herren,

als Bundespflegekammer e.V. unterstützen wir die Initiative zum Gesetz zur Stärkung der Impfprävention gegen COVID-19 und zur Änderung weiterer Vorschriften im Zusammenhang mit der COVID-19-Pandemie außerordentlich. Im Kampf gegen die Corona-Pandemie stellt die einrichtungsbezogene Impfung aller im Gesundheitswesen Beschäftigten ein elementarer und unerlässlicher Bestandteil zum Schutz der Menschen mit Pflegebedarf dar. Die Berufsangehörigen der Pflege sind sich ihrer besonderen Rolle und der Tragweite ihres Handelns von Beginn der Pandemie an stets bewusst und gingen hier immer mit vorbildhaften Verhalten vornweg.

Wir möchten Sie dazu auf die Stellungnahme des Deutschen Pflegerates e.V. aufmerksam machen, die wir als Bundespflegekammer e.V. vollumfänglich unterstützen. Diese senden wir Ihnen beiliegend zu.

Für einen weiteren Dialog stehen wir Ihnen gerne jederzeit zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen



Matthias Moritz
Komm. Geschäftsführer
Bundespflegekammer e.V.

Stellungnahme der internistischen Fachgesellschaften zur Impfpflicht gegen das SARS-CoV-2-Virus für alle Erwachsenen

Kernaussagen

- ➔ Die aktuelle Welle bringt das Gesundheitssystem an seine Grenzen
- ➔ Niedrige Impfquoten sind zentrale Ursache dieser Entwicklung
- ➔ Nur Impfungen können die Krankheitslast und Sterblichkeit nachhaltig reduzieren
- ➔ Die internistischen Fachgesellschaften befürworten uneingeschränkt eine allgemeine Impfpflicht für Erwachsene

Präambel: Die vierte Welle der SARS-CoV-2 Pandemie zeigt erneut eine hohe Krankheitslast und bringt wichtige Bereiche Teile des Gesundheitssystems im ambulanten wie im stationären Sektor in Teilen Deutschlands an ihre Grenzen. Anders als im Winter 2020/21 sind Impfungen verfügbar, die das Potenzial haben, die Krankheitslast auch bei hohen Inzidenzen schnell und nachhaltig zu reduzieren. Alle Anstrengungen der Politik und der Wissenschaft dieses Ziel durch konsequente Impfungen zu erreichen sind bisher fehlgeschlagen. Eine große Zahl von Bürgerinnen und Bürgern zögert oder lehnt es ab, sich selbst und andere durch eine Impfung zu schützen. Die internistischen Fachgesellschaften befürworten daher gerade in Hinblick auf den weiteren Verlauf der Pandemie in den kommenden Monaten und Jahren eine allgemeine Impfpflicht für Erwachsene gegen das SARS-CoV-2-Virus, um schnellstmöglich die Pandemie und ihre Auswirkungen nachhaltig kontrollieren zu können.

In der vierten Welle der Corona Pandemie in Deutschland sind die Inzidenzen sehr rasch angestiegen, Deutschland zeigt aktuell weltweit die zweithöchste Zahl an monatlichen Infektionen. Krankenhäuser und insbesondere Intensivstationen in vielen Regionen sind überlastet und dringende bzw. notfallmäßige Behandlungen können deshalb nicht mehr zeitgerecht durchgeführt werden. Sowohl die Inzidenzen als auch die Belastungen der Intensivmedizin korrelieren eng und eindeutig mit den regionalen Impfquoten.

Diese Entwicklung der 4. Welle ist auch im internationalen Vergleich ohne Zweifel auf die enttäuschend niedrige Impfquote in Deutschland zurückzuführen. Die entstandenen Belastungen für alle Bürgerinnen und Bürger sind durch die hohe Sterblichkeit, Langzeitfolgen

der COVID-Infektion und psychische sowie soziale Folgen unverhältnismäßig hoch und werden noch weiter zunehmen. Aber auch die sekundären Folgen durch schlechtere Versorgung anderer Patienten sind schwerwiegend. In vielen Regionen Deutschlands stehen Intensivbetten nur noch eingeschränkt zur Verfügung, dadurch ist die Versorgung selbst von Notfällen deutlich erschwert, elektive Behandlungen werden zum Teil um viele Wochen verzögert.

Die Politik und die Wissenschaft haben seit der Verfügbarkeit der ersten Impfungen auf die konsequente Notwendigkeit einer Impfung als wichtigste Maßnahme zum Infektionsschutz und vor allem zur Reduktion der Krankheitslast regelhaft und nachdrücklich hingewiesen. Impfungen reduzieren nachweislich das Risiko einer Virusübertragung und verhindern schwere Krankheitsverläufe. Diese Wirksamkeit besteht auch weiterhin bei den Virusvarianten Alpha und Delta trotz zunehmender Zahlen von Durchbruchsinfektionen (siehe RKI Wochenbericht). Impfangebote wurden in Impfzentren, Arztpraxen, Krankenhäusern und vielen weiteren Einrichtungen unter sehr hohem Engagement der beteiligten Kolleginnen und Kollegen breit angeboten und beworben. Trotz vieler Appelle und Anreize haben viele Bürgerinnen und Bürgern es abgelehnt oder zögern weiterhin, sich durch eine Impfung selbst und andere zu schützen.

Die aktuelle vierte Welle und die Entstehung einer neuen besorgniserregenden Variante (Omkron) zeigen eindringlich, dass die Pandemie und ihre Folgen noch nicht kontrolliert sind. Unter der Virusvariante Omikron ist sogar eine deutlich höhere Infektionsdynamik zu befürchten. Daher muss jetzt konsequent gehandelt werden, um schnellstmöglich eine nachhaltige Kontrolle der Pandemie zu erreichen.

Neben Kontaktbeschränkungen zur kurzfristigen Senkung der Inzidenzen ist der einzige anhaltend wirksame Weg zu diesem Ziel die konsequente und möglichst vollständige Impfung zumindest der erwachsenen Bevölkerung. Alle sonstigen direkt gegen das Virus oder dessen Organschäden gerichteten Therapien sind in der Verhinderung der Komplikationen der SARS-CoV-2-Infektion sehr viel schlechter wirksam.

Deshalb unterstützen die internistischen Fachgesellschaften die umgehende Einführung einer allgemeinen Impfpflicht für erwachsene gegen SARS-CoV-2. Angesichts der hohen Zahl der durch die bisherige Impfkampagne nicht erreichten Menschen ist dieser Weg alternativlos.

Die Einführung einer solchen Impfpflicht ist in der aktuellen Lage **ethisch geboten und stellt keine unzumutbare Belastung** für die Bevölkerung dar.

Eine alleinige einrichtungsbezogene Impfpflicht löst die vorgenannten Probleme nicht und kann allenfalls als vorgezogene Maßnahme dienen.

Alle unterzeichnenden Fachgesellschaften hoffen, dass eine allgemeine Impfpflicht die Krankheitslast und hier vor allem die Sterblichkeit wesentlich reduziert. Der Weg in die Normalität kann so gegeben werden und damit langfristig die gesellschaftliche Spaltung nachhaltig überwunden werden.

Koordinierende Ansprechpartner für die internistischen Fachgesellschaften:

DGI

Prof. Dr. Bernd Salzberger

bernd.salzberger@ukr.de

DGIIN

Prof. Dr. Christian Karagiannidis

Christian.Karagiannidis@uni-wh.de

Prof. Dr. Uwe Janssens

Uwe.Janssens@sah-eschweiler.de

DGIM

Prof. Dr. Georg Ertl

ertl_g@ukw.de

Fachgesellschaften

Deutsche Gesellschaft für Infektiologie

Deutsche Gesellschaft für Angiologie

Deutsche Gesellschaft für Endokrinologie

Deutsche Gesellschaft für Geriatrie

Deutsche Gesellschaft für Internistische Intensiv- und Notfallmedizin

Deutsche Gesellschaft für Kardiologie - Herz und Kreislaufforschung

Deutsche Gesellschaft für Nephrologie

Deutsche Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin

Deutsche Gesellschaft für Rheumatologie

Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin

Prof. Dr. Cornelia Betsch

Psychology and Infectious Diseases Lab
Center for Empirical Research in Economics and Behavioral Sciences
Communication and Media Sciences
University of Erfurt | Postbox 900221 | 99105 Erfurt



UNIVERSITY
OF ERFURT

Faculty of Philosophy

Stellungnahme als Einzelsachverständige

Sehr geehrte Damen und Herren,

Danke für die Möglichkeit, mich zu folgenden Aspekten zu äußern:

Welche Auswirkungen aus psychologischer Sicht ergeben sich gesamtgesellschaftlich bei einer einrichtungsbezogenen Impfpflicht? Welche flankierenden Maßnahmen sind zu empfehlen, um die Akzeptanz einer solchen Impfpflicht zu erhöhen?

Eine frühere Studie (Sprengholz et al., 2021; DOI: 10.1177/13591053211044535) hat gezeigt, dass sich eine berufsgruppenbezogene Impfpflicht auch bei davon nicht betroffenen Menschen negativ auswirken kann und zu weniger Schutzmaßnahmen und Ablehnung anderer Impfungen führen kann. Diese möglichen „psychologischen Nebenwirkungen“ wie Ärger und Trotzreaktionen (Reaktanz), die bei der Einführung einer Impfpflicht v.a. bei impfkritischen Personen auftreten können, sollten mit Kommunikationsmaßnahmen aufgefangen werden (z.B. Verdeutlichung des sozialen Nutzens, Nutzen für die Wirtschaft (Sprengholz et al., 2021)). Auch Hinweise auf die besondere Verantwortung und den Schutz der vulnerablen Gruppen könnten den durch eine Impfpflicht ausgelösten Ärger abmildern. Zu bemerken ist hier, dass diese Studie im Juni 2021 stattfand, zu einer Zeit, in der es wenig COVID-19 Fälle in Deutschland gab und eine allgemeine Impfpflicht vornehmlich abgelehnt wurde. Da insgesamt die Zustimmung zur allgemeinen Impfpflicht gestiegen und auch die einrichtungsbezogene Impfpflicht mittlerweile breit akzeptiert ist, ist hier gesamtgesellschaftlich vermutlich eher wenig Protest zu erwarten.

In der COSMO-Studie (Welle 57 <https://projekte.uni-erfurt.de/cosmo2020/web/summary/56-57/>) zeigte sich: Unter den ungeimpften Personen haben 63% Angst vor der Impfung; sie nehmen auch weniger wahr, dass ihr Umfeld erwartet, dass man sich impfen lässt. Beides hängt mit geringerer Impfbereitschaft zusammen. Ungeimpfte Personen haben weniger Vertrauen in die Sicherheit der Impfung; je stärker impfen abgelehnt wird, desto mehr wird auch die Sicherheit bezweifelt. Impfverweigerer halten die Impfung eher für überflüssig und sie wägen auch mehr Risiken und Nutzen ab. Praktische Barrieren spielen eher bei impfbereiten Personen eine Rolle und sollten dort abgebaut werden. Wer gar nicht oder mittelmäßig impfbereit ist, will sich eher darauf verlassen, dass andere sich impfen lassen (Trittbrettfahren).

Auch wenn dies Befunde bezogen auf die Allgemeinbevölkerung sind, gelten dieselben psychologischen Prinzipien auch für medizinisches Personal bzw. von einer einrichtungsbezogenen Impfpflicht betroffene Personen. Daraus leitet sich daher ab: Angst vor der Impfung sollte aktiv thematisiert werden und durch gute, aktive und niederschwellige Aufklärungsangebote aufgefangen werden. Angst vor Impfungen kann auch eine große Hürde für die Akzeptanz einer allgemeinen Impfpflicht sein und sollte so oder so durch wertschätzende Aufklärung abgebaut werden. Ferner sollte vor der Einführung der Impfpflicht alles getan werden, niedrigschwellig Informations- und Impfangebote zu machen. Medizinisches Personal kann zu Impfbotschaftern ausgebildet werden (z.B. in Webinaren); Gesprächstechniken können vermittelt, Falschinformationen entkräftet werden. So können sie die Akzeptanz der Impfung in ihrer peer-group und auch ihren Patient:innen erhöhen.

Ich weise Sie auf den Artikel „*Einführung einer Impfpflicht: Eine politische Entscheidung*“ im Ärzteblatt (118, 2021) von meiner Arbeitsgruppe hin, in dem auch Ausführungen zu einer allgemeinen Impfpflicht aufgeführt sind. Der Artikel ist hier online verfügbar: <https://www.aerzteblatt.de/archiv/222395>

Mit freundlichen Grüßen,

Cornelia Betsch

Date

12/8/2021

Contact data

Prof. Dr. Cornelia Betsch
Chair of Health Communication
Phone: +49 361 737-1631
cornelia.betsch@uni-erfurt.de

Nordhäuser Str. 63
Room LG4, 220
99092 Erfurt

Website

www.pidi-lab.de

Stellungnahme der Diakonie Deutschland zum Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Impfprävention gegen COVID-19 und zur Änderung weiterer Vorschriften im Zusammenhang mit der COVID-19-Pandemie

BT-Drucksache 20/188

Diakonie Deutschland
Evangelisches Werk für Diakonie und Entwicklung e. V.

Maria Loheide
Vorstand Sozialpolitik

Caroline-Michaelis-Straße 1
10115 Berlin
T +49 30 65211-1632
F +49 30 65211-3632
maria.loheide@diakonie.de
www.diakonie.de

Berlin, 07.12.2021

Die Diakonie nimmt gerne die Möglichkeit wahr, zum o.g. Gesetzentwurf Stellung zu nehmen.

A. Allgemeines

Die Diakonie Deutschland begrüßt die Zielrichtung des Gesetzentwurfs und zahlreiche Einzelregelungen.

Leider ist es nicht gelungen, im Laufe des Jahres 2021 trotz gut verträglicher und wirksamer Impfstoffe eine ausreichend hohe Impfquote zu erreichen. Ein großer Teil der Bevölkerung ist damit nicht vor schweren Krankheitsverläufen geschützt und die Verbreitung des Virus kann nur schwer eingedämmt werden. Damit ist das Risiko, schwer zu erkranken, insbesondere für die vulnerablen Gruppen, die auf Pflege, Behandlung, Rehabilitation, Unterstützung und Betreuung angewiesen sind, die Vorerkrankungen haben oder älter sind, weiterhin groß.

In den letzten Tagen hat sich die Diskussion um eine allgemeine Impfflicht vertieft. Die Diakonie Deutschland spricht sich für eine allgemeine Impfflicht aus. Aus diakonischer Sicht sind es insbesondere folgende Aspekte, auf die wir in diesem Zusammenhang hinweisen möchten:
Die allgemeine Impfflicht kann als ein entscheidendes Mittel angesehen werden, die Impfquote zu erhöhen. Sie ist solidarisch, denn sie erhöht über den Eigenschutz hinaus den Bevölkerungsschutz. Sie schafft Klarheit darüber, welche Erwartungen an die Einzelnen gestellt werden, um die Pandemie einzugrenzen. Sie ermöglicht es Personen, die Zweifel an der Impfung haben und hatten, dennoch sich zu lassen. Zugleich beendet eine Impfpflicht nicht, sondern erfordert verstärkte Anstrengungen, in einer breit aufgestellten, Wissenslücken und Sorgen aufnehmenden, zielgruppensensiblen Impfkampagne über den Nutzen der Impfung aufzuklären und Impfungen niedrigschwellig und barrierefrei.
Die im Gesetzentwurf vorgesehen einrichtungsbezogene Nachweispflichten werden vor diesem Hintergrund ausdrücklich befürwortet. Die Diakonie Deutschland sieht die im Gesetzentwurf zu regelnde einrichtungs- und unternehmensspezifischen Impflicht als einen ersten Schritt an und spricht sich in einem zweiten Schritt für die Einführung einer allgemeinen Impfpflicht Anfang 2022 aus.

Zusammenfassend bewertet die Diakonie Deutschland die im Gesetzentwurf formulierten Änderungen

- Die neuen Bestimmungen des § 20 Absatz 9 und 9a und ff. sollen die masernschutzrechtlichen Bestimmungen mit den Regelungen zum Immunitätsnachweis gegen COVID-19 harmonisieren, bürden den Trägern der Einrichtungen bzw. Einrichtungsleitungen jedoch weitere Aufgaben auf; das wird abgelehnt. Nachweisregelungen sollten den Gesundheitsämtern zugeordnet werden.
- Hinsichtlich des § 20a zum Immunitätsnachweis gegen COVID-19 begrüßt die Diakonie Deutschland den weitgefassten Einrichtungs- und Unternehmenskreis. Sollte jedoch im neuen Jahr keine allgemeine Impfpflicht eingeführt werden, erfordert diese Auflistung erneut Ergänzungen und Nachbesserungen. Dabei sollten insbesondere Einrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe in den Blick genommen werden. Immunitätsnachweise sollten nicht der Einrichtungs-/Unternehmensleitung, sondern dem Gesundheitsamt oder einer anderen staatlichen Stelle, die durch die oberste Landesgesundheitsbehörde bestimmt wird, vorgelegt werden, da es sich hierbei um eine hoheitliche Aufgabe handelt.
- Die Berechtigung von Zahnärzten, Tierärzten und Apothekern nach § 20b wird unterstützt, um die Impfkampagne zu beschleunigen. Wir halten es darüber hinaus für sachgerecht die Impfberechtigung um die Pflegefachkräfte zu erweitern.
- Die neue Bestimmung des § 28a Absatz 8, die es den Ländern ermöglicht auch nach Beendigung der pandemischen Lage von nationaler Tragweite ein breites Spektrum von Maßnahmen zu ergreifen, ist angesichts der hohen Inzidenzen, hoher Todeszahlen und der Auslastung der Kliniken plausibel.
- In § 28b Absatz 2 werden – nach den Irritationen der letzten zwei Wochen – klarstellende Regelungen getroffen, für die sich Diakonie Deutschland und die anderen Spaltenverbände der Freien Wohlfahrtspflege eingesetzt hatten. Ebenso wird die Neufassung der Test- und Impfmonitoringpflichten begrüßt.

B. Im Einzelnen nimmt die Diakonie wie folgt Stellung:

Zu Artikel 1 Änderung des Infektionsschutzgesetzes

Zu § 20 Schutzimpfungen und andere Maßnahmen der spezifischen Prophylaxe

Bei den Änderungen handelt es sich u.a. um Anpassungen, die der Harmonisierung der Nachweispflichten bezüglich der Masern- und Covid-19-Impfungen dienen. Die Diakonie hatte bereits bei der Einführung der Masernimpfpflicht kritisiert, dass der Nachweis (nach Abs. 9) der Leitung der Einrichtung vorzulegen ist und nicht den zuständigen Gesundheitsämtern. Durch die Übernahme (hoheitlicher) Kontrollaufgaben sehen wir das Vertrauensverhältnis vor allen zu den Eltern berührt. Diese Kritik wird durch den Gesetzentwurf dadurch bestärkt, dass nach Abs. 11 nun auch die Leitung bei Zweifeln an der Echtheit oder inhaltlichen Richtigkeit des vorgelegten Nachweises unverzüglich das Gesundheitsamt darüber zu informieren hat, einschließlich der Übermittlung personenbezogener Daten.

Die Diakonie Deutschland begrüßt, dass in den Absätzen 10 und 11 die Fristen verlängert, bis wann der Nachweis vorzulegen ist. Wir machen aber darauf aufmerksam, dass im Gesetzentwurf der 31.07.2022, in der Begründung der 30.06.2022 fixiert ist. Dies sollte unseres Erachtens jeweils der 31.07.2022 sein.

Zu § 20a Immunitätsnachweis gegen COVID-19

Zu § 20a Absatz 1

Die Diakonie Deutschland begrüßt den in § 20a zum Immunitätsnachweis gegen COVID-19 aufgenommenen weitgefassten Einrichtungs- und Unternehmenskreis, der über die Einrichtungen und Unternehmen nach § 23 Absatz 3 Infektionsschutzgesetz hinausgeht. Die positive Bewertung erfolgt unter der Prämisse, dass die einrichtungsbezogene Impfpflicht voraussichtlich nur ein erster Schritt hin zu einer allgemeinen Impfpflicht sein wird. Wird diese jedoch nicht eingeführt, dann sollte der Einrichtungs- und Unternehmenskreis im Sinne der Gerechtigkeit nochmal nachgebessert werden. Es müssen dann z. B. auch sonderpädagogische Förderschulen sowie Personen, die in nach Landesrecht anerkannten Angeboten nach § 45a SGB XI in § 20a SGB IfSG tätig sind, aufgenommen werden.

Zu § 20a Absatz 2 bis Absatz 4

Nach § 20a Absatz 2 haben Personen die in § 20a Absatz 1 Satz 1 genannten Einrichtungen oder Unternehmen tätig sind, der Leitung der jeweiligen Einrichtung oder des jeweiligen Unternehmens bis zum Ablauf des 15. März 2022 die dort genannten entsprechenden Immunitätsnachweise Nachweise vorzulegen. Auch Assistenznehmer:innen, die Leistungen im Rahmen des persönlichen Budgets beziehen, müssen danach Immunitätsnachweise von Assistenzgeber:innen prüfen.

Unserer Auffassung nach sollten die Immunitätsnachweise nicht der Einrichtungs-/Unternehmensleitung, sondern dem Gesundheitsamt oder einer anderen staatlichen Stelle, die durch die oberste Landesgesundheitsbehörde bestimmt wird, vorgelegt werden, da es sich hierbei um eine hoheitliche Aufgabe handelt. Das Gesundheitsamt bzw. die andere bestimmte staatliche Stelle hat dann wiederum die Leitung der Einrichtung bzw. des Unternehmens zu informieren. Sollte dies im vorliegenden Gesetzgebungsverfahren nicht umgesetzt werden, dann ist hilfsweise zu konkretisieren, welche Daten der Träger der Einrichtungen bzw. die Leitung der Einrichtung/des Unternehmens an die zuständigen Behörden weiterzuleiten hat. Wenn die Prüfung der Immunitätsnachweise bei den Einrichtungen verbleibt, besteht Klärungsbedarf bezüglich des Umsetzungsaufwandes und der Finanzierung.

Es muss klar kommuniziert werden, dass bei einer Nichtvorlage des Nachweises kein sofortiges Beschäftigungsverbot besteht, sondern die Einrichtung das zuständige Gesundheitsamt zu benachrichtigen hat, das wiederum schließlich (bei Nichtvorlage) das Betreten der Einrichtung bzw. die Tätigkeit in der Einrichtung untersagen kann. Nur ab dem 16.03.2022 neu eingestellte Personen dürfen ohne Nachweis nicht beschäftigt/tätig werden.

Zu § 20b Durchführung von Schutzimpfungen gegen das Coronavirus SARS-CoV-2

Die Berechtigung von Zahnärzten, Tierärzten und Apothekern wird unterstützt, um die Impfkampagne zu beschleunigen. Wir halten es für sachgerecht die Impfberechtigung auch auf Pflegefachkräfte zu erweitern und § 20b entsprechend anzupassen.

Zu § 28a Besondere Schutzmaßnahmen zur Verhinderung der Verbreitung der Coronavirus-Krankheit

§ 28a Absatz 8 Satz 1 listet auf, welche Schutzmaßnahmen die Länder auch bei konkreter Gefahr der epidemischen Ausbreitung der Coronavirus-Krankheit-2019 (COVID-19) nicht ergreifen können. In dem vorliegenden Gesetzesentwurf werden die Möglichkeiten der Länder im Vergleich zur aktuellen Gesetzeslage erweitert, was die Diakonie sehr begrüßt.

So sollen sie Veranstaltungen und Ansammlungen wie zum Beispiel größere Sportveranstaltungen untersagen können, die nicht durch die in Artikel 8 des Grundgesetzes geregelte Versammlungsfreiheit geschützt sind oder als religiöse bzw. weltanschauliche Zusammenkunft gelten. Sie sollen Reisen und Übernachtungsangebote zwar nicht untersagen, aber doch beschränken können und gastronomische Einrichtungen ebenso wie Freizeit- oder Kultureinrichtungen, Messen oder Kongresse auch schließen können. Sportheinrichtungen wie z.B. Schwimmhallen hingegen sollen durch die Länder nicht geschlossen werden können.

Zu § 28b Bundesweit einheitliche Schutzmaßnahmen zur Verhinderung der Verbreitung der Coronavirus-Krankheit-2019 (COVID-19), Verordnungsermächtigung

Zu § 28b Absatz 2

Der neugefasste § 28b Absatz 2b beinhaltet nach seiner Neufassung durch das Gesetz zur Änderung des Infektionsschutzgesetzes und weiterer Gesetze anlässlich der Aufhebung der Feststellung der epidemischen Lage von nationaler Tragweite vom 22.11.2021 verschiedene missverständliche Formulierungen.

Mit der Neufassung des § 28b Absatz 2b sollen nun verschiedene Klarstellungen vorgenommen werden. Diese beziehen sich u. a. auf die Definition des **Begriffes Besucher, die einen Testnachweis mit sich zu führen haben**. So gelten nach Satz 2 Begleitpersonen, die die Einrichtung oder das Unternehmen nur für einen unerheblichen Zeitraum betreten, nicht als Besucher, die einen Testnachweis mit sich zu führen haben, was wir begrüßen.

Des Weiteren heißt es im Gesetzesentwurf (Satz 6): „Für Besucher, die die Einrichtung oder das Unternehmen im Rahmen eines Notfalleinsatzes oder aus anderen Gründen ohne Kontakt zu den in den in Satz 1 genannten Einrichtungen und Unternehmen behandelten, betreuten, gepflegten oder untergebrachten Personen nur für einen unerheblichen Zeitraum betreten, gilt Satz 1 nicht.“ Der zweite Satzteil wird aufgrund der unbestimmten Rechtsbegriffe und Offenheit Fragen aufwerfen, wer damit alles gemeint sein könnte. Hier hilft auch die Begründung nicht weiter. Hilfreich wäre hier Beispiele zu benennen, wie z. B. Paketboten, Lieferanten.

Zudem begrüßen wir die gesetzliche Klarstellung im Hinblick auf die Testmethode und die Testfrequenz für geimpfte/genesene Arbeitgeber oder Beschäftigte in Satz 3 und Satz 4 sowie für Besucher, die als geimpftes oder genesenes medizinisches Personal die in den in Satz 1 genannten Einrichtungen und Unternehmen behandelten, betreuten, gepflegten oder untergebrachten Personen zu Behandlungszwecken aufsuchen. Danach kann die zugrundeliegende Testung auch durch Antigen-Tests zur Eigenanwendung ohne Überwachung erfolgen und sie muss mindestens zweimal pro Kalenderwoche durchgeführt werden.

Zu § 28b Absatz 3

Mit der Neufassung von Satz 7 bis 9 entfallen die **Testmonitoringpflichten** für alle in § 28b Absatz 2 genannten Einrichtungen und Unternehmen. Dies begrüßen wir sehr, da eine aus Infektionsschutzgesichtspunkten nicht erforderliche Maßnahme wieder gestrichen wird. Dies dient der Entbürokratisierung und der Entlastung der Einrichtungen und Unternehmen wie beispielsweise der schon hoch belasteten teil- und vollstationären Pflegeeinrichtungen und Pflegedienste.

Die **Impfmonitoringpflichten** werden - abgesehen von voll- und teilstationären Pflegeeinrichtungen- von der Anforderung durch die zuständigen Stellen abhängig gemacht. Auch diese Verringerung der Dokumentationspflichten begrüßen wir sehr. Das Impfmonitoring kann unserer Auffassung nach dazu genutzt werden, die erforderlichen Impfungen zu organisieren. Nachdem das Gesetz aber eine Impfpflicht ab dem 16.03.2022 vorsieht., kann nach Ansicht der Diakonie Deutschland das Impfmonitoring für die in den Einrichtungen tätigen Personen ab diesem Zeitpunkt entfallen.

In der Gesetzesbegründung zu § 28b sollte analog zu § 20a klargestellt werden, welche Einrichtungen und Dienste der Eingliederungshilfe zur Assistenz und Unterstützung von Menschen mit Behinderungen hier gemeint sind.

Zu Artikel 15 Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch

Die Diakonie Deutschland lehnt die Streichung der Regelung des § 114 Absatz 2a Satz 1, wonach die Durchführung der jährlichen Regelprüfung im Zeitraum von Oktober 2020 bis Dezember 2021 ausgesetzt werden kann, wenn die pandemische Lage in der Einrichtung es erfordert, in der jetzigen Situation ab. Anstatt dessen fordern wir die Verlängerung dieser Ausnahmeregelung zunächst bis 31. März 2022. Auch wenn die epidemische Lage von nationaler Tragweite zum 24. November 2021 ausgelaufen ist, stehen die Einrichtungen vor der großen Herausforderung, die vierte Welle zu bewältigen. Den zusätzlichen hohen Anforderungen, z. B. aufgrund erhöhter Testfrequenzen, Boosterimpfungen, aufflammendem Ausbruchsgeschehen und Quarantänen und neuen Dokumentationspflichten wie z. B. dem Impfquotenmonitoring steht vielerorts eine immer dünnere Personaldecke aufgrund hohen Krankenstands und Quarantänen entgegen. Die bestehende Regelung sollte daher mit Augenmaß für das Zeitfenster vom 01.01.2022 bis zum 31.03.2022 verlängert werden. Alternativ wären die Konsequenzen, die sich aus den Mitteilungspflichten der Pflegeeinrichtungen nach § 150 Absatz 1 SGB XI ergeben, konkret auf die Möglichkeit zu beziehen, mit den Pflegekassen im Einzelfall das Aussetzen der Prüfungen und sogar der Indikatorenerhebung zum einrichtungsindividuellen Stichtag zu vereinbaren. Dies alles soll der Entlastung des Personals in den Einrichtungen dienen. Gegenwärtig kann nicht sichergestellt werden, dass nach den Regelungen des § 150 Absatz 1 SGB XI mit den Pflegekassen auch eine derartige Vereinbarung getroffen werden kann. Hier brauchen Pflegeeinrichtungen eine verlässliche Handhabe.

Gez.
Maria Loheide
Vorständin Sozialpolitik
Diakonie Deutschland

Ansprechpartner*innen:

Erika Stempfle

Ambulante gesundheits- und sozialpflegerische Dienste, ambulante Altenhilfe

Tel: 030 65211-1672

eMail: erika.stempfle@diakonie.de

Dr. Maike Grube

Gesundheitliche Versorgung

Tel: 030 65211-1455

eMail: maike.grube@diakonie.de

Dr. Tomas Steffens

Medizinische Rehabilitation, Prävention und Selbsthilfe

Tel: 030 65211-1665

eMail: (tomas.steffens@diakonie.de)

Anlage 7

Hauptausschuss
- Sekretariat –

Deutscher Bundestag
Hauptausschuss

21 zu

20. Wahlperiode

Ergänzung
der Zusammenstellung
der schriftlichen Stellungnahmen,
die dem Hauptausschuss zu seiner öffentlichen Anhörung
am 8. Dezember 2021

zum

Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Impfprävention gegen COVID-19 und
zur Änderung weiterer Vorschriften im Zusammenhang mit der
COVID-19-Pandemie

(BT-Drucksache 20/188)

ohne Aufforderung zugeleitet wurden.

- Ärztekammer Westfalen-Lippe (ÄKWL)

Von: Hofmann, Susanne [ÄKWL] [<mailto:Susanne.Hofmann@aekw.l.de>]
Gesendet: Mittwoch, 8. Dezember 2021 13:28
An: Gesundheitsausschuss Postfachaccount PA14
<gesundheitsausschuss@bundestag.de>; Mail Postfachaccount BL4
<mail@bundestag.de>
Cc: Henke, Rudolf <Rudolf.Henke@aeckno.de>; Gehle, Johannes Albert [ÄKWL]
<Gehle@aekw.l.de>; Schwarzenau, Michael [ÄKWL]
<Michael.Schwarzenau@aekw.l.de>; Wenning, Markus [ÄKWL]
<Markus.Wenning@aekw.l.de>
Betreff: Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Impfprävention gegen COVID-19

Sehr geehrte Damen und Herren,

am 10. Dezember soll das Gesetz zur Stärkung der Impfprävention gegen COVID-19 abschließend beraten und dann abgestimmt werden. Die Ärztekammer Westfalen-Lippe möchte sich den Ausführungen der Ärztekammer Nordrhein (Schreiben von Herrn Henke vom 07. Dezember 2021) ausdrücklich anschließen. Insbesondere wird die Forderung unterstützt, die Heilpraktiker explizit in den Kreis derer aufzunehmen, die nach § 20 a geimpft oder genesen sein müssen. Ebenfalls wird von der Ärztekammer Westfalen-Lippe nachhaltig begrüßt, die Kriterien für die Durchführung von Schutzimpfungen gegen das Coronavirus SARS-CoV-2n durch Tierärzte, Zahnärzte und Apotheker im Sinne der Patientensicherheit wie von der Ärztekammer Nordrhein vorgeschlagen zu schärfen.

Mit freundlichen Grüßen

Susanne Hofmann

Referentin des Vorstandes

Ärztekammer Westfalen-Lippe

Gartenstraße 210 - 214

48147 Münster

Telefon: 0251 929 2043

Fax: 0251 929 27 2043

E-Mail: hofmann@aekw.l.de <<mailto:hofmann@aekw.l.de>>

Anlage 8

Hauptausschuss
- Sekretariat –

Deutscher Bundestag
Hauptausschuss

21 zu 2. Ergänzung

20. Wahlperiode

2. Ergänzung
der Zusammenstellung
der schriftlichen Stellungnahmen,
die dem Hauptausschuss zu seiner öffentlichen Anhörung
am 8. Dezember 2021

zum

Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Impfprävention gegen COVID-19 und
zur Änderung weiterer Vorschriften im Zusammenhang mit der
COVID-19-Pandemie

(BT-Drucksache 20/188)

ohne Aufforderung zugeleitet wurden.

- Zentralverband des Deutschen Handwerks (ZDH)
- Internistische Fachgesellschaften NEU
(ersetzt die Stellungnahme in A-Drs. 20(0)21)



Stellungnahme

zum Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Impfprävention
gegen COVID-19 und zur Änderung weiterer Vorschriften im
Zusammenhang mit der COVID-19-Pandemie (BT Drs. 20/188)

Berlin, Dezember 2021
Abteilung Arbeitsmarkt, Tarifpolitik und Arbeitsrecht

Stellungnahme zum Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Impfprävention gegen COVID-19 und zur Änderung weiterer Vorschriften im Zusammenhang mit der COVID-19-Pandemie

Zum Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Impfprävention gegen COVID-19 und zur Änderung weiterer Vorschriften im Zusammenhang mit der COVID-19-Pandemie (BT-Drs. 20/188) vom 6. Dezember 2021 nimmt der ZDH aus Arbeitgebersicht wie folgt Stellung:

Hinweise zur geplanten Änderung bzw. Neufassung des § 28b Abs. 2 IfSG (Art. 1 Ziffer 7 des Gesetzentwurfs)

Im aktuell geltenden § 28b Abs. 2 IfSG werden laut Gesetzesbegründung auch Handwerker bzw. Dienstleister, sofern sie Einrichtungen für vulnerable Personengruppen betreten, als deren „Besucher“ definiert. Hieraus wiederum folgt, dass auch diese handwerklichen Besucher von der jeweiligen Einrichtung in ihr Testkonzept einzubeziehen sind und ihnen von der Einrichtung ein Testangebot zu unterbreiten ist (§ 28b Abs. 2 letzter Satz IfSG).

Dies betrifft z. B. Gebäudereiniger sowie den Textilservice, aber auch Handwerker der Bau-, Ausbau- und anlagentechnischen Gewerke für Reparaturen, mithin Personen, die für einen störungsfreien und gerade auch hygienespezifischen Erfordernissen genügenden Betrieb der Einrichtungen unverzichtbar sind.

In der aktuellen Novelle des IfSG (Art. 1 Nr. 7 des Gesetzentwurfs) wird der Kreis der Einrichtungen, die im Rahmen eines Testkonzepts allen Besuchern ein Testangebot zu unterbreiten haben, auf Einrichtungen nach § 36 Abs. 1 Nr. 2 IfSG eingeschränkt, d. h. auf voll- oder teilstationäre Einrichtungen zur Betreuung und Unterbringung älterer, behinderter oder pflegebedürftiger Menschen

oder vergleichbare Einrichtungen. Bisher sind über den Verweis auf Satz 1 Einrichtungen und Unternehmen nach § 23 Abs. 3 und § 36 Abs. 1 IfSG erfasst.

Mit dieser geplanten Neuregelung entfällt damit insbesondere für Krankenhäuser die Testangebotspflicht für Besucher und damit auch für dort tätige Handwerker bzw. Dienstleister mit entsprechenden Auswirkungen auf diese Personen im Hinblick auf die Erfüllung ihrer Testnachweispflichten.

Angesichts der Erfordernisse eines störungsfreien Betriebs der Krankenhäuser gerade auch im Hinblick auf hygienespezifische Vorgaben (z.B. Reinigung von OP-Sälen, Versorgung mit sauberer und desinfizierter Wäsche) erachten wir diese vorgesehene Neuregelung sehr kritisch und bitten dringend, hiervon Abstand zu nehmen.

Dies gerade auch vor dem Hintergrund, dass für andere Personenkreise parallel zu dieser Neuregelung erhebliche Testerleichterungen eingeführt werden sollen: Begleitpersonen von Kranken usw. fallen aus der einrichtungsbezogenen Testpflicht gänzlich raus. Für geimpfte oder genesene Beschäftigte der Einrichtungen (Arztpersonal und Pflegepersonal) und Besucher, die als medizinisches Personal diese Gesundheitseinrichtungen aufsuchen (Physiotherapie usw.) sollen Selbsttests ohne Überwachung ausreichen.

Eine Refinanzierung der Sach- und Durchführungskosten die den Einrichtungen und Unternehmen i. S. v. § 28b Abs. 2 IfSG für die Testungen von (handwerklichen) Besuchern entstehen, ist nach der Coronavirus-Testverordnung unter

Beachtung der dort geregelten Voraussetzungen möglich. Insofern entstehen den Krankenhäusern durch die Testangebotspflicht für Besucher keine zusätzlichen Kosten.

./.

Stellungnahme der internistischen Fachgesellschaften zur Impfpflicht gegen das SARS-CoV-2-Virus für alle Erwachsenen

Kernaussagen

- ➔ Die aktuelle Welle bringt das Gesundheitssystem an seine Grenzen
- ➔ Niedrige Impfquoten sind zentrale Ursache dieser Entwicklung
- ➔ Nur Impfungen können die Krankheitslast und Sterblichkeit nachhaltig reduzieren
- ➔ Die internistischen Fachgesellschaften befürworten uneingeschränkt eine allgemeine Impfpflicht für Erwachsene

Präambel: Die vierte Welle der SARS-CoV-2 Pandemie zeigt erneut eine hohe Krankheitslast und bringt wichtige Bereiche des Gesundheitssystems im ambulanten wie im stationären Sektor in Teilen Deutschlands an ihre Grenzen. Anders als im Winter 2020/21 sind Impfungen verfügbar, die das Potenzial haben, die Krankheitslast auch bei hohen Inzidenzen schnell und nachhaltig zu reduzieren. Alle Anstrengungen der Politik und der Wissenschaft dieses Ziel durch konsequente Impfungen zu erreichen sind bisher fehlgeschlagen. Eine große Zahl von Bürgerinnen und Bürgern zögert oder lehnt es ab, sich selbst und andere durch eine Impfung zu schützen. Die internistischen Fachgesellschaften befürworten daher gerade in Hinblick auf den weiteren Verlauf der Pandemie in den kommenden Monaten und Jahren eine allgemeine Impfpflicht für Erwachsene gegen das SARS-CoV-2-Virus, um schnellstmöglich die Pandemie und ihre Auswirkungen nachhaltig kontrollieren zu können.

In der vierten Welle der Corona Pandemie in Deutschland sind die Inzidenzen sehr rasch angestiegen, Deutschland zeigt aktuell weltweit die zweithöchste Zahl an monatlichen Infektionen. Krankenhäuser und insbesondere Intensivstationen in vielen Regionen sind überlastet und dringende bzw. notfallmäßige Behandlungen können deshalb nicht mehr zeitgerecht durchgeführt werden. Sowohl die Inzidenzen als auch die Belastungen der Intensivmedizin korrelieren eng und eindeutig mit den regionalen Impfquoten.

Diese Entwicklung der 4. Welle ist auch im internationalen Vergleich ohne Zweifel auf die enttäuschend niedrige Impfquote in Deutschland zurückzuführen. Die entstandenen Belastungen für alle Bürgerinnen und Bürger sind durch die hohe Sterblichkeit, Langzeitfolgen

der COVID-Infektion und psychische sowie soziale Folgen unverhältnismäßig hoch und werden noch weiter zunehmen. Aber auch die sekundären Folgen durch schlechtere Versorgung anderer Patienten sind schwerwiegend. In vielen Regionen Deutschlands stehen Intensivbetten nur noch eingeschränkt zur Verfügung, dadurch ist die Versorgung selbst von Notfällen deutlich erschwert, elektive Behandlungen werden zum Teil um viele Wochen verzögert.

Die Politik und die Wissenschaft haben seit der Verfügbarkeit der ersten Impfungen auf die konsequente Notwendigkeit einer Impfung als wichtigste Maßnahme zum Infektionsschutz und vor allem zur Reduktion der Krankheitslast regelhaft und nachdrücklich hingewiesen. Impfungen reduzieren nachweislich das Risiko einer Virusübertragung und verhindern schwere Krankheitsverläufe. Diese Wirksamkeit besteht auch weiterhin bei den Virusvarianten Alpha und Delta trotz zunehmender Zahlen von Durchbruchsinfectionen (siehe RKI Wochenbericht). Impfangebote wurden in Impfzentren, Arztpraxen, Krankenhäusern und vielen weiteren Einrichtungen unter sehr hohem Engagement der beteiligten Kolleginnen und Kollegen breit angeboten und beworben. Trotz vieler Appelle und Anreize haben viele Bürgerinnen und Bürgern es abgelehnt oder zögern weiterhin, sich durch eine Impfung selbst und andere zu schützen.

Die aktuelle vierte Welle und die Entstehung einer neuen besorgniserregenden Variante (Omkron) zeigen eindringlich, dass die Pandemie und ihre Folgen noch nicht kontrolliert sind. Unter der Virusvariante Omikron ist sogar eine deutlich höhere Infektionsdynamik zu befürchten. Daher muss jetzt konsequent gehandelt werden, um schnellstmöglich eine nachhaltige Kontrolle der Pandemie zu erreichen.

Neben Kontaktbeschränkungen zur kurzfristigen Senkung der Inzidenzen ist der einzige anhaltend wirksame Weg zu diesem Ziel die konsequente und möglichst vollständige Impfung zumindest der erwachsenen Bevölkerung. Alle sonstigen direkt gegen das Virus oder dessen Organschäden gerichteten Therapien sind in der Verhinderung der Komplikationen der SARS-CoV-2-Infektion sehr viel schlechter wirksam.

Deshalb unterstützen die internistischen Fachgesellschaften die umgehende Einführung einer allgemeinen Impfpflicht für Erwachsene gegen SARS-CoV-2. Angesichts der hohen Zahl der

durch die bisherige Impfkampagne nicht erreichten Menschen ist dieser Weg alternativlos.

Die Einführung einer solchen Impfpflicht ist in der aktuellen Lage **ethisch geboten und stellt keine unzumutbare Belastung** für die Bevölkerung dar.

Eine alleinige einrichtungsbezogene Impfpflicht löst die vorgenannten Probleme nicht und kann allenfalls als vorgezogene Maßnahme dienen.

Alle unterzeichnenden Fachgesellschaften hoffen, dass eine allgemeine Impfpflicht die Krankheitslast und hier vor allem die Sterblichkeit wesentlich reduziert. Der Weg in die Normalität kann so geebnet werden und damit langfristig die gesellschaftliche Spaltung nachhaltig überwunden werden.

08. Dezember 2021

Koordinierende Ansprechpartner für die internistischen Fachgesellschaften:

DGI

Prof. Dr. Bernd Salzberger

bernd.salzberger@ukr.de

DGIIN

Prof. Dr. Christian Karagiannidis

Christian.Karagiannidis@uni-wh.de

Prof. Dr. Uwe Janssens

Uwe.Janssens@sah-eschweiler.de

DGIM

Prof. Dr. Georg Ertl

ertl_g@ukw.de

Fachgesellschaften

Deutsche Gesellschaft für Infektiologie e.V.

Deutsche Gesellschaft für Angiologie e.V.

Deutsche Gesellschaft für Endokrinologie e.V.

Deutsche Gesellschaft für Geriatrie e.V.

Deutsche Gesellschaft für Internistische Intensiv- und Notfallmedizin e.V.

Deutsche Gesellschaft für Kardiologie - Herz und Kreislaufforschung e.V.

Deutsche Gesellschaft für Nephrologie e.V.

Deutsche Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin e.V.

Deutsche Gesellschaft für Rheumatologie e.V.

Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin e.V.