

Gesetzentwurf

der Fraktionen SPD, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und FDP

Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung des Schutzes der Bevölkerung und insbesondere vulnerabler Personengruppen vor COVID-19

A. Problem und Ziel

Durch die Subtypen der Variante Omikron des Coronavirus SARS-CoV-2 BA.4 und BA.5 verursacht, werden derzeit wieder erhöhte Infektionszahlen in der Bundesrepublik Deutschland festgestellt. Das Auftreten von Varianten mit neuartigen Erreger- bzw. Immunfluchteigenschaften ist jederzeit möglich und nicht vorhersehbar. Des Weiteren ist durch saisonbedingte Effekte mit einem Wiederanstieg der Infektions- und in der Folge auch mit einem Anstieg der Hospitalisierungszahlen zum Herbst/Winter 2022/2023 zu rechnen. Gleichzeitig treten wichtige Verordnungsermächtigungen zur Bekämpfung der Verbreitung des Coronavirus SARS-CoV-2 zeitnah außer Kraft.

Ein hoher Anteil von Personen mit einer Immunität gegen das Coronavirus SARS-CoV-2 senkt die Wahrscheinlichkeit schwerer SARS-CoV-2-Ausbrüche, die das öffentliche Gesundheitssystem überfordern können. Eine Schutzimpfung gegen das Coronavirus SARS-CoV-2 (COVID-19-Schutzimpfung) ist aktuell das wirksamste Mittel, um die Pandemie dauerhaft unter Kontrolle zu bringen und künftige Notlagen zu vermeiden. Eine vollständige COVID-19-Schutzimpfung (Grundimmunisierung plus Auffrischimpfung) ist nach derzeitigem wissenschaftlichem Stand der beste Schutz zur Verhinderung einer Infektion mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 mit schwerem Verlauf. Insbesondere die vulnerable Bevölkerung ist jedoch weiterhin gefährdet, weil auch eine Schutzimpfung nicht in jedem Fall eine schwere Erkrankung und eine Hospitalisierung verhindern kann. Gleichzeitig sollen die schweren gesamtgesellschaftlichen Einschränkungen der vergangenen Jahre vermieden werden, indem Surveillance- und Schutzmaßnahmen zielgerichtet eingesetzt werden.

Zur Optimierung des Pandemiemanagements hat der Corona-Expertenrat es für notwendig erachtet, dass spätestens bis zum Herbst 2022 Kennzahlen zur aktuellen Hospitalisierungsprävalenz und zur Bettenbelegung der Krankenhäuser vorliegen. Es bedarf daher gesetzlicher Anpassungen mit Blick auf das mögliche Pandemiegeschehen im Herbst/Winter 2022/2023 auch in Bezug auf die Meldungen intensivmedizinischer Behandlungskapazitäten an das DIVI IntensivRegister.

Seit dem 1. Januar 2021 besteht für SARS-CoV-2 diagnostizierende Labore die Verpflichtung zur Anbindung und elektronischen Meldung der positiven Testergebnisse an DEMIS, sodass für positive PCR-Testergebnisse auf SARS-CoV-2 nahezu eine Vollerfassung vorliegt (PoC-PCR-Ergebnisse werden gegebenenfalls

nicht über diesen Weg gemeldet). Mit der alleinigen Erfassung der Positivmeldungen über DEMIS können weder Rückschlüsse auf die vorhandenen PCR-Testkapazitäten noch Positivenanteile der durchgeführten Testungen gezogen werden. Daher ist die Erhebung weiterer Daten zu durchgeführten Testungen insgesamt nötig.

B. Lösung

Im Sinne des vom Bundesministerium für Gesundheit vorgelegten 7-Punkte-Plans für den Herbst 2022 sollen zum Schutz vor COVID-19 die Arzneimittelversorgung für die kommende Herbst-/Wintersaison verbessert, zielgerichtete Impfkampagnen ermöglicht und der Schutz der vulnerablen Bevölkerung gestärkt werden.

Die Ermächtigungsgrundlage für die Coronavirus-Impfverordnung (CoronaImpfV) und Coronavirus-Testverordnung (TestV) sowie die Geltungsdauer der CoronaImpfV werden bis zum 31. Dezember 2022 verlängert. Darüber hinaus wird die Berechtigung zur Durchführung von COVID-19-Impfungen durch Apotheker, Zahnärzte sowie Tierärzte bis zum 30. April 2023 verlängert.

Der Infektionsschutz in Einrichtungen und Unternehmen der Pflege und Eingliederungshilfe wird durch besondere Regelungen und durch eine Aufgabenerweiterung der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention beim Robert Koch-Institut (KRINKO) gestärkt. Die Länder erhalten eine Ermächtigungsgrundlage, um auch im Pflegebereich Regelungen zu Hygiene und Infektionsschutz zu treffen, zum Beispiel die Bestellung von hygienebeauftragten Pflegefachkräften in vollstationären Einrichtungen, was der Empfehlung des Expertenrates der Bundesregierung entspricht. Die Regelungsmöglichkeiten für Schutzmaßnahmen außerhalb dieser Einrichtungen (§§ 28 ff. IfSG) sollen nach Vorliegen der Evaluation nach § 5 Absatz 9 IfSG im Rahmen des vorliegenden Gesetzentwurfs im parlamentarischen Verfahren Berücksichtigung finden.

Krankenhäuser sollen verpflichtet werden, regelmäßig die Anzahl der belegten Betten sowie der aufgestellten Betten auf Normalstationen pro Krankenhaus zu melden. Um die Datengrundlagen weiter zu verbessern und gleichzeitig die Meldeaufwände für die Krankenhäuser zu reduzieren, sollen die Meldungen modifiziert und technisch angepasst werden. Dafür wird die gesetzliche Grundlage der entsprechenden Verordnungsermächtigung geschaffen. Gleichzeitig wird die Ermächtigungsgrundlage, die Grundlage für die DIVI IntensivRegister-Verordnung ist, verstetigt.

Es wird in § 7 Absatz 4 IfSG eine verpflichtende Erfassung der durchgeführten (auch negativen) SARS-CoV-2-PCR-Testungen vorgesehen.

Es werden weitergehend als bisher repräsentative Sentinel-Studien ermöglicht, bei denen beispielsweise in Zusammenarbeit mit Einrichtungen der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung repräsentative Auswertungen zu Erkrankungs- und Infektionszahlen und Durchimpfungsraten stattfinden können. Auch die sogenannte Abwassersurveillance kann auf dieser Basis fortgeführt werden. Das Bundesministerium für Gesundheit erhält die Ermächtigung, bestimmte Einrichtungen zur Mitwirkung zu verpflichten. Der Bund kann sich über § 69 IfSG an den Kosten dafür beteiligen.

C. Alternativen

Keine.

D. Haushaltsausgaben ohne Erfüllungsaufwand

Bund, Länder und Gemeinden

Mehrbelastungen des Bundes aufgrund der Verlängerung der Coronavirus-Impfverordnung über das derzeitige Außerkrafttreten zum 25. November 2022 hinaus bis zum 31. Dezember 2022 hängen von stark volatilen Parametern wie dem weiteren Verlauf des Infektionsgeschehens und der Inanspruchnahme durch die Bevölkerung ab. Je eine Million Impfungen durch die Leistungserbringer nach § 3 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 und 3 bis 9 der Coronavirus-Impfverordnung entstehen Kosten für den Bund in Höhe von höchstens 36 Millionen Euro, sofern bei der Impfung die Verpflichtung zur Teilnahme an der Impfsurveillance erfüllt wird.

Für die Ausstellung von Impfbefreiungszertifikaten, für die Apotheken- und Großhandelsvergütung könnten in der Summe auf Grundlage der Abrechnungsdaten des ersten Halbjahres 2022 darüber hinaus geschätzte Kosten von rund 75 Millionen Euro pro Monat entstehen. Die durch die Verlängerung der Coronavirus-Impfverordnung entstehenden Kosten für das Digitale Impfquotenmonitoring (DIM) betragen insgesamt voraussichtlich ca. 2 Millionen Euro.

E. Erfüllungsaufwand

E.1 Erfüllungsaufwand für Bürgerinnen und Bürger

Für die Bürgerinnen und Bürger entsteht kein Erfüllungsaufwand.

E.2 Erfüllungsaufwand für die Wirtschaft

Für die Krankenhäuser entsteht ein einmaliger Erfüllungsaufwand pro Krankenhaus von weniger als 500 Euro für die Installation des erforderlichen Komfort-Clients. Außerdem entsteht einmaliger Erfüllungsaufwand für das Update des Primärsystems zwecks Anschluss an DEMIS von weniger als 500 Euro pro Krankenhaus. Die Höhe des Betrags ist abhängig vom Inhalt der geschlossenen Verträge, sofern das Update nicht ohnehin schon vom Vertrag mit dem Hersteller des Krankenhausinformationssystems umfasst ist.

Für die Meldung über den Komfort-Client entsteht ein Aufwand von ca. 3 Stunden monatlich pro Krankenhaus. Es ist davon auszugehen, dass pro Krankenhaus ein Aufwand von 6 Minuten täglich erforderlich ist, sodass sich ein monatlicher Aufwand von 180 Minuten (= 3 Stunden) ergibt. Bei einem Stundensatz von 30 Euro brutto entsteht daher ein Gesamtaufwand pro Krankenhaus von 90 Euro im Monat, für alle Krankenhäuser ein solcher von ca. 171 000 Euro im Monat. Dieser Aufwand entsteht nur, solange die automatisierte Meldung aus den Primärsystemen noch nicht umgesetzt ist, das heißt voraussichtlich bis zum 31. Dezember 2022.

Den Meldepflichtigen nach § 8 IfSG entsteht ein geringfügiger Erfüllungsaufwand in nicht quantifizierbarer Höhe durch die Einführung zusätzlicher Meldepflichten.

Durch neue Vorgaben in § 35 IfSG (hygienebeauftragte Pflegefachkraft in vollstationären Einrichtungen) entstehen für die Wirtschaft jährliche Belastungen in

Höhe von rund 18 Millionen Euro (eine Stunde Zeitaufwand je Woche und Lohnkostensatz in Höhe von 30 Euro für 11 736 Einrichtungen).

Davon Bürokratiekosten aus Informationspflichten

Der vorgenannte Erfüllungsaufwand besteht zum Teil aus Bürokratiekosten aus Informationspflichten.

Der jährliche Erfüllungsaufwand für die Wirtschaft wird nach der „One in, one-out“-Regel der Bundesregierung außerhalb dieses Vorhabens kompensiert. Das Bundesministerium für Gesundheit prüft Entlastungen in anderen Regelungsbe-
reichen.

E.3 Erfüllungsaufwand der Verwaltung

Beim Robert Koch-Institut (RKI) entsteht ein Erfüllungsaufwand für die Verarbeitung der zusätzlichen Meldedaten.

Den Gesundheitsämtern entsteht ein geringfügiger Erfüllungsaufwand in nicht quantifizierbarer Höhe durch die Einführung zusätzlicher Meldepflichten.

Dem Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS) wird durch die Abrechnung und Zahlung von Corona-Finanzhilfen aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds über den 25. November 2022 hinaus Erfüllungsaufwand in nicht bezifferbarer Höhe entstehen.

Für das BAS entsteht aufgrund der Verlängerung der Coronavirus-Impfverordnung einmaliger Erfüllungsaufwand für die Anpassung der bestehenden Abrechnungsverfahren in Höhe von 2 820 Euro. Dabei wird angenommen, dass insgesamt ein Zeitaufwand von 40 Arbeitsstunden für den höheren Dienst bei einem Lohnkostensatz von 70,50 Euro pro Stunde anfällt. Für die Abwicklung der Zahlungen im Rahmen der Abrechnungsverfahren entsteht dem BAS einmaliger Erfüllungsaufwand von rund 6 435 Euro. Dabei wird angenommen, dass für die Abwicklung der Zahlungen der Erstattungsverfahren insgesamt ein Zeitaufwand von 55 Arbeitsstunden für den höheren Dienst bei einem Lohnkostensatz von 70,50 Euro pro Stunde und ein Zeitaufwand von 55 Arbeitsstunden für den gehobenen Dienst bei einem Lohnkostensatz von 46,50 Euro pro Stunde anfällt.

F. Weitere Kosten

Keine.

Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung des Schutzes der Bevölkerung und insbesondere vulnerabler Personengruppen vor COVID-19

Vom ...

Der Bundestag hat mit Zustimmung des Bundesrates das folgende Gesetz beschlossen:

Artikel 1

Änderung des Infektionsschutzgesetzes

Das Infektionsschutzgesetz vom 20. Juli 2000 (BGBl. I S. 1045), das zuletzt durch Artikel 3a des Gesetzes vom 28. Juni 2022 (BGBl. I S. 938) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. Die Inhaltsübersicht wird wie folgt geändert:
 - a) Nach der Angabe zu § 15 wird folgende Angabe eingefügt:

„§ 15a Durchführung der infektiionshygienischen und hygienischen Überwachung“.
 - b) Die Angabe zu § 35 wird durch folgende Angabe ersetzt:

„§ 35 Infektionsschutz in Einrichtungen und Unternehmen der Pflege und Eingliederungshilfe, Verordnungsermächtigung“.
2. Dem § 6 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 wird folgender Buchstabe u angefügt:

„u) durch Orthopockenviren verursachte Krankheiten,“.
3. § 7 wird wie folgt geändert:
 - a) Nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 36 wird folgende Nummer 36a eingefügt:

„36a. Orthopockenviren“.
 - b) Absatz 3 Satz 1 wird wie folgt geändert:
 - aa) In Nummer 6 werden die Wörter „mit verminderter Empfindlichkeit gegenüber Azithromycin, Cefixim oder Ceftriaxon“ gestrichen und wird der Punkt am Ende durch ein Komma ersetzt.
 - bb) Folgende Nummer 7 wird angefügt:

„7. Chlamydia trachomatis, sofern es sich um einen der Serotypen L1 bis L3 handelt.“
 - c) Folgender Absatz 4 wird angefügt:

„(4) Bei Untersuchungen zum direkten Nachweis des Severe-Acute-Respiratory-Syndrome-Coronavirus-2 (SARS-CoV-2) mittels Nukleinsäureamplifikationstechnik ist das Untersuchungsergebnis nichtnamentlich zu melden. Die Meldung nach Satz 1 hat gemäß § 8 Absatz 1 Nummer 2, 3 oder Absatz 4, § 10 Absatz 3 zu erfolgen.“
4. In § 8 Absatz 1 Nummer 7 werden die Wörter „§ 36 Absatz 1 Nummer 1 bis 7“ durch die Wörter „§ 35 Absatz 1 Satz 1 und § 36 Absatz 1“ ersetzt.
5. § 9 Absatz 1 Nummer 1 wird wie folgt geändert:
 - a) In Buchstabe f werden die Wörter § 36 Absatz 1 und 2“ durch die Wörter „§ 35 Absatz 1 Satz 1 oder § 36 Absatz 1 oder Absatz 2“ ersetzt.

- b) In Buchstabe h werden die Wörter „§ 36 Absatz 1 oder Absatz 2“ durch die Wörter „§ 35 Absatz 1 Satz 1 oder § 36 Absatz 1 oder Absatz 2“ ersetzt.
6. § 10 wird wie folgt geändert:
- a) Absatz 2 Satz 3 wird wie folgt geändert:
- aa) In Nummer 1 werden die Wörter „nach Absatz 3“ gestrichen.
- bb) Nummer 11 wird wie folgt gefasst:
- „11. bei *Treponema pallidum*, HIV, *Plasmodium* sp. und *Neisseria gonorrhoeae* Angaben zu einer zum wahrscheinlichen Zeitpunkt der Infektion erfolgten Maßnahme der spezifischen Prophylaxe und bei *Neisseria gonorrhoeae* Angaben zu einer vorliegenden verminderten Empfindlichkeit gegenüber Azithromycin, Cefixim oder Ceftriaxon,“.
- b) Absatz 3 wird durch die folgenden Absätze 3 und 4 ersetzt:
- „(3) Die nichtnamentliche Meldung nach § 7 Absatz 4 Satz 1 muss spätestens 24 Stunden, nachdem der Meldende Kenntnis von dem Untersuchungsergebnis erlangt hat, an das Robert Koch-Institut erfolgen. Die Meldung muss folgende Angaben enthalten:
1. Geschlecht der betroffenen Person,
 2. Monat und Jahr der Geburt der betroffenen Person,
 3. die ersten drei Ziffern der Postleitzahl der Hauptwohnung oder des gewöhnlichen Aufenthaltsortes der betroffenen Person,
 4. Untersuchungsbefund einschließlich Typisierungsergebnissen,
 5. Art des Untersuchungsmaterials,
 6. Name, Anschrift und weitere Kontaktdaten des Meldenden,
 7. Grund der Untersuchung.
- (4) Die fallbezogene Pseudonymisierung nach Absatz 2 Satz 3 Nummer 1 besteht aus dem dritten Buchstaben des ersten Vornamens in Verbindung mit der Anzahl der Buchstaben des ersten Vornamens sowie dem dritten Buchstaben des ersten Nachnamens in Verbindung mit der Anzahl der Buchstaben des ersten Nachnamens. Bei Doppelnamen wird jeweils nur der erste Teil des Namens berücksichtigt; Umlaute werden in zwei Buchstaben dargestellt. Namenszusätze bleiben unberücksichtigt. § 14 Absatz 3 bleibt unberührt. Angaben nach den Sätzen 1 bis 3 und die Angaben zum Monat der Geburt dürfen vom Robert Koch-Institut lediglich zu der Prüfung, ob verschiedene Meldungen sich auf denselben Fall beziehen, verarbeitet werden. Sie sind zu löschen, sobald nicht mehr zu erwarten ist, dass die damit bewirkte Einschränkung der Prüfung nach Satz 5 eine nicht unerhebliche Verfälschung der aus den Meldungen zu gewinnenden epidemiologischen Beurteilung bewirkt.“

7. In § 11 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 Buchstabe f werden die Wörter „§ 36 Absatz 1 und 2“ durch die Wörter „§ 35 Absatz 1 Satz 1 oder § 36 Absatz 1 oder Absatz 2“ ersetzt.

8. § 13 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 2 wird wie folgt gefasst:

„(2) Das Robert Koch-Institut und die Länder können zur Überwachung übertragbarer Krankheiten Sentinel-Erhebungen und insbesondere Testungen und Befragungen bei bestimmten Personengruppen mit Einwilligung der jeweils betroffenen Person sowie Testungen an bestimmten Wasserproben in bestimmten Gebietskörperschaften durchführen. Die Erhebungen nach Satz 1 können in Zusammenarbeit mit ausgewählten Einrichtungen der Gesundheitsvorsorge und gesundheitlichen sowie pflegerischen Versorgung zu Personen stattfinden, die diese Einrichtungen unabhängig von der Sentinel-Erhebung in Anspruch nehmen. Die Erhebungen nach Satz 1 können auch über anonyme unverknüpfbare Testungen an Restblutproben oder anderem geeigneten Material erfolgen. Sentinel-Erhebungen an Abwasserproben können in Zusammenarbeit mit ausgewählten Einrichtungen der Abwasserbeseitigung

und -analytik stattfinden. Werden personenbezogene Daten verwendet, die bereits bei der Vorsorge oder Versorgung erhoben wurden, sind diese zu anonymisieren. Daten, die eine Identifizierung der in die Erhebungen einbezogenen Personen erlauben, dürfen nicht erhoben werden. Das Bundesministerium für Gesundheit wird ermächtigt, durch Rechtsverordnung ohne Zustimmung des Bundesrates festzulegen, dass und auf welche Weise bestimmte in den Sätzen 2 und 4 genannte Einrichtungen verpflichtet sind, an den Sentinel-Erhebungen mitzuwirken. Die Rechtsverordnung nach Satz 7 bedarf des Einvernehmens mit dem Bundesministerium für Umwelt, Naturschutz, nukleare Sicherheit und Verbraucherschutz, soweit Sentinel-Erhebungen nach Satz 4 betroffen sind.“

b) Absatz 5 wird wie folgt geändert:

aa) Satz 1 wird wie folgt geändert:

- aaa) In dem Satzteil vor Nummer 1 werden die Wörter „Impfleistungen eingerichteten Impfzentren“ durch die Wörter „Schutzimpfungen verantwortlichen Einrichtungen und Personen“ ersetzt.
- bbb) In Nummer 5 werden die Wörter „des Impfzentrums“ durch die Wörter „der für die Schutzimpfung verantwortlichen Einrichtung oder Person“ ersetzt.
- ccc) In Nummer 10 werden die Wörter „den Beginn oder den Abschluss der Impfserie“ durch die Wörter „die genaue Stellung der Impfung in der Impfserie“ ersetzt.

bb) Die Sätze 2 und 3 werden wie folgt gefasst:

„Die Kassenärztlichen Vereinigungen und die zur Durchführung von Schutzimpfungen verantwortlichen Einrichtungen und Personen dürfen personenbezogene Daten verarbeiten, soweit es erforderlich ist, um ihre Verpflichtung nach Satz 1 zu erfüllen. Das Bundesministerium für Gesundheit wird ermächtigt, durch Rechtsverordnung ohne Zustimmung des Bundesrates Folgendes festzulegen:

1. das Nähere zum Verfahren der Übermittlung der Angaben nach Satz 1,
2. Ausnahmen zu den nach Satz 1 zu übermittelnden Angaben.“

c) Folgender Absatz 7 wird angefügt:

„(7) Für Zwecke der Feststellung der Auslastung der Krankenhauskapazitäten (Krankenhauskapazitätssurveillance) sind Krankenhäuser verpflichtet, folgende Angaben an das Robert Koch-Institut zu übermitteln:

1. nach Maßgabe der Rechtsverordnung nach Satz 4 die für die Ermittlung der nichtintensivmedizinischen somatischen Behandlungskapazitäten erforderlichen Angaben und
2. sofern das Krankenhaus intensivmedizinische Behandlungskapazitäten vorhält, nach Maßgabe der Rechtsverordnung nach Satz 4 die für die Ermittlung der intensivmedizinischen Behandlungskapazitäten erforderlichen Angaben.

Die Übermittlung nach Satz 1 Nummer 1 hat über das elektronische Melde- und Informationssystem nach § 14 zu erfolgen. Die Übermittlung nach Satz 1 Nummer 2 hat an das vom Robert Koch-Institut geführte DIVI IntensivRegister zu erfolgen. Das Bundesministerium für Gesundheit wird ermächtigt, durch Rechtsverordnung ohne Zustimmung des Bundesrates Folgendes festzulegen:

1. die für die Ermittlung der nichtintensivmedizinischen somatischen Behandlungskapazitäten erforderlichen Angaben,
2. die für die Ermittlung der intensivmedizinischen Behandlungskapazitäten erforderlichen Angaben,
3. wie oft Krankenhäuser verpflichtet sind, Übermittlungen nach Satz 1 vorzunehmen, und
4. ein von den Sätzen 2 und 3 abweichendes Verfahren der Übermittlung.“

9. § 14 wird wie folgt geändert:

- a) In Absatz 2 Nummer 1 wird die Angabe „34 und 36“ durch die Wörter „34, 35 Absatz 4 und § 36“ ersetzt.
- b) In Absatz 3 in dem Satzteil vor Nummer 1 wird die Angabe „34 und 36“ durch die Wörter „34, 35 Absatz 4 und § 36“ ersetzt.
- c) In Absatz 4 wird die Angabe „34 und 36“ durch die Wörter „34, 35 Absatz 4 und § 36“ ersetzt.
- d) In Absatz 5 wird die Angabe „§§ 34 und 36“ durch die Wörter „§§ 34, 35 Absatz 4 und § 36“ ersetzt.
- e) Nach Absatz 8 Satz 5 werden die folgenden Sätze eingefügt:

„Meldepflichtige nach § 8 Absatz 1 Nummer 1 müssen, sofern sie in einem Krankenhaus tätig sind, abweichend von Satz 2 ihrer Verpflichtung zur Meldung und Benachrichtigung durch Nutzung des elektronischen Melde- und Informationssystems ab dem 17. September 2022 nachkommen. Meldepflichtige nach § 8 Absatz 1 Satz 1 Nummer 7 und Benachrichtigungspflichtige nach den §§ 35 und 36 müssen abweichend von Satz 2 ihrer Verpflichtung zur Meldung und Benachrichtigung durch Nutzung des elektronischen Melde- und Informationssystems ab dem 1. Juli 2023 nachkommen.“

10. Nach § 15 wird folgender § 15a eingefügt:

„§ 15a

Durchführung der infektionshygienischen und hygienischen Überwachung

(1) Bei der Durchführung der folgenden infektionshygienischen oder hygienischen Überwachung unterliegen Personen, die über Tatsachen Auskunft geben können, die für die jeweilige Überwachung von Bedeutung sind, den in Absatz 2 genannten Pflichten und haben die mit der jeweiligen Überwachung beauftragten Personen die in Absatz 3 genannten Befugnisse:

1. infektionshygienische Überwachung durch das Gesundheitsamt nach § 23 Absatz 6,
2. infektionshygienische Überwachung durch das Gesundheitsamt nach § 35 Absatz 1 Satz 3 und § 36 Absatz 1 und 2,
3. hygienische Überwachung durch das Gesundheitsamt nach § 37 Absatz 3 und
4. infektionshygienische Überwachung durch die zuständige Behörde nach § 41 Absatz 1 Satz 2.

(2) Personen, die über Tatsachen Auskunft geben können, die für die Überwachung von Bedeutung sind, sind verpflichtet, den mit der Überwachung beauftragten Personen auf Verlangen die erforderlichen Auskünfte insbesondere über den Betrieb und den Betriebsablauf einschließlich dessen Kontrolle zu erteilen und Unterlagen einschließlich des tatsächlichen Standes entsprechende technische Pläne vorzulegen. Der Verpflichtete kann die Auskunft auf solche Fragen verweigern, deren Beantwortung ihn selbst oder einen der in § 52 Absatz 1 der Strafprozessordnung bezeichneten Angehörigen der Gefahr aussetzen würde, wegen einer Straftat oder einer Ordnungswidrigkeit verfolgt zu werden; Entsprechendes gilt für die Vorlage von Unterlagen.

(3) Die mit der Überwachung beauftragten Personen sind, soweit dies zur Erfüllung ihrer Aufgaben erforderlich ist, befugt,

1. Betriebsgrundstücke, Betriebs- und Geschäftsräume, zum Betrieb gehörende Anlagen und Einrichtungen sowie Verkehrsmittel zu Betriebs- und Geschäftszeiten zu betreten und zu besichtigen,
2. sonstige Grundstücke sowie Wohnräume tagsüber an Werktagen zu betreten und zu besichtigen,
3. in die Bücher oder sonstigen Unterlagen Einsicht zu nehmen und hieraus Abschriften, Ablichtungen oder Auszüge anzufertigen,
4. sonstige Gegenstände zu untersuchen oder

5. Proben zur Untersuchung zu fordern oder zu entnehmen.

Der Inhaber der tatsächlichen Gewalt ist verpflichtet, den Beauftragten der zuständigen Behörde oder des Gesundheitsamtes die Grundstücke, Räume, Anlagen, Einrichtungen und Verkehrsmittel sowie sonstigen Gegenstände zugänglich zu machen. Das Grundrecht der Unverletzlichkeit der Wohnung (Artikel 13 Absatz 1 des Grundgesetzes) wird insoweit eingeschränkt.

(4) Weitergehende Pflichten und Befugnisse, insbesondere unter den Voraussetzungen der §§ 16 oder 17 oder nach den Vorschriften des 5. Abschnitts, bleiben unberührt.“

11. Der bisherige § 15a wird aufgehoben.

12. In § 20 Absatz 9a Satz 2, Absatz 10 Satz 2 und Absatz 11 Satz 2 werden jeweils die Wörter „personenbezogene Daten“ durch die Wörter „personenbezogene Angaben“ ersetzt.

13. In § 20a Absatz 2 Satz 2, Absatz 3 Satz 2 und Absatz 4 Satz 2 werden jeweils die Wörter „personenbezogene Daten“ durch die Wörter „personenbezogene Angaben“ ersetzt.

14. Dem § 22a wird folgender Absatz 9 angefügt:

„(9) Vorbehaltlich nationaler oder europäischer Regelungen besteht kein individueller Anspruch auf Anschluss eines Leistungserbringers zur Generierung eines COVID-19-Zertifikats nach den Absätzen 5 bis 7.“

15. § 23 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird wie folgt gefasst:

„(1) Beim Robert Koch-Institut wird eine Kommission für Infektionsprävention in medizinischen Einrichtungen und in Einrichtungen und Unternehmen der Pflege und Eingliederungshilfe eingerichtet. Die Kommission gibt sich eine Geschäftsordnung, die der Zustimmung des Bundesministeriums für Gesundheit bedarf. Die Kommission erstellt Empfehlungen zur Prävention nosokomialer und weiterer Infektionen sowie zu betrieblich-organisatorischen und baulich-funktionellen Maßnahmen der Hygiene in Krankenhäusern, anderen medizinischen Einrichtungen und Einrichtungen und Unternehmen der Pflege und Eingliederungshilfe. Sie erstellt zudem Empfehlungen zu Kriterien und Verfahren zur Einstufung von Einrichtungen als Einrichtungen für ambulantes Operieren. Die Empfehlungen der Kommission werden unter Berücksichtigung aktueller infektionsepidemiologischer Auswertungen stetig weiterentwickelt und vom Robert Koch-Institut veröffentlicht. Die Mitglieder der Kommission werden vom Bundesministerium für Gesundheit im Benehmen mit den obersten Landesgesundheitsbehörden unter Berücksichtigung des gesamten Aufgabenspektrums berufen. Vertreter des Bundesministeriums für Gesundheit, der obersten Landesgesundheitsbehörden und des Robert Koch-Institutes nehmen mit beratender Stimme an den Sitzungen teil.“

b) Absatz 3 Satz 1 Nummer 11 wird aufgehoben.

c) Absatz 5 Satz 1 Nummer 8 wird aufgehoben.

d) Absatz 6a wird aufgehoben.

16. § 28a wird wie folgt geändert:

a) Absatz 7 Satz 1 wird wie folgt geändert:

aa) In Nummer 1 Buchstabe a werden die Wörter „§ 36 Absatz 1 Nummer 2 und 7“ durch die Wörter „§ 35 Absatz 1 Satz 1“ ersetzt.

bb) In Nummer 2 Buchstabe a werden die Wörter „§ 36 Absatz 1 Nummer 2, 4 und 7“ durch die Wörter „§ 35 Absatz 1 Satz 1 und § 36 Absatz 1 Nummer 4“ ersetzt.

b) In Absatz 8 Satz 1 Nummer 3 wird die Angabe „§ 36 Absatz 1“ durch die Wörter „§ 35 Absatz 1 Satz 1 sowie § 36 Absatz 1“ ersetzt.

17. In § 29 Absatz 2 Satz 4 wird die Angabe „§ 36 Absatz 1“ durch die Wörter „§ 35 Absatz 1 Satz 1 sowie § 36 Absatz 1“ ersetzt.
18. § 34 wird wie folgt geändert:
- a) Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 bis 20 wird durch die folgenden Nummern 1 bis 23 ersetzt:
1. Cholera
 2. Coronavirus-Krankheit-2019 (COVID-19)
 3. Diphtherie
 4. Enteritis durch enterohämorrhagische E. coli (EHEC)
 5. virusbedingtem hämorrhagischen Fieber
 6. Haemophilus influenzae Typ b-Meningitis
 7. Impetigo contagiosa (ansteckende Borkenflechte)
 8. Keuchhusten
 9. ansteckungsfähiger Lungentuberkulose
 10. Masern
 11. Meningokokken-Infektion
 12. Mumps
 13. durch Orthopockenviren verursachte Krankheiten
 14. Paratyphus
 15. Pest
 16. Poliomyelitis
 17. Röteln
 18. Scharlach oder sonstigen Streptococcus pyogenes-Infektionen
 19. Shigellose
 20. Skabies (Krätze)
 21. Typhus abdominalis
 22. Virushepatitis A oder E
 23. Windpocken“.
- b) Nach Absatz 5 wird folgender Absatz 5a eingefügt:
- „(5a) Personen, die in den in § 33 genannten Gemeinschaftseinrichtungen Lehr-, Erziehungs-, Pflege-, Aufsichts- oder sonstige regelmäßige Tätigkeiten ausüben und Kontakt mit den dort Betreuten haben, sind vor erstmaliger Aufnahme ihrer Tätigkeit und im Weiteren mindestens im Abstand von zwei Jahren von ihrem Arbeitgeber über die gesundheitlichen Anforderungen und Mitwirkungsverpflichtungen nach den Absätzen 1 bis 5 zu belehren. Über die Belehrung ist ein Protokoll zu erstellen, das beim Arbeitgeber für die Dauer von drei Jahren aufzubewahren ist. Die Sätze 1 und 2 finden für Dienstherrn entsprechende Anwendung.“

19. § 35 wird wie folgt gefasst:

„§ 35

Infektionsschutz in Einrichtungen und Unternehmen der Pflege und Eingliederungshilfe, Verordnungsermächtigung

(1) Folgende Einrichtungen und Unternehmen haben sicherzustellen, dass die nach dem Stand der medizinischen Wissenschaft und der Pflegewissenschaft erforderlichen Maßnahmen getroffen werden, um Infektionen zu verhüten und die Weiterverbreitung von Krankheitserregern zu vermeiden:

1. vollstationäre Einrichtungen zur Betreuung und Unterbringung älterer, behinderter oder pflegebedürftiger Menschen oder vergleichbare Einrichtungen,
2. teilstationäre Einrichtungen zur Betreuung und Unterbringung älterer, behinderter oder pflegebedürftiger Menschen oder vergleichbare Einrichtungen,
3. ambulante Pflegedienste und Unternehmen, die den Einrichtungen nach Nummer 1 oder Nummer 2 vergleichbare Dienstleistungen anbieten; Angebote zur Unterstützung im Alltag im Sinne von § 45a Absatz 1 Satz 2 des Elften Buches Sozialgesetzbuch zählen nicht zu den Dienstleistungen, die mit Angeboten in Einrichtungen nach Nummer 1 oder Nummer 2 vergleichbar sind.

Die Einhaltung des Standes der medizinischen Wissenschaft im Hinblick auf die Durchführung medizinischer Maßnahmen wird vermutet, wenn jeweils die veröffentlichten Empfehlungen der Kommission für Infektionsprävention in medizinischen Einrichtungen und in Einrichtungen und Unternehmen der Pflege und Eingliederungshilfe beim Robert Koch-Institut beachtet worden sind. Einrichtungen nach Satz 1 müssen in Hygieneplänen innerbetriebliche Verfahrensweisen zur Infektionshygiene festlegen und unterliegen der infektionshygienischen Überwachung durch das Gesundheitsamt. Die infektionshygienische Überwachung von ambulanten Pflegediensten, die ambulante Intensivpflege erbringen, erstreckt sich auch auf Orte, an denen die Intensivpflege erbracht wird. Die ambulanten Pflegedienste nach Satz 4 haben dem Gesundheitsamt auf dessen Anforderung die Namen und Kontaktdaten der von ihnen versorgten Personen und der vertretungsberechtigten Personen mitzuteilen. In den Einrichtungen und Unternehmen nach Satz 1 Nummer 1 und 2 ist eine oder sind mehrere verantwortliche Personen zur Umsetzung von gesetzlichen und untergesetzlichen Regelungen zum Infektionsschutz sowie zur Koordinierung von entsprechenden Verfahren und Maßnahmen zu benennen. Die benannten Personen stellen die Einhaltung von Hygieneanforderungen, von Maßnahmen zum Impfen und Testen von Bewohnern, von in der Einrichtung oder in dem Unternehmen tätigen Personen oder von Besuchern sowie zur Versorgung mit antiviralen Therapeutika sicher. Der Qualitätsausschuss Pflege nach § 113b des Elften Buches Sozialgesetzbuch erstellt bis zum 15. Oktober 2022 fachliche Grundlagen und Verfahrenshinweise für die Koordinierungsaufgabe in den voll- und teilstationären Pflegeeinrichtungen.

(2) Soweit es zur Erfüllung von Verpflichtungen aus Absatz 1 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. § 22 Absatz 2 des Bundesdatenschutzgesetzes gilt entsprechend. Die Bestimmungen des allgemeinen Datenschutzrechts bleiben unberührt.

(3) Die Landesregierungen haben durch Rechtsverordnung für Einrichtungen nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 die jeweils erforderlichen Maßnahmen zur Verhütung, Erkennung, Erfassung und Bekämpfung von übertragbaren Krankheiten zu regeln. Dabei sind insbesondere Regelungen zu treffen über

1. hygienische Mindestanforderungen an Bau, Ausstattung und Betrieb der Einrichtungen,
2. die erforderliche personelle Ausstattung mit hygienebeauftragten Pflegefachkräften oder Hygienefachkräften,

3. Aufgaben und Anforderungen an Fort- und Weiterbildung der in der Einrichtung erforderlichen hygienebeauftragten Pflegefachkräfte oder Hygienefachkräfte,
4. die erforderliche Qualifikation und Schulung des Personals hinsichtlich der Infektionsprävention,
5. die Information des Personals über Maßnahmen, die zur Verhütung und Bekämpfung von übertragbaren Krankheiten erforderlich sind.

Die Landesregierungen können die Ermächtigung durch Rechtsverordnung auf andere Stellen übertragen.

(4) § 36 Absatz 3a gilt entsprechend.“

20. § 36 Absatz 1 wird wie folgt geändert:

- a) Nummer 2 wird aufgehoben.
- b) In Nummer 6 wird das Wort „sowie“ am Ende durch einen Punkt ersetzt.
- c) Nummer 7 wird aufgehoben.

21. Dem § 68 Absatz 1 wird folgender Satz angefügt:

„Der Verwaltungsrechtsweg ist auch gegeben, soweit andere Ansprüche wegen Entschädigung für Maßnahmen aufgrund dieses Gesetzes geltend gemacht werden. Artikel 14 Absatz 3 Satz 4 und Artikel 34 Satz 3 des Grundgesetzes bleiben unberührt.“

22. § 69 Absatz 1 wird wie folgt geändert:

- a) Satz 1 wird wie folgt geändert:
 - aa) In Nummer 2 wird die Angabe „Satz 5“ gestrichen.
 - bb) In Nummer 9 wird die Angabe „§ 36 Absatz 5“ durch die Wörter „§ 20 Absatz 12 Satz 2, § 20a Absatz 5 Satz 2, § 36 Absatz 5“ ersetzt.
- b) Nach Satz 1 wird folgender Satz eingefügt:

„In einer Rechtsverordnung nach § 13 Absatz 2 Satz 7 kann im Einvernehmen mit dem Bundesministerium der Finanzen vorgesehen werden, dass der Bund sich anteilig an der Kostentragung beteiligt.“

23. § 77 Absatz 6 und 7 wird aufgehoben.

Artikel 2

Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

Das Fünfte Buch Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Krankenversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477, 2482), das zuletzt durch Artikel 8 des Gesetzes vom 28. Juni 2022 (BGBl. I S. 969) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. § 20i wird wie folgt geändert:

- a) In Absatz 1 Satz 3 werden vor dem Punkt am Ende ein Semikolon und die Wörter „die Leistungen können auch Schutzimpfungen mit zugelassenen Arzneimitteln für Indikationen und Indikationsbereiche umfassen, für die die Arzneimittel nicht von der zuständigen Bundesoberbehörde oder der Europäischen Kommission zugelassen sind“ eingefügt.
- b) Absatz 3 wird wie folgt geändert:
 - aa) In Satz 2 in dem Satzteil vor Nummer 1 werden die Wörter „,sofern der Deutsche Bundestag nach § 5 Absatz 1 Satz 1 des Infektionsschutzgesetzes eine epidemische Lage von nationaler Tragweite festgestellt hat, ermächtigt,“ durch die Wörter „ermächtigt, bis zum 31. Dezember 2022 im Einvernehmen mit dem Bundesministerium der Finanzen“ ersetzt.

- bb) In Satz 3 werden die Wörter „§ 22 des Infektionsschutzgesetzes“ durch die Wörter „den §§ 22 und 22a des Infektionsschutzgesetzes“ ersetzt.
- cc) Die Sätze 16 und 17 werden durch folgenden Satz ersetzt:
- „Das Bundesministerium für Gesundheit wird ermächtigt, durch Rechtsverordnung ohne Zustimmung des Bundesrates ausschließlich zur Abwicklung einer aufgrund des Satzes 2 erlassenen Rechtsverordnung zu bestimmen, dass Regelungen dieser Rechtsverordnung, die die Abrechnung und die Prüfung bereits erbrachter Leistungen, die Zahlung aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds sowie die Erstattung dieser Zahlungen aus Bundesmitteln betreffen, bis zum 31. Dezember 2024 fortgelten.“
2. § 371 Absatz 1 Nummer 3 wird wie folgt gefasst:
- „3. Schnittstellen zum elektronischen Melde- und Informationssystem nach § 14 des Infektionsschutzgesetzes und“.
3. § 372 Absatz 1 Satz 4 wird aufgehoben.
4. § 373 Absatz 1 Satz 3 wird aufgehoben.

Artikel 3

Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch

In § 114 Absatz 2 Satz 12 des Elften Buches Sozialgesetzbuch – Soziale Pflegeversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 26. Mai 1994, BGBl. I S. 1014, 1015), das zuletzt durch Artikel 10 des Gesetzes vom 28. Juni 2022 (BGBl. I S. 969) geändert worden ist, werden die Wörter „Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention nach § 23 Absatz 1 des Infektionsschutzgesetzes“ durch die Wörter „Kommission für Infektionsprävention in medizinischen Einrichtungen und in Einrichtungen und Unternehmen der Pflege und Eingliederungshilfe nach § 23 Absatz 1 des Infektionsschutzgesetzes“ ersetzt.

Artikel 4

Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes

Das Krankenhausfinanzierungsgesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 10. April 1991 (BGBl. I S. 886), das zuletzt durch Artikel 1 des Gesetzes vom 28. Juni 2022 (BGBl. I S. 938) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. In § 23 Absatz 3 Nummer 4 werden die Wörter „jeweils um bis zu sechs Monate verlängern“ durch die Wörter „abweichend regeln“ ersetzt.
2. In § 25 Absatz 3 werden die Wörter „die in Absatz 1 genannten Fristen um bis zu insgesamt zwölf Monate verlängern“ durch die Wörter „von Absatz 1 abweichende Zeiträume regeln“ ersetzt.

Artikel 5

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

Das Gesetz zur Stärkung der Impfprävention gegen COVID-19 und zur Änderung weiterer Vorschriften im Zusammenhang mit der COVID-19-Pandemie vom 10. Dezember 2021 (BGBl. I S. 5162) wird wie folgt geändert:

1. Artikel 2 wird wie folgt geändert:
 - a) Nummer 1 wird wie folgt gefasst:
 - „1. § 20a wird aufgehoben.“
 - „2. § 20b wird aufgehoben.“
 - b) Nach Nummer 1 wird folgende Nummer 2 eingefügt:
 - „2. § 20b wird aufgehoben.“
 - c) Die bisherige Nummer 2 wird Nummer 3.
2. Artikel 23 Absatz 4 wird wie folgt gefasst:
 - „(4) Artikel 2 Nummer 1 und 3 tritt am 1. Januar 2023 in Kraft. Artikel 2 Nummer 2 tritt am 1. Mai 2023 in Kraft.“

Artikel 6

Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes

In § 21 Absatz 3b des Krankenhausentgeltgesetzes vom 23. April 2002 (BGBl. I S. 1412, 1422), das zuletzt durch Artikel 3 des Gesetzes vom 28. Juni 2022 (BGBl. I S. 938) geändert worden ist, wird nach Satz 7 folgender Satz eingefügt:

„Die Datenstelle stellt dem Robert Koch-Institut innerhalb von vier Wochen nach Ablauf der jeweiligen Übermittlungsfrist nach Satz 1 eine Aufstellung aller Standorte sowie eine standortbezogene Aufstellung der Anzahl der aufgestellten Betten zur Verfügung.“

Artikel 7

Änderung der Coronavirus-Testverordnung

Die Coronavirus-Testverordnung vom 21. September 2021 (BAnz AT 21.09.2021 V1), die zuletzt durch Artikel 1 der Verordnung vom 29. Juni 2022 (BAnz AT 29.06.2022 V1) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. § 3 Absatz 2 wird wie folgt geändert:
 - a) In Nummer 2 werden die Wörter „§ 36 Absatz 1 Nummer 1 bis 6 und Absatz 2“ durch die Wörter „§ 35 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 und 2 und § 36 Absatz 1 Nummer 1 bis 6 und Absatz 2“ ersetzt.
 - b) In Nummer 3 werden die Wörter „§ 23 Absatz 3 Satz 1 Nummer 11 oder § 36 Absatz 1 Nummer 7 einschließlich der in § 36 Absatz 1 Nummer 7 zweiter Teilsatz des Infektionsschutzgesetzes genannten Einrichtungen und Unternehmen“ durch die Wörter „§ 35 Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 einschließlich der

in § 35 Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 zweiter Teilsatz des Infektionsschutzgesetzes genannten Einrichtungen und Unternehmen“ ersetzt.

2. § 4 Absatz 2 wird wie folgt geändert:

- a) In Nummer 2 werden die Wörter „§ 36 Absatz 1 Nummer 2“ durch die Wörter „§ 35 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 und 2“ ersetzt.
- b) In Nummer 3 werden die Wörter „§ 23 Absatz 3 Satz 1 Nummer 11 oder § 36 Absatz 1 Nummer 7 einschließlich der in § 36 Absatz 1 Nummer 7 zweiter Teilsatz des Infektionsschutzgesetzes genannten Einrichtungen und Unternehmen“ durch die Wörter „§ 35 Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 einschließlich der in § 35 Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 zweiter Teilsatz des Infektionsschutzgesetzes genannten Einrichtungen und Unternehmen“ ersetzt.

Artikel 8

Änderung der Coronavirus-Impfverordnung

In § 7 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 und § 17 Satz 1 der Coronavirus-Impfverordnung vom 30. August 2021 (BAnz AT 31.08.2021 V1), die zuletzt durch Artikel 1 der Verordnung vom 23. Mai 2022 (BAnz AT 24.05.2022 V1) geändert worden ist, wird jeweils die Angabe „25. November 2022“ durch die Angabe „31. Dezember 2022“ ersetzt.

Artikel 9

Inkrafttreten

Dieses Gesetz tritt am Tag nach der Verkündung in Kraft.

Berlin, den 5. Juli 2022

Dr. Rolf Mützenich und Fraktion
Britta Haßelmann, Katharina Dröge und Fraktion
Christian Dürr und Fraktion

Begründung

A. Allgemeiner Teil

I. Zielsetzung und Notwendigkeit der Regelungen

Durch die Subtypen der Variante Omikron des Coronavirus SARS-CoV-2 BA.4 und BA.5 verursacht, werden derzeit wieder erhöhte Infektionszahlen in der Bundesrepublik Deutschland festgestellt. Das Auftreten von Varianten mit neuartigen Erreger- bzw. Immunfluchteigenschaften ist jederzeit möglich und nicht vorhersehbar. Des Weiteren ist durch saisonbedingte Effekte mit einem Wiederanstieg der Infektions- und in der Folge auch mit einem Anstieg der Hospitalisierungszahlen zum Herbst/Winter 2022/2023 zu rechnen. Gleichzeitig treten wichtige Verordnungsermächtigungen zur Bekämpfung der Verbreitung des Coronavirus SARS-CoV-2 zeitnah außer Kraft.

Ein hoher Anteil von Personen mit einer Immunität gegen das Coronavirus SARS-CoV-2 senkt die Wahrscheinlichkeit schwerer SARS-CoV-2-Ausbrüche, die das öffentliche Gesundheitssystem überfordern können. Eine Schutzimpfung gegen das Coronavirus SARS-CoV-2 (COVID-19-Schutzimpfung) ist aktuell das wirksamste Mittel, um die Pandemie dauerhaft unter Kontrolle zu bringen und künftige Notlagen zu vermeiden. Eine vollständige COVID-19-Schutzimpfung (Grundimmunisierung plus Auffrischimpfung) ist nach derzeitigem wissenschaftlichen Stand der beste Schutz zur Verhinderung einer Infektion mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 mit schwerem Verlauf. Insbesondere die vulnerable Bevölkerung ist jedoch weiterhin gefährdet, weil auch eine Schutzimpfung nicht in jedem Fall eine schwere Erkrankung und eine Hospitalisierung verhindern kann. Gleichzeitig sollen die schweren gesamtgesellschaftlichen Einschränkungen der vergangenen Jahre vermieden werden, indem Surveillance- und Schutzmaßnahmen zielgerichtet eingesetzt werden.

Zur Optimierung des Pandemiemanagements hat der Corona-Expertenrat es für notwendig erachtet, dass spätestens bis zum Herbst 2022 Kennzahlen zur aktuellen Hospitalisierungsprävalenz und zur Bettenbelegung der Krankenhäuser vorliegen. Es bedarf daher gesetzlicher Anpassungen mit Blick auf das mögliche Pandemiegeschehen im Herbst/Winter 2022/2023 auch in Bezug auf die Meldungen intensivmedizinischer Behandlungskapazitäten an das DIVI IntensivRegister.

Seit dem 1. Januar 2021 besteht für SARS-CoV-2 diagnostizierende Labore die Verpflichtung zur Anbindung und elektronische Meldung der positiven Testergebnisse an DEMIS, sodass für positive PCR-Testergebnisse auf SARS-CoV-2 nahezu eine Vollerfassung vorliegt (PoC-PCR-Ergebnisse werden gegebenenfalls nicht über diesen Weg gemeldet). Mit der alleinigen Erfassung der Positivmeldungen über DEMIS können weder Rückschlüsse auf die vorhandenen PCR-Testkapazitäten noch Positivenanteile der durchgeführten Testungen gezogen werden. Daher ist die Erhebung weiterer Daten zu durchgeführten Testungen insgesamt nötig.

II. Wesentlicher Inhalt des Entwurfs

Im Sinne des vom Bundesministerium für Gesundheit vorgelegten 7-Punkte-Plans für den Herbst 2022 sollen zum Schutz vor COVID-19 die Arzneimittelversorgung für die kommende Herbst-/Wintersaison verbessert, zielgerichtete Impfkampagnen ermöglicht und der Schutz der vulnerablen Bevölkerung gestärkt werden.

Die Ermächtigungsgrundlage für die Coronavirus-Impfverordnung (CoronaImpfV) und Coronavirus-Testverordnung (TestV) sowie die Geltungsdauer der Coronavirus-Impfverordnung werden bis zum 31. Dezember 2022 verlängert. Darüber hinaus wird die Berechtigung zur Durchführung von COVID-19-Impfungen durch Apotheker, Zahnärzte sowie Tierärzte bis zum 30. April 2023 verlängert.

Der Infektionsschutz in Einrichtungen und Unternehmen der Pflege und Eingliederungshilfe wird durch besondere Regelungen und durch eine Aufgabenerweiterung der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention beim RKI (KRINKO) gestärkt. Die Länder erhalten eine Ermächtigungsgrundlage, um auch im Pflegebereich Regelungen zu Hygiene und Infektionsschutz zu treffen, zum Beispiel die Bestellung von hygienebe-

auftragten Pflegefachkräften in vollstationären Einrichtungen, was der Empfehlung des Expertenrates der Bundesregierung entspricht. Die Regelungsmöglichkeiten für Schutzmaßnahmen außerhalb dieser Einrichtungen (§§ 28 ff. IfSG) sollen nach Vorliegen der Evaluation nach § 5 Absatz 9 IfSG im Rahmen des vorliegenden Geszentwurfs im parlamentarischen Verfahren Berücksichtigung finden.

Krankenhäuser sollen verpflichtet werden, regelmäßig die Anzahl der belegten Betten sowie der aufgestellten Betten auf Normalstationen pro Krankenhaus zu melden. Um die Datengrundlagen weiter zu verbessern und gleichzeitig die Meldeaufwände für die Krankenhäuser zu reduzieren, sollen die Meldungen modifiziert und technisch angepasst werden. Dafür wird die gesetzliche Grundlage der entsprechenden Verordnungsermächtigung geschaffen. Gleichzeitig wird die Ermächtigungsgrundlage, die Grundlage für die DIVI IntensivRegister-Verordnung ist, verstetigt.

Es wird in § 7 Absatz 4 IfSG eine verpflichtende Erfassung der durchgeführten (auch negativen) SARS-CoV-2-PCR-Testungen vorgesehen.

Es werden weitergehend als bisher repräsentative Sentinel-Studien ermöglicht, bei denen beispielsweise in Zusammenarbeit mit Einrichtungen der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung repräsentative Auswertungen zu Erkrankungs- und Infektionszahlen und Durchimpfungsraten stattfinden können. Auch die sogenannte Abwassersurveillance kann auf dieser Basis fortgeführt werden. Das Bundesministerium für Gesundheit erhält die Ermächtigung, bestimmte Einrichtungen zur Mitwirkung zu verpflichten. Der Bund kann sich über § 69 IfSG an den Kosten dafür beteiligen.

III. Alternativen

Keine.

IV. Gesetzgebungskompetenz

Die Gesetzgebungskompetenz des Bundes für die vorgesehenen Änderungen ergibt sich aus Artikel 74 Absatz 1 Nummer 19 des Grundgesetzes (GG) (Maßnahmen gegen übertragbare Krankheiten bei Menschen, Recht der Arzneien) sowie hinsichtlich der Bußgeldregelungen aus Artikel 74 Absatz 1 Nummer 1 GG (Strafrecht). Für die Regelungen im KHG ergibt sich die Gesetzgebungskompetenz des Bundes zudem aus Artikel 74 Absatz 1 Nummer 19a GG (die wirtschaftliche Sicherung der Krankenhäuser und die Regelung der Krankenhauspflegesätze) in Verbindung mit Artikel 72 Absatz 2 GG. Danach können die wirtschaftliche Sicherung der Krankenhäuser und die Krankenhauspflegesätze durch Bundesgesetz geregelt werden. Bundesgesetzliche Regelungen sind auch zur Wahrung der Rechtseinheit erforderlich. In einer Pandemiesituation, die mit hoher Belastung der Krankenhäuser einhergeht, ist es von besonderer Bedeutung, dass im gesamten Bundesgebiet kurzfristig ausreichende Krankenhauskapazitäten zur Verfügung stehen, um mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 (COVID-19) Infizierte zu behandeln. Dieses Regelungsziel könnte durch eine Gesetzesvielfalt auf Landesebene nicht erreicht werden, sodass eine flächendeckende und gleichmäßige Versorgung Infizierter, etwa durch Verteilungen aus Regionen mit starker Belastung in solche mit weniger Belastung nicht gewährleistet wäre.

Die Gesetzgebungskompetenz des Bundes für die soziale Pflegeversicherung sowie sozialversicherungsrechtlichen Regelungen im SGB V ergibt sich aus Artikel 74 Absatz 1 Nummer 12 des Grundgesetzes. Danach hat der Bund für die Sozialversicherung die konkurrierende Gesetzgebungskompetenz.

V. Vereinbarkeit mit dem Recht der Europäischen Union und völkerrechtlichen Verträgen

Das Gesetz ist mit dem Recht der Europäischen Union und den völkerrechtlichen Verträgen, die die Bundesrepublik Deutschland abgeschlossen hat, vereinbar.

VI. Gesetzesfolgen

1. Rechts- und Verwaltungsvereinfachung

Die Regelungen wurden unter den Aspekten der Rechts- und Verwaltungsvereinfachung geprüft.

2. Nachhaltigkeitsaspekte

Der Gesetzentwurf steht im Einklang mit dem Leitprinzip der Bundesregierung zur nachhaltigen Entwicklung hinsichtlich Gesundheit, Lebensqualität, sozialem Zusammenhalt und sozialer Verantwortung, gerade in Zeiten einer Pandemie.

3. Haushaltsausgaben ohne Erfüllungsaufwand

Bund, Länder und Gemeinden

Mehrbelastungen des Bundes aufgrund der Verlängerung der Coronavirus-Impfverordnung über das derzeitige Außerkrafttreten zum 25. November 2022 hinaus bis zum 31. Dezember 2022 hängen von stark volatilen Parametern wie dem weiteren Verlauf des Infektionsgeschehens und der Inanspruchnahme durch die Bevölkerung ab. Je eine Million Impfungen durch die Leistungserbringer nach § 3 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 und 3 bis 9 der Coronavirus-Impfverordnung entstehen Kosten für den Bund in Höhe von höchstens 36 Millionen Euro, sofern bei der Impfung die Verpflichtung zur Teilnahme an der Impfsurveillance erfüllt wird.

Für die Ausstellung von Impfbescheinigungen, für die Apotheken- und Großhandelsvergütung könnten in der Summe auf Grundlage der Abrechnungsdaten des ersten Halbjahres 2022 darüber hinaus geschätzte Kosten von rund 75 Millionen Euro pro Monat entstehen. Die durch die Verlängerung der Coronavirus-Impfverordnung entstehenden Kosten für das Digitale Impfquotenmonitoring (DIM) betragen insgesamt voraussichtlich ca. 2 Millionen Euro.

4. Erfüllungsaufwand

Bürgerinnen und Bürger

Für die Bürgerinnen und Bürger entsteht kein Erfüllungsaufwand.

Für Bürgerinnen und Bürger wird durch die Verlängerung der Medizinischer Bedarf Sicherstellungsverordnung kein Erfüllungsaufwand begründet, geändert oder aufgehoben.

Für Bürgerinnen und Bürger wird durch die Änderung des § 71 Absatz 2 AMG kein Erfüllungsaufwand begründet, geändert oder aufgehoben.

Wirtschaft

Für die Krankenhäuser entsteht ein einmaliger Erfüllungsaufwand pro Krankenhaus von weniger als 500 Euro für die Installation des erforderlichen Komfort-Clients. Außerdem entsteht einmaliger Erfüllungsaufwand für das Update des Primärsystems zwecks Anschluss an DEMIS von weniger als 500 Euro pro Krankenhaus. Die Höhe des Betrags ist abhängig vom Inhalt der geschlossenen Verträge, sofern das Update nicht ohnehin schon vom Vertrag mit dem Hersteller des Krankenhausinformationssystems umfasst ist.

Für die Meldung über den Komfort-Client entsteht ein Aufwand von ca. 3 Stunden monatlich pro Krankenhaus. Es ist davon auszugehen, dass pro Krankenhaus ein Aufwand von 6 Minuten täglich erforderlich ist, sodass sich ein monatlicher Aufwand von 180 Minuten (= 3 Stunden) ergibt. Bei einem Stundensatz von 30 Euro brutto entsteht daher ein Gesamtaufwand pro Krankenhaus von 90 Euro im Monat, für alle Krankenhäuser ein solcher von ca. 171 000 Euro im Monat. Dieser Aufwand entsteht nur, solange die automatisierte Meldung aus den Primärsystemen noch nicht umgesetzt ist, das heißt voraussichtlich bis zum 31. Dezember 2022.

Den Meldepflichtigen nach § 8 IfSG entsteht ein geringfügiger Erfüllungsaufwand in nicht quantifizierbarer Höhe durch die Einführung zusätzlicher Meldepflichten.

Durch neue Vorgaben in § 35 IfSG (hygienebeauftragte Pflegefachkraft in vollstationären Einrichtungen) entstehen für die Wirtschaft jährliche Belastungen in Höhe von rund 18 Millionen Euro (eine Stunde Zeitaufwand je Woche und Lohnkostensatz in Höhe von 30 Euro für 11 736 Einrichtungen).

Davon Bürokratiekosten aus Informationspflichten

Der vorgenannte Erfüllungsaufwand besteht zum Teil aus Bürokratiekosten aus Informationspflichten.

Der jährliche Erfüllungsaufwand für die Wirtschaft wird nach der „One in, one-out“-Regel der Bundesregierung außerhalb dieses Vorhabens kompensiert. Das Bundesministerium für Gesundheit prüft Entlastungen in anderen Regelungsbereichen.

Verwaltung

Beim RKI entsteht ein Erfüllungsaufwand für die Verarbeitung der zusätzlichen Meldedaten.

Den Gesundheitsämtern entsteht ein geringfügiger Erfüllungsaufwand in nicht quantifizierbarer Höhe durch die Einführung zusätzlicher Meldepflichten.

Dem Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS) wird durch die Abrechnung und Zahlung von Corona-Finanzhilfen aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds über den 25. November 2022 hinaus Erfüllungsaufwand in nicht bezifferbarer Höhe entstehen.

Für das BAS entsteht aufgrund der Verlängerung der Coronavirus-Impfverordnung einmaliger Erfüllungsaufwand für die Anpassung der bestehenden Abrechnungsverfahren in Höhe von 2 820 Euro. Dabei wird angenommen, dass insgesamt ein Zeitaufwand von 40 Arbeitsstunden für den höheren Dienst bei einem Lohnkostensatz von 70,50 Euro pro Stunde anfällt. Für die Abwicklung der Zahlungen im Rahmen der Abrechnungsverfahren entsteht dem BAS einmaliger Erfüllungsaufwand von rund 6 435 Euro. Dabei wird angenommen, dass für die Abwicklung der Zahlungen der Erstattungsverfahren insgesamt ein Zeitaufwand von 55 Arbeitsstunden für den höheren Dienst bei einem Lohnkostensatz von 70,50 Euro pro Stunde und ein Zeitaufwand von 55 Arbeitsstunden für den gehobenen Dienst bei einem Lohnkostensatz von 46,50 Euro pro Stunde anfällt.

5. Weitere Kosten

Auswirkungen auf Einzelpreise und das Preisniveau, insbesondere auf das Verbraucherpreisniveau sind nicht zu erwarten.

6. Weitere Gesetzesfolgen

Die Regelungen haben keine Auswirkungen für Verbraucherinnen und Verbraucher und keine gleichstellungspolitischen oder demografischen Auswirkungen.

VII. Befristung; Evaluation

Die Regelungen werden fortlaufend evaluiert.

B. Besonderer Teil

Zu Artikel 1 (Änderung des Infektionsschutzgesetzes)

Zu Nummer 1

Durch die Änderungen in Nummer 1 wird die Inhaltsübersicht an die sich aus diesem Gesetzentwurf ergebenden Änderungen des IfSG angepasst.

Zu Nummer 2

Nach § 6 Absatz 1 Satz 1 ist künftig auch der Verdacht einer Erkrankung, die Erkrankung sowie der Tod in Bezug auf durch Orthopocken verursachte Krankheiten (zum Beispiel Pocken und sog. Affenpocken) namentlich zu melden.

Zu Nummer 3**Zu Buchstabe a**

Nummer 36a trägt dem aktuellen Affenpocken-Ausbruch in Deutschland Rechnung, der eine eigenständige Meldung von Nachweisen insbesondere dieser Krankheitserreger erfordert.

Zu Buchstabe b**Zu Doppelbuchstabe aa**

Für Gonokokken wird eine allgemeine nichtnamentliche Meldepflicht eingeführt. Mit ca. 118.000 Fällen im Jahr 2019 ist die Gonorrhö die zweithäufigste gemeldete sexuell übertragbare Infektion (STI) in der Europäischen Union, mit steigender Tendenz. Infektionen mit *Neisseria gonorrhoeae* (NG) sind vor dem dargestellten Hintergrund von hoher Public-Health-Relevanz. Deutschland und Liechtenstein sind derzeit die einzigen europäischen Länder, in denen keine Meldepflicht für Gonorrhö besteht. Aufgrund der besonders hohen Morbidität sowie der besorgniserregenden Resistenzentwicklung bei Gonokokken ist die Einführung einer allgemeinen Meldepflicht prioritär zur Erkennung von Trends neu aufgetretener NG-Infektionen und Resistenzen in Deutschland und zur Schaffung einer Evidenzgrundlage, um gezielte Maßnahmen zur verbesserten Prävention, Erkennung und Behandlung von Gonokokken-Infektionen und Resistenzen ergreifen zu können. Die Angabe über eine verminderte Empfindlichkeit gegenüber Azithromycin, Cefixim oder Ceftriaxon hat künftig nach § 10 Absatz 2 zu erfolgen.

Zu Doppelbuchstabe bb

Die Chlamydien Serotypen L1, L2 und L3 verursachen das Lymphogranuloma venereum. Dabei handelt es sich um eine Sonderform einer genitalen Chlamydieninfektion und zählt zu den „klassischen“ Geschlechtskrankheiten, die nach § 1 Nummer 4 GeschlechtskrG meldepflichtig war. Vereinzelt ist *Chlamydia trachomatis* bereits über landesrechtliche Regelungen meldepflichtig.

Zu Buchstabe c

Mit der Schaffung einer gesetzlichen Grundlage für die zusätzliche nichtnamentliche elektronische Meldung negativer PCR-Testergebnisse in § 7 Absatz 4 kann eine Vollerfassung der in Deutschland durchgeführten, PCR-Tests tagesgenau, demografisch und regional hochaufgelöst vorliegen. Die aus den Daten ermittelte Positivquote ist ein Maß, mit dem sich die Untererfassung (Dunkelziffer) in der Bevölkerung abschätzen lässt, die Positivquote ist somit ein wichtiger Indikator für die Einschätzung der epidemischen Lage, auf deren Grundlage Empfehlungen für Maßnahmen und politische Entscheidungen getroffen werden können.

Der ExpertInnenrat der Bundesregierung hat in seiner 11. Stellungnahme für die Vorbereitung auf den Herbst eine Verbesserung der Datenlage gefordert; ebenso die Bundesärztekammer und die Deutsche Krankenhausgesellschaft. Der ExpertInnenrat der Bundesregierung fordert eine wöchentliche Erhebung der Testpositivquote von SARS-CoV-2. Über eine systematische Datenerhebung und ein digitales Echtzeitlagebild des Infektionsgeschehens sollen sowohl Wissenschaft als auch die Öffentlichkeit leichten und unkomplizierten Zugang zu den Ergebnissen erhalten.

Seit dem 1. Januar 2021 besteht für SARS-CoV-2 diagnostizierende Labore die Verpflichtung zur Anbindung und elektronischen Meldung der positiven Testergebnisse an DEMIS, sodass für positive PCR-Testergebnisse auf SARS-CoV-2 eine Vollerfassung vorliegt. Mit diesen Daten kann allerdings keine Positivrate ermittelt werden, zusätzlich können bei der alleinigen Erfassung der Positivmeldungen über DEMIS keine Rückschlüsse auf die PCR-Testkapazitäten gezogen werden.

Zu Nummer 4

Es handelt sich um Folgeanpassungen.

Zu Nummer 5

Es handelt sich um Folgeanpassungen.

Zu Nummer 6**Zu Buchstabe a****Zu Doppelbuchstabe aa**

Es handelt sich um Folgeanpassungen.

Zu Doppelbuchstabe bb

Die Erfassung der Syphilis- und HIV-Infektionen im Zusammenhang mit PrEP-Nutzung ist ein wichtiger Indikator zur Verbesserung von HIV-Präventionsstrategien.

Es ist einer der Hauptindikatoren des ECDC PrEP-Monitorings, um verpasste Chancen bei der HIV-Prävention sowie die Adhärenz der PrEP-Nutzenden zu bewerten und darzustellen, an welchen Stellen Nachbesserungen in Zugang und Kontinuität der PrEP-Nutzung nötig sind.

Die Angaben zu einer vorliegenden verminderten Empfindlichkeit gegenüber Azithromycin, Cefixim oder Ceftriaxon bei *Neisseria gonorrhoeae* war zuvor als eigenständige Meldepflicht unter § 7 Absatz 3 geregelt.

Zu Buchstabe b

In Absatz 3 werden nunmehr die Angaben aufgeführt, die bei einer nichtnamentlichen Meldung nach § 7 Absatz 4 zu machen sind.

Der neue Absatz 4 entspricht dem bisherigen Absatz 3.

Zu Nummer 7

Es handelt sich um Folgeanpassungen.

Zu Nummer 8**Zu Buchstabe a**

Durch die Regelung werden repräsentative Bevölkerungs-Sentinels ermöglicht, um die epidemiologische Überwachung von Krankheiten zu verbessern. Das RKI und die Länder können zur Überwachung übertragbarer Krankheiten (und der gegen sie vorliegenden Immunität) Sentinel-Erhebungen und insbesondere Testungen und Befragungen bei bestimmten Personengruppen mit Einwilligung der jeweils betroffenen Person sowie Testungen an bestimmten Wasserproben in bestimmten Gebietskörperschaften durchführen. Diese Erhebungen können in Zusammenarbeit mit ausgewählten Einrichtungen der Gesundheitsversorgung und gesundheitlichen sowie pflegerischen Versorgung zu Personen stattfinden, die diese Einrichtungen unabhängig von der Sentinel-Erhebung in Anspruch nehmen. Die Erhebungen können nach Satz 3 auch über anonyme unverknüpfbare Testungen an Restblutproben oder anderem geeigneten Material erfolgen. Sentinel-Erhebungen an Abwasserproben können in Zusammenarbeit mit ausgewählten Einrichtungen der Abwasserbeseitigung und -analytik stattfinden. Das Bundesministerium für Gesundheit wird ermächtigt, durch Rechtsverordnung ohne Zustimmung des Bundesrates festzulegen, dass und auf welche Weise bestimmte in den Sätzen 2 und 4 genannte Einrichtungen verpflichtet sind, an den Sentinel-Erhebungen mitzuwirken. Die Rechtsverordnung nach Satz 7 bedarf des Einvernehmens mit dem Bundesministerium für Umwelt, Naturschutz, nukleare Sicherheit und Verbraucherschutz, soweit Sentinel-Erhebungen nach Satz 4 betroffen sind.

Zu Buchstabe b**Zu Doppelbuchstabe aa****Zu Dreifachbuchstabe aaa**

Durch die Neufassung von § 13 Absatz 5 Satz 1 werden neben den bereits zur Meldung verpflichteten Impfzentren und Kassenärztlichen Vereinigungen nunmehr auch weitere Erbringer von Schutzimpfungen, etwa Apotheken, die Gripeschutzimpfungen durchführen, zur Datenmeldung an das RKI und das Paul-Ehrlich-Institut zum Zwecke der Impfsurveillance bzw. Pharmakovigilanz nach Maßgabe der Rechtsverordnung nach Satz 2 verpflichtet. Die Meldepflicht soll das RKI in die Lage versetzen, die Inanspruchnahme des Impfangebots unter anderem gegen Influenza in Apotheken, die Wirkung der Impfstoffe und die Entwicklung der Impfquoten, insbesondere

bei den von der Ständigen Impfkommission benannten Risikogruppen, auszuwerten. Die von Impfberechtigten übermittelten Impfdaten ermöglichen darüber hinaus dem Paul-Ehrlich-Institut, die Überwachung der Impfstoffsicherheit zu verbessern, indem Meldungen von Verdachtsfällen einer über das übliche Ausmaß einer Impfreaktion hinausgehenden gesundheitlichen Schädigung auf eine vollständigere Anzahl von durchgeführten Impfungen in einer Region oder bundesweit bezogen und bewertet werden können, da zum Beispiel die Meldungen der Apotheken, die Gripeschutzimpfungen durchführen, die Meldungen aus dem niedergelassenen ärztlichen Bereich kompletieren. Dadurch kann die Häufigkeit und Schwere von Impfkomplicationen besser beurteilt werden.

Zu Dreifachbuchstabe bbb

Es handelt sich um Folgeanpassungen.

Zu Dreifachbuchstabe ccc

Es handelt sich um eine redaktionelle Klarstellung.

Zu Doppelbuchstabe bb

Die Kassenärztlichen Vereinigungen und die zur Durchführung von Schutzimpfungen verantwortlichen Einrichtungen und Personen erhalten die datenschutzrechtliche Befugnis zur Datenverarbeitung zum Zwecke der Meldung im Rahmen der Impfsurveillance und Pharmakovigilanz nach Satz 1.

Das Bundesministerium für Gesundheit wird nach Satz 3 ermächtigt, durch Rechtsverordnung ohne Zustimmung des Bundesrates das Nähere und Abweichungen zu den Inhalten und Verfahren der Übermittlung der Daten nach Satz 1 festzulegen. In der Verordnung kann bestimmt werden, welche der Angaben in Satz 1 an die Bundesoberbehörden übermittelt werden müssen; hierbei können je nach Schutzimpfung und je nach Leistungserbringer unterschiedliche Datensätze festgelegt werden.

Zu Buchstabe c

Wie die bisherigen Erfahrungen in der Pandemie gezeigt haben, kann eine große Zahl von Infektionen nicht nur zu Überlastungen von intensivmedizinischen Behandlungskapazitäten führen, sondern auch zu einer erheblich stärkeren Inanspruchnahme der Behandlungskapazitäten auf Normalstationen. Um frühzeitig Engpässe auf Normalstationen erkennen und entsprechende Gegenmaßnahmen ergreifen zu können, ist es daher erforderlich, dass neben der Erfassung der freien und belegten intensivmedizinischen Behandlungskapazitäten auf Grund der DIVI IntensivRegister-Verordnung auch die freien und belegten Behandlungskapazitäten auf Normalstationen erfasst und an eine zentrale Stelle gemeldet werden.

Aus diesem Grund werden Krankenhäuser nach Satz 1 Nummer 1 verpflichtet, ab Inkrafttreten des Gesetzes die Zahl der belegten Betten auf Normalstationen zu melden.

In Satz 1 Nummer 2 wird die Verpflichtung der Krankenhäuser, ihre intensivmedizinischen Behandlungskapazitäten an das RKI zu melden, ausdrücklich gesetzlich geregelt und damit in gleicher Weise wie die Verpflichtung zur Meldung der Behandlungskapazitäten auf Normalstationen.

Die Übermittlung nach Satz 1 Nummer 1 hat nach Satz 2 über das elektronische Melde- und Informationssystem nach § 14 zu erfolgen; die Übermittlung nach Satz 1 Nummer 2 hat nach Satz 3 an das DIVI IntensivRegister zu erfolgen.

Satz 4 sieht vor, dass das BMG durch Rechtsverordnung das Nähere zu den Meldepflichten der Krankenhäuser regeln kann, so wie dies bisher schon hinsichtlich der Meldung der intensivmedizinischen Behandlungskapazitäten in der DIVI IntensivRegister-Verordnung der Fall ist. Hierdurch wird die Möglichkeit geschaffen, die Vorgaben für die Meldungen der Krankenhäuser zur Verbesserung der Datengrundlagen und zur Verringerung der Meldeaufwände für die Krankenhäuser zu modifizieren oder technisch anzupassen. So kann etwa durch Rechtsverordnung vorgesehen werden, dass auch die Meldungen der intensivmedizinischen Behandlungskapazitäten zur Verfahrenserleichterung für die Krankenhäuser ebenfalls über DEMIS erfolgen können, wenn die technischen Möglichkeiten hierfür zur Verfügung stehen.

Gleichzeitig wird die Ermächtigungsgrundlage, die Grundlage für die DIVI IntensivRegister-Verordnung ist, damit verstetigt.

Satz 4 sieht vor, dass in der Rechtsverordnung auch die Übermittlung weiterer Angaben durch die Krankenhäuser vorgesehen werden kann. Voraussetzung hierfür ist, dass aus diesen Angaben Anhaltspunkte für die Auslastung der Krankenhauskapazitäten abgeleitet werden können. Eine Übermittlung weiterer Angaben kann insbesondere dann sinnvoll sein, wenn die Feststellungen zur Auslastung der Krankenhauskapazitäten hierdurch erheblich verbessert werden können, insbesondere mit Blick auf die weitere Pandemieentwicklung.

Zu Nummer 9

Zu den Buchstaben a bis d

Es handelt sich um Folgeanpassungen.

Zu Buchstabe e

Meldepflichtige in Krankenhäusern müssen nach Satz 6 ab dem 17. September 2022 ihrer Meldepflicht durch Nutzung des elektronischen Melde- und Informationssystems nach § 14 nachkommen. Satz 7 sieht dagegen für Melde- und Benachrichtigungspflichtige nach § 8 Absatz 1 Satz 1 Nummer 7 und Benachrichtigungspflichtige nach §§ 35 und 36 eine Nutzungspflicht erst ab dem 1. Juli 2023 vor.

Zu Nummer 10

§ 15a wird klarstellend dem 3. Abschnitt zugeordnet.

Zu Nummer 11

Es handelt sich um eine Folgeänderung.

Zu Nummer 12

Die Wörter „personenbezogene Daten“ werden jeweils durch die Wörter „personenbezogene Angaben“ ersetzt, um einen eindeutigen Bezug zu § 2 Nummer 16 herzustellen.

Zu Nummer 13

Die Wörter „personenbezogene Daten“ werden jeweils durch die Wörter „personenbezogene Angaben“ ersetzt, um einen eindeutigen Bezug zu § 2 Nummer 16 herzustellen.

Zu Nummer 14

In Absatz 9 wird klargestellt, dass vorbehaltlich nationaler oder europäischer Regelungen kein individueller Anspruch auf Anschluss eines Leistungserbringers zur Generierung eines COVID-19-Zertifikats nach den Absätzen 5 bis 7 besteht.

Zu Nummer 15

Zu Buchstabe a

Die nach § 23 IfSG eingesetzte Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention beim RKI (KRINKO) ist bisher nicht ausdrücklich für die Erstellung von Empfehlungen für Einrichtungen und Unternehmen der Pflege und Eingliederungshilfe zuständig. Bewohnerinnen und Bewohner sowie Betreute dieser Einrichtungen und Unternehmen gehören jedoch zum Personenkreis mit erhöhtem Risiko für einen schweren Covid-19-Krankheitsverlauf. Zudem ist in der SARS-CoV2-Pandemie eine große Zahl an Ausbrüchen insbesondere in Pflegeeinrichtungen aufgetreten. Es ist daher notwendig und zielführend, auf Hygiene und Infektionsprävention in diesem Versorgungsbereich dauerhaft mehr Aufmerksamkeit zu richten. Dabei ist insbesondere mit Blick auf Menschen mit Behinderungen auch auf ein angemessenes Verhältnis von Gesundheitsschutz und der Möglichkeit zur Teilhabe an der Gesellschaft zu achten. Um dem gerecht zu werden, wird in dem neuen Absatz 1 das Aufgabenspektrum der bisherigen KRINKO erweitert und die Bezeichnung der Kommission wird dementsprechend angepasst, indem „Einrichtungen und Unternehmen der Pflege und der Eingliederungshilfe“ nunmehr explizit genannt werden. Bei der Benennung der Mitglieder der KRINKO – wie bisher durch das BMG im Benehmen mit den obersten Landesgesundheitsbehörden – ist das Aufgabenspektrum zu berücksichtigen, das heißt es sind auch Mitglieder mit einer professionellen Kenntnis der Verhältnisse und Aufgaben in den Bereichen der Pflege- und der Eingliederungshilfe einzubeziehen. Insoweit besondere Empfehlungen für Unternehmen und Einrichtungen

der Pflege und Eingliederungshilfe erarbeitet werden, soll die KRINKO hierfür in der Geschäftsordnung die Einrichtung einer ständigen Arbeitsgruppe vorsehen.

Zu Buchstabe b

Ambulante Pflegedienste, die ambulante Intensivpflege in Einrichtungen, Wohngruppen oder sonstigen gemeinschaftlichen Wohnformen erbringen, werden künftig von § 35 Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 erfasst.

Zu Buchstabe c

Ambulante Pflegedienste, die ambulante Intensivpflege in Einrichtungen, Wohngruppen oder sonstigen gemeinschaftlichen Wohnformen erbringen, werden künftig von § 35 Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 erfasst.

Zu Buchstabe d

Die Regelung wird in § 35 verschoben.

Zu Nummer 16

Es handelt sich um Folgeänderungen.

Zu Nummer 17

Es handelt sich um Folgeänderungen.

Zu Nummer 18**Zu Buchstabe a**

Die Zählung der erfassten übertragbaren Krankheiten wird neugefasst und die Coronavirus-Krankheit-2019 (COVID-19) sowie durch Orthopockenviren verursachte Krankheiten werden hinzugefügt.

Zu Buchstabe b

Die Regelung entspricht dem bisherigen § 35.

Zu Nummer 19

Der neue § 35 schafft eine Grundlage für nachhaltige Hygienekompetenz und Infektionsschutz in Einrichtungen und Unternehmen der Pflege und Eingliederungshilfe. Dabei ist insbesondere mit Blick auf Menschen mit Behinderungen auch auf ein angemessenes Verhältnis von Gesundheitsschutz und der Möglichkeit zur Teilhabe an der Gesellschaft zu achten.

In Absatz 1 werden vollstationäre, teilstationäre und ambulante pflegerische Einrichtungen benannt, für die die Regelungen der Vorschrift, in zum Teil unterschiedlicher, jeweils angegebener Weise, gelten.

Zu den vollstationären Einrichtungen nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 zählen aus dem Bereich der Eingliederungshilfe insbesondere besondere Wohnformen für Menschen mit Behinderung, aber auch betreute Wohngruppen für Kinder und Jugendliche mit Behinderungen.

Zu den Einrichtungen nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 zählen zum Beispiel Werkstätten für behinderte Menschen im Sinn des § 219 SGB IX, andere Leistungsanbieter nach § 60 SGB IX sowie andere vergleichbare tagesstrukturierende Angebote – zum Beispiel Tagesförderstätten sowie heilpädagogische Tagesstätten und heilpädagogische Kitas. Dabei wird bei den Werkstätten für behinderte Menschen auf die Einrichtung insgesamt abgestellt, somit nicht zwischen Eingangsverfahren bzw. Berufsbildungsbereich einerseits und dem Arbeitsbereich andererseits unterschieden.

Als „vergleichbare Einrichtungen“ nach Nummer 3 sind insbesondere auch besondere ambulante Wohnformen wie Pflegewohngemeinschaften oder andere neue Wohnformen in die Umsetzung einbezogen.

Aus dem Bereich der Eingliederungshilfe zählen zu den Unternehmen, die vergleichbare Dienstleistungen anbieten, etwa ambulant betreute Wohngemeinschaften für Menschen mit Behinderungen und andere Unternehmen, die Assistenzleistungen nach § 78 SGB IX erbringen.

In Absatz 1 ist der Stellenwert der Empfehlungen der in § 23 Absatz 1 neu geregelten Kommission für Infektionsprävention in medizinischen Einrichtungen und in Einrichtungen und Unternehmen der Pflege und Eingliederungshilfe dargelegt, die einzuhalten sind, um dem Stand der medizinischen Wissenschaft und der Pflegewissenschaft zu entsprechen. Wie bisher haben die hier genannten Einrichtungen und Unternehmen in Hygieneplänen innerbetriebliche Verfahrensweisen zur Infektionshygiene festzulegen.

Die Vorschrift stellt insbesondere einen Handlungsrahmen für die unmittelbare Umsetzung wichtiger Elemente der Konzepte und der praktischen Arbeit in den Einrichtungen dar, um den Herausforderungen der SARS-CoV-2-Pandemie im Herbst/Winter 2022/23 zu begegnen. Die Leitungen von voll- und teilstationären Einrichtungen der Pflege und Eingliederungshilfe haben insbesondere sicherzustellen, dass die Umsetzung von Regelungen und Maßnahmen zum Impfen, Testen, zu Hygieneanforderungen sowie zur Versorgung mit antiviralen Therapeutika in der Einrichtung auf der Grundlage festgelegter Verantwortlichkeiten vollzogen werden kann. Diese Aufgabe kann durch die Einrichtungsleitung selbst, aber auch durch Benennung bzw. Delegation an hierfür ausgewählte Beschäftigte wahrgenommen werden. Rahmen und Grundlage für entsprechende Festlegungen stellen die Hygienepläne dar, zu deren Erstellung die Einrichtungen wie schon bisher verpflichtet sind. Um eine zügige und fachlich fundierte Umsetzung zu gewährleisten, erstellt der Qualitätsausschuss Pflege nach § 113b SGB XI bis zum 15. Oktober 2022 fachliche Grundlagen und Verfahrenshinweise für die Koordinierungsaufgabe in den voll- und teilstationären Pflegeeinrichtungen. Dabei sind auch die Anforderungen des Datenschutzrechts, die im Rahmen der Koordinierungsaufgabe zu beachten sind, einzubeziehen. Die Gesundheitsämter sollen in den Einrichtungen vor Ort die notwendige Ergänzung der Hygienepläne und deren Umsetzung im Rahmen ihrer infektionsmedizinischen Überwachung unterstützen und überprüfen.

Absatz 2 ermöglicht Arbeitgebern von Einrichtungen und Unternehmen der Pflege und Eingliederungshilfe personenbezogene Daten der Beschäftigten zum Impf- und Serostatus in Bezug auf übertragbare Krankheiten zu erfragen und zu verarbeiten, um über die Begründung eines Beschäftigungsverhältnisses oder die Art und Weise einer Beschäftigung zu entscheiden. Es wird von der Öffnungsklausel in Art. 9 Absatz 2 Buchstabe i, Art. 88 Absatz 1 DSGVO Gebrauch gemacht. Die Verarbeitung von Daten über den Impf- und Serostatus von Beschäftigten zum Zwecke der Entscheidung über die Begründung eines Beschäftigungsverhältnisses oder über die Art und Weise einer Beschäftigung ist aus Gründen des öffentlichen Interesses im Bereich der öffentlichen Gesundheit erforderlich, um die Weiterverbreitung von übertragbaren Krankheiten zu vermeiden. Die Datenverarbeitung steht auch nicht außer Verhältnis zu den datenschutzrechtlichen Belangen der betroffenen Beschäftigten. Die Vorschrift beinhaltet in Satz 3 durch den Verweis auf § 22 Absatz 2 des Bundesdatenschutzgesetzes geeignete Garantien zur Wahrung der Grundrechte und der Interessen der betroffenen Person. Im Übrigen bleibt es nach Satz 4 bei den allgemeinen datenschutzrechtlichen Bestimmungen. Eine Verpflichtung zur Datenerfassung und Nutzung ergibt sich hieraus nicht.

Nach Absatz 3 erhalten die Länder eine Ermächtigungsgrundlage, um nun auch im Pflegebereich Regelungen zur Hygiene und zum Infektionsschutz zu treffen. Diese richtete sich im bisherigen § 23 nur an medizinische Einrichtungen. Neu ist dabei insbesondere die Möglichkeit zur Bestellung von hygienebeauftragten Pflegefachkräften in vollstationären Einrichtungen. Dies wurde u. a. auch vom ExpertInnenrat der Bundesregierung angeregt.

Absatz 4 ordnet die analoge Anwendbarkeit der Regelung des § 36 Absatz 3 für Einrichtungen und Unternehmen nach Absatz 1 Satz 1 an.

Zu Nummer 20

Die Einrichtungen und Unternehmen nach § 36 Absatz 1 Nummer 2 und 7 werden dem Anwendungsbereich des § 35 zugeordnet.

Zu Nummer 21

Es handelt sich um eine Klarstellung, dass der Verwaltungsrechtsweg auch dann eröffnet ist, soweit andere Ansprüche wegen Entschädigung für Maßnahmen aufgrund dieses Gesetzes geltend gemacht werden, Artikel 14 Absatz 3 Satz 4 und Artikel 34 Satz 3 des Grundgesetzes bleiben unberührt.

Zu Nummer 22**Zu Buchstabe a****Zu Doppelbuchstabe aa**

Es handelt sich um redaktionelle Folgeänderungen. Der Bund kann generell an den Kosten nach § 13 Absatz 2 beteiligt werden.

Zu Doppelbuchstabe bb

Es handelt sich um eine klarstellende Regelung, nach der Kosten für ärztliche Untersuchungen nach § 20 Absatz 12 und § 20a Absatz 5 künftig ebenfalls aus öffentlichen Mitteln der Länder zu bestreiten sind.

Zu Buchstabe b

In Satz 2 wird geregelt, dass in Rechtsverordnungen nach § 13 Absatz 2 künftig auch vorgesehen werden kann, dass der Bund sich anteilig an der Kostentragung beteiligt.

Zu Nummer 23

§ 77 Absatz 6 und Absatz 7 werden wegen Erledigung aufgehoben.

Zu Artikel 2 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)**Zu Nummer 1****Zu Buchstabe a**

Es wird klargestellt, dass, soweit die Ständige Impfkommission beim RKI Schutzimpfungen mit zugelassenen Arzneimitteln für Indikationen und Indikationsbereiche empfiehlt, für die sie nach dem Arzneimittelgesetz nicht zugelassen sind, diese auch durch den Gemeinsamen Bundesausschuss in der Schutzimpfungs-Richtlinie vorgesehen werden können.

Zu Buchstabe b**Zu Doppelbuchstabe aa**

Die Verordnungsermächtigung nach § 20i Absatz 3 Satz 2 wird übergangsweise von der Feststellung einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite entkoppelt und bis zum 31. Dezember 2022 vorgesehen.

Zu Doppelbuchstabe bb

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung.

Zu Doppelbuchstabe cc

Vor Außerkrafttreten der Rechtsverordnungen nach Satz 2 sind Regelungen zu treffen, die Ausschlussfristen für die Abrechnung erbrachter Leistungen und den regelhaften Zeitraum für den Abschluss der Abrechnungsverfahren und für die Zahlung der für die Abrechnung notwendigen Mittel aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds sowie deren Refinanzierung aus Bundesmitteln festlegen. Es kann jedoch nicht ausgeschlossen werden, dass auch nach diesem regelhaften Abwicklungsverfahren Nachzahlungen an Leistungserbringer beispielsweise aufgrund von Klageverfahren notwendig sein können oder sich Rückzahlungen ergeben. Das BMG wird daher ermächtigt, durch Rechtsverordnung im Anschluss an das Außerkrafttreten einer Rechtsverordnung nach Satz 2 Regelungen dieser Verordnung fortgelten zu lassen, die ausschließlich der Abwicklung oder Prüfung bereits erbrachter Leistungen dienen.

Zu Nummer 2

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Änderung des § 14 IfSG.

Zu Nummer 3

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Änderung des § 14 IfSG.

Zu Nummer 4

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Änderung des § 14 IfSG.

Zu Artikel 3 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Es handelt sich um eine Folgeänderung aufgrund der Anpassungen im Infektionsschutzgesetz.

Zu Artikel 4 (Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes)**Zu Nummer 1**

§ 23 Absatz 3 Nummer 3 regelt die Verordnungsermächtigung des Bundesministeriums für Gesundheit, im Einvernehmen mit dem Bundesministerium der Finanzen einen von § 21a Absatz 1 Satz 1 abweichenden Zeitraum für die Zahlung des Versorgungsaufschlags regeln zu können. Die in Nummer 4 entsprechende Ermächtigung zur Verlängerung der Fristen, die in unmittelbarem Zusammenhang mit einer möglichen Verlängerung der Zeiträume für die Zahlung von Versorgungsaufschlägen stehen, können dagegen bislang nur um bis zu sechs Monate verlängert werden. Die Verordnungsermächtigung ist daher an die Regelung in Nummer 3 zwingend anzupassen.

Zu Nummer 2

§ 25 Absatz 3 regelt die Verordnungsermächtigung des Bundesministeriums für Gesundheit, die Fristen nach Absatz 1 für Covid-19-bedingte Ausnahmen von Prüfungen bei Krankenhausbehandlung und von der Prüfung von Strukturmerkmalen verlängern zu können. Mit der Änderung wird gewährleistet, dass im Falle einer erneuten Covid-19-bedingten Belastungssituation der Krankenhäuser abweichende Zeiträume festgelegt werden können.

Zu Artikel 5 (Änderung des Gesetzes zur Stärkung der Impfprävention gegen COVID-19 und zur Änderung weiterer Vorschriften im Zusammenhang mit der COVID-19-Pandemie)

Um weiterhin ein niedrighschwelliges, flächendeckendes Impfangebot sicherzustellen, wird die Berechtigung zur Durchführung von COVID-19-Impfungen durch Apothekerinnen und Apotheker, Zahnärztinnen und Zahnärzte sowie Tierärztinnen und Tierärzte bis zum 30. April 2023 verlängert.

Der bislang im Gesetz zur Stärkung der Impfprävention gegen COVID-19 und zur Änderung weiterer Vorschriften im Zusammenhang mit der COVID-19-Pandemie vorgesehene Zeitpunkt des Außerkrafttretens der Regelung des § 20b IfSG, der Apothekerinnen und Apotheker, Zahnärztinnen und Zahnärzte sowie Tierärztinnen und Tierärzte zur Durchführung von Impfungen gegen COVID-19 berechtigt, wird vom 1. Januar 2023 auf den 1. Mai 2023 verschoben. Damit wird ein flächendeckendes, niedrighschwelliges Impfangebot über die Wintersaison hinweg sichergestellt und die Impfkampagne gegen Covid-19 lageangepasst aufgestellt. Das Außerkrafttreten der einrichtungsbezogenen Impfpflichten nach § 20a IfSG zum 1. Januar 2023 bleibt unberührt.

Zu Artikel 6 (Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes)

Die Daten über die aufgestellten Betten, die die Krankenhäuser gemäß § 21 Absatz 3b KHEntgG an das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK GmbH) melden, sollen zwecks Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement der von den Krankenhäusern im Rahmen der Krankenhauskapazitätssurveillance gemeldeten Angaben nachgenutzt werden. Dazu soll dem RKI ermöglicht werden, die an das InEK gemeldeten Daten zur Zahl der aufgestellten Betten mit den über DEMIS an das RKI gemeldeten Daten zum Zweck einer Plausibilitätsprüfung zu vergleichen. Zu diesem Zweck wird die Datenstelle nach § 21 KHEntgG verpflichtet, innerhalb von 4 Wochen nach jeder Übermittlung durch die Krankenhäuser eine standortbezogene Aufstellung zur Anzahl der aufgestellten Betten an das RKI übermitteln.

Zu Artikel 7 (Änderung der Coronavirus-Testverordnung)

Es handelt sich um Folgeänderungen zu den Änderungen des § 23 und der §§ 34 bis 36 des Infektionsschutzgesetzes. Diese machen eine Anpassung der Verweise in §§ 3 und 4 der Coronavirus-Testverordnung erforderlich.

Zu Artikel 8 (Änderung der Coronavirus-Impfverordnung)

Als Folgeänderung wird die Regelung zur hälftigen Finanzierung der Kosten der Impfzentren und mobilen Impfteams aus Bundesmitteln in § 7 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 dahingehend angepasst, dass die bis zum 31. Dezember 2022 entstandenen Kosten nach Maßgabe der §§ 7 und 11 Absatz 1 finanziert werden. Nach dem Beschluss

der Ministerpräsidentenkonferenz (MPK) vom 7. April 2022 ist beabsichtigt, dass der Bund die Impfzentren und mobilen Impfteams auch über den 31. Mai 2022 hinaus bis zum Jahresende 2022 mit einem Anteil von 50 Prozent finanziell unterstützt.

Der Änderung des § 20i Absatz 3 Satz 2 SGB V folgend wird die Geltung der auf Grund von § 20i Absatz 3 Satz 2 Nummer 1 Buchstabe a und Nummer 2, Satz 3, 9, 10 und 12 bis 15 SGB V und § 13 Absatz 5 Satz 2 IfSG erlassenen Verordnung bis 31. Dezember 2022 verlängert. Damit wird ermöglicht, die Impfkampagne gegen das Coronavirus für den Fall einer über den 25. November 2022 hinaus anhaltenden Pandemielage fortzuführen und die Impfquoten anzupassen, um insbesondere vulnerable Bevölkerungsgruppen vor einer Erkrankung mit schwerem Verlauf zu schützen. Diese Maßnahme folgt den Empfehlungen des ExpertInnenrates der Bundesregierung zu COVID-19 (vgl. 11. Stellungnahme des ExpertInnenrates der Bundesregierung zu COVID-19 vom 8. Juni 2022).

Zu Artikel 9 (Inkrafttreten)

Dieses Gesetz tritt am Tag nach der Verkündung in Kraft.