

## **Bericht\***

**des Ausschusses für Gesundheit (14. Ausschuss)**

- a) **zu dem Gesetzentwurf der Fraktionen SPD, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und FDP**  
**– Drucksache 20/2573 –**

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

- b) **zu dem Antrag der Fraktion der CDU/CSU**  
**– Drucksache 20/2564 –**

**Gut vorbereitet für den Herbst – Pandemiemanagement verbessern**

- c) **zu dem Antrag der Abgeordneten Kathrin Vogler, Susanne Ferschl, Gökay Akbulut, weiterer Abgeordneter und der Fraktion DIE LINKE.**  
**– Drucksache 20/2581 –**

**Auf sich verändernden Pandemieverlauf vorbereiten – Maßnahmenplan vorlegen**

---

\* Die Beschlussempfehlung wurde mit Drucksachennummer 20/3312 verteilt.

## **Bericht der Abgeordneten Heike Baehrens, Tino Sorge, Dr. Janosch Dahmen, Christine Aschenberg-Dugnus, Martinichert und Kathrin Vogler**

### **A. Allgemeiner Teil**

#### **I. Überweisung**

Zu Buchstabe a

Der Deutsche Bundestag hat den Gesetzentwurf auf **Drucksache 20/2573** in seiner 47. Sitzung am 7. Juli 2022 in erster Lesung beraten und zur federführenden Beratung an den Ausschuss für Gesundheit überwiesen. Ferner hat er den Gesetzentwurf an den Ausschuss für Inneres und Heimat, den Rechtsausschuss, den Haushaltsausschuss, den Ausschuss für Arbeit und Soziales, den Ausschuss für Familie, Senioren, Frauen und Jugend sowie an den Ausschuss für Bildung, Forschung und Technikfolgenabschätzung zur Mitberatung überwiesen.

Der Deutsche Bundestag hat den Gesetzentwurf in seiner 49. Sitzung am 6. September 2022 zusätzlich zur Mitberatung an den Wirtschaftsausschuss überwiesen.

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

Zu Buchstabe b

Der Deutsche Bundestag hat den Antrag auf **Drucksache 20/2564** in seiner 47. Sitzung am 7. Juli 2022 in erster Lesung beraten und zur federführenden Beratung an den Ausschuss für Gesundheit überwiesen. Ferner hat er den Antrag an den Ausschuss für Inneres und Heimat, den Rechtsausschuss, den Wirtschaftsausschuss, den Ausschuss für Arbeit und Soziales, den Ausschuss für Familie, Senioren, Frauen und Jugend sowie an den Ausschuss für Bildung, Forschung und Technikfolgenabschätzung zur Mitberatung überwiesen.

Zu Buchstabe c

Der Deutsche Bundestag hat den Antrag auf **Drucksache 20/2581** in seiner 47. Sitzung am 7. Juli 2022 in erster Lesung beraten und zur federführenden Beratung an den Ausschuss für Gesundheit überwiesen. Ferner hat er den Antrag an den Finanzausschuss, den Ausschuss für Arbeit und Soziales, den Ausschuss für Familie, Senioren, Frauen und Jugend sowie an den Ausschuss für Bildung, Forschung und Technikfolgenabschätzung zur Mitberatung überwiesen.

#### **II. Wesentlicher Inhalt der Vorlagen**

Zu Buchstabe a

Durch die Subtypen BA.4 und BA.5 der Variante Omikron des Coronavirus SARS-CoV-2 verursacht, werden laut Gesetzentwurf im Juli 2022 wieder erhöhte Infektionszahlen in der Bundesrepublik Deutschland festgestellt. Das Auftreten von Varianten mit neuartigen Erreger- bzw. Immunfluchteigenschaften sei jederzeit möglich und nicht vorhersehbar. Des Weiteren sei 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 träten wichtige Verordnungsermächtigungen zur Bekämpfung der Verbreitung des Coronavirus SARS-CoV-2 außer Kraft. Ein hoher Anteil von Personen mit einer Immunität gegen das Coronavirus SARS-CoV-2 senke die Wahrscheinlichkeit schwerer SARS-CoV-2-Ausbrüche, die das öffentliche Gesundheitssystem überfordern könnten. Eine Schutzimpfung gegen das Coronavirus SARS-CoV-2 (COVID-19-Schutzimpfung) sei 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) sei nach derzeitigem wissenschaftlichem Stand die beste Möglichkeit, um eine Infektion mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 und einen schweren Krankheitsverlauf zu verhindern. Insbesondere die vulnerable Bevölkerung sei jedoch weiterhin gefährdet, weil eine Schutzimpfung nicht in jedem Fall eine schwere Erkrankung und eine Hospitalisierung verhindern könne. Gleichzeitig sollten die schweren gesamtgesellschaftlichen Einschränkungen der vergangenen Jahre vermieden werden, indem Surveillance- und Schutzmaßnahmen zielgerichtet eingesetzt würden. Zur Optimierung des Pandemiemanagements habe es der Corona-Expertenrat für notwendig erachtet, dass spätestens bis zum Herbst 2022 Kennzahlen zur aktuellen Hospitalisierungsprävalenz und zur Bettenbelegung der Krankenhäuser vorliegen. Es bedürfe 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.

Im Sinne des vom Bundesministerium für Gesundheit vorgelegten 7-Punkte-Plans für den Herbst 2022 sollten 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 die Coronavirus-Testverordnung (TestV) sowie die Geltungsdauer der CoronaImpfV sollen bis zum 31. Dezember 2022 verlängert werden. Darüber hinaus solle die Berechtigung zur Durchführung von COVID-19-Impfungen durch Apotheker, Zahnärzte sowie Tierärzte bis zum 30. April 2023 verlängert werden. Der Infektionsschutz in Einrichtungen und Unternehmen der Pflege und Eingliederungshilfe solle durch besondere Regelungen und durch eine Aufgabenerweiterung der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention beim Robert Koch-Institut (KRINKO) gestärkt werden. Die Länder sollen eine Ermächtigungsgrundlage erhalten, 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 entspreche. Die Regelungsmöglichkeiten für Schutzmaßnahmen außerhalb dieser Einrichtungen sollten nach Vorliegen der Evaluation nach § 5 Absatz 9 des Infektionsschutzgesetzes (IfSG) im Rahmen des vorliegenden Gesetzentwurfs im parlamentarischen Verfahren Berücksichtigung finden. Krankenhäuser sollen verpflichtet werden, regelmäßig die Anzahl ihrer belegten Betten sowie der aufgestellten Betten auf Normalstationen 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 solle die gesetzliche Grundlage der entsprechenden Verordnungsermächtigung geschaffen werden. Gleichzeitig solle die Ermächtigungsgrundlage, die Grundlage für die DIVI IntensivRegister-Verordnung sei, verstetigt werden.

Zu Buchstabe b

Die derzeitige Phase der Corona-Pandemie ist laut Antrag durch einen wellenförmigen Verlauf, bedingt u. a. durch zunehmende Immunität der Bevölkerung, aber auch durch neu auftretende Virusvarianten gekennzeichnet. Erfahrungsgemäß spielen bei der Ausbreitung immer auch ein saisonaler Effekt eine Rolle. Das Zeitfenster bis zum Herbst müsse unbedingt genutzt werden, um das Land bestmöglich auf die Entwicklung der kommenden Monate vorzubereiten. Mangelsituationen, insbesondere im medizinischen Bereich, müssten vermieden werden. Es brauche kurz-, mittel- und langfristige Lösungen für Fragen zur Reservehaltung und zur Produktionsfähigkeit in Deutschland oder zumindest Europa. Ziel der Anstrengungen müsse sein, vulnerable Gruppen – also neben älteren Menschen vor allem Menschen mit schweren und chronischen Erkrankungen – zu schützen und eine Überlastung des Gesundheitssystems zu verhindern, zugleich aber auch erneute Grundrechtseingriffe wie etwa flächendeckende Lockdowns oder Schließungen von Kitas und Schulen zu vermeiden. Die bisherigen Maßnahmen wie Masken, Impfen und Testen müssten hierbei berücksichtigt werden. Zusätzlich bedürfe es eines gestuften Pandemiemanagementkonzeptes, in dem bestimmte Maßnahmen etwa an die Hospitalisierungsquote oder die Belegung der Intensivbetten gekoppelt würden. Dabei müssten die Empfehlungen des Expertenrates der Bundesregierung und die Ergebnisse der Evaluation des Sachverständigenausschusses nach § 5 Absatz 9 IfSG Berücksichtigung finden. Für eine sofortige allgemeine Corona-Impfpflicht, das habe die Parlamentsdebatte am 7. April 2022 gezeigt, gebe es im Deutschen Bundestag derzeit keine Mehrheit. Umso wichtiger sei eine verbesserte Datenlage zum Impf- und Immunstatus der Bevölkerung, um in Vorbereitung des Herbstes eine mögliche Immunitätslücke durch gezielte Impfkampagnen zu schließen. Denn bis heute sei unklar, wie hoch die Immunität aufgrund von Impfungen und/oder durchgemachten Infektionen in der Bevölkerung wirklich sei. Unklar sei auch, welche Risiken (Long-COVID-Syndrom sowie weitere Folgen) mit einer Mehrfachinfektion einhergingen.

Die Bundesregierung solle daher unter Berücksichtigung der wissenschaftlichen Empfehlungen des Expertenrates der Bundesregierung und der Evaluationsergebnisse des Sachverständigenausschusses nach § 5 Absatz 9 IfSG umgehend ein stufenweises Pandemiemanagementkonzept erarbeiten, das einen wirksamen und angemessenen Maßnahmenkatalog auch nach dem 23. September 2022 ermögliche. Außerdem solle das Forschungsvorhaben „Immunantworten gegen SARS-CoV-2 bei Risikogruppen in der Allgemeinbevölkerung“ zügig vorangetrieben und die Datenlage hinsichtlich Mehrfachinfektionen und der damit verbundenen Risiken (Long-COVID-Syndrom etc.) verbessert werden, damit die daraus gewonnen Erkenntnisse in das Pandemiemanagementkonzept einfließen könnten. Zudem solle unverzüglich mit der Errichtung eines rechtssicheren, datenschutzkonformen und unbürokratischen Impfreisters begonnen werden. Schließlich solle die Impfkampagne im Zuge der durch das Forschungsvorhaben „Immunantworten gegen SARS-CoV-2 bei Risikogruppen in der Allgemeinbevölkerung“ gewonnenen Daten neu ausgerichtet werden, um gezielt Personengruppen mit nur schwachem oder ohne Immunschutz anzusprechen.

Zu Buchstabe c

Im dritten Sommer der Corona-Pandemie sei nach Überzeugung der Antragsteller eine Debatte darüber erforderlich, ob man etwa frühzeitige Maskenpflichten beim Einkaufen bei welchen Indikatoren wolle, um mögliche erneute Schließungen ganzer Branchen zu vermeiden. Manche Maßnahmen und manche Folgen ließen sich mit einer gründlichen Vorbereitung vermeiden oder abmildern. Für den nächsten Herbst sei ein Übergang in ein endemisches Geschehen mit beherrschbaren Wellen ebenso möglich wie die Ausbreitung neuer gefährlicher Virusvarianten. Die Bundesregierung dürfe keinen weiteren Sommer mit Ankündigungen verstreichen lassen. Nötig seien eine zielgerichtete Kommunikationsstrategie und gesetzliche Rahmenbedingungen, die eine flexible Reaktion auf den sich verändernden Pandemieverlauf gewährleisteten. Die Maßnahmen müssten planbar, nachvollziehbar, wirksam und wissenschaftsbasiert sein und dürften nicht mehr einschränken als notwendig.

Vor diesem Hintergrund müsse die Bundesregierung umgehend mit der Vorbereitung einer neuen Impfkampagne beginnen, die deutlich aufsuchender, sprachsensibler, peergestützter und niedrigschwelliger ausgestaltet sein müsse als bisher. Dafür sollten in Absprache mit den Ländern und mit Anreizen für die Länder die Impfzentren nicht geschlossen, sondern in Gegenden mit geringer Impfquote verlegt werden. Außerdem solle bei Engpässen für die Vergabe von Impfterminen für die Impfung mit angepassten Impfstoffen eine Priorisierung vorbereitet werden und dafür Sorge getragen werden, dass der Öffentliche Gesundheitsdienst (ÖGD) vor Ort die tragende und koordinierende Rolle bei der Gestaltung der niedrigschwelligen Impfangebote und bei der Umsetzung vorbeugender Maßnahmen gegen Infektionen in Kitas, Schulen und Betrieben übernehmen könne. Dazu seien eine finanzielle Stärkung des ÖGD und eine bessere Koordinierung erforderlich. Schließlich müsse sichergestellt werden, dass Pandemie- und Katastrophenschutzpläne fortgeschrieben und auf kommunaler Ebene durch die Gesundheitsämter regelmäßig auf ihre Funktionalität überprüft würden. Um die Kommunikation zur Prävention und Bekämpfung von COVID-19 deutlich zu verbessern, solle zudem dafür gesorgt werden, dass die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) bzw. ein künftiges Bundesinstitut für öffentliche Gesundheit zum Kompetenzzentrum für Gesundheitskommunikation in der Corona-Krise ausgebaut werde.

### III. Stellungnahmen der mitberatenden Ausschüsse

Zu Buchstabe a

Der **Ausschuss für Inneres und Heimat** hat am 6. September 2022 mit den Stimmen der Fraktionen SPD, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und FDP gegen die Stimmen der Fraktionen CDU/CSU, AfD und DIE LINKE. im Umlaufverfahren beschlossen, die Annahme des Gesetzentwurfs auf Drucksache 20/2573 zu empfehlen.

Der **Rechtsausschuss** hat in seiner 22. Sitzung am 6. September 2022 mit den Stimmen der Fraktionen SPD, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und FDP gegen die Stimmen der Fraktionen CDU/CSU, AfD und DIE LINKE. beschlossen, die Annahme des Gesetzentwurfs auf Drucksache 20/2573 in geänderter Fassung zu empfehlen.

Der **Haushaltsausschuss** hat in seiner 23. Sitzung am 6. September 2022 mit den Stimmen der Fraktionen SPD, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und FDP gegen die Stimmen der Fraktionen CDU/CSU, AfD und DIE LINKE. beschlossen, die Annahme des Gesetzentwurfs auf Drucksache 20/2573 in geänderter Fassung zu empfehlen.

Zudem hat der Haushaltsausschuss aufgrund seiner Beteiligung nach § 96 GO-BT einen eigenen Bericht vorgelegt.

Der **Wirtschaftsausschuss** hat in seiner 17. Sitzung am 6. September 2022 mit den Stimmen der Fraktionen SPD, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und FDP gegen die Stimmen der Fraktionen CDU/CSU, AfD und DIE LINKE. beschlossen, die Annahme des Gesetzentwurfs auf Drucksache 20/2573 in geänderter Fassung zu empfehlen.

Der **Ausschuss für Arbeit und Soziales** hat in seiner 22. Sitzung am 6. September 2022 mit den Stimmen der Fraktionen SPD, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und FDP gegen die Stimmen der Fraktionen CDU/CSU, AfD und DIE LINKE. beschlossen, die Annahme des Gesetzentwurfs auf Drucksache 20/2573 in geänderter Fassung zu empfehlen.

Der **Ausschuss für Familie, Senioren, Frauen und Jugend** hat in seiner 17. Sitzung am 6. September 2022 mit den Stimmen der Fraktionen SPD, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und FDP gegen die Stimmen der Fraktionen CDU/CSU, AfD und DIE LINKE. beschlossen, die Annahme des Gesetzentwurfs auf Drucksache 20/2573 in geänderter Fassung zu empfehlen.

Der **Ausschuss für Bildung, Forschung und Technikfolgenabschätzung** hat in seiner 17. Sitzung am 6. September 2022 mit den Stimmen der Fraktionen SPD, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und FDP gegen die Stimmen der Fraktionen CDU/CSU, AfD und DIE LINKE. beschlossen, die Annahme des Gesetzentwurfs auf Drucksache 20/2573 in geänderter Fassung zu empfehlen.

Zu Buchstabe b

Der **Ausschuss für Inneres und Heimat** hat am 6. September 2022 mit den Stimmen der Fraktionen SPD, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN, FDP, AfD und DIE LINKE. gegen die Stimmen der Fraktion der CDU/CSU im Umlaufverfahren beschlossen, die Ablehnung des Antrags auf Drucksache 20/2564 zu empfehlen.

Der **Rechtsausschuss** hat in seiner 22. Sitzung am 6. September 2022 mit den Stimmen der Fraktionen SPD, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN, FDP, AfD und DIE LINKE. gegen die Stimmen der Fraktion der CDU/CSU beschlossen, die Ablehnung des Antrags auf Drucksache 20/2564 zu empfehlen.

Der **Wirtschaftsausschuss** hat in seiner 17. Sitzung am 6. September 2022 mit den Stimmen der Fraktionen SPD, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN, FDP, AfD und DIE LINKE. gegen die Stimmen der Fraktion der CDU/CSU beschlossen, die Ablehnung des Antrags auf Drucksache 20/2564 zu empfehlen.

Der **Ausschuss für Arbeit und Soziales** hat in seiner 22. Sitzung am 6. September 2022 mit den Stimmen der Fraktionen SPD, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN, FDP, AfD und DIE LINKE. gegen die Stimmen der Fraktion der CDU/CSU beschlossen, die Ablehnung des Antrags auf Drucksache 20/2564 zu empfehlen.

Der **Ausschuss für Familie, Senioren, Frauen und Jugend** hat in seiner 17. Sitzung am 6. September 2022 mit den Stimmen der Fraktionen SPD, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN, FDP, AfD und DIE LINKE. gegen die Stimmen der Fraktion der CDU/CSU beschlossen, die Ablehnung des Antrags auf Drucksache 20/2564 zu empfehlen.

Der **Ausschuss für Bildung, Forschung und Technikfolgenabschätzung** hat in seiner 17. Sitzung am 6. September 2022 mit den Stimmen der Fraktionen SPD, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN, FDP, AfD und DIE LINKE. gegen die Stimmen der Fraktion der CDU/CSU beschlossen, die Ablehnung des Antrags auf Drucksache 20/2564 zu empfehlen.

Zu Buchstabe c

Der **Finanzausschuss** hat in seiner 20. Sitzung am 6. September 2022 mit den Stimmen der Fraktionen SPD, CDU/CSU, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN, FDP und AfD gegen die Stimmen der Fraktion DIE LINKE. beschlossen, die Ablehnung des Antrags auf Drucksache 20/2581 zu empfehlen.

Der **Ausschuss für Arbeit und Soziales** hat in seiner 22. Sitzung am 6. September 2022 mit den Stimmen der Fraktionen SPD, CDU/CSU, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN, FDP und AfD gegen die Stimmen der Fraktion DIE LINKE. beschlossen, die Ablehnung des Antrags auf Drucksache 20/2581 zu empfehlen.

Der **Ausschuss für Familie, Senioren, Frauen und Jugend** hat in seiner 17. Sitzung am 6. September 2022 mit den Stimmen der Fraktionen SPD, CDU/CSU, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN, FDP und AfD gegen die Stimmen der Fraktion DIE LINKE. beschlossen, die Ablehnung des Antrags auf Drucksache 20/2581 zu empfehlen.

Der **Ausschuss Bildung, Forschung und Technikfolgenabschätzung** hat in seiner 17. Sitzung am 6. September 2022 mit den Stimmen der Fraktionen SPD, CDU/CSU, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN, FDP und AfD gegen die Stimmen der Fraktion DIE LINKE. beschlossen, die Ablehnung des Antrags auf Drucksache 20/2581 zu empfehlen.

#### IV. Beratungsverlauf und Beratungsergebnisse im federführenden Ausschuss

Der Ausschuss für Gesundheit hat in seiner 30. Sitzung am 6. Juli 2022 beschlossen, zu dem Gesetzentwurf auf Drucksache 20/2573 – vorbehaltlich der Überweisung der Vorlage durch das Plenum des Deutschen Bundestages – eine öffentliche Anhörung durchzuführen.

In seiner 31. Sitzung am 29. August 2022 hat der Ausschuss die Beratungen zu den drei Vorlagen aufgenommen und beschlossen, zu den Anträgen auf den Drucksachen 20/2564 und 20/2581 ebenfalls eine öffentliche Anhörung durchzuführen.

Die öffentliche Anhörung fand in der 32. Sitzung am 29. August 2022 statt. Als sachverständige Organisationen waren eingeladen: ABDA – Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände e. V., AKTIN-Notaufnahmeregister e. V., ALM – Akkreditierte Labore in der Medizin e. V., Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (AkdÄ), BAG Selbsthilfe e. V., Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege e. V. (BAGFW), Bundesärztekammer (BÄK), Bundesverband der Ärztinnen und Ärzte des öffentlichen Gesundheitsdienstes e. V. (BVÖGD), Bundesverband der Kinder- und Jugendärzte e. V. (BVKJ), Bundesverband Deutscher Krankenhausapotheker e. V. (ADKA), Bundesverband Deutscher Privatkliniken e. V., Bundesverband Gesundheits-IT e. V. (bvitg), Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e. V. (bpa), Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände e. V. (BDA), Deutsche Gesellschaft für Infektiologie (DGI), Deutsche Gesellschaft für Internistische Intensivmedizin und Notfallmedizin e. V. (DGIIN), Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin e. V. (DGKJ), Deutsche Gesellschaft für medizinische Rehabilitation e. V. (DEGEMED), Deutsche Hausärzterverband e. V., Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin e. V. (DIVI), Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V. (DKG), Deutsche Vereinigung für Wasserwirtschaft, Abwasser und Abfall e. V. (DWA), Deutscher Caritasverband, Deutscher Ethikrat, Deutscher Gewerkschaftsbund (DGB), Deutscher Kulturrat, Deutscher Landkreistag, Deutscher Pflegerat e. V. (DPR), Deutscher Städte- und Gemeindebund, Deutscher Städtetag, Diakonie Deutschland, gematik GmbH, Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA), Gewerkschaft Erziehung und Wissenschaft (GEW), GKV-Spitzenverband, Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV), Long Covid Deutschland, Medizinischer Dienst Bund, Müttergenesungswerk, Pro Generika e. V., Sozialverband VdK e. V., Spitzenverband der Heilmittelverbände e. V., Ständige Impfkommission beim Robert Koch-Institut (STIKO), Verband der Privaten Krankenversicherung e. V. (PKV), Verband Forschender Arzneimittelhersteller e. V. (vfa). Als Einzelsachverständige waren eingeladen: Dr. Tim Conrad (Zuse-Institut Berlin), Prof. Dr. Christian Karagiannidis (Universität Witten-Herdecke), Prof. Dr. Andrea Kießling (Goethe-Universität Frankfurt am Main), Tom Lausen (Lausen Media), Prof. Dr. Rolf Rosenbrock (Paritätischer Wohlfahrtsverband – Gesamtverband e. V.), Prof. Jan Rupp (UKSH Lübeck), Prof. Leif Erik Sander (Charité – Universitätsmedizin Berlin), Dr. Robert Seegmüller (Verfassungsgerichtshof des Landes Berlin) und Prof. Dr. Jonas Schmidt-Chanasit (Bernhard-Nocht-Institut für Tropenmedizin). Auf das Wortprotokoll der öffentlichen Anhörung und die Stellungnahmen der Sachverständigen und Einzelsachverständigen auf den Ausschussdrucksachen 20(14)48(1-34) wird verwiesen.

In seiner 33. Sitzung am 6. September 2022 hat der Ausschuss die Beratungen zu den drei Vorlagen fortgesetzt und abgeschlossen.

Als Ergebnis empfiehlt der **Ausschuss für Gesundheit** mit den Stimmen der Fraktionen SPD, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und FDP gegen die Stimmen der Fraktionen CDU/CSU, AfD und DIE LINKE., den Gesetzentwurf auf Drucksache 20/2573 in geänderter Fassung anzunehmen.

Weiter empfiehlt er mit den Stimmen der Fraktionen SPD, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN, FDP, AfD und DIE LINKE. gegen die Stimmen der Fraktion der CDU/CSU, den Antrag auf Drucksache 20/2564 abzulehnen.

Außerdem empfiehlt er mit den Stimmen der Fraktionen SPD, CDU/CSU, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN, FDP und AfD gegen die Stimmen der Fraktion DIE LINKE., den Antrag auf Drucksache 20/2581 abzulehnen.

## Änderungsanträge

Dem Ausschuss für Gesundheit haben Änderungsanträge der Fraktionen SPD, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und FDP auf Ausschussdrucksache 20(14)50neu vorgelegen.

Die Änderungsanträge 1 bis 13 auf Ausschussdrucksache 20(14)50neu wurden mit den Stimmen der Fraktionen SPD, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und FDP gegen die Stimmen der Fraktionen CDU/CSU, AfD und DIE LINKE. angenommen.

Ferner hat die Fraktion der CDU/CSU drei Änderungsanträge auf Ausschussdrucksache 20(14)50.1 mit folgendem Inhalt vorgelegt:

### *Änderungsantrag 1*

*Zu Artikel 2 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)*

*(Unterstützungsmaßnahmen für Reha- und Vorsorgekliniken)*

*Nach Artikel 2 Nummer 1 werden die folgenden Nummern 1a und 1b eingefügt:*

*1a. § 111 wird wie folgt geändert:*

*a) In der Überschrift wird das Komma und das Wort „Verordnungsermächtigung“ gestrichen.*

*b) Absatz 5 wird wie folgt geändert:*

*aa) Satz 5 wird wie folgt gefasst:*

*„Die Vertragsparteien haben die Vereinbarungen für den Zeitraum vom 1. Oktober 2020 bis zum 30. April 2023 an die durch die COVID-19-Pandemie bedingte besondere Situation der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen anzupassen, um die Leistungsfähigkeit der Einrichtungen bei wirtschaftlicher Betriebsführung zu gewährleisten.“*

*bb) Satz 6 wird aufgehoben.*

*1b. § 111c wird wie folgt geändert:*

*a) In der Überschrift wird das Komma und das Wort „Verordnungsermächtigung“ gestrichen.*

*b) Absatz 3 wird wie folgt geändert:*

*aa) Satz 5 wird wie folgt gefasst:*

*„Die Vertragsparteien haben die Vereinbarungen für den Zeitraum vom 1. Oktober 2020 bis zum 30. April 2023 an die durch die COVID-19-Pandemie bedingte besondere Situation der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen anzupassen, um die Leistungsfähigkeit der Einrichtungen bei wirtschaftlicher Betriebsführung zu gewährleisten.“*

*bb) Satz 6 wird aufgehoben.‘*

### *Begründung zu 1a und 1b*

*Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen haben in der Corona-Pandemie die Gesundheitsversorgung auf hohem Niveau sichergestellt und dadurch z. B. Müttern und Kindern sowie von schweren Folgen einer Coronakrankung Betroffenen eine Versorgung ermöglicht. Die bislang geltenden Coronasonderzahlungen sind in diesem Jahr ausgelaufen. Zeitgleich sind weiter Mehraufwendungen u. a. aufgrund von Hygienemaßnahmen und inflationsbedingte Mehrkosten sowie teilweise hygienebedingte Minderbelegungen zu verzeichnen.*

*Vor dem Hintergrund der Pandemiesituation und der daraus folgenden Auswirkungen auf die Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen wird daher die Möglichkeit für die Vertragsparteien flexibel und angepasst auf die Lage im Rahmen der Vergütungsvereinbarungen zu reagieren bis zum 30. April 2023 fortgeführt.*

*Änderungsantrag 2**Zu Artikel 1 (Infektionsschutzgesetz)**(Verdienstaussfallentschädigung unabhängig von Versichertenstatus)**Nach Artikel 1 Nummer 20 wird die folgende Nummer 20a eingefügt:*

*„20a. § 56 Absatz 1a Satz 5 wird wie folgt gefasst: „Der Anspruch nach Satz 1 besteht in Bezug auf die dort genannten Maßnahmen auch unabhängig von einer durch den Deutschen Bundestag nach § 5 Absatz 1 Satz 1 festgestellten epidemischen Lage von nationaler Tragweite, soweit diese zur Verhinderung der Verbreitung der Coronavirus-Krankheit-2019 (COVID-19) im Zeitraum bis zum Ablauf des 7. April 2023 erfolgen.“ ‘*

*Begründung*

*In Folge der Fortführung der Kinderkrankengeldregelung im Fünften Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) und um eine Ungleichbehandlung zu vermeiden, ist auch die bisherige Verdienstaussfallregelung für Erwerbstätige und Kinder betreuende Personen im Infektionsschutzgesetz zu verlängern. Dies ermöglicht wie bislang unabhängig vom Versichertenstatus eine Verdienstaussfallentschädigung in den geregelten Fällen, um die Vereinbarkeit von Familie und Beruf zu ermöglichen.*

*Änderungsantrag 3**Zu Artikel 1 (Infektionsschutzgesetz)**(Aufzählung übertragbare Krankheiten)**Artikel 1 Nummer 18 Buchstabe a wird wie folgt gefasst:**„a) Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 bis 20 wird durch die folgenden Nummern 1 bis 22 ersetzt:**„1. Cholera**2. Diphtherie**3. Enteritis durch enterohämorrhagische E. coli (EHEC)**4. virusbedingtem hämorrhagischen Fieber**5. Haemophilus influenzae Typ b-Meningitis**6. Impetigo contagiosa (ansteckende Borkenflechte)**7. Keuchhusten**8. ansteckungsfähiger Lungentuberkulose**9. Masern**10. Meningokokken-Infektion**11. Mumps**12. durch Orthopockenviren verursachte Krankheiten**13. Paratyphus**14. Pest**15. Poliomyelitis**16. Röteln**17. Scharlach oder sonstigen Streptococcus pyogenes-Infektionen**18. Shigellose**19. Skabies (Krätze)**20. Typhus abdominalis*

## 21. Virushepatitis A oder E

## 22. Windpocken“ ‘

### Begründung

Die Aufzählung der erfassten übertragbaren Krankheiten wird neugefasst und durch die von Orthopockenviren verursachten Krankheiten ergänzt.

Eine Aufnahme von durch das Coronavirus verursachte Krankheiten – wie bislang im Gesetzentwurf vorgesehen – erfolgt hingegen nicht. Dies ist zum einen darin begründet, dass zum gegenwärtigen Zeitpunkt eine Aufnahme zu erheblichen Mehrbelastungen in Arztpraxen und den betroffenen Einrichtungen führt. Zum anderen wäre eine Aufnahme in diesen Katalog mit den daran verknüpften Rechtsfolgen, aufgrund der Besonderheiten des Coronavirus gegenüber den bereits enthaltenen übertragbaren Krankheiten, unverhältnismäßig.

Insbesondere bestünde dadurch u. a. die Gefahr, dass im Einzelfall eine Kindeswohlsichernde Betreuung von Kindern und Jugendlichen z. B. in stationären Einrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe (hierunter fallen auch Inobhutnahmeeinrichtungen) nicht mehr sichergestellt werden kann. Entsprechendes gilt für Kindertageseinrichtungen, Horte und die Kindertagespflege. Hintergrund ist, dass künftig z. B. für die Beschäftigten in diesen Einrichtungen bei den für eine COVID-19-Erkrankung typischen Erkältungssymptomen ein zwingendes Betretungsverbot gelten würde, mit der Folge von Personalknappheit insbesondere im Herbst und Winter. Für Kinder und Jugendliche, die in diesen Einrichtungen leben und/oder betreut werden, würde es deshalb zu Kindeswohlgefährdenden Versorgungsengpässen kommen. Die Regelung entspricht damit insgesamt gerade nicht der Beschränkung auf zielgerichtete Surveillance- und Schutzmaßnahmen, wie vom Bund beabsichtigt.

Der Ausschuss für Gesundheit hat die Änderungsanträge 1 bis 3 der Fraktion der CDU/CSU auf Ausschussdrucksache 20(14)50.1 mit den Stimmen der Fraktionen SPD, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und FDP gegen die Stimmen der Fraktion der CDU/CSU bei Stimmenthaltung der Fraktionen AfD und DIE LINKE. abgelehnt.

### Fraktionsmeinungen

Die **Fraktion der SPD** konstatierte, die Koalition habe sich auf ein gutes Gesetzespaket geeinigt, dass mit Blick auf die COVID-19-Pandemie eine gute Vorbereitung auf den Herbst darstelle. Bund und Länder werde ein genau abgestimmter, wirkungsvoller Instrumentenkasten insbesondere zum Schutz von vulnerablen Gruppen vorgelegt. Zum Änderungsantrag der Fraktion der CDU/CSU hieß es, es sei richtig, die Reha- und Vorsorgekliniken zu stärken. Es sei allerdings nicht ausreichend, diese im Kontext der Pandemie in den Blick zu nehmen, da die aktuellen Belastungen durch Inflation und hohe Energiepreise alle Leistungserbringer trafen. Insbesondere auch die Krankenhäuser stünden vor großen wirtschaftlichen Herausforderungen. Das Ziel der Koalition sei daher, eine gesamte Lösung für alle betroffenen Leistungserbringer zu finden, die auf die aktuellen Herausforderungen zugeschnitten sei. Zum Änderungsantrag der Fraktion der CDU/CSU zur Verdienstausschüttung wurde auf den Gesetzentwurf verwiesen, wonach der Anspruch auf 30 beziehungsweise für Alleinerziehende 60 Kinderkrankentage auch im Jahr 2023 erhalten bleibe. Dieser Anspruch bestehe, auch wenn Schulen, Kitas und andere Einrichtungen geschlossen würden oder der Präsenzunterricht ausgesetzt werde. Damit würden Eltern erheblich entlastet und der Bund komme für die Mehrkosten der gesetzlichen Krankenversicherung auf.

Die **Fraktion der CDU/CSU** bemängelte, dass man sich bei der Pandemiebekämpfung lediglich bei der Maskenfrage im Flugverkehr an den Erfahrungen anderer europäischer Staaten orientiert. Der jetzt vorgelegte Gesetzentwurf stelle kein gutes Pandemiemanagement dar. Es fehle noch immer eine kohärente Impf-, Test- und Kommunikationsstrategie, es gebe kein Impfregeister, obwohl das im Frühjahr zugesagt worden sei, die Immunitätsstudie werde nur zögerlich umgesetzt und es fehlten bei den Maßnahmen bundesweit Orientierungswerte für die Länder. Der Gesetzentwurf setze sich aus einer Reihe von unbestimmten Rechtsbegriffen zusammen, die der Interpretation bedürften. So gehe es um eine Überlastung des Gesundheitssystems und sonstiger Kritischer Infrastruktur, ohne dass dies klar definiert werde. Das führe zu Verunsicherungen der Bürgerinnen und Bürger. Rechtsklarheit, Wesentlichkeitsgrundsatz und Verhältnismäßigkeit würden nicht beachtet. Sämtliche Fragen zur einrichtungsbezogenen Impfpflicht seien offen, es gebe dazu keine Daten. Im eigenen Antrag zeige man, wie gutes Pandemiemanagement aussehen könne. Impfregeister, Immunitätsstudie, Teststrategie und Long-COVID-Erkrankte sowie Impfnebenwirkungen besser versorgen, würden darin thematisiert. Das Pandemiemanagement müsse flexibler

und zielgerichteter werden und es müssten dadurch vulnerable Gruppen geschützt werden. Weiter müssten Mutter-/Vater-Kind-Kuren und der Verdienstaustausch bei der Kinderbetreuung unabhängig vom Versichertenstatus ermöglicht werden. Das seien nur einige Gründe, weswegen die Fraktion den Gesetzentwurf ablehnen werde.

Die **Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN** betonte, man treffe mit einem mehrstufigen Modell erstmals in den drei Jahren der Pandemie umfassend Vorsorge für eine eventuelle Verschärfung der Situation im Herbst. Es sei ein nachvollziehbarer Basisschutz und ein breites Set bundeseinheitlicher Regelungen vorgesehen, die weit über das bisher je geregelte Maß hinausgingen und vulnerable Gruppen explizit schützten. Dies gehe deutlich über das hinaus, was in der Vergangenheit getan worden sei, als jedes Mal zu spät reagiert worden sei und dies fatale Auswirkungen für die Menschen gehabt habe. Aufgrund der hohen Wirksamkeit führe man dort, wo es sinnvoll sei, eine FFP-2-Maskenpflicht ein. Sowohl auf Bundes- als auch auf Landesebene seien über entsprechende Verordnungsermächtigungen frühzeitig regional spezifische Reaktionen möglich. Das sei ein großer Fortschritt in der Nachvollziehbarkeit, der Wirksamkeit und der Reaktionsfähigkeit. Man lege Kriterien fest, die weit über das Maß der Inzidenz hinausgingen und nach dem Stand der Wissenschaft ein breites Indikatorenset zur Beurteilung der Lage zuließen. Darüber hinaus werde ein Monitoring der Notaufnahmen sowie der betreibbaren Betten sowohl auf den Intensiv- als auch auf den Normalstationen eingeführt. In der Gesamtschau dieser Maßnahmen werde eine datenbasierte Lagebeurteilung möglich, die eine deutlich evidenzbasiertere Politik als bisher möglich mache.

Die **Fraktion der FDP** erklärte, durch den Gesetzentwurf und die eingebrachten Änderungsanträge sei man auf den Herbst und Winter vorbereitet. Ausgangssperren, Lockdowns oder Schulschließungen werde es nicht mehr geben. Das sei in besonderem Maße für Kinder und Jugendliche wichtig, die besonders unter der Pandemie gelitten hätten. Diese hätten ein Recht auf schulische Bildung und einen unbeschwerten Schulalltag. Der nun vorgelegte Entwurf habe sich sowohl an den Empfehlungen des ExpertInnenrates der Bundesregierung als auch am Bericht der externen Evaluation orientiert. Es gebe neben bundesweit geltenden Regelungen einen Werkzeugkasten für die Länder, damit diese gezielt auf ein mögliches regionales Infektionsgeschehen reagieren könnten. Nach der Anhörung haben man u. a. die Kritik der Kinderärzte aufgenommen und eine Formulierung gefunden, die klarstelle, dass keine Gesundheitschreibung von Kindern mehr erforderlich sei, sondern ein negativer Test genüge, wenn diese nach einer Corona-Infektion wieder in die Kita oder Schule gehen wollten. Künftig müsse in Flugzeugen keine Maske getragen werden. Damit stehe man im Einklang mit den europäischen Nachbarn und verhindere einen Flickenteppich. Weiter habe man die Testpflicht für die Beschäftigten in Krankenhäusern und Pflegeheimen auf drei Tests pro Kalenderwoche reduziert. Die Änderungsanträge der CDU/CSU-Fraktion werde man ablehnen ebenso wie die Anträge der Oppositionsfraktionen.

Die **Fraktion der AfD** zeigte sich davon überzeugt, dass sich die Bundesregierung immer weiter von einem wissenschaftsbasierten Kurs zur Bekämpfung der Corona-Pandemie entferne. Es sei beispielsweise nicht nachvollziehbar, den Umgang mit der Maskenpflicht europaweit im Flugverkehr zu harmonisieren, im europaweiten Bahnverkehr aber nicht. So werde in Deutschland die Maskenpflicht mit der FFP2-Maske verschärft, während es in vielen europäischen Ländern wie zum Beispiel in Österreich keine Maskenpflicht mehr gebe. Der Gesetzentwurf sehe unter bestimmten Umständen im Herbst massive Einschränkungen vor, beispielsweise 3G in den Restaurants und beim Veranstaltungsgewerbe. Somit stelle der Gesetzentwurf letztlich einen deutlichen Rückschritt mit vielen Verschärfungen dar. Es müsse festgehalten werden, dass die Kinder massiv unter den Folgen der Maßnahmen gelitten hätten, da mit diesen tief in ihr Leben eingegriffen worden sei. Daher sollten diese von weiteren Maßnahmen unbedingt verschont bleiben.

Die **Fraktion DIE LINKE** kritisierte die Kurzfristigkeit der Einbringung der Änderungsanträge, zumal diese den Kern des Gesetzes ausmachten, da der zu Beginn der Sommerpause eingebrachte Gesetzentwurf die wirklich wichtigen Änderungen des Infektionsschutzgesetzes noch nicht enthalten habe. Ein zentrales Ergebnis der Evaluation des Sachverständigenausschusses nach § 5 Absatz 9 des Infektionsschutzgesetzes sei das Scheitern der Kommunikationsstrategie der Bundesregierung gewesen. Diese habe sich nun noch verschlechtert. Was nun beschlossen werden solle, sei widersprüchlich und für die Bevölkerung noch weniger zu verstehen als frühere Maßnahmen. So gebe es beispielsweise für den Schienen- und -fernverkehr sowie für den Flugverkehr jeweils unterschiedliche Regelungen zur Maskenpflicht, die zusätzlich mit dem Impfstatus oder bei aktuellem Test nicht mehr gelten. Nicht plausible Maßnahmen fänden keine Akzeptanz und deswegen leisteten solche undurchsichtigen Regelungen der Pandemiebekämpfung und der Glaubwürdigkeit der Politik einen Bärendienst. Dagegen seien erforderliche Maßnahmen wie eine klare Teststrategie im Gesetzentwurf nicht enthalten. Das habe man im eigenen Antrag niedergelegt. Darüber hinaus bewegten sich vulnerable Gruppen nicht nur in Gesundheitsbereichen, sondern würden am Leben teilnehmen und müssten deshalb in allen Lebensbereichen geschützt werden. Das

werde im vorliegenden Gesetzentwurf nicht beachtet. Hier hätte die Koalition besser von dem Antrag der Fraktion DIE LINKE. Ideen entnommen.

## **B. Besonderer Teil**

Soweit der Ausschuss für Gesundheit die unveränderte Annahme des Gesetzentwurfs auf Drucksache 20/2573 empfiehlt, wird auf die Begründung im Gesetzentwurf verwiesen. Zu den vom Ausschuss für Gesundheit vorgeschlagenen Änderungen ist darüber hinaus Folgendes anzumerken:

### **Zu Artikel 1 – Änderung des Infektionsschutzgesetzes**

#### **Zu Nummer 1 (Inhaltsübersicht)**

##### **Zu Buchstabe c**

Es handelt sich um eine Folgeänderung zu den Änderungen in § 59 IfSG unter Nummer 20b.

##### **Zu Nummer 1a (§ 4 IfSG)**

Es handelt sich um eine Folgeanpassung aufgrund der Änderung des § 14 Absatz 1 IfSG.

##### **Zu Nummer 1b (§ 5 IfSG)**

##### **Zu Buchstabe a**

##### **Zu Doppelbuchstabe aa**

##### **Zu Dreifachbuchstabe aaa**

§ 5 Absatz 2 Satz 1 Nummer 7 Buchstabe b wird neu gefasst und an die Formulierung der Ermächtigungsgrundlagen nach den Buchstaben c, d und f angepasst. Damit werden die Voraussetzungen für den Erlass von Vorschriften mit von den Approbationsordnungen abweichenden Regelungen insoweit erleichtert, indem diese für Ärzte, Apotheker und Zahnärzte aneinander angeglichen und vereinheitlicht werden.

##### **Zu Dreifachbuchstabe bbb**

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung.

##### **Zu Dreifachbuchstabe ccc**

Buchstabe g wird aufgehoben. Die Verordnungsermächtigung ist künftig in § 13 Absatz 7 geregelt.

##### **Zu Doppelbuchstabe bb**

Satz 3 wird aufgehoben, da die Regelung durch Zeitablauf erledigt ist.

##### **Zu Buchstabe b**

Absatz 4 Satz 1 regelt, dass eine auf Grund des Absatzes 2 oder des § 5a Absatz 2 erlassene Rechtsverordnung mit Aufhebung der Feststellung der epidemischen Lage von nationaler Tragweite außer Kraft tritt. Dies gilt jedoch nicht hinsichtlich der für die in den Verordnungen nach Absatz 2 Satz 1 Nummer 7 b bis f enthaltenen Übergangsregelungen. Diese bleiben bis zum Ablauf der Phase des Studiums in Kraft, für die sie gelten. Weiterhin treten Verordnungen nach Absatz 2 Satz 1 Nummer 10, mit denen von den Vorgaben der Berufsgesetze der Gesundheitsfachberufe und ihrer jeweiligen Rechtsverordnungen abgewichen werden kann, spätestens ein Jahr nach Aufhebung der epidemischen Lage von nationaler Tragweite außer Kraft. Diese Verordnungen können bis zu ihrem Außerkrafttreten auch nach Aufhebung der epidemischen Lage von nationaler Tragweite noch geändert werden. Die Regelung in Absatz 4 Satz 1 Nummer 2 Alternative 2 dient unverändert der Planungs- und Rechtssicherheit im Hinblick auf die Durchführung der Ausbildung sowie der staatlichen Prüfung. Ferner bleiben Regelungen zur Versorgung mit Arzneimitteln und anderem medizinischen Bedarf bis spätestens 31. Dezember 2023 in Kraft;

Änderungen an den Regelungen dürfen jedoch nicht mehr vorgenommen werden. Dies betrifft die Medizinischer Bedarf Versorgungssicherstellungsverordnung, auf deren Grundlage das Bundesministerium für Gesundheit COVID-19-Impfstoffe und -Arzneimittel zentral beschafft und in Verkehr bringt. Die Beschaffungsverträge für Impfstoffe gegen COVID-19 laufen noch bis mindestens Ende 2023, weswegen die Beschaffung und Verteilung der Impfstoffe auf Grundlage der Medizinischer Bedarf Versorgungssicherstellungsverordnung für diesen Zeitraum erforderlich ist. Regelungen zur Vergütung von Großhandel, Apotheken sowie Ärztinnen und Ärzten nach der SARS-CoV-2-Arzneimittelversorgungsverordnung sowie der Monoklonale Antikörper-Verordnung treten spätestens mit Ablauf des 7. April 2023 außer Kraft; bis zum Außerkrafttreten können diese Verordnungen im Einvernehmen mit dem Bundesministerium der Finanzen geändert werden. Vor Außerkrafttreten der Rechtsverordnungen nach Absatz 4 Satz 2 Nummer 3 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, soweit einschlägig, 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 Bundesministerium für Gesundheit (BMG) wird daher ermächtigt, im Einvernehmen mit dem Bundesministerium der Finanzen durch Rechtsverordnung im Anschluss an das Außerkrafttreten einer Rechtsverordnung nach Absatz 4 Satz 2 Nummer 3 Regelungen dieser Verordnung fortgelten zu lassen, die ausschließlich der Abwicklung oder Prüfung bereits erbrachter Leistungen dienen. Anordnungen nach Absatz 2 Satz 1 Nummer 6 gelten spätestens mit Ablauf des 31. Dezember 2023 als aufgehoben und können bis dahin geändert werden. Dies betrifft die vom BMG erlassenen Allgemeinverfügungen zur Verteilung der vom BMG zentral beschafften CO-VID-19-Impfstoffe und -Arzneimittel. Die Regelungen sind weiterhin notwendig, um eine Sicherstellung der Versorgung mit Arzneimitteln etc. zu gewährleisten.

#### **Zu Nummer 8 (§ 13 IfSG)**

##### **Zu Buchstabe c**

Die Änderung erweitert die Krankenhauskapazitätssurveillance auf die Erfassung von Daten zur Behandlung aller Patienten in den Notaufnahmen der Krankenhäuser, soweit diese eine Notaufnahme vorhalten. Dies trägt dem Umstand Rechnung, dass neben den Intensivstationen insbesondere Notaufnahmen durch steigende Inanspruchnahme, steigende Patientenzahlen und Personalausfälle im Zusammenhang mit dem Auftreten und der Verbreitung von Infektionskrankheiten in besonderer Weise belastet sind. Da die Notaufnahmen häufig die erste Anlaufstelle der Notfallversorgung darstellen, bilden sie zudem eine Art Frühwarnsystem für das, gegebenenfalls auch nur regional gehäufte, Auftreten von Erkrankungen. Außerdem lassen sich hieraus Hinweise auf die Inanspruchnahme und aktuelle Belastungssituation unterschiedlicher Fachbereiche der stationären Gesundheitsversorgung einschließlich der Ausbreitung von Infektionskrankheiten ableiten. Daher ist es sachgerecht, auch insoweit eine Meldepflicht der Krankenhäuser zur Inanspruchnahme der Notfallversorgung einzuführen, weil diese Rückschlüsse auf das Auftreten und die Verbreitung von Infektionskrankheiten und die daraus resultierende Belastung oder Einschränkung der übrigen stationären Notfallversorgung, sowie den Versorgungsaufwand von Behandlungsfällen mit meldepflichtigen Infektionskrankheiten zulässt. Die Meldepflicht kann sich auf alle Behandlungsfälle erstrecken, die in der Notaufnahme ersteingeschätzt werden, unabhängig davon, ob die Patientinnen und Patienten in der Folge stationär aufgenommen werden oder ambulant weiterversorgt werden.

Das Nähere zum Inhalt der Meldepflicht wird durch Rechtsverordnung des BMG bestimmt. Der Verordnungsgeber kann dabei nicht nur die Meldung der Zahl der Behandlungsfälle als solche vorsehen, sondern auch die Meldung der Fallzahlen, Diagnosen und der insbesondere nach dem Stand der Wissenschaft erforderlichen Versorgungsdaten.

Die Meldepflicht beschränkt sich auf die somatischen Behandlungsfälle. Für psychiatrische Notaufnahmen gilt die Meldepflicht daher nicht. Als Notaufnahmen sind hierbei alle Anlaufstellen eines Krankenhauses zur Akutversorgung als Teil der Notfallmedizin gemeint, unabhängig von ihrer konkreten Bezeichnung. Daher gilt die Meldepflicht insbesondere auch für als Notfallambulanzen, Notfallstationen, Notfallzentren oder Rettungsstellen bezeichnete Einrichtungen eines Krankenhauses.

Bei der Festlegung des Inhalts der Meldepflicht werden auch zwischenzeitliche Ergebnisse der Beratungen der Regierungskommission Krankenhaus zu berücksichtigen sein, die sich unter anderem auch mit der Organisation

der Notfallversorgung im Krankenhaus befasst. In der zu erlassenden Rechtsverordnung kann auch eine Weiterentwicklung der Ermittlung der nichtintensivmedizinischen somatischen Behandlungskapazitäten dahingehend geregelt werden, dass auch die tatsächlich betreibbaren Betten von den Krankenhäusern verpflichtend zu melden sind, d. h. die Betten, für deren Belegung das erforderliche Personal und die technischen Voraussetzungen zur Verfügung stehen. Einer Änderung der Ermächtigungsgrundlage bedarf es hierfür nicht.

#### **Zu Nummer 9 (§ 14 IfSG)**

##### **Zu Buchstabe a**

Die mit der Entwicklung und dem Betrieb von DEMIS verbundenen Aufgaben der Gesellschaft für Telematik haben sich erweitert, von der ursprünglichen Sicherstellung der digitalen Übermittlung von SARS-CoV-2-Positivbefunden und der Begleitung des Betriebs der DEMIS-Infrastruktur hin zu weiteren Themen (z. B. Schnittstelle zu SORMAS, Integrierte Molekulare Surveillance, DEMIS-Meldeportal). Gleichzeitig sieht die bestehende gesetzliche Regelung zur Kostentragung für DEMIS gemäß § 14 Absatz 1 Satz 6 zurzeit nur eine Erstattung der Fremdkosten durch das Robert Koch-Institut vor, während die Finanzierung der übrigen Kosten der Gesellschaft für Telematik durch den Spitzenverband Bund der Krankenkassen nach § 316 Absatz 1 in Verbindung mit § 311 Absatz 1 Nummer 11 SGB V erfolgt. Dies ist anzupassen, da es sich bei DEMIS nicht um eine Aufgabe der gesetzlichen Krankenversicherung handelt, sondern um eine Aufgabe des Bundes. Eventuelle Mehraufwendungen des Robert Koch-Instituts im Zusammenhang mit DEMIS können aus bestehenden Titelsätzen des Einzelplans refinanziert werden.

##### **Zu den Buchstaben b bis e**

Es handelt sich um Folgeanpassungen.

##### **Zu Buchstabe f**

Die Verpflichtung für Meldepflichtige in Krankenhäusern, ihre Meldungen sämtlich schon ab dem ..... [einsetzen: Tag des Inkrafttretens nach Artikel 9 dieses Gesetzes] über das elektronische Melde- und Informationssystem nach § 14 zu übermitteln, stellt die Krankenhäuser vor große technische Herausforderungen, mithin bezieht sich die Verpflichtung zunächst lediglich auf Meldungen nach § 6 in Bezug auf die Coronavirus-Krankheit-2019 (COVID-19), für die übrigen Meldungen wird die ursprüngliche Frist zum 1. Januar 2023 in § 14 Absatz 8 Satz 2 beibehalten. Satz 7 sieht dagegen für Melde- und Benachrichtigungspflichtige nach § 8 Absatz 1 Nummer 7 und Benachrichtigungspflichtige nach §§ 35 und 36 eine Nutzungspflicht erst ab dem 1. Juli 2023 vor.

#### **Zu Nummer 12 (§ 20 IfSG)**

##### **Zu Buchstabe a**

Die Wörter „personenbezogene Daten“ werden, unter anderem in § 20 Absatz 9 Satz 2, durch die Wörter „personenbezogene Angaben“ ersetzt, um einen eindeutigen Bezug zu § 2 Nummer 16 herzustellen.

##### **Zu Buchstabe b**

##### **Zu Doppelbuchstabe aa**

In dem neu eingefügten Halbsatz des Satzes 2 wird geregelt, dass im Fall von Zweifeln an der Echtheit oder inhaltlichen Richtigkeit des vorgelegten Nachweises Personen, die über die Echtheit oder inhaltliche Richtigkeit des vorgelegten Nachweises Auskunft geben können, auf Verlangen des Gesundheitsamtes die erforderlichen Auskünfte, insbesondere über die dem Nachweis zugrundeliegenden Tatsachen, erteilen, Unterlagen vorlegen und Einsicht gewähren müssen. Diese Befugnis soll dazu dienen, den Gesundheitsämtern weitere Ermittlungsmöglichkeiten hinsichtlich vorgelegter Nachweise an die Hand zu geben. Durch die Anordnung der entsprechenden Geltung des § 15a Absatz 2 Satz 2 wird festgelegt, dass der Verpflichtete die Auskunft auf solche Fragen verweigern kann, 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.

##### **Zu Doppelbuchstabe bb**

Nach Satz 7 soll künftig auch die Nachweisanforderung des Gesundheitsamtes sofort vollziehbar sein.

**Zu Doppelbuchstabe cc**

Die Neuregelung in Satz 8 stellt klar, dass bei nachträglicher Vorlage von Nachweisen nach Absatz 9 Satz 1 Maßnahmen nach Satz 4 aufzuheben sind und das Verwaltungszwangsverfahren mit sofortiger Wirkung einzustellen ist. Bußgeldverfahren können nach § 47 Absatz 1 Satz 2 OWiG eingestellt werden.

**Zu Nummer 13 (§ 20a IfSG)****Zu Buchstabe a**

Es handelt sich um eine Klarstellung, dass Schwangere, die sich im ersten Schwangerschaftsdrittel befinden, nicht der einrichtungsbezogenen Impfpflicht unterliegen, d. h. nicht über einen Impf- oder Genesenennachweis nach § 22a Absatz 1 oder Absatz 2 verfügen müssen. Die Klarstellung flankiert die bereits in Absatz 2 enthaltene Regelung, nach der Schwangere im ersten Schwangerschaftsdrittel, die in den in Absatz 1 Satz 1 genannten Einrichtungen oder Unternehmen tätig sind, der Leitung der jeweiligen Einrichtung oder des jeweiligen Unternehmens ein ärztliches Zeugnis darüber vorzulegen haben, dass sie sich im ersten Schwangerschaftsdrittel befinden.

**Zu Buchstabe b**

In § 20a Absatz 2 Satz 2, Absatz 3 Satz 2 und Absatz 4 Satz 2 werden die Wörter „personenbezogene Daten“ durch die Wörter „personenbezogene Angaben“ ersetzt, um einen eindeutigen Bezug zu § 2 Nummer 16 herzustellen.

**Zu Buchstabe c****Zu Doppelbuchstabe aa**

Satz 2 sieht im neu eingefügten Halbsatz 2 vor, dass im Fall von Zweifeln an der Echtheit oder inhaltlichen Richtigkeit des vorgelegten Nachweises Personen, die über die Echtheit oder inhaltliche Richtigkeit des vorgelegten Nachweises Auskunft geben können, auf Verlangen des Gesundheitsamtes die erforderlichen Auskünfte insbesondere über die dem Nachweis zugrundeliegenden Tatsachen erteilen, Unterlagen vorlegen und Einsicht gewähren müssen. Diese Befugnis soll dazu dienen, den Gesundheitsämtern weitere Ermittlungsmöglichkeiten hinsichtlich vorgelegter Nachweise an die Hand zu geben. Durch die Anordnung der entsprechenden Geltung des § 15a Absatz 2 Satz 2 wird festgelegt, dass der Verpflichtete die Auskunft auf solche Fragen verweigern kann, 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.

**Zu Doppelbuchstabe bb**

Durch die Änderung in Satz 4 soll künftig auch die Nachweisanforderung des Gesundheitsamtes sofort vollziehbar sein.

**Zu Doppelbuchstabe cc**

Die Neuregelung in Satz 5 stellt klar, dass bei nachträglicher Vorlage von Nachweisen nach Absatz 2 Satz 1 Maßnahmen nach Satz 3 aufzuheben sind und das Verwaltungszwangsverfahren mit sofortiger Wirkung einzustellen ist. Bußgeldverfahren können nach § 47 Absatz 1 Satz 2 OWiG eingestellt werden.

**Zu Buchstabe d**

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Verschiebung des Absatzes 7 in § 35.

**Zu Nummer 13a (§ 20b IfSG)**

In § 20b Absatz 2 Satz 3 ist bislang vorgesehen, dass Apothekerinnen und Apotheker keine ärztliche Schulung zur Durchführung von COVID-19-Impfungen bei Erwachsenen absolvieren müssen, wenn sie bereits eine entsprechende Schulung zur Durchführung von Gripeschutzimpfungen im Rahmen von Modellvorhaben nach § 132j des Fünften Buches Sozialgesetzbuch nachweisen können. Nach der Überführung der Gripeschutzimpfungen durch Apotheken in die Regelversorgung ist es geboten, nicht nur im Rahmen von Modellvorhaben nach § 132j des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, sondern auch nach § 20c Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 IfSG erfolgreich absolvierte Schulungen der Apothekerinnen und Apotheker anzuerkennen.

**Zu Nummer 13b (§ 20c IfSG)**

Die Regelung dient der Korrektur eines Redaktionsversehens.

**Zu Nummer 14 (§ 22a IfSG)****Zu Buchstabe a**

Bisher kann ein vollständiger Impfschutz gegen das Coronavirus nur dann erreicht werden, wenn die zugrundeliegenden Einzelimpfungen mit Impfstoffen erfolgt sind, die von der EU oder im Ausland zugelassen sind und von ihrer Formulierung her identisch mit einem in der EU zugelassenen Impfstoff sind (vgl. § 22a Absatz 1 Satz 2 Nummer 1 IfSG).

Mit der Änderung wird geregelt, dass künftig auch dann ein vollständiger Impfschutz gegen das Coronavirus SARS-CoV-2 vorliegt, wenn teilweise eine Impfung mit den von der WHO-gelisteten Impfstoffen, namentlich COVAXIN, Covilo, Convidecia und CoronaVac, stattgefunden hat.

Damit wird dem Umstand Rechnung getragen, dass die Bewertungen (STIKO und PEI) neuer wissenschaftlicher Evidenz ergeben haben, dass die Verabreichung einer weiteren (Booster-)Dosis mit einem mRNA-Impfstoff nach Erhalt von Impfdosen mit einem WHO-gelisteten Impfstoff zu einem Impfschutz führt, der vergleichbar ist mit einer dreifachen Impfung (Grundimmunisierung plus Auffrischimpfung) mit EMA-zugelassenen oder im Ausland zugelassenen, aber von der Formulierung her identischen mRNA-Impfstoffen.

**Zu Buchstabe b**

In Absatz 9 wird geregelt, 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 (§ 23 IfSG)****Zu den Buchstaben b und c**

In Absatz 3 Satz 1 Nummer 8 werden die psychotherapeutischen Praxen hinzugefügt. In Absatz 3 Satz 1 Nummer 12 und in Absatz 5 Satz 1 Nummer 9 werden klarstellend neben Rettungsdiensten Einrichtungen des Zivil- und Katastrophenschutzes aufgezählt.

**Zu Nummer 15a (§ 23a IfSG)**

In Satz 3 werden durch den Verweis auf § 22 Absatz 2 des Bundesdatenschutzgesetzes geeignete Garantien zur Wahrung der Grundrechte und der Interessen der betroffenen Person sichergestellt. Im Übrigen bleibt es nach Satz 4 bei den allgemeinen datenschutzrechtlichen Bestimmungen.

**Zu Nummer 16 (§ 28a IfSG)****Zu den Buchstaben a bis d**

In Absatz 1 Nummer 3 wird die Regelung der bisherigen Nummer 2a fortgeführt, es wird ein ausdrücklicher Verweis auf § 22a Absatz 1 bis 3 aufgenommen.

Die bisherigen Nummern 3 bis 17 werden daher zu den Nummern 4 bis 18. Es handelt sich insoweit lediglich um rechtsförmliche Korrekturen.

**Zu den Buchstaben e und f**

Diese Änderungen sind bereits im Gesetzentwurf enthalten.

**Zu Buchstabe g**

Die in § 28a Absatz 10 genannte Frist wird bis zum Ablauf des 30. September 2022 verlängert.

**Zu Nummer 18 (§ 34 IfSG)****Zu Buchstabe a**

Weil sich der Verdacht auf Vorliegen der Coronavirus-Krankheit-2019 (COVID-19) aufgrund des sehr vielgestaltigen Symptomatik im Regelfall nicht aufgrund einer üblichen Erkältungssymptomatik sondern nur aufgrund eines durch einen Leistungserbringer im Sinne der TestV oder durch die Gemeinschaftseinrichtung selbst durchgeführten Tests ergeben kann wird auch vorgesehen, dass auch die Wiedenzulassung zur Tätigkeit in oder zum Betreten der Gemeinschaftseinrichtung aufgrund eines Testnachweises nach § 22a Absatz 3 verfolgen kann. Im Übrigen kann unter den Voraussetzungen des Absatzes 7 auch Kranken oder Krankheitsverdächtigen der Zutritt oder der Verbleib in der Gemeinschaftseinrichtung gewährt werden.

**Zu Nummer 19 (§ 35 IfSG)**

In Absatz 1 werden vollstationäre, teilstationäre und ambulante pflegerische Einrichtungen und Einrichtungen der Eingliederungshilfe 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 Pflege vor allem nach dem Elften Buch Sozialgesetzbuch (SGB XI) zugelassene vollstationäre Pflegeeinrichtungen und 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 – neben nach dem SGB XI zugelassenen Einrichtungen der Tages- und Nachtpflege – zum Beispiel Werkstätten für Menschen mit Behinderung im Sinn des § 219 des Neunten Buches Sozialgesetzbuch (SGB IX), andere Leistungsanbieter nach § 60 SGB IX sowie andere vergleichbare tagesstrukturierende Angebote – z. B. Tagesförderstätten sowie heilpädagogische Tagesstätten und heilpädagogische Kitas. Dabei wird bei den Werkstätten für Menschen mit Behinderung auf die Einrichtung insgesamt abgestellt, somit nicht zwischen Eingangsverfahren bzw. Berufsbildungsbereich einerseits und dem Arbeitsbereich andererseits unterschieden.

Satz 1 Nummer 3 erfasst nach dem SGB XI zugelassene ambulante Pflegedienste und ambulante Pflegedienste, die Intensivpflege erbringen. 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 geregelten Kommission für Infektionsprävention in medizinischen Einrichtungen und in Einrichtungen und Unternehmen der Pflege und Eingliederungshilfe dargelegt, die einzuhalten sind, um zur Infektionsprävention dem Stand der medizinischen Wissenschaft und der Pflegewissenschaft zu entsprechen. In Bezug auf die Eingliederungshilfe sind die Empfehlungen der Kommission nur im Kontext medizinischer und pflegerischer Maßnahmen zu sehen. 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. Daher haben die voll- und teilstationären Einrichtungen der Pflege und Eingliederungshilfe für den Zeitraum vom 1. Oktober 2022 bis einschließlich 7. April 2023 Personen zu benennen, die für die Umsetzung von im Zusammenhang mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 stehenden Infektionsschutzmaßnahmen und Koordinierungsaufgaben verantwortlich sind. Zu diesen Aufgaben gehört im Bereich Hygiene die Einhaltung von Hygieneanforderungen gemäß den Empfehlungen der Kommission für Infektionsprävention in medizinischen Einrichtungen und in Einrichtungen und Unternehmen der Pflege und Eingliederungshilfe nach § 23 Absatz 1 sowie gemäß den Hygieneplänen der Einrichtungen. Die Umsetzung der Hygienemaßnahmen vor Ort soll sich insbesondere an den Empfehlungen des Robert Koch-Instituts orientieren.

Zu den Aufgaben im Bereich Impfen gehört insbesondere die regelmäßige Sichtung von Impfunterlagen der Bewohnerinnen und Bewohner bzw. der Gäste in der Tagespflege, um Impflücken zu erkennen, die Zusammenarbeit mit Ärztinnen und Ärzten, die von der Einrichtung versorgte Bewohnerinnen und Bewohner versorgen, und mit Impfzentren und Impfteams, um erforderliche Impfungen in die Wege zu leiten und Impfkationen in der Einrichtung zu organisieren. Stellt eine nach Satz 6 benannte Person im Rahmen ihrer Koordinierungsaufgabe fest, dass bei einem Bewohner oder einer Bewohnerin eine (weitere) Booster-Impfung gegen das Coronavirus SARS-CoV-2 angezeigt ist, hat sie dafür Sorge zu tragen, dass der zuständige Arzt bzw. die zuständige Ärztin darüber informiert wird. Dieser kann dann zusammen mit der betroffenen Person entscheiden, ob die Impfung durchgeführt wird. Darüber hinaus können Pflegefachkräfte im Wege der ärztlichen Delegation in die Durchführung von Schutzimpfungen gegen das Coronavirus SARS-CoV-2 eingebunden werden. In § 20b Absatz 4 ist ausdrücklich klargestellt, dass die Möglichkeit der ärztlichen Delegation der Durchführung von Schutzimpfungen gegen das Coronavirus SARS-CoV-2 auf nichtärztliches Gesundheitspersonal weiterhin möglich ist. Insbesondere bei entsprechend vorhandenen qualifizierten Mitarbeitenden bietet es sich daher an, dass stationäre Pflegeeinrichtungen nach vorheriger Absprache mit Ärztinnen oder Ärzten, die Impfung – einschließlich der Nachbeobachtung in den ersten 15 Minuten nach der Impfung – durch ihre hierfür qualifizierten Pflegekräfte durchführen zu lassen. Eine Delegation der Impfanamneseerhebung sowie des Aufklärungsgesprächs auf nichtärztliches Personal ist dagegen nicht möglich.

Im Bereich Testen auf das Coronavirus SARS-CoV-2 setzen die benannten Personen das einrichtungsspezifische Testkonzept um, das auf der Teststrategie der Bundesregierung und den Empfehlungen des Robert Koch-Instituts basiert und die landesspezifischen Vorgaben berücksichtigt. Hierzu gehört insbesondere die Organisation der Testung von Bewohnern bzw. Tagespflegegästen, von in der Einrichtung tätigen Personen sowie von Besuchspersonen.

Die Maßnahmen zur Unterstützung der Versorgung mit antiviralen COVID-19-Arzneimitteln meint in diesem Zusammenhang die Vornahme insbesondere organisatorischer Tätigkeiten, die beispielsweise bei einem Ausbruchsgeschehen in einer Einrichtung notwendig werden. So sind neben pflegenden Angehörigen auch die die Heimbewohnerinnen und -bewohner behandelnden Ärztinnen und Ärzte schnellstmöglich durch die Pflegeeinrichtung zu informieren, damit diese bei einem positiven Testergebnis die Versorgung mit antiviralen COVID-19-Arzneimitteln zügig einleiten können; eine Übernahme ärztlicher Tätigkeiten durch in der Einrichtung nicht-ärztlich Tätige ist damit nicht verbunden. Ebenfalls gehört es in vollstationären Pflegeeinrichtungen zu den Aufgaben einer Koordinierungsperson, den Bezug und die Bevorratung der antiviralen COVID-19-Arzneimittel aus den Bundesbeständen des Bundesministeriums für Gesundheit nach den Vorgaben der „Allgemeinverfügung zum Bezug und zur Anwendung monoklonaler Antikörper und zum Bezug und zur Abgabe antiviraler, oral einzunehmender Arzneimittel gegen COVID-19“ über Apotheken zu organisieren.

Um eine zügige und fachlich fundierte Umsetzung zu gewährleisten, erstellt der Qualitätsausschuss Pflege nach § 113b SGB XI in Abstimmung mit dem Bundesministerium für Gesundheit bis zum 15. Oktober 2022 pflegefachliche Grundlagen und Verfahrenshinweise für die in Satz 7 genannten Aufgaben in den voll- und teilstationären Pflegeeinrichtungen. Die zu erarbeitenden Grundlagen und Hinweise sollen eine praxisbezogene Umsetzung in den Einrichtungen erleichtern und auch Vorgaben für die Dokumentation dieser Aufgaben enthalten. Die Anforderungen des Datenschutzrechts, die im Rahmen der Koordinierungsaufgaben zu beachten sind, sind einzubeziehen. Das Bundesministerium für Gesundheit beabsichtigt, für die Zeit bis zur Erstellung der Grundlagen und Hinweise durch den Qualitätsausschuss Pflege, entsprechende – mit den Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene abgestimmte – Handlungsempfehlungen zu erarbeiten, um die Pflegeeinrichtungen bei der Umsetzung ihrer Aufgabe bestmöglich zu unterstützen.

Die Einrichtungen haben nach Satz 9 bis zum 1. November 2022 Festlegungen zu treffen, wie sie die Aufgaben nach Satz 7 vor Ort organisieren. Dabei sind die Grundlagen und Verfahrenshinweise nach Satz 8 zu berücksichtigen. Diese bieten den fachlichen Bezugsrahmen für die praktische Umsetzung auf Einrichtungsebene.

Die Gesundheitsämter prüfen nach den Sätzen 11 und 12, ob die Leitungen der teil- und vollstationären Einrichtungen zur Betreuung und Unterbringung älterer, behinderter oder pflegebedürftiger Menschen oder vergleichbare Einrichtungen Koordinierungspersonen benannt haben. Darüber hinaus kontrollieren die Gesundheitsämter, ob die voll- und teilstationären Pflegeeinrichtungen die Aufgaben nach Satz 7 entsprechend der Grundlagen und Verfahrenshinweise nach Satz 8 umsetzen und die Festlegungen auf Einrichtungsebene nach Satz 9 getroffen haben.

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 verarbeiten, um über die Begründung eines Beschäftigungsverhältnisses oder die Art und Weise einer Beschäftigung zu entscheiden. Dies war bisher nach § 23a nur für Beschäftigte im medizinischen Bereich möglich bzw. nach § 36 Absatz 3 in Bezug auf die Coronavirus-Krankheit-2019 (COVID-19). Es wird von der Öffnungsklausel in Artikel 9 Absatz 2 Buchstabe i, Artikel 88 Absatz 1 der Datenschutz-Grundverordnung 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 haben die Länder durch eine Rechtsverordnung nun auch im Pflegebereich Regelungen zur Hygiene und zum Infektionsschutz zu treffen. Diese richtet sich im § 23 nur an medizinische Einrichtungen. Neu ist dabei insbesondere die Möglichkeit zur Bestellung von hygiene-beauftragten Pflegefachkräften in vollstationären Einrichtungen. Dies wurde u. a. auch vom ExpertInnenrat der Bundesregierung angeregt.

Die Regelungen in Absatz 4 und Absatz 5 wurden aus dem früheren § 36 Absatz 3a und § 36 Absatz 4, der auch für teil- und vollstationäre Einrichtungen der Pflege und Eingliederungshilfe galt, übernommen.

Absatz 6 sieht vor, dass alle voll- und teilstationären Einrichtungen monatlich Angaben zum Anteil der geimpften Personen an das Robert Koch-Institut übermitteln. Das Monitoring der Impfquoten in den Pflegeeinrichtungen war bisher in § 20a Absatz 7 geregelt (Gesetz zur Änderung des Infektionsschutzgesetzes und anderer Vorschriften vom 18. März 2022, BGBl. I S. 466). Aufgrund des engen Zusammenhangs mit den jetzt in § 35 geregelten Aufgaben wird diese Vorschrift nunmehr als Absatz 6 hier angefügt. Sie wird zudem bis einschließlich des Berichtsmonats April 2023 befristet (Satz 10). Zugleich werden durch Einfügung zweier gegenüber der bisherigen Fassung in § 20a Absatz 7 neue Sätze Erleichterungen für die Pflegeeinrichtungen hinsichtlich der Übermittlungserfordernisse vorgenommen. Satz 2 beinhaltet die Möglichkeit, von einer ausführlichen Meldung an das Robert Koch-Institut für den Fall abzusehen, dass sich die zu übermittelnden Angaben im Vergleich zu den im Vormonat gemeldeten Angaben nicht verändert haben. Das Robert Koch-Institut nutzt in diesen Fällen die vorliegenden Daten des Vormonats weiter (Satz 3). Die Ergänzung ist möglich, da erste Auswertungen zeigen, dass die Impfquoten für mindestens zwei- bzw. dreimal Geimpfte bei allen Personengruppen, für die Daten an das Robert Koch-Institut zu melden sind, nahezu konstant sind und es auch im Hinblick auf eine vierte Impfung nur geringfügige Veränderungen gibt. Es ist daher sachgerecht, die voll- und teilstationären Pflegeeinrichtungen von den ihnen insgesamt obliegenden Dokumentations- und Berichtspflichten ein Stück weit zu entlasten.

#### **Zu Nummer 20 (§ 36 IfSG)**

##### **Zu Buchstabe a**

Die Änderungen sind bereits im Gesetzentwurf enthalten.

##### **Zu Buchstabe b**

Die Höchstfrist für das Außerkrafttreten der Coronavirus-Einreiseverordnung wird auf den 7. April 2023 verschoben.

#### **Zu Nummer 20a (§ 56 IfSG)**

##### **Zu Buchstabe a**

Diese Regelung sieht vor, dass die Bundesagentur für Arbeit zukünftig Erstattungsansprüche von Entschädigungsberechtigten, denen Kurzarbeitergeld gewährt wird, in einem pauschalierten Verfahren auf der Grundlage von Vereinbarungen mit den Ländern geltend machen kann. Bei Nutzung des pauschalierten Erstattungsverfahrens entfallen für die Bundesagentur für Arbeit, die betroffenen Arbeitgeber und die zuständigen Bewilligungsstellen der Länder Aufwendungen, die mit der Geltendmachung der Erstattungsansprüche im Einzelfall verbunden sind.

**Zu Buchstabe b**

Mit dieser Regelung wird die Frist zur Geltendmachung von Entschädigungsansprüchen nach § 56 Absatz 1 im Fall des Anspruchsübergangs auf die Bundesagentur für Arbeit nach § 56 Absatz 9 bei der Gewährung von Kurzarbeitergeld auf vier Jahre verlängert.

Da die Durchführung der pandemiebedingten Abschlussprüfungen nach aktuellen Schätzungen voraussichtlich bis ins Jahr 2024 andauern wird, kann die bisherige Ausschlussfrist dazu führen, dass Entschädigungsansprüche von Seiten der Bundesagentur für Arbeit nicht mehr fristgemäß innerhalb der derzeit geltenden Ausschlussfrist von drei Jahren gelten gemacht werden können. Da ohne Fristverlängerung dieser Anspruchsübergang auf die Bundesagentur für Arbeit in vielen Fällen ins Leere zu laufen droht, ist eine Verlängerung der Frist von drei auf vier Jahre erforderlich.

**Zu Nummer 20b (§ 59 IfSG)**

Wird ein Beschäftigter während seines Urlaubs nach § 30, auch in Verbindung mit § 32, abgesondert oder hat er sich auf Grund einer nach § 36 Absatz 8 Satz 1 Nummer 1 erlassenen Rechtsverordnung abzusondern, so werden die Tage der Absonderung nach § 59 Absatz 1 nicht auf den Jahresurlaub angerechnet. Für die entsprechenden Zeiten haben die Arbeitnehmer nach § 56 einen Entschädigungsanspruch, sofern kein vorrangiger Entgeltfortzahlungsanspruch besteht. Es handelt sich für nicht Erkrankte (vgl. sonst bereits § 9 BUrlG bzw. § 9 EUrlV) um eine klarstellende Regelung, die an die Rechtsprechung des BGH (BGHZ 73, 16) anschließt. Die Absonderung ist unverzüglich gegenüber dem Arbeitgeber anzuzeigen und nachzuweisen.

Kranke und Ausscheider, die länger als sechs Monate Anspruch auf eine Entschädigung nach § 56 Absatz 1 Satz 1 oder Satz 2 haben oder mit hoher Wahrscheinlichkeit haben werden, gelten nach § 59 Absatz 2 als Menschen mit Behinderungen im Sinne des Dritten Buches Sozialgesetzbuch. Die Regelung schreibt den bisherigen § 59 fort und stellt klar, dass nur längerfristig Betroffene erfasst sind.

**Zu Nummer 22****Zu Buchstabe b (§ 69 IfSG)**

In Absatz 1 Satz 2 wird geregelt, dass in einer Rechtsverordnung nach § 13 Absatz 2 Satz 7 künftig auch vorgesehen werden kann, dass der Bund sich im Hinblick auf die Durchführung der Erhebungen durch das Robert Koch-Institut anteilig an der Kostentragung beteiligen kann.

**Zu Nummer 22a (§ 73 IfSG)****Zu Buchstabe a**

Die Vorschrift erweitert den Bußgeldkatalog auf die Impfsurveillance nach § 13 Absatz 5 Satz 1 sowie auf die Fälle, in denen die Meldepflichten nach § 13 Absatz 7 Satz 1 Nummer 1, 2 oder 3 in Verbindung mit einer Rechtsverordnung nach Satz 4 Nummer 1 bis 4 nicht, nicht rechtzeitig, nicht vollständig oder nicht in der vorgeschriebenen Weise, insbesondere durch unterbliebene Nutzung des elektronischen Melde- und Informationssystems zur Übermittlung der Angaben nach § 13 Absatz 7 Satz 1 Nummer 1, erfüllt werden. Ohne eine entsprechende Sanktionsregelung wäre nicht sichergestellt, dass die Meldepflichten flächendeckend erfüllt werden. Eine flächendeckende Meldung ist aber Voraussetzung dafür, dass belastbare Aussagen über die zur Verfügung stehenden Behandlungskapazitäten auf Normalstationen möglich sind und frühzeitig Gegenmaßnahmen bei sich andeutenden Überlastungen ergriffen werden können. Verstöße gegen Meldepflichten nach § 6 oder § 7, jeweils auch in Verbindung mit § 14 Absatz 8 Satz 2, 3, 4 oder 5 oder einer Rechtsverordnung nach § 15 Absatz 1 oder 3 sind bereits bußgeldbewehrt.

**Zu Buchstabe b**

Die Regelung soll sicherstellen, dass Belehrungen richtig, vollständig und rechtzeitig durchgeführt werden.

**Zu Buchstabe c**

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung.

**Zu Buchstabe d**

Die Nummer 18 soll sicherstellen, dass die Einrichtungen die Aufgaben aus § 35 Absatz 1 Satz 7 in den Bereichen Hygiene, Impfen, Testen und Unterstützung der Versorgung mit antiviralen COVID-19-Arzneimitteln fachgerecht erfüllen. Zudem soll die Regelung gewährleisten, dass voll- und teilstationäre Pflegeeinrichtungen die Verpflichtung aus § 35 Absatz 1 Satz 9 erfüllen und die Verfahrensabläufe vor Ort festlegen sowie die Benennung der Koordinierungspersonen dokumentieren. Darüber hinaus handeln voll- und teilstationäre Pflegeeinrichtungen ordnungswidrig, die vorsätzlich oder fahrlässig den Dokumentationspflichten aus § 35 Absatz 1 Satz 10 nicht nachkommen.

**Zu Buchstabe e**

Die Regelungen nach Nummer 24 gelten nun auch für Rechtsverordnungen nach § 35 Absatz 3 Satz 1 oder 2. Damit können Sanktionen erteilt werden, wenn Zuwiderhandlungen zu den von den Ländern erlassenen Rechtsverordnungen hinsichtlich der Verbesserungen der Hygiene in voll- und teilstationären Einrichtungen der Pflege und Eingliederungshilfe erfolgen.

**Zu Nummer 23 (§ 77 IfSG)**

Die Nummer kann gestrichen werden, da die Neufassung beziehungsweise Aufhebung von § 77 Absatz 6 und 7 an anderer Stelle erfolgt (s. Artikel 1a Nummer 46 und Artikel 1b Nummer 33).

**Zu Artikel 1a – Weitere Änderung des Infektionsschutzgesetzes****Zu Nummer 1 (Inhaltsübersicht zu § 28b – neu – IfSG)**

Es handelt sich um eine Folgeänderung in der Inhaltsübersicht zu Nummer 3.

**Zu Nummer 2 (§ 28 IfSG)**

Es handelt sich um eine Folgeänderung.

**Zu Nummer 3 (§ 28b – neu – IfSG)**

Die Ausgangslage für den Umgang mit der COVID-19-Pandemie hat sich verändert. Die Verfügbarkeit hochwirksamer Impfstoffe und antiviraler Medikamente und ein schon relativ hoher Immunitätsgrad in der Bevölkerung durch Impfung oder Infektion haben zur Folge, dass der Rechtsrahmen für Schutzmaßnahmen zur Verhinderung der Verbreitung der Coronavirus-Krankheit-2019 (COVID-19) dieser neuen Phase der Pandemie angepasst werden kann. Statt der reinen Eindämmung der Fallzahlen (Containment) richtet sich der Fokus in der aktuellen Phase bei schon hoher Immunität auf den Schutz vulnerabler Gruppen (Protektion), die Abmilderung schwerer Erkrankungen und die Vermeidung von Todesfällen (Mitigierung) sowie die Gewährleistung der Funktionsfähigkeit des Gesundheitssystems und der sonstigen Kritischen Infrastrukturen. Ausgehend von den wissenschaftlichen Prognosen – insbesondere des Corona-ExpertInnenrates und des Sachverständigenausschusses nach § 5 Absatz 9 IfSG – für Herbst/Winter und den Erfahrungen der beiden Vorjahre ist davon auszugehen, dass die Zahlen der Infektionen mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 aus saisonalen Gründen im kommenden Herbst und Winter erneut steigen werden. Hinzu kommen sonstige respiratorische Atemwegserkrankungen (u. a. Influenza und RSV), die ebenfalls saisonal gehäuft auftreten, aber in den vergangenen beiden Jahren durch Schutzmaßnahmen weitgehend ausgeblieben sind. Dies wird in der Gesamtschau das Gesundheitssystem und die sonstigen Kritischen Infrastrukturen erneut deutlich belasten. Um eine Überlastung zu verhindern, werden in § 28b verschiedene Schutzmaßnahmen vorgesehen. Die unabhängig von der Feststellung einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite geltenden Ermächtigungen der Länder, zur Verhinderung der Verbreitung der Coronavirus-Krankheit-2019 (CO-VID-19) Schutzmaßnahmen zu erlassen (bisher § 28a Absatz 7 und 8), und die bislang in § 28b vorgesehenen Regelungen zu bundesweit einheitlich geltenden Schutzmaßnahmen werden für die Zeit vom 1. Oktober 2022 bis zum 7. April 2023 in § 28b neu geregelt. Dieser Zeitraum spiegelt Erfahrungen sowohl aus den vergangenen zwei Jahren der COVID-19-Pandemie als auch aus dem jährlichen Saisonverlauf der Influenza (Grippe) wider. Demnach steigt gerade in diesem Zeitraum die Anzahl respiratorischer Atemwegserkrankungen. Mit dem Beginn der sog. Grippesaison ist auf der nördlichen Halbkugel aufgrund der bisherigen Surveillance-Systeme ab der 40. Kalenderwoche (Anfang Oktober) zu rechnen. Ein Saisonende ist erst ab April des Folgejahres zu erwarten.

Im Herbst und Winter 2022/23 ist voraussichtlich durch die Ausbreitung des Subtypus BA.5 der Variante Omikron des Coronavirus SARS-CoV-2 mit erhöhten Infektionszahlen in der Bundesrepublik Deutschland zu rechnen. Das Auftreten von Varianten mit neuartigen Erreger- bzw. Immunfluchteigenschaften ist darüber hinaus jederzeit möglich und nicht vorhersehbar. Des Weiteren ist durch saisonbedingte Effekte mit einem Wiederanstieg der Infektionszahlen zum Herbst/Winter 2022/2023 zu rechnen. Steigende Infektionszahlen wiederum können selbst beim Vorherrschen einer Virusvariante, die mit einem mildereren Krankheitsverlauf assoziiert ist, zu einem Anstieg der Hospitalisierungszahlen und einer Belastung der kritischen Infrastrukturen durch Krankheitsausfälle führen.

In seiner 11. Stellungnahme geht der ExpertInnenrat der Bundesregierung zu COVID-19 hierauf in seinen Szenarienbildungen ein. So geht der Rat in seinem Basisszenario (Krankheitslast wie BA.4, BA.5, BA 2.12.1) davon aus, dass es über die gesamte kältere Jahreszeit zu einem gehäuften Auftreten von Infektionen und Arbeitsausfällen in der berufstätigen Bevölkerung kommt. Im Gegensatz zur normalen saisonalen Grippe beträgt die Dauer der Winterwelle nicht zwei bis drei Monate, sondern erstreckt sich in Wellen über einen längeren Zeitraum. Der ExpertInnenrat kommt daher zu dem Schluss, dass eine moderate COVID-19-Belastung erneut u. a. flächendeckende Maßnahmen des Übertragungsschutzes (Masken und Abstand) erforderlich machen könnte. Selbst bei dem vom ExpertInnenrat als günstigstes Szenario beschriebenen Modell (Dominanz einer Virusvariante mit verringerter krankmachender Wirkung) wäre ohne Maßnahmen mit einer Infektionshäufung – insbesondere im Bereich der Kinder – und entsprechender Belastung des Gesundheitswesens (vor allem im Bereich Kinder- und Jugendmedizin) sowie Ausfällen der Eltern am Arbeitsplatz wegen Betreuung oder eigener Infektion zu rechnen.

Der Verlauf der ersten Omikron-Welle zu Jahresbeginn 2022 und auch die sog. „Sommerwelle“ haben gezeigt, welchen Belastungen das Gesundheitssystem, insbesondere im stationären Bereich, ausgesetzt war und z. T. immer noch ist. Für ein „ungünstiges Szenario“, d. h. eine neue Virusvariante mit verstärkter Immunflucht oder Übertragbarkeit und erhöhter Krankheitsschwere, im Herbst und Winter geht der ExpertInnenrat von einer starken Belastung auf den Intensiv- und sogar den Normalstationen aus, die zu regionalen Überlastungen des Gesundheitssystems führen würde. Auch die Reaktivierung des „Kleeblatt-Verlegungskonzeptes“ wird daher für notwendig erachtet.

Der Bericht des Sachverständigenausschusses nach § 5 Absatz 9 IfSG kommt zu dem Schluss, dass das Tragen medizinischer Masken und Atemschutzmasken ein sehr wirksames Instrument in der Pandemiebewältigung sein kann und eine medizinische Maske oder Atemschutzmaske – richtig getragen – die Übertragung von aerosolgetragenen Infektionen minimiert. Die epidemiologisch messbare Wirksamkeit von Gesichtsmasken sei durch mehrere Evidenzgrade belegt. Auch der ExpertInnenrat legt in seiner 11. Stellungnahme dar, dass eine vorübergehende Maskenpflicht (medizinischer Mund-/Nasenschutz, möglichst FFP2) ein wirksames und schnelles Instrument zur Infektionskontrolle darstellt.

Die Studie von Talic et al. (effectiveness of public health measures in reducing the incidence of covid-19, SARS-CoV-2 transmission, and covid-19 mortality: systematic review and meta-analysis, 2021) stellt auf Basis der Auswertung von sechs Studien (Bundagaard 2021, Doung-Ngern 2020, Krishnamachari 2021, Lio 2021, Xu 2020 und Wang 2020) fest, dass ein Maskenmandat im Median zu einer Reduktion der Inzidenz um 53 Prozent führt. Zhang und Warner (2020) weisen außerdem nach, dass Masken mitunter einen größeren Effekt auf die Reduktion der Reproduktionszahl haben als Lockdowns, An et al. (2021) und Haug et al. 2020 bestätigen dieses Ergebnis in ihren Studien.

Insbesondere in Risikoeinstellungen, wie medizinischen oder pflegerischen Bereichen, sollte aus hygienischer Sicht zum Fremd- und Selbstschutz die FFP2-Maske präferiert werden. Entscheidend für einen infektionsreduzierenden Effekt von FFP2-Masken ist der kontinuierlich gewährleistete Dichtsitz (insbesondere bei aerosolgenerierenden Tätigkeiten mit FIT-Test gemäß Arbeitsschutz).

Zu Absatz 1

Nach Satz 1 gelten für die Zeit vom 1. Oktober 2022 bis zum 7. April 2023 zur Verhinderung der Verbreitung der Coronavirus-Krankheit-2019 (COVID-19) und zur Gewährleistung der Funktionsfähigkeit des Gesundheitssystems oder der sonstigen kritischen Infrastrukturen verschiedene Schutzmaßnahmen bundesweit. Nach Satz 1 Nummer 1 gilt eine bundesweite Pflicht zum Tragen einer Atemschutzmaske (FFP2 oder vergleichbar) für Fahrgäste in Verkehrsmitteln des öffentlichen Personenfernverkehrs, die das 14. Lebensjahr vollendet haben. Atemschutzmasken sind den FFP2-Masken dann vergleichbar, wenn sie eine ähnliche oder bessere Filterleistung aufweisen (FFP3-Masken, KN95-Masken etc.).

Nach Satz 1 Nummer 2 gilt auch für das Kontroll- und Servicepersonal sowie das Fahr- und Steuerpersonal in Verkehrsmitteln des öffentlichen Personenfernverkehrs, soweit tätigkeitsbedingt physische Kontakte zu anderen Personen bestehen (z. B. Kontrollpersonal, Servicepersonal im Bordbistro etc.), sowie für Fahrgäste, die das sechste, aber noch nicht das 14. Lebensjahr vollendet haben, die Pflicht zum Tragen einer medizinischen Gesichtsmaske (Mund-Nasen-Schutz) oder einer Atemschutzmaske (FFP2 oder vergleichbar). Die Differenzierung im Vergleich zur Nummer 1 trägt den Erfordernissen des Arbeitsschutzes, u. a. mit Blick auf Zumutbarkeit der Tragedauer, Rechnung. Die Differenzierung nach dem Alter nimmt Rücksicht auf die besondere Belastung des mehrstündigen Tragens einer Atemschutzmaske (FFP2 oder vergleichbar) für Kinder. Nach Satz 1 Nummer 3 dürfen Krankenhäuser und Rehabilitationseinrichtungen, in denen eine den Krankenhäusern vergleichbare medizinische Versorgung erfolgt, oder voll- oder teilstationäre Einrichtungen zur Betreuung und Unterbringung älterer, behinderter oder pflegebedürftiger Menschen oder vergleichbare Einrichtungen nur von Personen betreten werden, die eine Atemschutzmaske tragen und einen Testnachweis nach § 22a Absatz 3 vorlegen. Von Beschäftigten in diesen Einrichtungen und Unternehmen muss der Testnachweis nach § 22a Absatz 3 mindestens dreimal pro Kalenderwoche vorgelegt werden.

Die Verpflichtung zum Tragen einer Atemschutzmaske gilt auch für in den Einrichtungen und Unternehmen behandelte, betreute, untergebrachte oder gepflegte Personen außer in den für ihren dauerhaften Aufenthalt bestimmten Räumen (siehe Begründung zu Satz 5). Diese Maßnahme dient dem Schutz der in diesen Einrichtungen behandelten, betreuten, untergebrachten oder gepflegten Personen, bei denen im Falle einer Infektion mit SARS-CoV-2 ein erhöhtes Risiko für einen schweren Krankheitsverlauf besteht.

Nach Satz 1 Nummer 4 dürfen in ambulanten Pflegediensten und Unternehmen, die vergleichbare Dienstleistungen wie voll- oder teilstationäre Einrichtungen zur Betreuung und Unterbringung älterer, behinderter oder pflegebedürftiger Menschen erbringen, in der Pflege nur Personen tätig sein, die eine Atemschutzmaske tragen und mindestens dreimal pro Kalenderwoche einen Testnachweis nach § 22a Absatz 3 vorlegen. Angebote zur Unterstützung im Alltag im Sinne von § 45a Absatz 1 Satz 2 des Elften Buches Sozialgesetzbuch zählen nicht zu diesen Dienstleistungen. Dazu gehören auch Personen, die in ambulanten Pflegediensten tätig sind, die ambulante Intensivpflege in Einrichtungen, Wohngruppen oder sonstigen gemeinschaftlichen Wohnformen erbringen (klarstellend in Buchstabe a genannt) sowie Leistungsberechtigte, die im Rahmen eines Persönlichen Budgets nach § 29 des Neunten Buches Sozialgesetzbuch Personen für die Erbringung entsprechender Dienstleistungen beschäftigen. Diese stellen ein entsprechendes Unternehmen dar.

Nach Satz 1 Nummer 5 dürfen Arztpraxen, Zahnarztpraxen, psychotherapeutische Praxen, Praxen sonstiger humanmedizinischer Heilberufe, Einrichtungen für ambulantes Operieren, Dialyseeinrichtungen, Tageskliniken, Behandlungs- oder Versorgungseinrichtungen, die mit einer der in den Buchstaben a bis e genannten Einrichtungen vergleichbar sind, Einrichtungen des öffentlichen Gesundheitsdienstes, in denen medizinische Untersuchungen, Präventionsmaßnahmen oder ambulante Behandlungen durchgeführt werden sowie des Rettungsdienstes, von Besuchern und Patienten nur betreten werden, die eine Atemschutzmaske tragen. Die Verpflichtung zum Tragen einer Atemschutzmaske gilt für in den Einrichtungen behandelte, betreute oder gepflegte Personen sowie Besucher und weitere Externe. Diese Maßnahme dient dem Schutz der in diesen Einrichtungen behandelten, betreuten, untergebrachten oder gepflegten Personen, bei denen im Falle einer Infektion mit SARS-CoV-2 ein erhöhtes Risiko für einen schweren Krankheitsverlauf besteht. Ausnahmen – etwa zu Behandlungszwecken – bleiben, wie an anderer Stelle für Absatz 1 geregelt, unberührt. Ebenso bleiben weitergehende Vorschriften des Bundes und der Länder zum Infektionsschutz unberührt. Dies betrifft insbesondere die Regelungen nach Absatz 2.

Nach Satz 2 kann die Bundesregierung mit Rechtsverordnung ohne Zustimmung des Bundesrates für Fluggäste und Service- und Steuerpersonal in Verkehrsmitteln des Luftverkehrs eine Atemschutzmaske (FFP2 oder vergleichbar) oder eine medizinische Gesichtsmaske (Mund-Nasen-Schutz) anordnen.

Ausgenommen von der Maskenpflicht (Atemschutzmaske und medizinische Gesichtsmaske) sind – wie bereits bislang nach § 28b Absatz 1 Satz 4 – nach Satz 3 Kleinkinder (unter 6 Jahre alt), Personen, die ärztlich bescheinigt auf Grund einer gesundheitlichen Beeinträchtigung, einer ärztlich bescheinigten chronischen Erkrankung oder einer Behinderung keine Maske tragen können, sowie Gehörlose und Schwerhörige, ihre Begleitpersonen sowie Personen, mit denen Gehörlose und Schwerhörige kommunizieren. Außerdem verstoßen Personen nicht gegen diese Pflicht, die für einen eng begrenzten Zeitraum der notwendigen Aufnahme von Speisen und Getränken ihre Maske abnehmen (vgl. OVG Lüneburg, Beschl. v. 2. Juni 2022 – 14 MN 259/22, Rn. 20).

Nach Satz 4 sind Beförderer sowie die in Satz 1 Nummer 3 bis 5 genannten Einrichtungen und Unternehmen verpflichtet, stichprobenhaft die Einhaltung der Maskenpflicht nach Satz 1 zu kontrollieren. Die in Satz 1 Nummer 3 und 4 genannten Einrichtungen und Unternehmen sind außerdem verpflichtet, stichprobenhaft die Einhaltung der Testnachweispflicht nach Satz 1 Nummer 3 und 4 zu kontrollieren. Die Rechtmäßigkeit der zur Erfüllung der Kontrollpflicht erforderlichen Datenverarbeitung richtet sich nach den Bestimmungen der DSGVO und des BDSG, insbesondere nach Artikel 9 Absatz 2 lit. i DSGVO, § 22 Absatz 1 Nummer 1 Buchstabe c, § 26 Absatz 3 BDSG. Eine Speicherung der Testnachweise ist nicht erforderlich. Die Nichtbeachtung der Maskenpflicht kann zum Leistungsausschluss oder Betretungsverbot führen (Satz 5).

Satz 6 regelt eine Ausnahme von der Maskenpflicht nach Satz 1 Nummer 3 bis 5, wenn die Erbringung oder Entgegennahme einer medizinischen oder vergleichbaren Behandlung dem Tragen einer Atemschutzmaske entgegensteht (z. B. HNO-ärztliche oder zahnärztliche Untersuchung bzw. Behandlung). Eine Ausnahme von der Maskenpflicht nach Satz 1 Nummer 3 bis 5 gilt auch für in den Einrichtungen und Unternehmen behandelte, betreute oder gepflegte Personen in den für ihren dauerhaften Aufenthalt bestimmten Räumlichkeiten; das betrifft u. a. Patientenzimmer. Dagegen gilt die Maskenpflicht grundsätzlich in allen gemeinschaftlich genutzten Räumlichkeiten, wo eine Vielzahl von Kontakten stattfindet (z. B. Bistro in einem Krankenhaus, Wartezonen, Aufzüge, gemeinschaftliche Aufenthaltsräume).

Nach Satz 7 sind ausgenommen von der Testnachweispflicht nach Satz 1 Nummer 3 und 4 Personen, die in oder von den dort genannten Einrichtungen und Unternehmen behandelt, betreut oder gepflegt werden. Zum Schutz dieser Personengruppe gelten die für die Einrichtung und das Unternehmen maßgebenden Hygieneanforderungen, die durch § 35 (neu) erhöht und konkretisiert werden, etwa durch die Benennung eines oder mehrere verantwortlicher Personen für die Einhaltung von Hygieneanforderungen, von Maßgaben zum Impfen und Testen sowie zur Versorgung mit antiviralen COVID-19-Arzneimitteln. Satz 8 sieht vor, dass bei Personen, die in einer oder einem in Satz 1 Nummer 4 genannten Einrichtung oder Unternehmen tätig sind und die ihre Tätigkeit von ihrer Wohnung aus antreten, die dem Testnachweis zugrundeliegende Testung abweichend von § 22a Absatz 3 auch durch Antigen-Tests zur Eigenanwendung ohne Überwachung erfolgen kann. Die Vorschrift stellt eine Abweichung von § 22a Absatz 3 dar, der voraussetzt, dass die dem Testnachweis zugrunde liegende Testung entweder vor Ort unter Aufsicht desjenigen stattgefunden hat, der der jeweiligen Schutzmaßnahme unterworfen ist, im Rahmen einer betrieblichen Testung im Sinne des Arbeitsschutzes durch Personal erfolgt ist, das die dafür erforderliche Ausbildung oder Kenntnis und Erfahrung besitzt, oder von einem Leistungserbringer nach § 6 Absatz 1 der Coronavirus-Testverordnung vorgenommen oder vor Ort überwacht worden ist. Die Vorschrift trägt den praktischen Bedürfnissen der in der ambulanten Pflege Tätigen Rechnung, indem sie für diesen Personenkreis auch eine Testung auf eine Infektion mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 durch dafür zugelassene Antigen-Tests zur Eigenanwendung ohne Aufsicht eines Dritten genügen lässt. Voraussetzung dafür, dass die Testung durch Antigen-Tests zur Eigenanwendung ohne Überwachung stattfinden kann, ist, dass die Person ihre Tätigkeit unmittelbar von ihrer Wohnung aus antritt. Das betrifft z. B. die für ambulante Pflegedienste typischen Fälle, in denen der Dienst unmittelbar von der Wohnung des Beschäftigten aus angetreten wird und Besuche bei Patienten unmittelbar von der eigenen Wohnung aus beginnen. In diesen Fällen wäre es nicht sachgerecht, wenn – allein um eine Testung unter Aufsicht durchzuführen – zuvor noch ein Büro oder eine Niederlassung des ambulanten Pflegedienstes aufgesucht werden müsste. Daran, dass die Person in den in Satz 1 Nummer 4 genannten Einrichtungen und Unternehmen nur tätig werden darf, wenn die Testung erfolgt ist, ändert die Vorschrift nichts. Sie erleichtert es den in der ambulanten Pflege Tätigen lediglich, ihrer Pflicht zum Nachweis einer Testung auf eine Infektion mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 nachzukommen.

Die Landesregierungen werden nach Satz 8 ermächtigt, durch Rechtsverordnung weitere Personen-gruppen von der Testnachweispflicht nach Satz 1 Nummer 3 und 4 auszunehmen (z. B. Postboten, und Lieferanten, die keinen unmittelbaren Kontakt zu Personen haben, die in einer Einrichtung gepflegt oder behandelt werden, Begleitpersonen). Die Landesregierungen können die Ermächtigung durch Rechtsverordnung auf andere Stellen übertragen. Es entspricht dabei der Staatspraxis der Länder, dass insbesondere ein Mitglied der Landesregierung zum Erlass der Verordnung ermächtigt wird.

Zu Absatz 2

Für die Zeit vom 1. Oktober 2022 bis zum 7. April 2023 können darüber hinaus bestimmte weitere Schutzmaßnahmen von den Ländern (per Verwaltungsakt oder nach § 32 durch Rechtsverordnung) nach Absatz 2 vorgese-

hen werden, soweit dies zur Verhinderung der Verbreitung von COVID-19 und zur Gewährleistung der Funktionsfähigkeit des Gesundheitssystems oder der sonstigen kritischen Infrastrukturen erforderlich ist. Diese Ermächtigung trägt der Erfahrung Rechnung, dass die Länder nötige weitere Schutzmaßnahmen praxisnäher ausgestalten können.

Nach Satz 1 Nummer 1 kann eine Pflicht zum Tragen einer medizinischen Gesichtsmaske (Mund-Nasen-Schutz) oder einer Atemschutzmaske (FFP2 oder vergleichbar) in öffentlich zugänglichen Innenräumen, in denen sich mehrere Personen aufhalten, sowie in Verkehrsmitteln des öffentlichen Personennahverkehrs für Fahrgäste angeordnet werden. Es liegt in der Verantwortung der Länder zu entscheiden, ob und in welchem Umfang sie diese Ermächtigung nutzen. So können die Länder eine Maskenpflicht auch nur für bestimmte öffentlich zugängliche Innenräume (z. B. bestimmter Branchen) oder Konstellationen anordnen oder auch weitere praxisnahe Ausnahmen vorsehen (z. B. in gastronomischen Einrichtungen zum Essen und Trinken). Öffentlich zugängliche Innenräume sind Bereiche innerhalb eines Gebäudes, die nach dem erkennbaren Willen des Inhabers von jedermann benutzt oder betreten werden können. Die Zugänglichkeit muss sich nach allgemeinen Merkmalen bestimmen, die grundsätzlich jeder erfüllen kann. Die Entrichtung eines Eintrittspreises oder die Zugangsbeschränkung für Mitglieder stehen der Annahme eines öffentlich zugänglichen Innenraums nicht entgegen. Erfasst werden z. B. Verkaufseinrichtungen, Dienstleistungsbetriebe, Kultureinrichtungen, gastronomische Einrichtungen, Hotel- und Beherbergungsbetriebe, Freizeiteinrichtungen. Zu den öffentlich zugänglichen Innenräumen gehören insbesondere Arztpraxen, Einrichtungen für ambulantes Operieren, Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen, in denen eine den Krankenhäusern vergleichbare medizinische Versorgung erfolgt, Dialyseeinrichtungen, Rettungsdienste und Tageskliniken.

Nach Satz 1 Nummer 2 kann für das Kontroll- und Servicepersonal und das Fahr- und Steuerpersonal in Verkehrsmitteln des öffentlichen Personennahverkehrs, soweit tätigkeitsbedingt physische Kontakte zu anderen Personen bestehen, eine Verpflichtung zum Tragen einer medizinischen Gesichtsmaske vorgesehen werden. Durch das Tragen einer FFP2- oder vergleichbaren Maske würde einer solchen Pflicht ebenfalls entsprochen werden.

Schließlich kann nach Satz 1 Nummer 3 eine Verpflichtung zur Testung auf das Coronavirus SARS-CoV-2 vorgesehen werden. Die gilt in Bezug auf Einrichtungen zur gemeinschaftlichen Unterbringung von Asylbewerbern, vollziehbar Ausreisepflichtigen, Flüchtlingen und Spätaussiedlern, Obdachlosenunterkünfte, sonstige Massenunterkünfte, Schulen, Kindertageseinrichtungen, Justizvollzugsanstalten, Abschiebungshafteinrichtungen, Maßregelvollzugseinrichtungen sowie anderen Abteilungen oder Einrichtungen, wenn und soweit dort dauerhaft freiheitsentziehende Unterbringungen erfolgen, insbesondere psychiatrische Krankenhäuser, Heime der Jugendhilfe und für Senioren.

Die in Absatz 1 Satz 3 geregelten Ausnahmen von der Maskenpflicht gelten nach Satz 2 entsprechend.

Soweit von der Ermächtigung nach Satz 1 Nummer 1 Gebrauch gemacht wird, ist bei Freizeit-, Kultur- oder Sportveranstaltungen, in Freizeit- und Kultureinrichtungen sowie in gastronomischen Einrichtungen und bei der Sportausübung nach Satz 3 zwingend vorzusehen, dass bestimmte Personen von der Maskenpflicht (Atemschutzmaske und medizinische Gesichtsmaske) ausgenommen sind. Dies gilt für Personen, die über einen Testnachweis nach § 22a Absatz 3 verfügen. Ihnen können Personen, die über einen Genesenennachweis nach § 22a Absatz 2 verfügen, und Personen, die über einen Impfnachweis nach § 22a Absatz 1 verfügen, sofern die letzte Einzelimpfung höchstens drei Monate zurückliegt, gleichgestellt werden. Bei einer Impfung oder Genesung, die maximal drei Monate zurückliegt, kann davon ausgegangen werden, dass die Schutzwirkung vor Ansteckung und Übertragung hoch ist und damit die Wahrscheinlichkeit, sich zu infizieren, deutlich reduziert ist.

Die Ausnahmen von der Maskenpflicht lassen sich bei Freizeit-, Kultur- oder Sportveranstaltungen, in Freizeit- und Kultureinrichtungen sowie in gastronomischen Einrichtungen und bei der Sportausübung durch Nachweiskontrollen gut kontrollieren (z. B. beim Betreten eines Kinos, Theaters oder Konzerts). Die Ausnahme konzentriert sich zudem auf Lebensbereiche, in denen eine Maske nicht dauerhaft getragen werden kann (z. B. Bars, Restaurants) oder die Maske nicht wirksam getragen werden kann, z. B., weil sie nach kurzer Zeit durchschwitzt (z. B. Tanzveranstaltungen, Sportausübung). Für Personen, die über keinen der in den Sätzen 3 und 4 genannten Nachweise verfügen, verbleibt es bei der Pflicht, eine Maske zu tragen; allerdings können die Länder weitere Ausnahmen vorsehen.

Die Anordnung einer Maskenpflicht dient der deutlichen Reduktion des Infektionsrisikos. Der Verzicht auf eine solche Maskenpflicht erscheint dann gerechtfertigt, wenn andere Faktoren das Infektionsrisiko verringern. Die

Kontrolle ist beispielsweise durch entsprechende digitale Hilfsmittel ohne großen Aufwand umsetzbar, etwa durch visuelle Lösungen in der Corona-Warn-App und der CovPass-App, die entsprechend technisch überarbeitet werden. Alternativ bleibt die analoge Kontrolle des Datums eines entsprechenden Impf-, Test- oder Genesenennachweises. Die Verfahren zur Kontrolle sind durch zwischenzeitlich geltende Zugangsbeschränkungen der vergangenen zwei Jahre bekannt und weitgehend erprobt.

Durch einen Testnachweis nach § 22a Absatz 3 kann das Infektionsrisiko deutlich reduziert werden. Insbesondere die in der Coronavirus-Testverordnung genannten Antigen-Schnelltests sind zur Erkennung von Infektionen und demnach zur Unterbrechung von Infektionsketten geeignet. Von Personen mit einem aktuellen negativen Testergebnis geht ein deutlich vermindertes Risiko aus, das Virus weiterzutragen.

Die aktuelle wissenschaftliche Evidenz zeigt, dass auch nach einer Auffrischimpfung der Impfschutz gegen eine (symptomatische) SARS-CoV-2-Infektion mit der Zeit nachlässt. Bei einer „frischen Impfung“, die maximal drei Monate zurückliegt, kann davon ausgegangen werden, dass die Schutzwirkung anfangs erneut hoch ist und damit die Wahrscheinlichkeit sich zu infizieren deutlich reduziert ist. Zugleich reduziert sich die Wahrscheinlichkeit, dass entsprechend „frisch geimpfte“ Personen das Virus weitertragen (Übertragungsschutz). Unter anderem diese Studien legen dies nahe: Die Häufigkeit bestätigter SARS-CoV-2-Infektionen bei Personen ab 60 Jahren war nach einer vierten Dosis des BNT162b2-Impfstoffs geringer als nach nur drei Dosen (Bar-On, Y. M. et al. Protection by a fourth dose of BNT162b2 against Omicron in Israel. *N. Engl. J. Med.* 386, 1712–1720 (2022)). Ergebnisse einer weiteren Studie deuten stark darauf hin, dass eine vierte BNT162b2-Dosis im Vergleich zu einer dritten Dosis, die mindestens vier Monate zuvor verabreicht wurde, einen frühzeitigen Schutz vor einer PCR-bestätigten SARS-CoV-2-Infektion, symptomatischen COVID-19, COVID-19-bedingten Krankenhausaufenthalten, schweren COVID-19-Infektionen und COVID-19-bedingten Todesfällen bei Personen ab 60 Jahren bietet (Magen, O. et al. Fourth dose of BNT162b2 mRNA Covid-19 vaccine in a nation-wide setting. *N. Engl. J. Med.* 386, 1603–1614 (2022)). Eine israelische Kohortenstudie mit im Gesundheitswesen Tätigen bestätigt diese Aussagen: Die vierte Impfung konnte das Risiko einer Durchbruchinfektion von unter 60-Jährigen um fast zwei Drittel senken (Matan J. Cohen, MD, PhD; Yonatan Oster, MD; Allon E. Moses, MD; Avishay Spitzer, MD; Shmuel Benenson, MD; and the Israeli-Hospitals 4th Vaccine Working Group 2022). Haushaltsstudien aus Norwegen und Dänemark zeigen ferner, dass eine Impfung auch unter vorherrschender Zirkulation der Omikron-Variante des Coronavirus SARS-CoV-2 die Übertragbarkeit nach Grundimmunisierung und nach Auffrischimpfung weiter reduziert.

Mehrere pharmazeutische Unternehmen entwickeln zudem seit Ende November 2021 angepasste Versionen ihres mRNA-Impfstoffs. Neben einem monovalenten Omikron-BA.1-Impfstoff wird ebenfalls auch ein bivalenter Impfstoff entwickelt, der mRNA sowohl für das Spikeprotein des Wuhan-Stamms als auch das der Omikron-BA.1-Variante enthält sowie ein weiterer entsprechender bivalenter Impfstoff, der eine Omikron BA.4/5-Komponente enthält. Unternehmensangaben zufolge sind diese Impfstoffe imstande, eine stärkere Immunantwort gegen Omikron hervorzurufen als der ursprüngliche Impfstoff gegen den Wuhan-Stamm. Sie induzieren eine Abwehr gegen die Omikron-Varianten BA.1, BA.4 und BA.5. Für einen bivalenten Impfstoff mit Omikron BA.1-Komponente läuft seit 22. Juli 2022 bei der europäischen Arzneimittel-Zulassungsbehörde EMA ein Zulassungsverfahren (nach vorangegangenem Rolling Review). Für einen bivalenten, an BA.4/5 angepassten Impfstoff liegen positive tierexperimentelle Ergebnisse vor und am 9. August 2022 wurde bei der EMA ein Rolling Review initiiert. Die britische Arzneimittelbehörde MHRA hat zudem am 15. August 2022 eine Zulassung für einen der angepassten Impfstoffe bereits erteilt. Laut britischem Gesundheitsministerium bietet das Vakzin eine gute Immunreaktion gegen die Omikron-Subvariante BA.1. Zudem habe eine Studie gezeigt, dass der Impfstoff auch gegen die Omikron-Subvarianten BA.4 und BA.5 Wirkung zeige.

Auch eine erst vor kurzem durchgemachte Infektion führt zu einem Anstieg der Immunantwort.

Die Regelung ändert nichts an der grundsätzlichen Gültigkeitsdauer von 12 Monaten für das digitale Impfbzertifikat. Diese Gültigkeitsdauer orientiert sich an der Dauer des Schutzes vor schwerer Erkrankung und trifft keine Aussage über den Übertragungsschutz. Die Ausnahme impliziert daher auch nicht mittelbar, dass alle drei Monate eine weitere Impfung als notwendig erachtet oder empfohlen wird. Soweit eine frisch geimpfte Person über Übertragungsschutz verfügt, ist es nicht erforderlich, von ihr einen Test zu verlangen.

Sollte sich durch neuere Forschungen oder Fortschritte bei der Impfstoffentwicklung eine längere Phase des Übertragungsschutzes nachweisen lassen, kann die Bundesregierung die Zeit verlängern, die seit der letzten Impfung vergangen sein darf (Absatz 8 Nummer 2).

Satz 5 stellt klar, dass die allgemeinen privatrechtlichen Möglichkeiten der Betreiber oder Veranstalter, Zugangsvoraussetzungen zu ihren Räumlichkeiten und Veranstaltungen festzulegen, unberührt bleiben. Hierunter kann die Entscheidung fallen, den Zugang allein an die Vorlage eines negativen Testnachweises zu knüpfen, auch wenn eine Person eine Maske trägt, oder den Zugang allein auf Geimpfte, deren letzte Einzelimpfung nicht mehr als drei Monate zurückliegt, Genesene und Getestete zu begrenzen. Ebenso wäre es etwa möglich, eine Maskenpflicht auch für getestete, genesene und geimpfte Personen beizubehalten. Es handelt sich hierbei um eine unternehmerische Entscheidung. Das Hausrecht ist auch dann zu berücksichtigen, wenn es ausnahmsweise stärkeren Bindungen durch das allgemeine Gleichbehandlungsgebot unterliegt (vgl. BVerfGE 148, 267). Maßgeblich ist dann, dass der Ausschluss von Personen nicht willkürlich erfolgt. Dies ist bei den hier in Rede stehenden Zugangsvoraussetzungen jedoch nicht anzunehmen, da sie im Grundsatz von jedermann zu erfüllen sind.

Zu Absatz 3

Für die Zeit vom 1. Oktober 2022 bis zum 7. April 2023 kann darüber hinaus, soweit dies zur Verhinderung der Verbreitung von COVID-19 und zur Aufrechterhaltung eines geregelten Präsenz-Unterrichtsbetriebs erforderlich ist, von den Ländern einerseits für Kinder und Schüler ab dem fünften Schuljahr in Schulen, Kinderhorten und sonstigen Ausbildungseinrichtungen sowie in Heimen und Ferienlagern und andererseits für das dort tätige Personal sowie für das in Kindertageseinrichtungen und in nach § 43 Absatz 1 des Achten Buches Sozialgesetzbuch erlaubnispflichtigen Kindertagespflegen tätige Personal die Pflicht zum Tragen einer medizinischen Gesichtsmaske angeordnet werden. Volkshochschulen gehören nicht zu den sonstigen Ausbildungseinrichtungen im Sinne der Vorschrift, weil sie von Erwachsenen genutzt werden, sodass bei ihnen die Besonderheiten, denen mit der Regelung Rechnung getragen werden soll, nicht vorliegen.

Die Erforderlichkeit der Pflicht zum Tragen einer medizinischen Gesichtsmaske zur Aufrechterhaltung eines geregelten Präsenz-Unterrichtsbetriebs stellt ein eigenständiges Tatbestandsmerkmal der Ermächtigungsgrundlage dar. Diese Ermächtigung gilt daher nicht grundsätzlich in der Zeit vom 1. Oktober 2022 bis zum 7. April 2023, sondern setzt eine Gefährdung des geregelten Präsenzunterrichtsbetriebes voraus. Eine solche ist u. a. dann anzunehmen, wenn durch eine Vielzahl von Infektionen und dadurch bedingten Krankheits- und Isolationszeiten der Übergang zu hybriden oder digitalen Unterrichtsmodellen droht oder wenn durch einen hohen Krankenstand des Lehrpersonals ein geregelter Unterricht absehbar nicht mehr gewährleistet werden kann.

Durch das Tragen einer FFP2- oder vergleichbaren Maske würde einer solchen Pflicht ebenfalls entsprochen werden. Für Kinder und Schüler in Einrichtungen zu Betreuung von Kindern bis zur Vollendung des 4. Schuljahres kann daher eine Maskenpflicht auch nicht über Absatz 2 angeordnet werden. Die Wirksamkeit der Verwendung von Masken als Schutzmaßnahme in Schulen hängt wesentlich davon ab, wie die Maske getragen wird (dauerhaft und mit gutem Sitz). Ein verantwortungsvoller Umgang mit der Maske ist bei älteren Kindern eher wahrscheinlich als im Grundschulalter. Anders als im Fern- und Nahverkehr ist für den Unterrichtsbetrieb eine medizinische Maske vorgesehen, da dies den Anforderungen an einen mehrstündigen täglichen Unterricht mit hoher Konzentration Rechnung trägt. Für sonstige Personengruppen, die das Schulgebäude betreten, gilt eine Maskenpflicht nach Maßgabe von Absatz 2 Satz 1 Nummer 1 (z. B. Elternabend). Bei der Entscheidung über derartige Schutzmaßnahmen sind nach Satz 2 insbesondere das Recht auf schulische Bildung, auf soziale Teilhabe und die sonstigen besonderen Belange von Kindern und Jugendlichen zu berücksichtigen. Die in Absatz 1 Satz 3 geregelten Ausnahmen von der Maskenpflicht gelten nach Satz 3 entsprechend.

Zu Absatz 4

Für die Zeit vom 1. Oktober 2022 bis zum 7. April 2023 können unter Berücksichtigung der in Absatz 6 genannten Ziele in einem Land oder in einer oder mehreren konkret zu benennenden Gebietskörperschaften über die Maßnahmen nach den Absätzen 2 und 3 hinaus weitere Schutzmaßnahmen angeordnet werden, sofern in dem betroffenen Land oder in der oder in den konkret zu benennenden Gebietskörperschaften eine konkrete Gefahr für die Funktionsfähigkeit des Gesundheitssystems oder der sonstigen kritischen Infrastrukturen besteht und das Parlament des betroffenen Landes dies für das Land oder eine oder mehrere konkrete Gebietskörperschaften festgestellt hat. Absatz 7 definiert das Vorliegen einer entsprechenden konkreten Gefahr.

Nach Satz 1 Nummer 1 kann die Verpflichtung zum Tragen einer medizinischen Gesichtsmaske (Mund-Nasen-Schutz) oder einer Atemschutzmaske (FFP2 oder vergleichbar) bei Veranstaltungen im Außenbereich (z. B. Sportevents im Stadion, Kulturveranstaltungen im Freien, Volksfeste etc.), soweit ein Abstand von 1,5 Metern regelmäßig nicht eingehalten werden kann, festgelegt werden. Der Hauptübertragungsweg für das Coronavirus

SARS-CoV-2 ist die respiratorische Aufnahme virushaltiger Partikel, die beim Atmen, Husten, Sprechen, Singen und Niesen entstehen (Wang CC, et al. Airborne transmission of respiratory viruses, 2021). Auch wenn die Wahrscheinlichkeit der Übertragung im Außenbereich geringer ist, ist sie nicht ausgeschlossen. Besonders bei Großveranstaltungen ist oftmals kein Mindestabstand möglich. Grundsätzlich ist die Wahrscheinlichkeit einer Exposition gegenüber infektiösen Partikeln jeglicher Größe im Umkreis von ein bis zwei Metern um eine infektiöse Person herum erhöht (Liu L et al. Short-range airborne transmission of expiratory droplets between two people, 2017 und Xu et al. Relationship Between COVID-19 Infection and Risk Perception, Knowledge, Attitude, and Four Nonpharmaceutical Interventions During the Late Period of the COVID-19 Epidemic in China: Online Cross-Sectional Survey of 8158 Adults, 2020). Neben einer steigenden Lautstärke können auch individuelle Unterschiede zu einer verstärkten Freisetzung beitragen (Asadi S et al. Aerosol emission and superemission during human speech increase with voice loudness, 2019; Hartmann A et al. Emission rate and particle size of bioaerosols during breathing, speaking and coughing, 2020 und Edwards DA et al. Exhaled aerosol increases with COVID-19 infection, age, and obesity, 2021). Je mehr Personen zusammenkommen, desto größer ist das Risiko, dass sogenannte „Superspreader“ dabei sein könnten. Diese Gefahr ist bei Omikron sehr viel größer als bei vorherigen Varianten (Michael Riediker et al. Higher viral load and infectivity increase risk of aerosol transmission for Delta and Omicron variants of SARS-CoV-2, 2022). Lio et al. (Effectiveness of personal protective health behaviour against COVID-19, 2021) zeigten, dass in Macao das Maskentragen im Freien das COVID-19-Risiko um 69,3 Prozent reduzierte. Nach Satz 1 Nummer 2 kann die Verpflichtung zum Tragen einer medizinischen Gesichtsmaske (Mund-Nasen-Schutz) oder einer Atemschutzmaske (FFP2 oder vergleichbar) für Veranstaltungen in öffentlich zugänglichen Innenräumen ohne die in Absatz 2 Satz 3 genannte Ausnahme angeordnet werden.

Nach Satz 1 Nummer 3 kann für Betriebe, Einrichtungen, Gewerbe, Groß- und Einzelhandel und Angebote und Veranstaltungen aus dem Freizeit-, Kultur- und Sportbereich für öffentlich zugängliche Innenräume, in denen sich mehrere Personen aufhalten, die Verpflichtung vorgesehen werden, Hygienekonzepte zu erstellen, die die Bereitstellung von Desinfektionsmitteln, Maßnahmen zur Vermeidung unnötiger Kontakte, etwa durch Wege- und Leitkonzepte und Lüftungskonzepte vorsehen können.

Nach Satz 1 Nummer 4 kann ein Abstandsgebot mit einem Abstand von 1,5 Metern (Mindestabstand) im öffentlichen Raum angeordnet werden, insbesondere in öffentlich zugänglichen Innenräumen.

Schließlich können nach Satz 1 Nummer 5 Personenobergrenzen für Veranstaltungen in öffentlich zugänglichen Innenräumen festgelegt werden.

Die in Absatz 1 Satz 3 geregelten Ausnahmen von der Maskenpflicht gelten entsprechend (Satz 2).

Die Feststellung des Parlaments nach Satz 1 gilt nach Satz 3 als aufgehoben, sofern das Parlament in dem betroffenen Land nicht spätestens drei Monate nach der Feststellung nach Satz 1 die Feststellung erneut trifft; dies gilt entsprechend, sofern das Parlament in dem betroffenen Land nicht spätestens drei Monate nach der erneuten Feststellung erneut die Feststellung trifft.

Zu Absatz 5

Absatz 5 Satz 1 ordnet eine Begründungspflicht für Rechtsverordnungen an, die nach § 32 in Verbindung mit § 28 Absatz 1 und den Absätzen 2 bis 4 erlassen werden.

Schutzmaßnahmen nach den Absätzen 2 bis 4 in Verbindung mit § 28 Absatz 1 und nach den §§ 29 bis 31 können jeweils auch kumulativ angeordnet werden.

Individuelle Schutzmaßnahmen gegenüber Kranken, Krankheitsverdächtigen, Ansteckungsverdächtigen oder Ausscheidern nach § 28 Absatz 1 Satz 1 sowie die Schließung von Einrichtungen und Betrieben im Einzelfall nach § 28 Absatz 1 Satz 1 und 2 bleiben außerdem weiterhin nach Satz 3 möglich. Bei Entscheidungen über Schutzmaßnahmen sind nach Satz 4 soziale, gesellschaftliche und wirtschaftliche Auswirkungen auf den Einzelnen und die Allgemeinheit einzubeziehen und zu berücksichtigen, soweit dies mit der Erreichung der in Absatz 6 genannten Ziele vereinbar ist. Insbesondere sind die besonderen Belange von Kindern und Jugendlichen zu berücksichtigen (Satz 5).

## Zu Absatz 6

Entscheidungen über die Schutzmaßnahmen nach den Absätzen 2 bis 4 sind insbesondere am Schutz von Leben und Gesundheit durch Verhinderung einer Vielzahl schwerer oder tödlicher Krankheitsverläufe, am Schutz vulnerabler Personengruppen und der Funktionsfähigkeit des Gesundheitssystems und der sonstigen Kritischen Infrastrukturen auszurichten. Die Zielbestimmung bringt den vom ExpertInnenrat und vom Sachverständigenausschuss nach § 5 Absatz 9 empfohlenen Strategiewechsel zum Ausdruck. Anders als zu Beginn der Pandemie geht es nicht mehr um die reine Eindämmung der Fallzahlen (Containment), sondern um die Abmilderung schwerer Krankheitsverläufe und die Vermeidung von Todesfällen (Mitigierung), den Schutz vulnerabler Gruppen (Protektion) und die Funktionsfähigkeit des Gesundheitssystems und anderer Kritischer Infrastrukturen. Hintergrund des Strategiewechsels ist der Umstand, dass – anders als zu Beginn der Pandemie – zwischenzeitlich hochwirksame Impfstoffe und antivirale Medikamente zur Verfügung stehen. Daran sind auch der Rechtsrahmen und insbesondere die Zielbestimmung von Schutzmaßnahmen auszurichten, um dem Grundsatz der Verhältnismäßigkeit zu genügen.

## Zu Absatz 7

Absatz 7 Satz 1 definiert den Begriff der konkreten Gefahr für die Funktionsfähigkeit des Gesundheitssystems oder der sonstigen kritischen Infrastrukturen nach Absatz 4 Satz 1. Eine solche Gefahr liegt vor, wenn aufgrund eines besonders starken Anstiegs von Indikatoren nach Satz 2 erster Halbsatz oder deren Stagnation auf einem sehr hohen Niveau oder bei einem versorgungsrelevanten Rückgang der stationären Kapazitäten davon auszugehen ist, dass es im Gesundheitssystem oder den sonstigen kritischen Infrastrukturen zu einem schwerwiegenden Sach- oder Personalmangel oder einer Überlastung der Kapazitäten (in bestimmten Gebietskörperschaften oder in einem Land) kommt. Dabei kommt es auf eine Gesamteinschätzung der Indikatoren an.

Als maßgebliche Indikatoren benennt Satz 2 erster Halbsatz das Abwassermonitoring (§ 13 Absatz 2) und die Anzahl der Neuinfektionen mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 je 100 000 Einwohner innerhalb von sieben Tagen (Meldewesen nach § 7), die jeweils ein Maßstab und ein Frühwarnsystem für die Krankheitsdynamik sind. Das Abwassermonitoring wird mit diesem Gesetz verstetigt und soll ausgeweitet sowie weiterentwickelt werden. Ungeachtet der noch ausbaufähigen Struktur hierfür, eignet es sich bereits jetzt für eine Trendanalyse im Sinne eines qualitativen, nicht quantitativen Aussagewertes – vor allem in Kombination mit der Inzidenz der Neuinfektionen. Mit den Instrumenten der syndromischen Surveillance des Robert Koch-Instituts stehen Instrumente zur zeitnahen Information und Bewertung der Situation, der Dynamik und der Krankheitslast und -schwere akuter Atemwegserkrankungen zur Verfügung. Diese Surveillance-systeme sind nicht nur in der aktuellen Situation der Pandemie, sondern auch für die Überwachung der zu erwartenden saisonale Co-Zirkulation von SARS-CoV-2 und anderen respiratorischer Viren hilfreich. Mit krankenhausbasierten Sentinel ICOSARI wird z. B. abgebildet, wie sich die Zahl schwerer Atemwegsinfektionen, die im Krankenhaus behandelt werden, entwickeln.

Zu diesen Surveillance-Systemen kommt ergänzend die Anzahl der in Bezug auf die Coronavirus-Krankheit-2019 (COVID-19) in ein Krankenhaus aufgenommenen Personen je 100 000 Einwohner innerhalb von sieben Tagen (Hospitalisierungsmeldungen nach den §§ 6, 9 Absatz 1 Nummer 1 Buchstabe o). In der Summe kann damit eine Aussage über die Krankheitsschwere getroffen werden. Anhand der Krankenhauskapazitätssurveillance (§ 13 Absatz 7 neu) und der Daten aus dem DIVI-IntensivRegister kann die Krankheitslast beurteilt werden. Die konkrete Gefahr ist auf Basis einer Lagebeurteilung mit Berücksichtigung der genannten Indikatoren zu treffen.

Absehbare Änderungen des Infektionsgeschehens durch ansteckendere, das Gesundheitssystem stärker belastende Virusvarianten sind nach Satz 3 zu berücksichtigen.

Nach Satz 4 können die Landesregierungen durch Rechtsverordnung vorsehen, dass – soweit die Voraussetzungen der Absätze 2 bis 4 jeweils vorliegen – für Schutzmaßnahmen nach den Absätzen 2 bis 4 Schwellenwerte für die Indikatoren nach Satz 2 greifen; entsprechend können die Länder Schutzmaßnahmen regional differenzieren. Die Landesregierungen können die Ermächtigung durch Rechtsverordnung auf andere Stellen übertragen. Es entspricht dabei der Staatspraxis der Länder, dass insbesondere ein Mitglied der Landesregierung zum Erlass der Verordnung ermächtigt wird.

**Zu Absatz 8**

Die Bundesregierung wird ermächtigt, durch Rechtsverordnung ohne Zustimmung des Bundesrates die Verpflichtungen nach Absatz 1 ganz oder teilweise auszusetzen (oder als Minusmaßnahme: abzuschwächen) und abweichend von Absatz 2 Satz 4 die Zeit, die die letzte Einzelimpfung höchstens zurückliegen darf, zu regeln. Dies ermöglicht eine Anpassung, falls Erkenntnisse über die Dauer der Immunität nach einer Impfung (insbesondere mit angepassten Impfstoffen) vorliegen. Diese Ermächtigung ändert nichts an der grundsätzlichen Gültigkeitsdauer von 12 Monaten für das digitale Impfzertifikat. Diese Gültigkeitsdauer orientiert sich an der Dauer des Schutzes vor schwerer Erkrankung und trifft keine Aussage über den Übertragungsschutz.

**Zu Nummer 4 (§ 32 IfSG)**

Es handelt sich um eine Folgeänderung.

**Zu Nummer 5 (§ 73 IfSG)**

Für die Pflichten aus § 28b Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 bis 5 sowie Satz 2 wird jeweils eine Bußgeldbewehrung vorgesehen.

**Zu Nummer 6 (§ 77 IfSG)****Zu Buchstabe a**

Es wird bestimmt, dass § 28b Absatz 1 und § 73 Absatz 1a Nummer 11b in ihrer bis zum 23. September 2022 geltenden Fassung bis zum 30. September 2022 weiter anzuwenden sind.

**Zu Buchstabe b**

§ 77 Absatz 7 wird zur Rechtsbereinigung aufgehoben, weil die Vorschrift mittlerweile keinen Anwendungsbereich mehr hat.

**Zu Artikel 1b – Weitere Änderung des Infektionsschutzgesetzes****Zu Nummer 1 (Inhaltsübersicht)**

Es handelt sich um eine Folgeänderung in der Inhaltsübersicht zu Nummer 2 Buchstabe a.

**Zu Nummer 2 (§ 28a)****Zu Buchstabe a**

Die Überschrift wird sprachlich an die Überschrift des in Artikel 1a neu gefassten § 28b angepasst.

**Zu Buchstabe b**

Aufgrund der neuen Regelungen in § 28b wird § 28a Absatz 7 bis 10 zum 1. Oktober 2022 zur Rechtsbereinigung aufgehoben.

**Zu Nummer 3 (§ 77)**

Der durch Artikel 1a Nummer 3 Buchstabe a eingefügte § 77 Absatz 6 wird zum 1. Oktober 2022 zur Rechtsbereinigung wieder aufgehoben.

**Zu Artikel 2 – Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch****Zu Nummer 1 (§ 20i SGB V)****Zu Buchstabe b****Zu Doppelbuchstabe aa**

Die Verordnungsermächtigung nach § 20i Absatz 3 Satz 2 wird von der Feststellung einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite entkoppelt und bis zum 7. April 2023 verlängert. Eine Nachfolgeregelung soll zeitnah erarbeitet werden.

**Zu Doppelbuchstabe cc**

Die Änderung beinhaltet die Regelung des Einvernehmens zwischen dem Bundesministerium für Gesundheit und dem Bundesministerium der Finanzen für Rechtsverordnungen nach § 20i Absatz 3 Satz 16.

**Zu Nummer 1a – neu – (§ 45 SGB V)**

Die für das Jahr 2022 mit dem Gesetz zur Änderung des Infektionsschutzgesetzes und weiterer Gesetze anlässlich der Aufhebung der Feststellung der epidemischen Lage von nationaler Tragweite vom 22. November 2021 (BGBl. I 2021 Nr. 79, S. 4906) vorgenommene Ausdehnung des Leistungszeitraumes des Kinderkrankengeldes entfaltet aufgrund ihrer zeitlichen Begrenzung nur Wirksamkeit bis zum 31. Dezember 2022. Artikel 6 des Gesetzes zur Änderung des Infektionsschutzgesetzes und weiterer Gesetze anlässlich der Aufhebung der Feststellung der epidemischen Lage von nationaler Tragweite vom 22. November 2021 (BGBl. I 2021 Nr. 79, S. 4906) bestimmt, dass die Sonderregelungen zum 1. Januar 2023 wieder aufgehoben werden.

Mit der Neuregelung soll nun auch für das Jahr 2023 die erhöhte Anzahl an Kinderkrankentagen fortgeführt werden, um der weiterhin erwarteten pandemiebedingt häufigeren Inanspruchnahme zu begegnen. Der Anspruch auf Krankengeld besteht damit auch für das Jahr 2023 für jedes Kind längstens für 30 Arbeitstage, für alleinerziehende Versicherte längstens für 60 Arbeitstage. Er besteht für Versicherte für nicht mehr als 65 Arbeitstage, für alleinerziehende Versicherte für nicht mehr als 130 Arbeitstage.

Zudem wird die Möglichkeit der Inanspruchnahme des Kinderkrankengeldes auch in Fällen von Betreuungsbedarf bei nicht erkrankten Kindern über den 23. September 2022 hinaus bis zum Ablauf des 7. April 2023 ausgeweitet. Damit werden ggf. während der Wintermonate ausgelöste COVID-19-bedingte Schwierigkeiten bei der Betreuung von Kindern abgefedert.

Soweit die übrigen Anspruchsvoraussetzungen nach Absatz 1 mit Ausnahme der Erkrankung des Kindes vorliegen, besteht der Anspruch damit z. B. auch in den Fällen, in denen eine Kinderbetreuung zu Hause erforderlich wird,

- weil die Schule, die Einrichtung zur Betreuung von Kindern (Kindertageseinrichtung, Horte, Kindertagespflege) oder die Einrichtung für Menschen mit Behinderung geschlossen ist,
- weil für die Klasse oder Gruppe pandemiebedingt ein Betretungsverbot ausgesprochen wurde oder
- weil die Präsenzpflcht im Unterricht ausgesetzt ist bzw. der Zugang zum Kinderbetreuungsangebot eingeschränkt wird.

Der Anspruchsgrund (z. B. die Schließung der Betreuungseinrichtung) ist der Krankenkasse auf geeignete Weise nachzuweisen; die Krankenkasse kann die Vorlage einer Bescheinigung der Einrichtung oder der Schule verlangen.

Der Anspruch besteht unabhängig davon, ob die geschuldete Arbeitsleistung nicht auch grundsätzlich im Homeoffice erbracht werden kann.

Für die Zeit des Bezugs von Krankengeld nach dieser Regelung ruht für beide Elternteile der Anspruch nach § 56 Absatz 1a des Infektionsschutzgesetzes, so dass für denselben Zeitraum zusätzlich zum Bezug von Krankengeld nach Absatz 2a Satz 3 weder für das dem Kinderkrankengeldbezug zugrundeliegende Kind noch für ein anderes aus den in Absatz 2a genannten Gründen betreuungsbedürftiges Kind eine Entschädigungsleistung nach § 56 Absatz 1a Infektionsschutzgesetz beansprucht werden kann.

**Zu Nummer 1b – neu – (§ 45 SGB V)**

Die Möglichkeit der Inanspruchnahme des Kinderkrankengeldes auch in Fällen von Betreuungsbedarf bei nicht erkrankten Kindern wird für das gesamte Jahr 2022 gewährleistet.

**Zu Nummer 1c – neu – (§ 85a SGB V)**

Zur Sicherung der Leistungsfähigkeit der Zahnarztpraxen sollen die Vertragsparteien der Gesamtverträge auf eine pandemiebedingte, verminderte Inanspruchnahme vertragszahnärztlicher Leistungen reagieren können und die

entsprechenden Vereinbarungen für den Zeitraum der Feststellung einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite nach § 5 Absatz 1 IfSG, längstens jedoch bis zum Ablauf des 7. April 2023, anpassen.

#### **Zu Nummer 1d – neu – (§ 111 SGB V)**

##### **Zu Buchstabe a**

Die Streichung stellt eine Folgeänderung zu Buchstabe b dar.

##### **Zu Buchstabe b**

Nach jetziger Rechtslage kann der Zeitraum, in dem die Vertragsparteien nach § 111 Absatz 5 Satz 1 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) an die durch die COVID 19 bedingte Sondersituation angepasste Vergütungsvereinbarungen zu vereinbaren haben, längstens bis zum Ablauf des 23. September 2022 verlängert werden. Mit Blick auf die Ungewissheit der weiteren pandemischen Entwicklung ist allerdings nicht absehbar, ob es über diesen Zeitpunkt hinaus zu Mehraufwand und Mindererlösen für stationäre Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen kommt.

Vor diesem Hintergrund wird in § 111 Absatz 5 Satz 5 SGB V festgelegt, dass für den Zeitraum, in dem eine epidemische Lage nationaler Tragweite nach § 5 Absatz 1 IfSG festgestellt wurde, längstens jedoch bis zum Ablauf des 7. April 2023, die Vergütungsvereinbarungen nach § 111 Absatz 5 Satz 1 SGB V an diese Sondersituation anzupassen sind.

Die Möglichkeiten der Vertragsparteien, die Vergütungen auf Ebene der Selbstverwaltung auch außerhalb einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite nach § 5 Absatz 1 IfSG konkret auszugestalten, bleiben unberührt.

##### **Zu Buchstabe c**

Nach Absatz 7 Satz 1 Nummer 2 vereinbaren der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die für die Erbringer von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation maßgeblichen Verbände auf Bundesebene in Rahmenempfehlungen Grundsätze einer leistungsgerechten Vergütung und ihrer Strukturen. Um sicherzustellen, dass Rahmenempfehlungen auch die nach Absatz 5 Satz 5 vorgesehenen Anpassung von Vergütungsvereinbarungen berücksichtigen, wird die Nummer 2 angepasst. Die Rahmenempfehlungen sollen bis zum 31. Dezember 2022 vereinbart werden, um gemäß Absatz 7 Satz 3 den Verhandlungen über Vergütungsverträge zugrunde gelegt werden zu können.

#### **Zu Nummer 1e – neu – (§ 111c SGB V)**

##### **Zu Buchstabe a**

Die Streichung stellt eine Folgeänderung zu Buchstabe b dar.

##### **Zu Buchstabe b**

Nach jetziger Rechtslage kann der Zeitraum, in dem die Vertragsparteien nach § 111c Absatz 3 Satz 1 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) an die durch die COVID-19-bedingte Sondersituation angepasste Vergütungsvereinbarungen zu vereinbaren haben, längstens bis zum Ablauf des 23. September 2022 verlängert werden. Mit Blick auf die Ungewissheit der weiteren pandemischen Entwicklung ist allerdings nicht absehbar, ob es über diesen Zeitpunkt hinaus zu Mehraufwand und Mindererlösen für ambulante Rehabilitationseinrichtungen kommt.

Vor diesem Hintergrund wird in § 111c Absatz 3 Satz 5 SGB V festgelegt, dass für den Zeitraum, in dem eine epidemische Lage nationaler Tragweite nach § 5 Absatz 1 IfSG festgestellt wurde, längstens jedoch bis zum Ablauf des 7. April 2023, die Vergütungsvereinbarungen nach § 111c Absatz 3 Satz 1 SGB V an diese Sondersituation anzupassen sind.

Die Möglichkeiten der Vertragsparteien, die Vergütungen auch außerhalb einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite nach § 5 Absatz 1 IfSG auf Ebene der Selbstverwaltung konkret auszugestalten, bleiben unberührt.

##### **Zu Buchstabe c**

Nach Absatz 5 Satz 1 Nummer 2 vereinbaren der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die für die Erbringer von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation maßgeblichen Verbände auf Bundesebene in Rahmenempfehlungen Grundsätze einer leistungsgerechten Vergütung und ihrer Strukturen. Um sicherzustellen, dass Rahmenempfehlungen auch die nach Absatz 3 Satz 5 vorgesehenen Anpassung von Vergütungsvereinbarungen

berücksichtigen, wird die Nummer 2 angepasst. Die Rahmenempfehlungen sollen bis zum 31. Dezember 2022 vereinbart werden, um gemäß Absatz 5 Satz 3 den Verhandlungen über Vergütungsverträge zugrunde gelegt werden zu können.

#### **Zu Nummer 1f – neu – (§ 125b SGB V)**

##### **Zu Buchstabe a**

Der Einsatz insbesondere von persönlicher Schutzausrüstung wie Mundschutz und Handschuhen trägt in einem hohen Maße zur Eindämmung der Verbreitung von Viren bei. Gerade bei den körpernahen Heilmittelleistungen, bei denen häufig das Einhalten von Sicherheitsabständen oder ähnlichen Schutzmaßnahmen nicht möglich ist, können erhöhte Hygienemaßnahmen daher erforderlich sein, um das Infektionsgeschehen einzudämmen und damit Infektionen, die Patientinnen und Patienten im Zusammenhang mit einer medizinischen Maßnahme erwerben (nosokomiale Infektionen nach § 2 Nummer 8 IfSG) zu verhüten und die Weiterverbreitung von Krankheitserregern, insbesondere solcher mit Resistenzen, in den Heilmittelpraxen zu vermeiden. Dieses Vorgehen knüpft somit an die Regelung des § 23 Absatz 3 Satz 1 Nr. 9 IfSG an.

Die Vertragsparteien haben für den daraus resultierenden erhöhten Bedarf an verschiedenen Hygieneartikeln, die für die Durchführung therapeutischer Behandlungen unter diesen besonderen Bedingungen erforderlich sind, die Abrechnungsmöglichkeit einer Hygienepauschale für Verordnungen zu vereinbaren. Die Erforderlichkeit der Maßnahmen besteht für den Zeitraum der Feststellung einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite nach § 5 Absatz 1 IfSG, längstens jedoch bis zum Ablauf des 7. April 2023.

##### **Zu Buchstabe b**

Zur Sicherung der Leistungsfähigkeit der Heilmittelerbringer sollen die Vertragsparteien auf eine pandemiebedingte, verminderte Inanspruchnahme von Heilmitteln reagieren können und die entsprechenden Vereinbarungen für den Zeitraum der Feststellung einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite nach § 5 Absatz 1 Satz 1 IfSG, längstens jedoch bis zum Ablauf des 7. April 2023, anpassen.

#### **Zu Nummer 1g – neu – (§ 221a SGB V)**

##### **Zu Buchstabe b**

Der Bund überweist bis zum 1. April 2023 unbeschadet weiterer, anderweitig geregelter Bundeszuschüsse einen ergänzenden Bundeszuschuss in Höhe von 150 Millionen Euro an den Gesundheitsfonds als Beitrag zum Ausgleich der geschätzten Mehrausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung im Jahr 2023 aufgrund der Regelung zum Kinderkrankengeld nach § 45 Absatz 2a. Der ergänzende Bundeszuschuss fließt damit auch im Rahmen der monatlichen Zuweisungen an die Krankenkassen. Da die tatsächlichen Mehrausgaben maßgeblich vom aktuell nicht bestimmbar Inanspruchnahmeverhalten der Versicherten abhängen, leistet der Bund zur Refinanzierung darüber hinausgehender Mehrausgaben für das Kinderkrankengeld einen weiteren Bundeszuschuss zum 1. Juli 2024 für den Fall, dass sich ein nach den Sätzen 2 und 3 definierter Überschreibungsbetrag bei den Ausgaben ergibt. Die Höhe dieses weiteren Bundeszuschusses wird im Jahr 2024 auf der Grundlage der endgültigen Jahresrechnungsergebnisse (Statistik KJ 1) für das Jahr 2023 mittels einer Spitzabrechnung nach Satz 3 abschließend bestimmt. Dabei wird die Differenz der Jahresrechnungsergebnisse der Jahre 2023 und 2019 für das Kinderkrankengeld einschließlich der Ausgaben für die Beiträge zur Renten-, Arbeitslosen- sowie sozialen Pflegeversicherung gebildet und der als ergänzender Bundeszuschuss gezahlte Betrag in Höhe von 150 Millionen Euro abgezogen. Der so ermittelte Überschreibungsbetrag wird zum 1. Juli 2024 aus Bundesmitteln ausgeglichen und der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds zugeführt. Das Bundesministerium für Gesundheit stellt den Überschreibungsbetrag nach den Sätzen 2 und 3 fest und meldet diesen unverzüglich an das Bundesministerium der Finanzen.

#### **Zu Nummer 1h – neu – (§ 290 SGB V)**

Mit der Änderung in Absatz 3 wird eine gesetzliche Grundlage für die Übermittlung von Sozialdaten im Sinne des § 67 Absatz 2 des Zehnten Buches Sozialgesetzbuch an die in § 362 Absatz 1 genannten Unternehmen der privaten Krankenversicherung, die Postbeamtenkrankenkasse, die Krankenversorgung der Bundesbahnbeamten, die Bundespolizei oder die Bundeswehr zur Durchführung des sog. Clearing-Verfahrens nach § 290 Absatz 3 Satz 3 und Kapitel 7 der Richtlinie zum Aufbau und zur Vergabe einer Krankenversichertennummer und Regelungen des Krankenversichertennummernverzeichnisses nach § 290 geschaffen. Das Clearing-Verfahren dient der Sicherstellung der sogenannten Eineindeutigkeit der Krankenversichertennummer nach § 290 Absatz 1 und soll

Mehrfachvergaben des unveränderbaren Teils der Krankenversicherungsnummer ausschließen. Wird im Rahmen des in den Richtlinien gemäß § 290 Absatz 2 Satz 1 geregelten Verfahrens zur Vergabe der Krankenversicherungsnummer festgestellt, dass die für den Versicherten vorgesehene Krankenversicherungsnummer bereits vergeben wurde, übermittelt die anfragende Krankenkasse im Clearing-Verfahren die ihr vorliegenden Informationen zur Feststellung der Identität des Versicherten, für den die Krankenversicherungsnummer angefordert wurde, an die von der Vertrauensstelle gemeldete Krankenkasse, die bereits einen Versicherten mit dieser Krankenversicherungsnummer in ihrem Bestand hat. Hierbei erfolgt ein Austausch von personenbezogenen Sozialdaten, die erforderlich sind, um die Personengleichheit eines Versicherten zu ermitteln. Bislang findet das Clearing-Verfahren nur zwischen den Krankenkassen statt. Die zwischen den beteiligten Krankenkassen auszutauschenden Sozialdaten umfassen die Krankenversicherungsnummer, die Rentenversicherungsnummer, Name, Vorname(n) (inklusive etwaiger Titel), Vorsatzwörter, das Geschlecht, den Geburtsnamen, das Geburtsdatum, den Geburtsort und das Geburtsland, die Staatsangehörigkeit, die gegenwärtige oder zuletzt bekannte Anschrift des Versicherten, das Anfangsdatum der Versicherung bei der Krankenkasse, das Fallkennzeichen und das Kennzeichen besonderer Personenkreis (z. B. geschützter Personenkreis aus Zeugenschutzprogramm).

Verwenden die in § 362 Absatz 1 genannten Stellen den unveränderbaren Teil der Krankenversicherungsnummer für die Nutzung der Anwendungen der Telematikinfrastruktur, müssen sie diesen vorab durch die Vertrauensstelle gemäß § 290 Absatz 2 Satz 2 bilden lassen. Um auch hier Doppelvergaben zu vermeiden und die sogenannte Eineindeutigkeit der Krankenversicherungsnummer sicherzustellen, ist es erforderlich, dass die Unternehmen der privaten Krankenversicherung und die sonstigen in § 362 Absatz 1 aufgeführten Kostenträger in das Clearing-Verfahren einbezogen werden. Hierfür bietet die neu geschaffene Vorschrift die datenschutzrechtliche Grundlage. Um sicherzustellen, dass das für Sozialdaten vorgesehene Schutzniveau und insbesondere das Sozialgeheimnis auch bei der Datenübermittlung an alle in § 362 Absatz 1 genannten Stellen nach diesem Absatz gilt, wird § 35 des Ersten Buches Sozialgesetzbuch für entsprechend anwendbar erklärt und die in § 362 Absatz 1 genannten Stellen insoweit den Stellen nach § 35 des Ersten Buches Sozialgesetzbuch gleichgestellt.

#### **Zu Artikel 2a – Änderung des Dritten Buches Sozialgesetzbuch**

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Ausweitung der Dauer des Krankengeldes bei Erkrankung eines Kindes für das Kalenderjahr 2023 gemäß Artikel 2 (Änderung von § 45 Absatz 2a Satz 1 und 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch).

#### **Zu Artikel 3 – Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch**

##### **Zu Nummer 1 (Inhaltsübersicht)**

Es handelt sich um eine Folgeänderung in der Inhaltsübersicht aufgrund der Nummer 5 (Einführung der Sonderleistungen zur Anerkennung und Umsetzung zusätzlicher Koordinierungsaufgaben in zugelassenen voll- und teilstationären Pflegeeinrichtungen nach § 150c).

##### **Zu Nummer 2 (§ 113 SGB XI)**

Die Regelung sieht vor, dass in den „Maßstäben und Grundsätzen zur Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität“ von den Vereinbarungspartnern festzulegen ist, welche Fort- und Weiterbildungen ganz oder teilweise in digitaler Form durchgeführt werden können. Während der Corona-Pandemie gab es bereits regelhafte Anerkennungen von bestimmten Fort- und Weiterbildungen, die in digitaler Form etwa als Online-Seminare oder E-Learning-Schulungen (Fernlehrgänge) durchgeführt und durch die Pflegekassen anerkannt wurden. Zur Entlastung der Pflegekräfte und der Pflegeeinrichtungen soll diese Möglichkeit beibehalten werden. Die Festlegungen haben zu berücksichtigen, ob Inhalte und erforderliche Formate der jeweiligen Schulung bzw. Qualifizierungsmaßnahme geeignet sind, ganz oder teilweise auf eine Präsenz der zu schulenden Personen vor Ort zu verzichten. Maßgaben zur Eignung sollen dabei insbesondere auch sicherstellen, dass digital durchgeführte Fort- und Weiterbildungen hinsichtlich der Qualität den Präsenzs Schulungen gleichwertig sind. Handelt es sich insoweit um qualitätsgesicherte Schulungen und Maßnahmen, sind diese durch die Pflegekassen anzuerkennen.

##### **Zu Nummer 3 (§ 114)**

Es handelt sich um Folgeänderungen aufgrund der Anpassungen im Infektionsschutzgesetz.

**Zu Nummer 4 (§ 150a)**

Nach § 150a Absatz 3 SGB XI erhalten Auszubildende in der Pflege, die einen Ausbildungsvertrag mit einer Pflegeeinrichtung unterhalten oder während des Bemessungszeitraums mindestens drei Monate zur Durchführung der praktischen Ausbildung in einer zugelassenen Pflegeeinrichtung tätig waren, einen Corona-Pflegebonus. Für die zweite Alternative der Anspruchsberechtigten sind im Nachgang zur Verkündung der Bonusregelung Unklarheiten entstanden, ob die Meldung nach Absatz 7 Satz 5 durch den Ausbildungsträger, also das Krankenhaus, mit dem der Ausbildungsvertrag besteht, oder durch die zugelassene Pflegeeinrichtung des letzten Praxiseinsatzes, gegen die sich nach Absatz 1 Satz 1 der Bonusanspruch richtet, vorzunehmen ist. In den das weitere Verfahren regelnden Festlegungen des Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen nach Absatz 7 Satz 9 fehlte dazu eine konkretisierende Maßgabe, dass die Meldung nach Satz 5 für diese Fallgruppe von der zugelassenen Pflegeeinrichtung des letzten Praxiseinsatzes auf Grundlage der ihr vom Ausbildungsträger zu überlassenden Informationen vorzunehmen ist. Dem Bundesministerium für Gesundheit ist nun bekanntgeworden, dass die daraus resultierenden Unklarheiten in den entsprechenden Fällen zum Teil zum Ausbleiben einer fristgerechten Meldung nach Absatz 7 Satz 5 und in der Folge zum Wegfall des Refinanzierungsanspruchs geführt haben. Dies sollte weder zu Lasten der Auszubildenden in den Pflegeeinrichtungen noch zu Lasten der Pflegeeinrichtungen gehen, weshalb eine Erstreckung der Meldefrist für die benannte Fallgruppe angezeigt ist.

Da in den Festlegungen des Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen nach Absatz 7 Satz 9 überdies noch keine Regelung getroffen wurde, dass die Auszahlung des Bonus im Auftrag der Pflegeeinrichtung auch durch den anstellenden Ausbildungsträger bei entsprechender Weiterleitung der Zahlung durch die Pflegekassen erfolgen kann und den Pflegekassen überdies eine angepasste Auszahlungsfrist nach Absatz 7 Satz 6 zu gewähren ist, wird letztere angemessen erstreckt, ohne eine Bonusauszahlung an die Auszubildenden noch im Jahr 2022 zu gefährden. Die Änderung bedarf zu ihrer unmittelbaren Anwendung keiner weiteren Festlegungen nach Absatz 7 Satz 9. Gleichwohl dürften alle Beteiligten gehalten sein, ein zweckmäßiges Verfahren zu den vorgenannten Problemlagen kurzfristig einheitlich zu kommunizieren.

**Zu Nummer 5 (§ 150c – neu –)**

Entsprechend des neuen Handlungsrahmens für nachhaltige Hygienekompetenz und Infektionsschutz nach § 35 Absatz 1 Satz 6 und 7 Infektionsschutzgesetz sind insbesondere auch für zugelassene voll- und teilstationäre Pflegeeinrichtungen neue, zeitlich befristete Verpflichtungen, wie auch Herausforderungen entstanden. Auf Grundlage festgelegter Verantwortlichkeiten haben die Einrichtungen die Einhaltung von Hygieneanforderungen, von Vorgaben zu Organisations- und Verfahrensabläufen im Zusammenhang mit dem Impfen, zum Testen und zur Unterstützung der Versorgung von stationär versorgten Pflegebedürftigen mit antiviralen COVID-19-Arzneimitteln im Zeitraum vom 1. Oktober 2022 bis 7. April 2023 sicherzustellen. Befristete Sonderleistungen sollen Beschäftigten einen Anreiz bieten, für einen befristeten Zeitraum zusätzliche Aufgaben zu übernehmen.

**Zu Absatz 1**

Mit Absatz 1 werden die zugelassenen voll- und teilstationären Pflegeeinrichtungen verpflichtet, im Zeitraum vom 1. Oktober 2022 bis 30. April 2023 ihren Beschäftigten, die nach § 35 Absatz 1 Satz 6 Infektionsschutzgesetz benannt wurden, monatliche Sonderleistungen zu zahlen. In diesem Zuge haben sie diese Personen gegenüber den Pflegekassen für diesen Zeitraum zu melden.

**Zu Absatz 2**

Anspruch auf Sonderleistungen haben beschäftigte Personen mit Ausnahme der Leitung der Einrichtung, die von dieser nach § 35 Absatz 1 Satz 6 IfSG benannt und von den Einrichtungen gegenüber den Pflegekassen gemeldet worden sind. Den Pflegeeinrichtungen werden daher abhängig von der Zahl der verfügbaren Plätze monatlich bis zu 1.000 Euro von den Pflegekassen zur entsprechenden Weitergabe an diese Personen ausgezahlt. Eine Differenzierung nach der Zahl der verfügbaren Plätze der Einrichtung trägt dem Umstand Rechnung, dass dies auf zeitlichen Umfang und personellen Einsatz zur Bewältigung der Aufgaben Einfluss hat.

**Zu Absatz 3**

Werden von einer Pflegeeinrichtung mehrere Personen benannt und gegenüber den Pflegekassen gemeldet, ist die Sonderleistung unter diesen entsprechend aufzuteilen.

**Zu Absatz 4**

Die Zahlung erfolgt im Zeitraum vom 1. Oktober 2022 bis zum 30. April 2023. Die Sonderleistung ist von den Pflegekassen monatlich zum 15. eines jeden Monats, beginnend am 15. November 2022 mit Rückwirkung für den Oktober 2022 an die voll- und teilstationären Pflegeeinrichtung zu zahlen. Hat eine Einrichtung bis zum Stichtag 31. Oktober 2022 keine Meldung gegenüber den Pflegekassen durchgeführt, wird die Zahlung erst zum 15. des Folgemonats des Tages der Meldung nach Absatz 1 Satz 2 rückwirkend bis zu diesem Tag aufgenommen. Erfolgen Meldungen im laufenden Monat, wird der Betrag für diesen Monat entsprechend anteilig erstattet.

Die Auszahlung der Sonderleistungen für die Weitergabe an die benannten und gemeldeten Personen hat einheitlich über eine Pflegekasse vor Ort an die voll- oder teilstationäre Pflegeeinrichtung zu erfolgen.

Die zugelassenen voll- und teilstationären Pflegeeinrichtungen haben den Pflegekassen nach Abschluss des Verfahrens unaufgefordert bis spätestens 30. Juni 2023 die tatsächliche Auszahlungssumme der Sonderleistungen sowie die Zahl der Empfängerinnen und Empfänger und die Aufteilung der Sonderleistungen auf diese Personen unter Achtung des Datenschutzes anzuzeigen. Die Landesverbände der Pflegekassen stellen insgesamt die sachgerechte Verfahrensbearbeitung einschließlich angemessener Möglichkeiten zur Prüfung, Rückforderung und Aufrechnung durch die Pflegekassen sicher. Etwaige Prüfungen betreffen dabei insbesondere die Meldung und die Auszahlung und sind nicht qualitativ-inhaltlich auf die Aufgabenerfüllung gemäß § 35 Absatz 1 Satz 6 und 7 Infektionsschutzgesetz ausgerichtet.

**Zu Absatz 5**

Die zugelassenen voll- oder teilstationären Pflegeeinrichtungen haben die von den Pflegekassen erhaltenen Sonderleistungen unverzüglich, spätestens mit der nächstmöglichen regelmäßigen Entgeltauszahlung an die benannten und gemeldeten Personen weiterzugeben. Diese Sonderleistungen sind diesen in Geld über das Arbeitsentgelt und sonstige Bezüge hinaus auszus zahlen.

**Zu Absatz 6**

Es sollen auch die voll- und teilstationären Pflegeeinrichtungen für den im Zusammenhang mit der Erfüllung der Aufgaben gemäß § 35 Absatz 1 Satz 6 und 7 IfSG entstehenden Aufwand pauschal eine finanzielle Unterstützung erhalten. Voraussetzung hierfür ist eine Meldung gemäß Absatz 1 Satz 2 gegenüber den Pflegekassen. Vorgesehen ist eine befristete monatliche Zahlung in Höhe von 250 Euro von den Pflegekassen an diese Pflegeeinrichtungen entsprechend des in Absatz 4 geregelten Verfahrens. Dies gilt insbesondere hinsichtlich des Rückzahlungserfordernisses bei einer verspäteten Meldung nach dem 31. Oktober 2022.

**Zu Artikel 3a (Weitere Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)****Zu Nummer 1 (Inhaltsübersicht)**

Mit Gesetz für ein Zukunftsprogramm Krankenhäuser (Krankenhauszukunftsgesetz – KHZG) vom 23. Oktober 2020 ist § 150b in das SGB XI aufgenommen worden. Dabei ist es unterblieben, die Inhaltsübersicht entsprechend zu ergänzen. Dies wird nun nachgeholt.

**Zu Nummer 2 (§ 114 SGB XI)**

Es handelt sich um Folgeänderungen aufgrund der Anpassungen im Infektionsschutzgesetz.

**Zu Nummer 3 (§ 150 SGB XI)**

Aufgrund der anhaltend hohen Gefährdung für die Gesundheit der Bevölkerung in Deutschland durch das Coronavirus SARS-CoV-2 wird Absatz 6 Satz 1 bis einschließlich 30. April 2023 verlängert. Dies dient auch dazu, im Fall einer Intensivierung des Infektionsgeschehens bzw. des Auftretens neuer Varianten, die infektiöser und ggf. pathogener als die derzeit zirkulierenden Omikron-Varianten sein könnten, dem weiterhin bestehenden Risiko einer hohen Belastung der pflegerischen Versorgung entgegenwirken zu können.

**Zu Artikel 3b (Änderung des Pflegezeitgesetzes)**

Das Recht nach § 9 Absatz 1 PflegeZG, der Arbeit zur Bewältigung einer pandemiebedingten akuten Pflegesituation bis zu 20 Arbeitstage fernzubleiben, wird bis zum 30. April 2023 eingeräumt, um bei ungewisser Weiterentwicklung des Infektionsgeschehens und dadurch möglicherweise bedingter kurzfristiger Änderungen bestehender Pflegearrangements die häusliche Versorgung aufrechtzuerhalten. Mit der Regelung des § 9 Absatz 2 PflegeZG wird auf die Bestimmung des § 150 Absatz 5d Satz 1 SGB XI verwiesen, wonach abweichend von § 44a Absatz 3 Satz 1 SGB XI das Pflegeunterstützungsgeld bei pandemiebedingten Versorgungsempässen für bis zu 20 Arbeitstage in Anspruch genommen werden kann, unabhängig davon, ob eine akute Pflegesituation im Sinne von § 2 Absatz 1 PflegeZG vorliegt.

Beschäftigte haben nach § 9 Absatz 4 PflegeZG weiterhin das Recht, aufgrund der aktuellen Pandemie mit Zustimmung des Arbeitgebers Familienpflegezeit nach einer Pflegezeit in Anspruch zu nehmen, ohne dass die Freistellungen unmittelbar aneinander anschließen müssen. Die Familienpflegezeit muss spätestens mit Ablauf des 30. April 2023 enden. Gleiches gilt nach § 9 Absatz 5 PflegeZG auch für die Inanspruchnahme einer Pflegezeit oder Freistellung nach § 3 Absatz 5 nach einer Familienpflegezeit, die Pflegezeit muss in diesem Fall spätestens mit Ablauf des 30. April 2023 enden.

Die in § 9 Absatz 7 PflegeZG geregelte Möglichkeit der Inanspruchnahme von Pflegezeit für die Pflege oder Betreuung desselben nahen Angehörigen bis zur Höchstdauer des § 4 Absatz 1 Satz 1 PflegeZG, auch wenn eine bereits in Anspruch genommene Pflegezeit beendet ist, wird verlängert. Damit haben Beschäftigte weiterhin die Möglichkeit, bislang nicht genutzte Monate in Anspruch zu nehmen, wenn sich Pflegearrangements aufgrund der Pandemie ändern. Die Pflegezeit muss spätestens mit Ablauf des 30. April 2023 beendet sein. Zudem dürfen Pflegezeit und Familienpflegezeit die Gesamtdauer nach § 4 Absatz 1 Satz 4 PflegeZG nicht überschreiten.

**Zu Artikel 3c (Änderung des Familienpflegezeitgesetzes)****Zu Nummer 1 (§ 3 FPfZG)**

Um bei ungewisser Weiterentwicklung des Infektionsgeschehens und dadurch möglicherweise bedingten kurzfristigen Änderungen bestehender Pflegearrangements die häusliche Versorgung aufrechtzuerhalten, werden auf Antrag im Zeitraum vom 1. März 2020 bis 30. April 2023 auch weiterhin Kalendermonate bei der Berechnung des durchschnittlichen Arbeitsentgelts durch das Bundesamt für Familie und zivilgesellschaftliche Aufgaben außer Betracht gelassen, in denen das Einkommen, zum Beispiel infolge von Kurzarbeit, abgesenkt war. Der Zusammenhang des geringeren Arbeitsentgelts mit der COVID-19-Pandemie wird weiterhin vermutet.

**Zu Nummer 2 (§ 16 FPfZG)****Zu Buchstabe a**

Die Verkürzung der Ankündigungsfrist auf zehn Arbeitstage in Textform wird verlängert und gilt für Familienpflegezeiten, die spätestens am 1. April 2023 beginnen.

**Zu Buchstabe b**

Verlängert wird die Regelung in Absatz 3, wonach die oder der Beschäftigte das Recht hat, mit Zustimmung des Arbeitgebers Familienpflegezeit nach einer beendeten Pflegezeit in Anspruch zu nehmen, ohne dass die Freistellungen unmittelbar aneinander anschließen müssen. Die Familienpflegezeit kann längstens bis zum Ablauf des 30. April 2023 in Anspruch genommen werden. Gleiches gilt auch für die Inanspruchnahme der Pflegezeit oder Freistellung nach § 3 Absatz 1 oder Absatz 5 PflegeZG nach einer Familienpflegezeit gemäß Absatz 4. Auch hier muss die Pflegezeit spätestens mit Ablauf des 30. April 2023 enden.

Die Möglichkeit der Inanspruchnahme von Familienpflegezeit für die Pflege oder Betreuung desselben nahen Angehörigen, auch wenn eine bereits in Anspruch genommene Familienpflegezeit beendet ist, wird verlängert. Die Familienpflegezeit muss spätestens mit Ablauf des 30. April 2023 beendet sein.

**Zu Artikel 3d (Änderung des Krankenhauszukunftsgesetzes)**

Die Änderung des Datums des Inkrafttretens der Artikel 9 und 11 des Krankenhauszukunftsgesetzes führt dazu, dass die Sonderregelungen aus Anlass der COVID-19-Pandemie bis 30. April 2023 in Kraft bleiben.

**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****Zu Nummer 2 (Artikel 23)**

Der bislang im 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) 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 das Coronavirus SARS-CoV-2 berechtigt, und der im Rahmen des Covid-19-SchG vom 1. Januar 2023 zunächst auf den 1. Mai 2023 verschoben werden sollte, wird nunmehr auf den 8. April 2023 verschoben. Damit wird ein flächendeckendes, niedrigschwelliges Impfangebot über die Wintersaison hinweg sichergestellt und die Impfkampagne gegen COVID-19 lageangepasst aufgestellt.

**Zu Artikel 6a – Änderung des Einführungsgesetzes zur Strafprozessordnung**

Die COVID-19-Pandemie hat wegen des weiterhin aktuellen und sehr dynamischen Pandemiegeschehens noch immer erhebliche negative Auswirkungen auf die Durchführung von Strafverfahren. Dabei muss mit einer erneuten Intensivierung des Pandemiegeschehens über die kommenden Herbst- und Wintermonate hinweg gerechnet werden. In diesem Zeitraum werden vor allem für strafgerichtliche Hauptverhandlungen die gesetzlich vorgesehenen Möglichkeiten zur Hemmung der Unterbrechungsfristen bei strafgerichtlichen Hauptverhandlungen in § 229 Absatz 3 der Strafprozessordnung (StPO) nicht ausreichend sein.

Nachdem der im Frühjahr 2020 eingeführte Hemmungstatbestand in § 10 des Einführungsgesetzes zur Strafprozessordnung (StPOEG) zum 30. Juni 2022 aufgehoben worden ist, dürfen Hauptverhandlungen im Strafverfahren gemäß § 229 Absatz 1 und 2 StPO wieder lediglich bis zu drei Wochen, wenn sie vor der Unterbrechung länger als zehn Verhandlungstage andauert haben, bis zu einem Monat unterbrochen werden, ohne dass der Ablauf der Frist durch Maßnahmen zur Vermeidung der Verbreitung der COVID-19-Pandemie gehemmt würde. Entsprechendes gilt für Urteile, die nicht am Schluss der Verhandlung verkündet werden. Diese müssen ohne Hemmungsmöglichkeit gemäß § 268 Absatz 3 Satz 2 StPO spätestens am elften Tag nach dem Schluss der Verhandlung verkündet werden. Nur aufgrund von Krankheit, Mutterschutz und Elternzeit sind diese Fristen gemäß § 229 Absatz 3 Satz 1 bis zu zwei Monate gehemmt und enden gemäß § 229 Absatz 3 Satz 2 frühestens zehn Tage nach Ablauf der Hemmung, sofern die Hauptverhandlung nicht länger als zehn Verhandlungstage andauert hat.

In § 10 StPOEG soll über den kommenden Herbst und Winter hinweg bis in das Frühjahr 2023 wieder ein zusätzlicher Hemmungstatbestand für die Unterbrechungsfristen bei strafgerichtlichen Hauptverhandlungen sowie für die Hemmung der Urteilsverkündungsfrist geschaffen werden, der auf die Maßnahmen zur Vermeidung der Verbreitung der COVID-19-Pandemie abstellt. Damit soll verhindert werden, dass betroffene Hauptverhandlungen aufgrund der Schutzmaßnahmen ausgesetzt und neu begonnen werden müssen.

Der Hemmungstatbestand soll es den Gerichten erlauben, die Hauptverhandlung für maximal zwei Monate und zehn Tage zu unterbrechen, wenn die Hauptverhandlung aufgrund von Maßnahmen zur Vermeidung der Verbreitung der Corona-Pandemie nicht durchgeführt werden kann. Er soll zum 8. April 2023 wieder aufgehoben werden, da im Verlauf des Frühjahrs mit einer nachhaltigen Entspannung der Pandemiesituation zu rechnen ist.

**Zu Absatz 1**

Der Tatbestand soll abweichend von § 229 Absatz 3 StPO unabhängig von der bisherigen Dauer der Hauptverhandlung gelten, also auch für solche Hauptverhandlungen, die im Zeitpunkt der Unterbrechung noch nicht zehn Verhandlungstage andauert haben. Das ist aufgrund der besonderen Situation gerechtfertigt, die erwarten lässt, dass ohne die Hemmungsmöglichkeit bei einer Vielzahl von Gerichten zahlreiche Hauptverhandlungen ausgesetzt werden müssten.

Auch darüber hinaus ist der Tatbestand weit gefasst und erfasst sämtliche Gründe, die der ordnungsgemäßen Durchführung einer Hauptverhandlung aufgrund von Infektionsschutzmaßnahmen der Gerichte und Gesundheitsbehörden entgegenstehen.

Es ist folglich nicht erforderlich, dass der Angeklagte oder eine zur Urteilsfindung berufene Person selbst erkrankt ist oder sich in Quarantäne befindet. Der Fall der Krankheit ist bereits von § 229 Absatz 3 Satz 1 Nummer 1 StPO erfasst. Handelt es sich um eine festgestellte SARS-CoV-2-Infektion, liegt allerdings zugleich aufgrund der in einem solchen Fall zwingend erforderlichen Infektionsschutzmaßnahmen der neue Hemmungstatbestand des § 10 Absatz 1 StPOEG vor, mit der Folge, dass die Hemmung der Unterbrechung für jede Hauptverhandlung unabhängig von ihrer bisherigen Dauer eintritt. Der neue Hemmungstatbestand ist allerdings zugleich auch wesentlich weiter, weil auch Verdachtsfälle oder Krankheiten, die nicht getestet werden, ausreichen, solange eine Person gehalten ist, sich deshalb in häusliche Quarantäne zu begeben. Darüber hinaus genügt auch ein eingeschränkter Gerichtsbetrieb, die Infektionslage in Justizvollzugsanstalten oder die Beteiligung zur Risikogruppe gehörender Personen, wie beispielsweise ältere Personen, Personen mit Grunderkrankungen oder einem unterdrückten Immunsystem, für die Annahme von Schutzmaßnahmen, die eine weitere Durchführung der Hauptverhandlung verhindern. Ein Hindernis für die Durchführung der Hauptverhandlung liegt auch vor, wenn es nur mittelbar auf gerichtlichen oder gesundheitsbehördlichen Schutzmaßnahmen beruht.

Das Gericht prüft – wie in den Fällen des § 229 Absatz 3 Satz 1 StPO – grundsätzlich im Freibeweisverfahren, ob, ab wann und bis wann der Hemmungstatbestand vorliegt. Deshalb muss das Gericht bei der Anwendung des § 10 StPOEG im Freibeweisverfahren prüfen, ob Infektionsschutzmaßnahmen erforderlich sind, welche die Durchführung der Hauptverhandlung unmöglich machen. Die Unmöglichkeit der Durchführung der Hauptverhandlung kann auf Anordnungen und Empfehlungen der Gerichtsverwaltung, der Justizvollzugsbehörden oder der Gesundheitsbehörden beruhen. Sie kann sich daraus ergeben, dass ein Gericht den Dienstbetrieb einschränken musste, die Abstände zwischen den Verfahrensbeteiligten nicht eingehalten werden können oder sich Personen in häuslicher Quarantäne befinden oder bei Durchführung der Verhandlung potentiell gefährdet werden.

Der Ablauf der Unterbrechungsfrist wird für längstens einen Monat gehemmt. Eine längere Hemmungsdauer, wie sie § 229 Absatz 3 Satz 1 StPO vorsieht und der bis zum 30. Juni 2022 geltende § 10 StPOEG a. F. vorsah (zwei Monate), ist nicht erforderlich. Die Mindestdauer der Isolation hat sich seit der Einführung des § 10 EGStPO a. F. erheblich verkürzt und beträgt aktuell nur noch fünf Tage. Auch zeigen die Erfahrungen, die mit § 10 EGStPO a.F. gesammelt wurden, dass die in § 10 StPOEG a. F. vorgesehene Höchstdauer von zwei Monaten in der Regel nicht ausgeschöpft werden musste.

§ 10 Absatz 1 Halbsatz 2 und Satz 2 StPOEG entspricht § 229 Absatz 3 Satz 2 und 3 StPO. Eine Hauptverhandlung kann damit in den Fällen des § 10 StPOEG für längstens zwei Monate zehn Tage unterbrochen werden, wobei das Gericht Beginn und Ende der Hemmung durch unanfechtbaren Beschluss feststellt.

Zu Absatz 2

Absatz 2 ordnet an, dass der in Absatz 1 geregelte Hemmungstatbestand auch für die Hemmung der in § 268 Absatz 3 Satz 2 StPO genannten Frist zur Urteilsverkündung gilt. § 268 Absatz 3 Satz 3 StPO verweist bereits auf § 229 Absatz 3 und ordnet die entsprechende Geltung der dort geregelten Hemmungsvorschriften für die Urteilsverkündungsfrist an. Gleiches soll für den Hemmungstatbestand des § 10 Absatz 1 StPOEG gelten.

### **Zu Artikel 6b – Weitere Änderung des Einführungsgesetzes zur Strafprozessordnung**

Die Hemmungsregelung soll nur vorübergehend bis einschließlich 7. April 2023 gelten, weil für die Zeit danach davon auszugehen ist, dass es einer strafprozessualen Sondervorschrift aufgrund der COVID-19-Pandemie dauerhaft nicht mehr bedarf. Die Vorschrift soll deshalb zu dem in Artikel 6b bestimmten Zeitpunkt wieder aufgehoben werden.

**Zu Artikel 6c – Änderung des Sechsten Gesetzes zur Änderung des Gesetzes über die internationale Rechtshilfe in Strafsachen**

Die Geltungsdauer des bis zum 31. Dezember 2022 befristeten § 64 Absatz 3a des Vierten Buches Sozialgesetzbuch – SGB IV – (geregelt mit dem Sechsten Gesetz zur Änderung des Gesetzes über die internationale Rechtshilfe in Strafsachen (BGBl. I S. 2747), das zuletzt durch Artikel 20d des Gesetzes vom 22. November 2021 (BGBl. I S. 4906) geändert worden ist) wird bis zum 31. Dezember 2023 verlängert. Den Selbstverwaltungsorganen der Sozialversicherungsträger soll angesichts der fortdauernden COVID-19-Pandemie befristet weiterhin eine erleichterte schriftliche Beschlussfassung ermöglicht werden.

**Zu Artikel 6d – Änderung des Betriebsverfassungsgesetzes**

Die mit dem Gesetz zur Stärkung der Impfprävention gegen COVID-19 und zur Änderung weiterer Vorschriften im Zusammenhang mit der COVID-19-Pandemie (BGBl. 2021 I S. 5162) wieder eingeführte Regelung des § 129 Absatz 1 des Betriebsverfassungsgesetzes (BetrVG) ermöglichte bis zum 19. März 2022 die Durchführung von Betriebs-, Teil- und Abteilungsversammlungen sowie Betriebsräteversammlungen und Jugend- und Auszubildendenversammlungen während der COVID-19-Pandemie mittels audiovisueller Einrichtungen. Diese Möglichkeit soll aufgrund der hohen Inzidenzzahlen und der unsicheren Entwicklung des Pandemiegeschehens im Herbst und Winter 2022/2023 wieder eröffnet werden. Dies trägt dazu bei, Infektionsrisiken durch die Zusammenkunft vieler Beschäftigter im Rahmen solcher Versammlungen gerade auch in Großbetrieben zu vermeiden. Ohne eine solche Regelung bestünde die Gefahr, dass Betriebsversammlungen auf absehbare Zeit aufgrund des höherrangigen Gesundheitsschutzes der Belegschaft nicht stattfinden können. Eine Übertragung in Videokonferenzräume des jeweiligen Betriebs wird hierdurch ebenso ermöglicht wie die Übertragung über das Internet. Aufzeichnungen solcher Versammlungen sind aus Gründen des Persönlichkeitsschutzes der Teilnehmer und zur Wahrung der Nichtöffentlichkeit der Betriebsversammlungen nicht zulässig.

Aus den gleichen Gründen wird auch für die Einigungsstelle die zum 19. März 2022 ausgelaufene Möglichkeit wieder eröffnet, nach § 129 Absatz 2 BetrVG Beschlüsse auch in einer Sitzung mittels einer Video- und Telefonkonferenz fassen zu können. Dabei kann sowohl eine Zuschaltung einzelner teilnahmeberechtigter Personen als auch die Durchführung ausschließlich per Video- und Telefonkonferenz erfolgen. Es muss sichergestellt sein, dass Dritte vom Inhalt der Sitzung keine Kenntnis nehmen können. Dies umfasst technische Maßnahmen wie zum Beispiel eine Verschlüsselung der Verbindung und organisatorische Maßnahmen wie die Nutzung eines nichtöffentlichen Raumes während der Dauer der Sitzung. Die zugeschalteten Sitzungsteilnehmer können zum Beispiel zu Protokoll versichern, dass nur teilnahmeberechtigte Personen in dem von ihnen genutzten Raum anwesend sind. Sobald nicht teilnahmeberechtigte Personen den Raum betreten, ist hierüber unverzüglich zu informieren.

Soweit mit dieser Regelung elektronische Kommunikationsmöglichkeiten eröffnet werden, sind diese auch für Personen mit Behinderung barrierefrei zugänglich und nutzbar zu machen.

Die Regelung wird bis zum 7. April 2023 befristet. Eine Möglichkeit der Verlängerung durch Beschluss des Deutschen Bundestages ist nicht vorgesehen. § 129 Absatz 3 BetrVG wird deshalb aufgehoben.

**Zu Artikel 6e – Änderung des Sprecherausschußgesetzes**

Auch die am 19. März 2022 ausgelaufene Möglichkeit, nach § 39 Absatz 1 des Sprecherausschußgesetzes (SprAuG) Versammlungen der leitenden Angestellten während der COVID-19-Pandemie mittels audiovisueller Einrichtungen durchführen zu können, soll aufgrund hohen Inzidenzzahlen und der unsicheren Entwicklung des Pandemiegeschehens im Herbst und Winter 2022/2023 wieder eröffnet werden. Die Regelung wird bis zum 7. April 2023 befristet. Eine Möglichkeit der Verlängerung durch Beschluss des Deutschen Bundestages ist nicht vorgesehen. § 39 Absatz 2 SprAuG wird deshalb aufgehoben.

**Zu Artikel 6f – Änderung des Europäische Betriebsräte-Gesetzes**

Die am 19. März 2022 ausgelaufene Möglichkeit, nach § 41b des Europäische Betriebsräte-Gesetzes (EBRG) Sitzungen und Beschlussfassungen des besonderen Verhandlungsgremiums, des Europäischen Betriebsrats oder

einer Arbeitnehmervertretung im Sinne des § 19 EBRG mittels Video- und Telefonkonferenz durchführen zu können, soll aufgrund der hohen Inzidenz an COVID-19-Infektionen und der unsicheren Entwicklung des Pandemiegeschehens im Herbst und Winter 2022/2023 wieder eröffnet werden.

Die Regelung trägt der Situation um die COVID-19-Pandemie und den damit verbundenen Schwierigkeiten einer Präsenzsitzung Rechnung. Sie schafft Rechtssicherheit und ermöglicht es den genannten Gremien, Sitzungen und Beschlussfassungen mittels Video- und Telefonkonferenz durchführen zu können. Dabei können sowohl einzelne teilnahmeberechtigte Personen zugeschaltet werden als auch die Sitzung ausschließlich als Video- und Telefonkonferenz durchgeführt werden. Es muss sichergestellt sein, dass unbefugte Dritte vom Inhalt der Sitzung keine Kenntnis nehmen können. Dies umfasst technische Maßnahmen wie zum Beispiel eine Verschlüsselung der Verbindung und organisatorische Maßnahmen wie die Nutzung eines nichtöffentlichen Raumes während der Dauer der Sitzung. Die zugeschalteten Sitzungsteilnehmer können zum Beispiel zu Protokoll versichern, dass nur teilnahmeberechtigte Personen in dem von ihnen genutzten Raum anwesend sind. Sobald nicht teilnahmeberechtigte Personen den Raum betreten, ist hierüber unverzüglich zu informieren. Aufzeichnungen sind aus Gründen des Persönlichkeitsschutzes der Teilnehmer und zur Wahrung der Nichtöffentlichkeit der Sitzung nicht zulässig.

Soweit mit dieser Regelung elektronische Kommunikationsmöglichkeiten eröffnet werden, sind diese auch für Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer mit Behinderung barrierefrei zugänglich und nutzbar zu machen.

Die Regelung wird bis zum 7. April 2023 befristet. Eine Möglichkeit der Verlängerung durch Beschluss des Deutschen Bundestages ist nicht vorgesehen. § 41b Absatz 2 EBRG wird deshalb aufgehoben.

#### **Zu Artikel 6g – Änderung des SE-Beteiligungsgesetzes**

Mit der Änderung wird die am 19. März 2022 ausgelaufene Möglichkeit für den SE-Betriebsrat, Sitzungen und Beschlussfassungen im Rahmen der Unterrichtung und Anhörung mittels Video- und Telefonkonferenz durchzuführen, aus Anlass der COVID-19-Pandemie und zur Sicherstellung der Funktionsfähigkeit dieser Gremien in der Pandemielage befristet wieder vorgesehen. Die Ausführungen zu Artikel 6d (Änderung des EBRG) zur Video- und Telefonkonferenz und Vertraulichkeit gelten entsprechend.

Die Regelung wird bis zum 7. April 2023 befristet. Eine Möglichkeit der Verlängerung durch Beschluss des Deutschen Bundestages ist nicht vorgesehen. § 48 Absatz 2 des SE-Beteiligungsgesetzes wird deshalb aufgehoben.

#### **Zu Artikel 6h – Änderung des SCE-Beteiligungsgesetzes**

Mit der Änderung wird die am 19. März 2022 ausgelaufene Möglichkeit für den SCE-Betriebsrat, Sitzungen und Beschlussfassungen im Rahmen der Unterrichtung und Anhörung mittels Video- und Telefonkonferenz durchzuführen, aus Anlass der COVID-19-Pandemie und zur Sicherstellung der Funktionsfähigkeit dieser Gremien in der Pandemielage befristet wieder vorgesehen. Die Ausführungen zu Artikel 6d (Änderung des EBRG) zur Video- und Telefonkonferenz und Vertraulichkeit gelten entsprechend.

Die Regelung wird bis zum 7. April 2023 befristet. Eine Möglichkeit der Verlängerung durch Beschluss des Deutschen Bundestages ist nicht vorgesehen. § 50 Absatz 2 des SCE-Beteiligungsgesetzes wird deshalb aufgehoben.

#### **Zu Artikel 6i – Änderung des Heimarbeitsgesetzes**

Die mit dem Gesetz zur Stärkung der Impfprävention gegen COVID-19 und zur Änderung weiterer Vorschriften im Zusammenhang mit der COVID-19-Pandemie (BGBl. 2021 I S. 5162) eingeführte Regelung des § 4 Absatz 3 Satz 4 des Heimarbeitsgesetzes (HAG) ermöglichte Sitzungen und Beschlussfassungen der Heimarbeitsausschüsse mittels Video- und Telefonkonferenz. Die Regelung soll aufgrund der hohen Inzidenz an COVID-19-Infektionen und der unsicheren Entwicklung des Pandemiegeschehens im Herbst und Winter 2022/2023 wieder eröffnet werden.

Die Regelung trägt der Situation um die fortdauernde COVID-19-Pandemie und den damit verbundenen Schwierigkeiten einer Präsenzsitzung Rechnung. Sie schafft Rechtssicherheit und ermöglicht es den Heimarbeitsausschüssen für einen begrenzten Zeitraum, Sitzungen und Beschlussfassungen auch mittels Video- und Telefonkonferenz durchführen zu können. Dabei können sowohl einzelne teilnahmeberechtigte Personen zugeschaltet werden als auch die Sitzung ausschließlich als Video- und Telefonkonferenz mit den teilnahmeberechtigten Personen durchgeführt werden, soweit kein Mitglied des Heimarbeitsausschusses dem Vorschlag der bzw. des Vorsitzenden unverzüglich widerspricht. Die an der Beratung und Abstimmung Teilnehmenden haben sicherzustellen, dass Dritte vom Inhalt der Sitzung keine Kenntnis nehmen können. Dies umfasst technische Maßnahmen wie zum Beispiel eine Verschlüsselung der Verbindung und organisatorische Maßnahmen wie die Nutzung eines nichtöffentlichen Raumes während der Dauer der Sitzung. Die zugeschalteten Sitzungsteilnehmer können zum Beispiel zu Protokoll versichern, dass nur teilnahmeberechtigte Personen in dem von ihnen genutzten Raum anwesend sind. Sobald nicht teilnahmeberechtigte Personen den Raum betreten, ist hierüber unverzüglich zu informieren. Die Nutzung von Video- und Telefonkonferenzen tritt für einen begrenzten Zeitraum als zusätzliche Option neben die hergebrachte Durchführung von Sitzungen unter physischer Anwesenheit der Teilnehmer vor Ort als Regelfall.

Die Regelung wird bis zum 7. April 2023 befristet. Eine Möglichkeit der Verlängerung durch Beschluss des Deutschen Bundestages ist nicht vorgesehen. § 4 Absatz 3 Satz 5 HAG wird deshalb aufgehoben.

#### **Zu Artikel 6j – Änderung des Gesundheitsversorgungs- und Pflegeverbesserungsgesetzes**

Die Geltungsdauer der bislang bis zum 31. Dezember 2022 befristeten § 79 Absatz 3e, § 279 Absatz 9 sowie des Verweises in § 217b Absatz 1 Satz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) auf § 64 Absatz 3a des Vierten Buches Sozialgesetzbuch, geregelt mit dem Gesetz zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung und Pflege vom 22. Dezember 2020 (BGBl. I S. 3299), wird bis zum 31. Dezember 2023 verlängert. Mit der Änderung soll den Selbstverwaltungsorganen der Kassenärztlichen Vereinigungen und ihrer Bundesvereinigungen, der Medizinischen Dienste, des Medizinischen Dienstes Bund sowie des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen angesichts der fortdauernden COVID-19-Pandemie befristet weiterhin eine erleichterte schriftliche Beschlussfassung ermöglicht werden.

#### **Zu Artikel 6k – Änderung des Arbeitsschutzgesetzes**

Die Verlängerung der Verordnungsermächtigung, die Maßnahmen des betrieblichen Infektionsschutzes vorsehen kann, ist erforderlich, um rechtzeitig Maßnahmen vorzuschreiben, die Infektionseinträge in die Unternehmen wirksam verhindern, um die Gesundheit der Beschäftigten zu schützen. Sollte die Entwicklung der aktuellen Corona-Infektionen anhalten, wird Deutschland mit einer deutlich höheren Belastung der Intensivstationen/Krankenhäuser in den Herbst/Winter starten als in den bisherigen Jahren. Die Verbreitung des sehr ansteckenden Subtypus BA.5 der Variante Omikron des Coronavirus SARS-CoV-2 hebt momentan den saisonalen Sommereffekt auf, so dass in Deutschland eine hohe Infektionslast festgestellt wird.

Das Hauptproblem für die Krankenhäuser und Wirtschaftsunternehmen ist aktuell der relativ hohe Ausfall von Personal durch SARS-CoV-2-infizierte Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. Stellungnahmen zu der möglichen Entwicklung einer Herbstwelle enthalten in der Regel die Prognose, dass mit einem erheblichen Beschäftigtenausfall (zum Beispiel in KRITIS) zu rechnen ist.

Bei Bedarf muss es weiterhin möglich sein, durch rechtzeitiges und rasches Einleiten betrieblicher Infektionsschutzmaßnahmen die Gesundheit der Beschäftigten zu schützen und ungestörte Betriebsabläufe sicherzustellen.

#### **Zu Artikel 8 – Änderung der Coronavirus-Impfverordnung**

##### **Zu Nummer 1 (§ 4 CoronaImpfV)**

Der Änderung des § 13 Absatz 5 Satz 1 Nummer 10 IfSG folgend werden in § 4 Absatz 1 Satz 1 Nummer 7 der Coronavirus-Impfverordnung die Wörter „Beginn oder Abschluss der Impfserie (Erst-, Folge- oder Auffrischimp-

fung)“ durch die Wörter „die genaue Stellung der Impfung in der Impfserie“ ersetzt. Für die COVID-19-Impfungen reicht die Angabe des Beginns und Abschlusses der Impfserie nicht mehr aus, da der Abschluss nicht klar definiert ist (Grundimmunisierung bestehend aus zwei Impfungen, eine oder gegebenenfalls mehrere Auffrischimpfungen). Durch die Anpassungen soll eine einfache Zählung der durchgeführten Impfungen ermöglicht werden.

#### **Zu Nummer 2 (§§ 7, 17 CoronaImpfV)**

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 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch und § 13 Absatz 5 Satz 2 erlassenen Verordnung wird bis 31. Dezember 2022 verlängert. Gegenüber dem Gesetzentwurf ergibt sich keine Änderung, die Aufnahme hier ist rechtsförmlich bedingt. Der beim Bundesamt für Soziale Sicherung durch die Verlängerung der Verordnung entstehende Mehraufwand wird gemäß § 271 Absatz 7 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch aus den Einnahmen des Gesundheitsfonds gedeckt.

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.

#### **Zu Artikel 8a – Änderung der SARS-CoV-2-Arzneimittelversorgungsverordnung**

Der Änderung von § 5 Absatz 4 Satz 2 Nummer 3 IfSG folgend wird die Geltung der SARS-CoV-2-Arzneimittelversorgungsverordnung bis 7. April 2023 verlängert. Damit werden bewährte Instrumente zur Sicherstellung der Arzneimittelversorgung für den Fall einer über den 25. November 2022 hinaus fortbestehenden Pandemielage verfügbar gehalten, insbesondere zur Versorgung von Risikogruppen mit Präexpositionsprophylaxe. Durch die Verlängerung wird zudem die Versorgung mit den vom Bund bereits beschafften zugelassenen antiviralen Arzneimitteln zur Behandlung von COVID-19-Erkrankungen bis zum 7. April 2023 sichergestellt. Damit kann dazu beigetragen werden, schwere Krankheitsverläufe und Todesfälle zu vermeiden und eine Überlastung der Krankenhäuser zu verhindern bzw. zu verringern. 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). Der beim Bundesamt für Soziale Sicherung durch die Verlängerung der Verordnung entstehende Mehraufwand wird gemäß § 271 Absatz 7 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch aus den Einnahmen des Gesundheitsfonds gedeckt.

#### **Zu Artikel 8b – Änderung der Medizinischer Bedarf Versorgungssicherstellungsverordnung**

Der Änderung von § 5 Absatz 4 Satz 2 Nummer 4 IfSG folgend wird die Geltung der auf Grund von § 5 Absatz 2 Satz 1 Nummer 4 Buchstabe a, b und c in Verbindung mit Absatz 3 Satz 2 IfSG erlassenen Verordnung bis 31. Dezember 2023 verlängert. Damit werden bewährte Instrumente zur Sicherstellung des medizinischen Bedarfs für den Fall einer über den 25. November 2022 hinaus fortbestehenden Pandemielage verfügbar gehalten, insbesondere zur Beschaffung und zum Inverkehrbringen von Impfstoffen und antiviralen Arzneimitteln. 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). Der Einsatz von antiviralen Arzneimitteln, die zentral von BMG beschafft wurden, ist mit Blick auf das derzeitige und voraussichtlich im Herbst/Winter 2022/2023 eintretende Infektionsgeschehen zwingend erforderlich. Die niedrigschwellige zur Verfügung Stellung dieser Arzneimittel kann maßgeblich dazu beitragen, die Hospitalisierungsrate auf ein Maß zu begrenzen, das höchstwahrscheinlich eine Überlastung der Krankenhäuser verhindert bzw. verringert. Die Beschaffungsverträge für Impfstoffe gegen COVID-19 laufen noch bis mindestens Ende 2023, weswegen die Beschaffung und Verteilung der Impfstoffe auf Grundlage der Medizinischer Bedarf Versorgungssicherstellungsverordnung für diesen Zeitraum erforderlich ist. Die Medizinischer Bedarf Versorgungssicherstellungsverordnung regelt die Rechtsgrundlagen für die Beschaffung und das Inverkehrbringen von COVID-19-Arzneimitteln durch das BMG, insbesondere Ausnahmen von arzneimittelrechtlichen Vorschriften, um das Inverkehrbringen der vom BMG beschafften Arzneimittel zu ermöglichen. Durch die Verlängerung der Medizinischer Bedarf Versorgungssicherstellungsverordnung entstehen keine haushaltsrelevanten Mehrausgaben. Die durch Transport und Verteilung der Arzneimittel entstehenden Kosten und Vergütungsansprüche beruhen nicht auf der Medizinischer

Bedarf Versorgungssicherstellungsverordnung, sondern auf Vergütungsregelungen in der SARS-CoV-2-Arzneimittelversorgungsverordnung, der Monoklonale-Antikörper-Verordnung und der Coronavirus-Impfverordnung.

### **Zu Artikel 8c – Änderung der Monoklonale-Antikörper-Verordnung**

Die Verlängerung der Geltungsdauer erfolgt insbesondere vor dem Hintergrund, dass die vom Bundesministerium bereits beschafften Arzneimittel auch über den 25. November 2022 weiterhin abgegeben werden können müssen. Anderenfalls müssten die noch nicht abgegebenen Arzneimittel zu diesem Datum vernichtet werden. Der beim Bundesamt für Soziale Sicherung durch die Verlängerung der Verordnung entstehende Mehraufwand wird gemäß § 271 Absatz 7 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch aus den Einnahmen des Gesundheitsfonds gedeckt.

### **Zu Artikel 8d – Einschränkung von Grundrechten**

Durch die neu gefassten bzw. angepassten §§ 28, 28a, 28b, 32 und 35 des Infektionsschutzgesetzes werden die Grundrechte der körperlichen Unversehrtheit, der Freiheit der Person, der Versammlungsfreiheit, der Freizügigkeit und der Unverletzlichkeit der Wohnung eingeschränkt. Gleiches gilt für die Verlängerung der Regelung des § 36 Absatz 12.

### **Zu Artikel 9 – Inkrafttreten**

#### **Zu Absatz 1**

Dieses Gesetz tritt vorbehaltlich der Absätze 2 bis 6 am Tage nach der Verkündung in Kraft.

#### **Zu Absatz 2**

Artikel 1a (Neufassung des § 28b, Änderung des § 73 Absatz 1a, Änderung des § 77 Absatz 6 zur weiteren Anwendung des § 28b Absatz 1 und des § 73 Absatz 1a Nummer 11b in ihrer bis zum 23. September 2022 geltenden Fassung bis zum 30. September 2022 und Aufhebung des § 77 Absatz 7) tritt am 24. September 2022 in Kraft.

#### **Zu Absatz 3**

Artikel 1b (Aufhebung von § 28a Absatz 7 bis 10 sowie des durch Artikel 1a Nummer 4 Buchstabe a neu gefassten § 77 Absatz 6) tritt am 1. Oktober 2022 in Kraft.

#### **Zu Absatz 4**

Artikel 2 Nummer 1d und 1e tritt am 24. September 2022 in Kraft. Damit wird ein nahtloser Übergang zur bis zum Ablauf des 23. September 2022 bestehenden Regelungen ermöglicht.

§ 45 Absatz 2a und 2b SGB V wird nach aktueller Rechtslage am 1. Januar 2023 aufgehoben. Die in Absatz 4 vorgesehene Regelung stellt sicher, dass die Nachfolgeregelung unmittelbar im Anschluss in Kraft tritt. Die Änderungen im SGB III treten parallel dazu in Kraft.

#### **Zu Absatz 5**

Absatz 5 regelt ein von Absatz 1 abweichendes Inkrafttreten für Artikel 3a Nummer 3. Nummer 3 tritt am 1. Januar 2023 in Kraft, um einen nahtlosen Anschluss an die mit dem Gesetz zur Zahlung eines Bonus für Pflegekräfte in Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen (Pflegebonusgesetz) vom 28. Juni 2022 bis zum 31. Dezember 2022 verlängerten Regelungen sicherzustellen.

#### **Zu Absatz 6**

Der Hemmungstatbestand in § 10 StPOEG soll sofort nach seiner Verkündung in Kraft treten. Die Regelung zu seiner Aufhebung soll am 8. April 2023 in Kraft treten.

Berlin, den 6. September 2022

**Heike Baehrens**  
Berichterstatterin

**Tino Sorge**  
Berichterstatter

**Dr. Janosch Dahmen**  
Berichterstatter

**Christine Aschenberg-Dugnus**  
Berichterstatterin

**Martin Sichert**  
Berichterstatter

**Kathrin Vogler**  
Berichterstatterin