

# **Entwurf einer Formulierungshilfe für die Bundestagsfraktionen der SPD, von BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und der FDP für ein aus der Mitte des Deutschen Bundestages einzubringendes**

## **Gesetz zur Stärkung der Impfprävention gegen COVID-19**

### **A. Problem und Ziel**

Die Coronavirus-Krankheit-2019 (COVID-19) gehört zu den ansteckendsten Infektionskrankheiten des Menschen. Alle Bevölkerungsteile sind in Deutschland von der Infektion mit dem Coronavirus-SARS-CoV-2 betroffen.

Zur Prävention stehen gut verträgliche hochwirksame Impfstoffe zur Verfügung. Impfungen schützen nicht nur das Individuum gegen die Erkrankung, sondern sie verhindern gleichzeitig die Weiterverbreitung der Krankheit in der Bevölkerung, wenn die erreichte Immunisierung durch Impfungen in der Bevölkerung hoch genug ist. Weltweit wird das Ziel verfolgt, durch die Immunisierung einen ausreichenden Schutz der Bevölkerung gegen das Coronavirus SARS-CoV-2 zu erreichen, sodass zugleich bevölkerungsbezogene Schutzmaßnahmen nicht mehr erforderlich sind. Um eine problematische Zirkulation des Coronavirus-SARS-CoV-2 zu verhindern, ist eine hohe Impfquote erforderlich. Aufgrund der Delta-Variante sollten laut aktuellen Berechnungen des Robert-Koch-Instituts (RKI) mindestens 85 Prozent der 12- bis 59-Jährigen und 90 Prozent der Senioren ab 60 Jahren vollständig geimpft sein. Deutschland hat die entsprechenden Impfquoten bislang nicht erreicht.

Obwohl medizinischem Personal sowie Pflegepersonal bereits zu Beginn der Impfkampagne ein Impfangebot unterbreitet wurde, bestehen in diesen Einrichtungen nach mehrmonatiger Impfkampagne noch relevante Impflücken. Schätzungen zur Impfquote bei medizinischem Personal und Pflegepersonal aus der COVIMO-Studie (8. Welle, Erhebungszeitraum: 08.09. - 15.10.21, Bericht online verfügbar unter: [www.rki.de/covimo](http://www.rki.de/covimo)) legen nahe, dass die Impfquote bei diesen Personengruppen vergleichbar ist mit derjenigen in der Allgemeinbevölkerung, hier also ebenfalls noch relevante Impflücken bestehen (88 % [95 % KI: 84; 93] für medizinisches Personal und Pflegepersonal, 87 % [95 % KI: 85; 89] für Berufsgruppen ohne besonderes Ansteckungsrisiko). Im Rahmen eines vom RKI in 165 nicht repräsentativen Altenpflegeheimen durchgeführten Monitorings waren nach vorläufigen Berechnungen 83 % [95 % KI: 82; 84] aller Beschäftigten und 82 % [95 % KI: 81; 83] der Beschäftigten mit engem Kontakt zu Bewohnenden vollständig gegen COVID-19 geimpft. Acht (5 %) der Altenpflegeheime hatten eine Impfquote aller Beschäftigten unter 50 % (Stand: 23.11.21., bislang nicht publizierte Daten).

Durch eine sehr hohe Impfquote bei Personen, die in bestimmten Einrichtungen und Unternehmen Kontakt zu besonders vulnerablen Personengruppen haben können, wird das Risiko gesenkt, dass sich diese Personengruppen mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 infizieren können. Im Vergleich zu nicht geimpften Personen sinkt das Ansteckungspotential in erheblichem Ausmaß. Das gilt auch gegenüber geimpften vulnerablen Personen, da eine Schutzimpfung gerade bei älteren und immunsupprimierten Personen nicht immer einer Infektion verhindert.

### **B. Lösung**

Zum Schutz der öffentlichen Gesundheit wird vorgesehen, dass Personen in bestimmten Einrichtungen und Unternehmen entweder einen ausreichenden Impfschutz gegen das

Coronavirus SARS-CoV-2 oder aber eine durch Genesung erworbene Immunisierung gegen das Coronavirus aufweisen müssen.

Aus medizinisch-epidemiologischer Sicht ist eine sehr hohe Impfquote in Settings, in denen Beschäftigte Kontakt zu vulnerablen Personengruppen haben, essentiell. Die Impfung reduziert das Risiko sich an SARS-CoV-2 anzustecken und andere Menschen mit SARS-CoV-2 zu infizieren substanziell. Beschäftigte in den genannten Einrichtungen können durch eine Impfung dazu beitragen, das Risiko für sich selbst und die vulnerablen Personen so weit wie möglich zu reduzieren.

Für Personen, die eine Tätigkeit in einem Krankenhaus, in stationären Pflegeeinrichtungen oder Einrichtungen der Eingliederungshilfe oder in ambulanten Pflegediensten oder Diensten der ambulanten Eingliederungshilfe aufnehmen wollen, wird daher ab dem 1. Januar 2022 vorgesehen, dass diese entweder geimpft oder genesen sein müssen. Die Anforderungen an die erforderliche Impf- und Genesenendokumentation richten sich nach § 3 Nummer 3 und 5 der COVID-19-Schutzmaßnahmen-Ausnahmenverordnung. Für vor dem 1. Januar 2022 bereits bestehende Beschäftigungen ist die Vorlagepflicht bis zum Ablauf des 31. März 2022 bei der Leitung der Einrichtung oder des Unternehmens zu erfüllen.

Die Durchführung der Schutzimpfung selbst kann nicht durch unmittelbaren Zwang durchgesetzt werden. Es werden jedoch Bußgeldbewehrungen vorgesehen.

Wenn die Vorlage eines gültigen Nachweises nicht oder nicht rechtzeitig erfolgt, ist die Aufnahme einer Beschäftigung in den betroffenen Einrichtungen und Unternehmen ausgeschlossen. Bei am 1. Januar 2022 bereits bestehenden Beschäftigung kann das Gesundheitsamt im Einzelfall ein Betretungsverbot aussprechen.

Für Pflegekräfte und andere Beschäftigte auf Intensivstationen stellt die Versorgung von mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 infizierten Patientinnen und Patienten eine besondere Herausforderung dar. § 26e des Gesetzes zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser und zur Regelung der Krankenhauspflegesätze (Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG)) trifft eine Regelung, um Intensiv-Pflegekräften und anderen Beschäftigten auf Intensivstationen in Krankenhäusern, die besonders viele mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 infizierten Patientinnen und Patienten zu versorgen hatten, eine Prämie als finanzielle Anerkennung zu Teil werden zu lassen.

## **C. Alternativen**

Keine.

## **D. Haushaltsausgaben ohne Erfüllungsaufwand**

### Bund, Länder und Gemeinden

Der Gesetzentwurf bezweckt eine zusätzliche Steigerung der Impfquote unter den in bestimmten Einrichtungen und Unternehmen tätigen Personen. Durch den Gesetzentwurf werden unmittelbar keine zusätzlichen, über den Anspruch auf Schutzimpfung nach der Coronavirus-Impfverordnung hinausgehenden Kosten geschaffen.

### Gesetzliche Krankenversicherung

Gleichzeitig geht mit der Verbesserung der Impfprävention eine Verhütung von Infektionen mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 einher. Dadurch werden Kosten für Krankenbehandlungen in nicht quantifizierbarer Höhe vermieden.

Dem GKV-Spitzenverband entstehen Kosten für die Entgegennahme und Weiterleitung der Prämienbeträge an die prämiensberechtigten Krankenhäuser sowie für die Erstellung des Abschlussberichts in Höhe von rund 6 000 Euro (zwei Mitarbeiter, jeweils acht Stunden an sechs Tagen bei einem Kostensatz von 64 Euro je Stunde). Dem Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS) entstehen geringe, nicht quantifizierbare Kosten für die einmalige Auszahlung der Mittel in Höhe von xxx Millionen Euro an den GKV-Spitzenverband und gegebenenfalls die Rückzahlung eines Teilbetrages an den Bundeshaushalt nach Absatz 4 Satz 5.

Dem Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) entsteht einmaliger Erfüllungsaufwand für die Ermittlung der für die Prämienzahlungen anspruchsberechtigten Krankenhäuser und des ihnen jeweils zustehenden Prämienvolumens. Die dafür zugrunde gelegten Daten liegen dem InEK vor und wurden im Rahmen der Routineaufgaben und der Aufgaben, die sich für das InEK aus dem Zweiten Gesetz zum Schutz der Bevölkerung bei einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite vom 19. Mai 2020 (BGBl. I S. 1018) ergeben, bereits plausibilisiert. Für die erforderliche Ermittlung der anspruchsberechtigten Krankenhäuser, die Berechnung des ihnen jeweils zustehenden Prämienvolumens sowie für die Veröffentlichung der Ergebnisse auf der Internetseite des InEK benötigen zwei Beschäftigte jeweils zwölf Stunden bei einem Kostensatz von 64 Euro, so dass ein Erfüllungsaufwand von etwa 1 500 Euro entsteht.

## **E. Erfüllungsaufwand**

### **E.1 Erfüllungsaufwand für Bürgerinnen und Bürger**

Für die Bürgerinnen und Bürger entsteht Erfüllungsaufwand durch die Vorlagepflicht von Impf- oder Genesenennachweisen. Diese Nachweise werden auch für viele weitere Bereiche des täglichen Lebens benötigt und dürften in der überwiegenden Zahl der Fälle bereits vorliegen. Des Weiteren ist zu berücksichtigen, dass die Impfdokumentation Teil der Impfungsleistung ist, die bundesweit niedrighschwellig angeboten wird. Daher besteht ein allenfalls geringfügiger Erfüllungsaufwand.

Für die Bürgerinnen und Bürger entsteht durch Artikel 2 kein Erfüllungsaufwand.

### **E.2 Erfüllungsaufwand für die Wirtschaft**

Allen Gesundheitseinrichtungen und anderen erfassten Einrichtungen und Unternehmen entsteht Erfüllungsaufwand durch die Anforderung und Prüfung der vorzulegenden Nachweise sowie durch die Benachrichtigungen des Gesundheitsamts über säumige Personen in geringfügiger, nicht quantifizierbarer Höhe.

Davon Bürokratiekosten aus Informationspflichten

Keine.

### **E.3 Erfüllungsaufwand der Verwaltung**

Allen Gesundheitseinrichtungen und anderen erfassten Einrichtungen und Unternehmen in öffentlicher Trägerschaft entsteht Erfüllungsaufwand durch die Anforderung und Prüfung der vorzulegenden Nachweise sowie durch die Benachrichtigungen des Gesundheitsamts über säumige Personen in geringfügiger, nicht quantifizierbarer Höhe.

Den Gesundheitsämtern entsteht ein nicht quantifizierbarer Erfüllungsaufwand durch die Anforderung und Prüfung der vorzulegenden Nachweise. Den Gesundheitsämtern entsteht auf Grund des erforderlichen Vorgehens gegen säumige Personen und Einrichtungen insbesondere durch Verbotsverfügungen oder Bußgeldverfahren Erfüllungsaufwand in nicht quantifizierbarer Höhe, dem Einnahmen durch Bußgelder in ebenfalls nicht quantifizierbarer Höhe gegenüber stehen.

## **F. Weitere Kosten**

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

# Entwurf einer Formulierungshilfe für die Bundestagsfraktionen der SPD, von BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und der FDP für ein aus der Mitte des Deutschen Bundestages einzubringendes

## Gesetz zur Stärkung der Impfprävention gegen COVID-19

Vom ...

Der Bundestag hat das folgende Gesetz beschlossen:

### Artikel 1

#### Änderung des Infektionsschutzgesetzes

Das Infektionsschutzgesetz vom 20. Juli 2000 (BGBl. I S. 1045), das zuletzt durch Artikel 1 des Gesetzes vom 22. November 2021 (BGBl. I S. 4906) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. In der Inhaltsübersicht wird nach der Angabe zu § 20 folgende Angabe eingefügt:

„§ 20a Immunitätsnachweis gegen COVID-19“.

2. Nach § 20 wird folgender § 20a eingefügt:

#### „§ 20a

##### Immunitätsnachweis gegen COVID-19

(1) Folgende Personen, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, müssen entweder geimpfte oder genesene Personen im Sinne des § 2 Nummer 2 oder Nummer 4 der COVID-19-Schutzmaßnahmen-Ausnahmenverordnung vom 8. Mai 2021 (BAnz AT 08.05.2021 V1) sein:

1. Personen, die in Einrichtungen nach § 23 Absatz 3 Satz 1 Nummer 1 tätig sind, und
2. Personen, die in Einrichtungen und Unternehmen nach § 23 Absatz 3 Satz 1 Nummer 11 oder nach § 36 Absatz 1 Nummer 2 oder 7 tätig sind.

§ 20 Absatz 8 Satz 4 gilt entsprechend.

(2) Personen, die in Einrichtungen oder Unternehmen nach § 23 Absatz 3 Satz 1 Nummer 1 oder 11 oder § 36 Nummer 2 oder 7 tätig werden sollen, haben der Leitung der jeweiligen Einrichtung vor Beginn ihrer Tätigkeit folgenden Nachweis vorzulegen:

1. einen Impfnachweis im Sinne des § 2 Nummer 3 der COVID-19-Schutzmaßnahmen-Ausnahmenverordnung vom 8. Mai 2021 (BAnz AT 08.05.2021 V1),

2. einen Genesenennachweis im Sinne des § 2 Nummer 5 der COVID-19-Schutzmaßnahmen-Ausnahmenverordnung vom 8. Mai 2021 (BANz AT 08.05.2021 V1), oder
3. ein ärztliches Zeugnis darüber, dass sie aufgrund einer medizinischen Kontraindikation nicht gegen die Coronavirus-Krankheit-2019 (COVID-19) geimpft werden können.

§ 20 Absatz 9 Satz 2, 6 bis 8 gilt entsprechend.

(3) Personen, die am 1. Januar 2022 bereits in Einrichtungen oder Unternehmen nach § 23 Absatz 3 Satz 1 Nummer 1 oder 11 oder § 36 Nummer 2 oder 7 tätig sind, haben der Leitung der jeweiligen Einrichtung einen Nachweis nach Absatz 2 Satz 1 bis zum Ablauf des 31. März 2022 vorzulegen. Satz 1 gilt entsprechend, wenn ein Nachweis nach Absatz 2 Satz 1 seine Gültigkeit verloren hat. § 20 Absatz 9 Satz 2 und 4 findet mit der Maßgabe entsprechende Anwendung, dass eine Benachrichtigung des zuständigen Gesundheitsamtes und eine Übermittlung personenbezogener Angaben immer zu erfolgen hat, wenn der Nachweis nach Absatz 2 Satz 1 nicht bis zum Ablauf des 31. März 2022 vorgelegt wird oder ein solcher Nachweis seine Gültigkeit verloren hat, ohne dass ein neuer Nachweis nach Absatz 2 Satz 1 vorgelegt wurde.

(4) Personen nach Absatz 1 Satz 1 haben dem Gesundheitsamt, in dessen Bezirk sich die jeweilige Einrichtung befindet, auf Anforderung einen Nachweis nach Absatz 2 Satz 1 vorzulegen. Das Gesundheitsamt kann einer Person, die trotz der Anforderung nach Satz 1 keinen Nachweis innerhalb einer angemessenen Frist vorlegt, untersagen, dass sie die dem Betrieb einer in Absatz 1 Satz 1 genannten Einrichtung oder eines in Absatz 1 Satz 1 genannten Unternehmens dienenden Räume betritt oder in einer solchen Einrichtung tätig wird. Widerspruch und Anfechtungsklage gegen ein vom Gesundheitsamt nach Satz 2 erteiltes Verbot haben keine aufschiebende Wirkung.

(5) Durch die Absätze 1 bis 4 wird das Grundrecht der körperlichen Unversehrtheit (Artikel 2 Absatz 2 Satz 1 des Grundgesetzes) eingeschränkt.“

3. In § 73 Absatz 1a werden nach der Nummer 7d folgende Nummern 7e bis 7h eingefügt:

„7e. entgegen § 20a Absatz 2 Satz 2 in Verbindung mit 20 Absatz 9 Satz 6 oder Satz 7 eine Person beschäftigt oder in einer dort genannten Einrichtung tätig wird,

7f. entgegen § 20a Absatz 3 Satz 3 in Verbindung mit § 20 Absatz 9 Satz 4 Nummer 1, eine Benachrichtigung nicht, nicht richtig, nicht vollständig oder nicht rechtzeitig vornimmt,

7g. entgegen § 20a Absatz 4 Satz 1 einen Nachweis nicht, nicht richtig, nicht vollständig oder nicht rechtzeitig vorlegt,

7h. einer vollziehbaren Anordnung nach § 20a Absatz 4 Satz 2 zuwiderhandelt,“.

## Artikel 2

### **Änderung des Gesetzes zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser und zur Regelung der Krankenhauspflegesätze**

Das Krankenhausfinanzierungsgesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 10. April 1991 (BGBl. I S. 886), das zuletzt durch Artikel 20e des Gesetzes vom 22. November 2021 (BGBl. I S. 4906) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. In der Inhaltsübersicht wird nach der Angabe zu § 26d folgende Angabe eingefügt:

„§ 26e Sonderleistung an Pflegekräfte auf Intensivstationen aufgrund von besonderen Belastungen durch die SARS-CoV-2-Pandemie“.

2. Nach § 26d wird folgender § 26e eingefügt:

#### „§ 26e

Sonderleistung an Pflegekräfte auf Intensivstationen aufgrund von besonderen Belastungen durch die SARS-CoV-2-Pandemie

(1) Zugelassene Krankenhäuser, die ihre Leistungen nach dem Krankenhausentgeltgesetz abrechnen und die im Zeitraum vom 1. Januar 2021 bis zum 30. September 2021 durch die voll- oder teilstationäre Behandlung von mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 infizierten Patientinnen und Patienten besonders belastet waren, haben für ihre Pflegekräfte auf Intensivstationen, soweit diese durch die Versorgung von mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 infizierten Patientinnen und Patienten einer erhöhten Arbeitsbelastung ausgesetzt waren, Anspruch auf eine Auszahlung aus den in Absatz 3 Satz 1 genannten Mitteln, mit der sie diesen Beschäftigten eine Prämie als einmalige Sonderleistung zu zahlen haben. Als besonders belastet gelten Krankenhäuser mit weniger als 500 Betten mit mindestens 20 voll- oder teilstationär behandelten Patientinnen und Patienten, die mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 infiziert waren, sowie Krankenhäuser ab 500 Betten mit mindestens 50 voll- oder teilstationär behandelten Patientinnen und Patienten, die mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 infiziert waren. Unter den nach den Sätzen 1 und 2 anspruchsberechtigten Krankenhäusern werden xxx Millionen Euro nach der Anzahl der im Jahr 2019 beschäftigten Pflegekräfte in der unmittelbaren Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen, umgerechnet in Vollkräfte, verteilt. Weitere xxx Millionen Euro werden unter den nach den Sätzen 1 und 2 anspruchsberechtigten Krankenhäusern verteilt, in denen im Zeitraum nach Satz 1 mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 infizierte Patientinnen und Patienten mehr als 48 Stunden gemäß der Anlage zur Vereinbarung über die Übermittlung von Daten nach § 21 Absatz 4 und Absatz 5 des Krankenhausentgeltgesetzes – Version 2020 für das Datenjahr 2019, Fortschreibung vom 4. Dezember 2019 – beatmet wurden; die Anspruchshöhe wird nach der Anzahl dieser Fälle im jeweiligen Krankenhaus bemessen. Der jedem anspruchsberechtigten Krankenhaus nach Maßgabe der Sätze 3 und 4 zustehende Betrag wird durch das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus auf der Grundlage der Daten ermittelt, die dem Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus nach § 21 Absatz 3b Satz 1 Nummer 2 des Krankenhausentgeltgesetzes sowie nach § 21 Absatz 2 Nummer 1 Buchstabe e des Krankenhausentgeltgesetzes zur Verfügung stehen. Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus veröffentlicht für jedes anspruchsberechtigte Krankenhaus unter Angabe des Namens und des Kennzeichens nach § 293 Absatz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch das Prämienvolumen nach den Sätzen 3 und 4 bis zum 10. Januar 2022 barrierefrei auf seiner Internetseite.

(2) Die Auswahl der Prämienempfängerinnen und Prämienempfänger sowie die Bemessung der individuellen Prämienhöhe entsprechend der Belastung durch die Versorgung von mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 infizierten Patientinnen und Patienten obliegt dem Krankenhausträger im Einvernehmen mit der Arbeitnehmervertretung. Anspruchsberechtigt sind neben den auf einer Intensivstation tätigen Pflegekräften auch weitere auf einer Intensivstation Beschäftigte; dies gilt nicht für Ärztinnen und Ärzte.

(3) Zur Finanzierung der Prämien nach Absatz 1 zahlt das Bundesamt für Soziale Sicherung einen Betrag von xxx Millionen Euro bis zum 15. Februar 2022 aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds an den Spitzenverband Bund der Krankenkassen. Der Bund erstattet den Betrag nach Satz 1 unverzüglich an die Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen leitet den Betrag

nach Satz 1 auf Grundlage der Veröffentlichung nach Absatz 1 Satz 6 an die anspruchsberechtigten Krankenhäuser weiter. Nach Abschluss der Zahlungen nach Satz 3 übermittelt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen dem Bundesministerium für Gesundheit bis zum 30. September 2022 eine krankenhausbegogene Aufstellung der ausgezahlten Mittel.

(4) Die Krankenhausträger haben die Prämien nach Absatz 2 bis zum 30. Juni 2022 an die Beschäftigten nach Absatz 2 auszuführen. Den Vertragsparteien nach § 18 Absatz 2 Nummer 1 oder Nummer 2 und dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen ist bis zum 30. September 2023 eine Bestätigung des Jahresabschlussprüfers über die zweckentsprechende Verwendung der Mittel vorzulegen. Werden die Bestätigungen nicht oder nicht vollständig vorgelegt oder wurden die Mittel nicht zweckentsprechend verwendet, ist der entsprechende Betrag bis zum 30. November 2023 an den Spitzenverband Bund der Krankenkassen zurückzuführen. Dieser leitet die Beträge nach Satz 3 unverzüglich an die Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds weiter. Das Bundesamt für Soziale Sicherung erstattet die Summe der Beträge nach Satz 4 bis zum 31. Januar 2024 aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds an den Bund. Soweit die Zahlungen nach Satz 1 zur Folge haben, dass der Betrag nach § 3 Nummer 11a des Einkommensteuergesetzes für Beschäftigte überschritten wird, können die Krankenhäuser auch Arbeitgeberanteile an den Sozialversicherungsbeiträgen für die Zahlungen nach Satz 1 aus den Mitteln nach Absatz 3 Satz 3 decken.

(5) Die nach Absatz 1 Satz 1 und 2 anspruchsberechtigten Krankenhäuser berichten dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen bis zum 30. September 2023 in anonymisierter Form über die Anzahl der Prämienempfängerinnen und Prämienempfänger, die jeweilige Prämienhöhe und die der Verteilung nach Absatz 2 zugrundeliegenden Kriterien. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen kann den Krankenhäusern weitere Vorgaben zum Inhalt der Berichte machen und erstellt auf der Grundlage der Berichte einen Abschlussbericht, den er bis zum 31. März 2024 dem Bundesministerium für Gesundheit vorlegt.“

### **Artikel 3**

#### **Inkrafttreten**

- (1) Dieses Gesetz tritt vorbehaltlich des Absatzes 2 am 1. Januar 2022 in Kraft.
- (2) Die Artikel 2 tritt am Tag nach der Verkündung in Kraft.

## **Begründung**

### **A. Allgemeiner Teil**

#### **I. Zielsetzung und Notwendigkeit der Regelungen**

Die Coronavirus-Krankheit-2019 (COVID-19) gehört zu den ansteckendsten Infektionskrankheiten des Menschen. Alle Bevölkerungsteile sind in Deutschland von der Infektion mit dem Coronavirus-SARS-CoV-2 betroffen.

Zur Prävention stehen gut verträgliche hochwirksame Impfstoffe zur Verfügung. Impfungen schützen nicht nur das Individuum gegen die Erkrankung, sondern sie verhindern gleichzeitig die Weiterverbreitung der Krankheit in der Bevölkerung, wenn die erreichte Immunisierung durch Impfungen in der Bevölkerung hoch genug ist. Weltweit wird das Ziel verfolgt, durch die Immunisierung einen ausreichenden Schutz der Bevölkerung gegen das Coronavirus SARS-CoV-2 zu erreichen, sodass zugleich bevölkerungsbezogene Schutzmaßnahmen nicht mehr erforderlich sind. Um eine problematische Zirkulation des Coronavirus-SARS-CoV-2 zu verhindern, ist eine hohe Impfquote erforderlich. Aufgrund der Delta-Variante sollten laut aktuellen Berechnungen des Robert-Koch-Instituts (RKI) mindestens 85 Prozent der 12- bis 59-Jährigen und 90 Prozent der Senioren ab 60 Jahren vollständig geimpft sein. Deutschland hat die entsprechenden Impfquoten bislang nicht erreicht.

Obwohl medizinischem Personal sowie Pflegepersonal bereits zu Beginn der Impfkampagne ein Impfangebot unterbreitet wurde, bestehen in diesen Einrichtungen nach mehrmonatiger Impfkampagne noch relevante Impflücken. Schätzungen zur Impfquote bei medizinischem Personal und Pflegepersonal aus der COVIMO-Studie (8. Welle, Erhebungszeitraum: 08.09. - 15.10.21, Bericht online verfügbar unter: [www.rki.de/covimo](http://www.rki.de/covimo)) legen nahe, dass die Impfquote bei diesen Personengruppen vergleichbar ist mit derjenigen in der Allgemeinbevölkerung, hier also ebenfalls noch relevante Impflücken bestehen (88 % [95 % KI: 84; 93] für medizinisches Personal und Pflegepersonal, 87 % [95 % KI: 85; 89] für Berufsgruppen ohne besonderes Ansteckungsrisiko). Im Rahmen eines vom RKI in 165 nicht repräsentativen Altenpflegeheimen durchgeführten Monitorings waren nach vorläufigen Berechnungen 83 % [95 % KI: 82; 84] aller Beschäftigten und 82 % [95 % KI: 81; 83] der Beschäftigten mit engem Kontakt zu Bewohnenden vollständig gegen COVID-19 geimpft. Acht (5 %) der Altenpflegeheime hatten eine Impfquote aller Beschäftigten unter 50 % (Stand: 23.11.21., bislang nicht publizierte Daten).

Durch eine sehr hohe Impfquote bei Personen, die in bestimmten Einrichtungen und Unternehmen Kontakt zu besonders vulnerablen Personengruppen haben können, wird das Risiko gesenkt, dass sich diese Personengruppen mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 infizieren können. Im Vergleich zu nicht geimpften Personen sinkt das Ansteckungspotential in erheblichem Ausmaß. Das gilt auch gegenüber geimpften vulnerablen Personen, da eine Schutzimpfung gerade bei älteren und immunsupprimierten Personen nicht immer einer Infektion verhindert.

#### **II. Wesentlicher Inhalt des Entwurfs**

Zum Schutz der öffentlichen Gesundheit wird vorgesehen, dass Personen in bestimmten Einrichtungen und Unternehmen entweder einen ausreichenden Impfschutz gegen das Coronavirus SARS-CoV-2 oder aber eine durch Genesung erworbene Immunisierung gegen das Coronavirus aufweisen müssen.

Aus medizinisch-epidemiologischer Sicht ist eine sehr hohe Impfquote in Settings, in denen Beschäftigte Kontakt zu vulnerablen Personengruppen haben, essentiell. Die Impfung reduziert das Risiko sich an SARS-CoV-2 anzustecken und andere Menschen mit SARS-CoV-2 zu infizieren substanziell. Beschäftigte in den genannten Einrichtungen können durch eine Impfung dazu beitragen, das Risiko für sich selbst und die vulnerablen Personen so weit wie möglich zu reduzieren.

Für Personen, die eine Tätigkeit in einem Krankenhaus, in stationären Pflegeeinrichtungen oder Einrichtungen der Eingliederungshilfe oder in ambulanten Pflegediensten oder Diensten der ambulanten Eingliederungshilfe aufnehmen wollen, wird daher ab dem 1. Januar 2022 vorgesehen, dass diese entweder geimpft oder genesen sein müssen. Die Anforderungen an die erforderliche Impf- und Genesenendokumentation richten sich nach § 3 Nummer 3 und 5 der COVID-19-Schutzmaßnahmen-Ausnahmenverordnung. Für vor dem 1. Januar 2022 bereits bestehende Beschäftigungen ist die Vorlagepflicht bis zum Ablauf des 31. März 2022 bei der Leitung der Einrichtung oder des Unternehmens zu erfüllen.

Die Durchführung der Schutzimpfung selbst kann nicht durch unmittelbaren Zwang durchgesetzt werden. Es werden jedoch Bußgeldbewehrungen vorgesehen.

Wenn die Vorlage eines gültigen Nachweises nicht oder nicht rechtzeitig erfolgt, ist die Aufnahme einer Beschäftigung in den betroffenen Einrichtungen und Unternehmen ausgeschlossen. Bei am 1. Januar 2022 bereits bestehenden Beschäftigung kann das Gesundheitsamt im Einzelfall ein Betretungsverbot aussprechen.

Für Pflegekräfte und andere Beschäftigte auf Intensivstationen stellt die Versorgung von mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 infizierten Patientinnen und Patienten eine besondere Herausforderung dar. § 26e des Gesetzes zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser und zur Regelung der Krankenhauspflegesätze (Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG)) trifft eine Regelung, um Intensiv-Pflegekräften und anderen Beschäftigten auf Intensivstationen in Krankenhäusern, die besonders viele mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 infizierten Patientinnen und Patienten zu versorgen hatten, eine Prämie als finanzielle Anerkennung zu Teil werden zu lassen.

### **III. Alternativen**

Keine.

### **IV. Gesetzgebungskompetenz**

Die Gesetzgebungskompetenz des Bundes für Änderungen des Infektionsschutzgesetzes ergibt sich aus Artikel 74 Absatz 1 Nummer 19 GG (Maßnahmen gegen übertragbare Krankheiten bei Menschen, Recht der Arzneien) und 19a (die wirtschaftliche Sicherung der Krankenhäuser und die Regelung der Krankenhauspflegesätze).

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

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

## **VI. Gesetzesfolgen**

### **1. Rechts- und Verwaltungsvereinfachung**

Keine.

### **2. Nachhaltigkeitsaspekte**

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

### **3. Haushaltsausgaben ohne Erfüllungsaufwand**

#### Bund, Länder und Gemeinden

Der Gesetzentwurf bezweckt eine zusätzliche Steigerung der Impfquote unter den in bestimmten Einrichtungen und Unternehmen tätigen Personen. Durch den Gesetzentwurf werden unmittelbar keine zusätzlichen, über den Anspruch auf Schutzimpfung nach der Coronavirus-Impfverordnung hinausgehenden Kosten geschaffen.

#### Gesetzliche Krankenversicherung

Gleichzeitig geht mit der Verbesserung der Impfprävention eine Verhütung von Infektionen mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 einher. Dadurch werden Kosten für Krankenbehandlungen in nicht quantifizierbarer Höhe vermieden.

Dem GKV-Spitzenverband entstehen Kosten für die Entgegennahme und Weiterleitung der Prämienbeträge an die prämiensberechtigten Krankenhäuser sowie für die Erstellung des Abschlussberichts in Höhe von rund 6 000 Euro (zwei Mitarbeiter, jeweils acht Stunden an sechs Tagen bei einem Kostensatz von 64 Euro je Stunde). Dem Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS) entstehen geringe, nicht quantifizierbare Kosten für die einmalige Auszahlung der Mittel in Höhe von xxx Millionen Euro an den GKV-Spitzenverband und gegebenenfalls die Rückzahlung eines Teilbetrages an den Bundeshaushalt nach Absatz 4 Satz 5.

Dem Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) entsteht einmaliger Erfüllungsaufwand für die Ermittlung der für die Prämienzahlungen anspruchsberechtigten Krankenhäuser und des ihnen jeweils zustehenden Prämienvolumens. Die dafür zugrunde gelegten Daten liegen dem InEK vor und wurden im Rahmen der Routineaufgaben und der Aufgaben, die sich für das InEK aus dem Zweiten Gesetz zum Schutz der Bevölkerung bei einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite vom 19. Mai 2020 (BGBl. I S. 1018) ergeben, bereits plausibilisiert. Für die erforderliche Ermittlung der anspruchsberechtigten Krankenhäuser, die Berechnung des ihnen jeweils zustehenden Prämienvolumens sowie für die Veröffentlichung der Ergebnisse auf der Internetseite des InEK benötigen zwei Beschäftigte jeweils zwölf Stunden bei einem Kostensatz von 64 Euro, so dass ein Erfüllungsaufwand von etwa 1 500 Euro entsteht.

### **4. Erfüllungsaufwand**

#### Erfüllungsaufwand für Bürgerinnen und Bürger

Für die Bürgerinnen und Bürger entsteht Erfüllungsaufwand durch die Vorlagepflicht von Impf- oder Genesenennachweisen. Diese Nachweise werden auch für viele weitere Bereiche des täglichen Lebens benötigt und dürften in der überwiegenden Zahl der Fälle bereits vorliegen. Des Weiteren ist zu berücksichtigen, dass die Impfdokumentation Teil der Impfungsleistung ist, die bundesweit niedrigschwellig angeboten wird. Daher besteht ein allenfalls geringfügiger Erfüllungsaufwand.

Für die Bürgerinnen und Bürger entsteht durch Artikel 2 kein Erfüllungsaufwand.

#### Erfüllungsaufwand für die Wirtschaft

Allen Gesundheitseinrichtungen und anderen erfassten Einrichtungen und Unternehmen entsteht Erfüllungsaufwand durch die Anforderung und Prüfung der vorzulegenden Nachweise sowie durch die Benachrichtigungen des Gesundheitsamts über säumige Personen in geringfügiger, nicht quantifizierbarer Höhe.

#### Erfüllungsaufwand für die Verwaltung

Allen Gesundheitseinrichtungen und anderen erfassten Einrichtungen und Unternehmen in öffentlicher Trägerschaft entsteht Erfüllungsaufwand durch die Anforderung und Prüfung der vorzulegenden Nachweise sowie durch die Benachrichtigungen des Gesundheitsamts über säumige Personen in geringfügiger, nicht quantifizierbarer Höhe.

Den Gesundheitsämtern entsteht ein nicht quantifizierbarer Erfüllungsaufwand durch die Anforderung und Prüfung der vorzulegenden Nachweise. Den Gesundheitsämtern entsteht auf Grund des erforderlichen Vorgehens gegen säumige Personen und Einrichtungen insbesondere durch Verbotsverfügungen oder Bußgeldverfahren Erfüllungsaufwand in nicht quantifizierbarer Höhe, dem Einnahmen durch Bußgelder in ebenfalls nicht quantifizierbarer Höhe gegenüber stehen.

### **5. Weitere Kosten**

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

### **6. Weitere Gesetzesfolgen**

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

## **VII. Befristung; Evaluierung**

Eine Befristung des Gesetzes ist nicht vorgesehen.

## **B. Besonderer Teil**

### **Zu Artikel 1 (Änderung des Infektionsschutzgesetzes)**

#### **Zu Nummer 1**

Es handelt sich um eine Folgeänderung zu Nummer 2.

#### **Zu Nummer 2**

In Nachbildung zur Einführung einer Masernimpfpflicht durch das Gesetz für den Schutz vor Masern und zur Stärkung der Impfprävention (BGBl. I 2020, S. 148) in § 20 Absatz 8 bis 13 wird in § 20a zur Einführung einer entsprechenden Pflicht für den Schutz vor der Coronavirus-Krankheit-2019 (COVID-19) in bestimmten Einrichtungen und Unternehmen eine entsprechende Regelung vorgesehen.

Zu Absatz 1

Geimpfte und genesene Personen werden seltener infiziert und werden somit auch seltener zu Überträgern des Coronavirus SARS-CoV-2. Zudem sind sie, wenn sie trotz Impfung infiziert werden sollten, für einen deutlich kürzeren Zeitraum infektiös. Das Risiko, das von Geimpften oder Genesenen ausgeht, ist somit deutlich geringer als bei Personen, die über keine Immunisierung aufgrund eines vollständigen Impfschutzes oder einer durchgemachten Infektion verfügen. In bestimmten Settings, z. B. in Krankenhäusern, halten sich typischerweise eine Vielzahl von besonders vulnerablen Personen auf. Diese sind regelmäßig aufgrund ihrer gesundheitlichen Verfassung oder weiterer Umstände im Hinblick auf eine Infektion mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 besonders gefährdet und tragen unter Umständen ein erhöhtes Risiko für schwere Verläufe. Eine regelmäßige Testung kann zwar in einem bestimmten Zeitfenster akute Infektionen entdecken und damit das Risiko eines Eintrags in gewissem Umfang verringern. Eine Testung kann aber keinen gleichwertigen Schutz wie eine vollständigen Immunisierung gerade bei Kontakt mit besonders vulnerablen Personengruppen darstellen.

Daher wird für solche Einrichtungen und Unternehmen, in denen sich typischerweise eine Vielzahl von besonders vulnerablen Personen aufhalten, vorgeschrieben, dass dort tätige Personen geimpft oder genesen sein müssen. Zu den besonders schutzbedürftigen Settings zählen Einrichtungen oder Unternehmen nach § 23 Absatz 3 Satz 1 Nummer 1 (Krankenhäuser), 11 (Intensivpflegedienste) und § 36 Nummer 2, 7 (stationäre Pflegeeinrichtungen und Einrichtungen der Eingliederungshilfe sowie mobile Pflegedienste und ambulante Dienste der Eingliederungshilfe).

Bei den erfassten Personen handelt es sich insbesondere um medizinisches bzw. pflegerisches Personal, aber auch andere dort tätige Personen wie zum Beispiel Küchen- oder Reinigungspersonal. Erfasst sind auch ehrenamtlich Tätige oder Praktikanten.

Eine solche Maßnahme ist notwendig, weil in diesen Einrichtungen nach mehrmonatiger Impfkampagne noch relevante Impflücken bestehen. Schätzungen zur Impfquote bei medizinischem Personal und Pflegepersonal aus der COVIMO-Studie (8. Welle, Erhebungszeitraum: 08.09. - 15.10.21, Bericht online verfügbar unter: [www.rki.de/covimo](http://www.rki.de/covimo)) legen nahe, dass die Impfquote bei diesen Personengruppen vergleichbar ist mit derjenigen in der Allgemeinbevölkerung, hier also ebenfalls noch relevante Impflücken bestehen (88 % [95 % KI: 84; 93] für medizinisches Personal und Pflegepersonal, 87 % [95 % KI: 85; 89] für Berufsgruppen ohne besonderes Ansteckungsrisiko). Im Rahmen eines vom RKI in 165 nicht repräsentativen Altenpflegeheimen durchgeführten Monitorings waren nach vorläufigen Berechnungen 83 % [95 % KI: 82; 84] aller Beschäftigten und 82 % [95 % KI: 81; 83] der Beschäftigten mit engem Kontakt zu Bewohnenden vollständig gegen COVID-19 geimpft. Acht (5 %) der Altenpflegeheime hatten eine Impfquote aller Beschäftigten unter 50 % (Stand: 23.11.21., bislang nicht publizierte Daten).

Die Verpflichtung gilt für Personen, die das 18. Lebensjahr vollendet haben. Die Anforderungen an den Impf- oder Genesenenstatus ergeben sich aus § 2 Nummer 2 oder Nummer 4 der COVID-19-Schutzmaßnahmen-Ausnahmenverordnung vom 8. Mai 2021.

Eine geimpfte Person ist danach eine asymptomatische Person, die im Besitz eines auf sie ausgestellten Impfnachweises ist. Ein Impfnachweis ist ein Nachweis hinsichtlich des Vorliegens einer vollständigen Schutzimpfung gegen das Coronavirus SARS-CoV-2 in deutscher, englischer, französischer, italienischer oder spanischer Sprache in verkörperter oder digitaler Form, wenn die zugrundeliegende Schutzimpfung mit einem oder mehreren vom Paul-Ehrlich-Institut im Internet unter der Adresse <https://www.pei.de/impfstoffe/covid-19> genannten Impfstoffen erfolgt ist, und a) entweder aus einer vom Paul-Ehrlich-Institut veröffentlichten Anzahl von Impfstoffdosen, die für eine vollständige Schutzimpfung erforderlich ist, besteht und seit der letzten erforderlichen Einzelimpfung mindestens 14 Tage vergangen sind oder b) bei einer genesenen Person aus einer verabreichten Impfstoffdosis besteht.

Eine genesene Person ist eine asymptomatische Person, die im Besitz eines auf sie ausgestellten Genesenennachweises ist. Ein Genesenennachweis ist ein Nachweis hinsichtlich des Vorliegens einer vorherigen Infektion mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 in deutscher, englischer, französischer, italienischer oder spanischer Sprache in verkörperter oder digitaler Form, wenn die zugrundeliegende Testung durch eine Labordiagnostik mittels Nukleinsäurenachweis (PCR, PoC-PCR oder weitere Methoden der Nukleinsäureamplifikationstechnik) erfolgt ist und mindestens 28 Tage sowie maximal 6 Monate zurückliegt.

Satz 2 ordnet an, dass § 20 Absatz 8 Satz 4 IfSG nicht gilt, sodass Personen ausgenommen sind, die auf Grund einer medizinischen Kontraindikation nicht geimpft werden können.

#### Zu Absatz 2

Bevor eine Aufnahme der Tätigkeit in einer der genannten Einrichtungen oder Unternehmen (§ 23 Absatz 3 Satz 1 Nummer 1, 11 oder § 36 Nummer 2, 7 IfSG) erfolgt, ist der Leitung der jeweiligen Einrichtung ein gültiger Impfnachweis oder Genesenennachweis vorzulegen. Die Nachweise müssen die Anforderungen des § 2 Nummer 3 oder Nummer 5 der COVID-19-Schutzmaßnahmen-Ausnahmenverordnung vom 8. Mai 2021 erfüllen (siehe zu Absatz 1). Alternativ kann auch ein ärztliches Zeugnis vorgelegt werden, aus dem hervorgeht, dass eine COVID-19-Schutzimpfung bei der betroffenen Person aus medizinischen Gründen nicht möglich ist. Offenbare unrichtige Zeugnisse müssen nicht anerkannt werden.

§ 20 Absatz 9 Satz 2, 6 bis 8 gilt entsprechend.

Die oberste Landesgesundheitsbehörde oder die von ihr bestimmte Stelle kann bestimmen, dass der Nachweis nach Satz 1 nicht der Leitung der jeweiligen Einrichtung, sondern dem Gesundheitsamt oder einer anderen staatlichen Stelle gegenüber zu erbringen ist.

Eine Person, die über keinen Nachweis nach Satz 1 verfügt oder diesen nicht vorlegt, darf in den genannten Einrichtungen nicht beschäftigt oder tätig werden.

Die oberste Landesgesundheitsbehörde oder die von ihr bestimmte Stelle kann allgemeine Ausnahmen hiervon zulassen, wenn das Paul-Ehrlich-Institut auf seiner Internetseite einen Lieferengpass zu allen Impfstoffen mit einer Komponente gegen das Coronavirus SARS-CoV-2, die für das Inverkehrbringen in Deutschland zugelassen oder genehmigt sind, bekannt gemacht hat; parallel importierte und parallel vertriebene Impfstoffe mit einer Komponente gegen das Coronavirus SARS-CoV-2 bleiben unberücksichtigt.

#### Zu Absatz 3

Absatz 3 regelt die Vorlagepflicht für Personen in bereits vor dem 1. Januar 2022 bestehenden Beschäftigungsverhältnissen. Diese müssen der Leitung der jeweiligen Einrichtung bis zum Ablauf des 31. März 2022 einen Impf- oder Genesenennachweis vorlegen, der den Voraussetzungen des Absatzes 2 Satz 1 entspricht (alternativ ein ärztliches Zeugnis in Bezug auf eine medizinische Kontraindikation). Ein zum 1. Januar 2022 noch nicht vollständig bestehender Impfschutz kann somit bei Bestandspersonal innerhalb der Übergangsfrist nachgeholt werden.

§ 20 Absatz 9 Satz 2 und 4 findet mit der Maßgabe entsprechende Anwendung, dass eine Benachrichtigung des zuständigen Gesundheitsamtes und eine Übermittlung personenbezogener Angaben immer zu erfolgen hat, wenn der Nachweis nach Absatz 2 Satz 1 nicht bis zum Ablauf des 31. März 2022 vorgelegt wird oder ein solcher Nachweis seine Gültigkeit verloren hat, ohne dass ein neuer Nachweis nach Absatz 2 Satz 1 vorgelegt wurde. Das kann insbesondere der Fall sein, wenn ein Genesenennachweis nach sechs Monaten seine

Wirksamkeit verliert. Ebenso kommen spätere Anpassungen der COVID-19-Schutzmaßnahmen-Ausnahmenverordnung in Betracht, nach der Impfnachweise ihre Gültigkeit ohne Auffrischimpfung verlieren können.

Wenn der Nachweis nach Satz 1 von einer Person, die aufgrund einer nach zugelassenen Ausnahme in den genannten Einrichtungen beschäftigt oder tätig werden darf, nicht vorgelegt wird, hat entweder die Leitung der jeweiligen Einrichtung oder anderenfalls die andere bestimmte Stelle unverzüglich das Gesundheitsamt, in dessen Bezirk sich die Einrichtung befindet, darüber zu benachrichtigen und dem Gesundheitsamt personenbezogene Angaben zu übermitteln. Das weitere Verfahren richtet sich in diesem Fall nach Absatz 4.

#### Zu Absatz 4

Personen nach Absatz 1 Satz 1 haben dem Gesundheitsamt, in dessen Bezirk sich die jeweilige Einrichtung befindet, auf Anforderung Impf- oder Genesenennachweis (oder alternativ ein ärztliches Zeugnis hinsichtlich einer medizinischen Kontraindikation) vorzulegen, der den Anforderung des Absatzes 2 Satz 1 genügt. Es macht keinen Unterschied, ob es sich dabei um stichprobenartige Kontrollen handelt oder um Personen, über die das Gesundheitsamt nach Absatz 3 Satz 3 (in Verbindung mit § 20 Absatz 9 Satz 4) benachrichtigt wurde. Eine doppelte Kontrolle wird jedoch regelmäßig nicht in Betracht kommen.

Bei der Vorlagepflicht an das Gesundheitsamt handelt es sich um eine durch Verwaltungsvollstreckungsrecht und insbesondere mit Zwangsgeld durchsetzbare Pflicht. Zusätzlich oder alternativ kann ein Bußgeld verhängt werden. Ist die verpflichtete Person ohne Vorwerfbarkeit daran gehindert, einen Nachweis vorzulegen (etwa im Fall eines Impfstoffmangels), kommen sowohl Zwangsgeld als auch Bußgeld von vornherein nicht in Betracht.

Wenn trotz der Anforderung des Gesundheitsamtes innerhalb einer angemessenen Frist kein entsprechender Nachweis vorgelegt wird, kann das Gesundheitsamt ein Betretungsverbot für die dem Betrieb des Unternehmens oder der Einrichtung dienenden Räume aussprechen oder ein Tätigkeitsverbot für solche Einrichtungen verhängen.

Die Folgen für das Betreuungs-, Dienst- oder Arbeitsverhältnis richten sich nach den vertrags-, dienst- oder arbeitsrechtlichen Grundlagen. Dabei wird zu berücksichtigen sein, dass der Gesetzgeber eine Schutzimpfung gegen COVID-19 in den genannten Einrichtungen als grundsätzlich zumutbar eingestuft hat.

Der Eingriff in das Grundrecht der Freiheit der Berufsausübung (Artikel 12 Absatz 1 GG) bei der Erteilung des Tätigkeitsverbots ist grundsätzlich durch die mit Satz 1 verfolgten Zwecke des öffentlichen Gesundheitsschutzes gerechtfertigt. Das Gesundheitsamt hat das Grundrecht bei der Bemessung der Dauer des Verbotes zu berücksichtigen.

Widerspruch und Anfechtungsklage gegen ein solches vom Gesundheitsamt erteiltes Verbot haben keine aufschiebende Wirkung.

#### Zu Absatz 5

Absatz 5 trägt dem Zitiergebot Rechnung. Obwohl die Freiwilligkeit der Impfscheidung selbst unberührt bleibt, folgt aus der Vorgabe, dass bestimmte Personen einen ausreichenden Impfschutz gegen SARS-CoV-2 aufweisen müssen, ein mittelbarer Eingriff in das Grundrecht der körperlichen Unversehrtheit (Artikel 2 Absatz 2 Satz 1 GG). Der Eingriff

ist durch die damit verfolgten öffentlichen Ziele des Gesundheitsschutzes gerechtfertigt. Zum Schutz der Personen in den betroffenen Einrichtungen und Unternehmen vor den teilweise schwer verlaufenden Infektionen ist eine gesetzliche Verpflichtung zum Vorhandensein von Immunität oder Impfschutz gegen SARS-CoV-2 bei den in Absatz 1 Satz 1 genannten Personen verhältnismäßig. Die Personen in den genannten Einrichtungen sind zudem typischerweise als vulnerabel einzustufen und können sich teilweise nicht selbst vor Infektionen schützen. Das Risiko von Schutzimpfungen gegen das Coronavirus SARS-CoV-2 ist für gesunde Menschen als gering einzustufen. Für Personen, die ohne erhebliche Gefahr für ihr Leben oder ihre Gesundheit nicht geimpft werden können, sieht das Gesetz Ausnahmen vor.

### **Zu Nummer 3**

Auf Grundlage des § 20a Absatz 2 bis 4 werden folgende neuen Bußgeldtatbestände eingeführt:

Absatz 1a Nummer 7e sanktioniert die Leitung der Einrichtung, die entgegen § 20a Absatz 2 Satz 2 in Verbindung mit 20 Absatz 9 Satz 6 eine Person beschäftigt. Sie sanktioniert auch die nachweispflichtige Person, die entgegen § 20a Absatz 2 Satz 2 in Verbindung mit 20 Absatz 9 Satz 7 in einer dort genannten Einrichtung tätig wird.

Absatz 1a Nummer 7f sanktioniert die Leitung der Einrichtung, die entgegen § 20a Absatz 3 Satz 3 in Verbindung mit § 20 Absatz 9 Satz 4 Nummer 1, das Gesundheitsamt nicht, nicht richtig, nicht vollständig oder nicht rechtzeitig benachrichtigt. Ist die Leitung der Einrichtung ohne Vorwerfbarkeit daran gehindert, eine entsprechende Benachrichtigung vorzunehmen, kommt ein Bußgeld nicht in Betracht.

Absatz 1a Nummer 7g sanktioniert die nachweispflichtige Personen, die entgegen § 20a Absatz 4 Satz 1 einen Nachweis nicht, nicht richtig, nicht vollständig oder nicht rechtzeitig vorlegt.

Absatz 1a Nummer 7h sanktioniert die Person, die einer vollziehbaren Anordnung nach § 20a Absatz 4 Satz 2 zuwiderhandelt.

## **Zu Artikel 2 (Änderung des Gesetzes zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser und zur Regelung der Krankenhauspflegesätze)**

### **Zu Nummer 1**

Es handelt sich um eine Folgeänderung zu Nummer 2.

### **Zu Nummer 2**

Für Pflegekräfte und andere Beschäftigte auf Intensivstationen stellt die Versorgung von mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 infizierten Patientinnen und Patienten eine besondere Herausforderung dar. § 26e trifft eine Regelung, um Intensiv-Pflegekräften und anderen Beschäftigten auf Intensivstationen in Krankenhäusern, die besonders viele mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 infizierten Patientinnen und Patienten zu versorgen hatten, eine Prämie als finanzielle Anerkennung zu Teil werden zu lassen. Um erneut ein schnelles und unbürokratisches Verfahren zu etablieren und eine zeitnahe Auszahlung zu gewährleisten, wird in § 26e die Grundkonzeption der § 26a und § 26d beibehalten und modifiziert.

Zu Absatz 1

Satz 1 gewährt zugelassenen Krankenhäusern, die in dem Zeitraum vom 1. Januar 2021 bis zum 30. September 2021 durch die voll- oder teilstationäre Behandlung von mit dem Corona-virus SARS-CoV-2 infizierten Patientinnen und Patienten besonders belastet wa-

ren, einen Anspruch auf eine Auszahlung aus Bundesmitteln, um ihren Intensiv-Pflegekräften und anderen auf Intensivstationen Beschäftigten eine Prämie als einmalige Sonderleistung zu zahlen. Anspruchsberechtigt sind nur Krankenhäuser, die ihre Leistungen nach dem Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) abrechnen, also mindestens einen voll- oder teilstationären Fall aus dem Entgeltbereich des § 17b erbracht haben und mit der Datenübermittlung gemäß § 24 Absatz 2 Satz 1 Nummer 1 (Entlassung zwischen 1. Januar 2020 und 31. Dezember 2020) in der Datei „Fall“ voll- oder teilstationäre Fälle für den Entgeltbereich „DRG“ übermittelt haben. Begleitpersonen und rein vorstationäre Fälle werden dabei nicht berücksichtigt. Nicht anspruchsberechtigt sind demgegenüber psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen, Krankenhäuser und entsprechende Krankenhausabteilungen, die ihre Leistungen nach der Bundespflegesatzverordnung abrechnen.

Als mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 infiziert im Sinne dieser Vorschrift gelten ausschließlich Patientinnen und Patienten mit der Diagnose U07.1. Wie in § 26a und § 26d gelten Krankenhäuser mit weniger als 500 Betten als besonders belastet, in denen mindestens 20 voll- oder teilstationäre Fälle von Patientinnen und Patienten, die mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 infiziert waren, im Zeitraum nach Satz 1 behandelt wurden. Krankenhäuser ab 500 Betten gelten als besonders belastet, wenn dort im Zeitraum nach Satz 1 mindestens 50 voll- oder teilstationäre Fälle von Patientinnen und Patienten, die mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 infiziert waren, behandelt wurden. Der Regelung liegt damit der Gedanke zugrunde, dass die Belastungen durch die SARS-CoV-2-Pandemie in den verschiedenen Krankenhäusern und Regionen sehr unterschiedlich waren. Diese Gegebenheiten wurden durch die gesetzlichen Festlegungen zur Anspruchsberechtigung nachvollzogen. Satz 3 bestimmt, dass xxx Millionen Euro nach der Anzahl des im Jahr 2019 beschäftigten Pflegepersonals in der unmittelbaren Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen, umgerechnet in Vollkräfte, verteilt werden.

Die Anspruchshöhe des einzelnen Krankenhauses wird in einem zweistufigen Verfahren ermittelt: Zunächst wird der Betrag von xxx Millionen Euro durch die Gesamtanzahl der im Jahr 2019 in allen Krankenhäusern, die die Voraussetzungen nach den Sätzen 1 und 2 erfüllen, beschäftigten Pflegekräfte in der unmittelbaren Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen, umgerechnet in Vollkräfte, geteilt und das Ergebnis mit der Anzahl der Pflegekräfte in dem jeweiligen Krankenhaus multipliziert wird. Dabei werden Angaben nicht berücksichtigt, die in der Datei „Pflegepersonal“ des Datensatzes gemäß § 21 KHEntgG für das Datenjahr 2019 in psychiatrischen oder psychosomatischen Fachabteilungen gemeldet wurden (Fachabteilungsschlüssel 29\*\* bis 31\*\*). Das Kriterium Pflegekräfte am Bett umfasst die Gruppe der am meisten in den Kliniken betroffenen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter; es wurde von den Selbstverwaltungspartnern für die Prämienzahlung in der ersten Welle vorgeschlagen und ist statistisch eindeutig belegt. Soweit dem InEK für einzelne Krankenhäuser keine Daten zur Anzahl des Pflegepersonals in der unmittelbaren Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen vorliegen, wohl aber zur Zahl der mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 infizierten Patientinnen und Patienten, erhalten diese Krankenhäuser nur das Mittelvolumen, das sich nach der Anzahl der mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 infizierten Patientinnen und Patienten bemisst, nicht aber das Mittelvolumen, für das die Bemessungsgrundlage fehlt. Aus Satz 4 ergibt sich, dass ein weiterer Betrag von xxx Millionen Euro an nach den Sätzen 1 und 2 anspruchsberechtigte Krankenhäuser verteilt wird, in denen vom 1. Januar bis zum 30. September 2021 mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 infizierte Patientinnen und Patienten mehr als 48 Stunden beatmet wurden. Dabei werden für die Anspruchsberechtigung ausschließlich Beatmungsstunden einbezogen, die nach der Anlage zur Vereinbarung über die Übermittlung von Daten nach § 21 Absatz 4 und Absatz 5 KHEntgG gemeldet wurden. Die Anlage zur Vereinbarung über die Übermittlung von Daten nach § 21 Absatz 4 und Absatz 5 des Krankenhausentgeltgesetzes – Version 2020 für das Datenjahr 2019, Fortschreibung vom 4. Dezember 2019 – ist auf der Internetseite des InEK abrufbar.

Ergänzend hierzu wird der Betrag nach Satz 4 durch die Gesamtanzahl dieser Fälle in allen Krankenhäusern, die die Voraussetzungen nach den Sätzen 1 bis 3 erfüllen, geteilt und das

Ergebnis mit der Anzahl der Fälle in dem jeweiligen Krankenhaus multipliziert. Eine Zuteilung zusätzlicher Mittel nach der Anzahl der behandelten COVID-19-Patientinnen und -Patienten, die mehr als 48 Stunden beatmet wurden, wurde eingeführt, um eine leistungsgerechtere Verteilung der Mittel zwischen den Häusern zu gewährleisten. Das Prämienvolumen wird durch das InEK auf der Grundlage der ihm nach § 21 Absatz 3b Satz 1 Nummer 2 des KHEntgG und nach § 21 Absatz 2 Nummer 1 Buchstabe e KHEntgG zur Verfügung stehenden Daten ermittelt. Damit wurde ein bürokratiearmes und transparentes Vorgehen gewählt.

Satz 6 bestimmt, dass das InEK auf seiner Internetseite das ermittelte Prämienvolumen für jedes anspruchsberechtigte Krankenhaus unter Angabe des Namens und des Institutionskennzeichens barrierefrei veröffentlicht. Damit wird erneut ein bürokratiearmes und transparentes Verfahren auf der Basis vorhandener Daten gewählt, um eine zeitnahe und fristgerechte Auszahlung der Prämien an die Beschäftigten zu gewährleisten. Die Krankenhausträger können bereits am 10. Januar 2022 einsehen, welches Prämienvolumen in den anspruchsberechtigten Krankenhäusern an die Beschäftigten ausgezahlt werden kann und auf dieser Basis mit den Vorbereitungen für die krankenhauserinterne Verteilung, Abstimmung und Auszahlung beginnen. Um im Sinne einer besseren Zuordnung der Krankenhäuser die Abrechnungsmodalitäten zu erleichtern, wird auch das Institutionskennzeichen nach § 293 Absatz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch veröffentlicht.

#### Zu Absatz 2

Im Rahmen des auf das jeweilige Krankenhaus entfallenden Prämienvolumens entscheidet der jeweilige Krankenhausträger im Einvernehmen mit der Arbeitnehmervertretung entsprechend der Belastung aufgrund der SARS-CoV-2-Pandemie über die Auswahl der Prämienempfängerinnen und Prämienempfänger und die Höhe der Prämien. Dieses Vorgehen auf lokaler Ebene wird als interessengerecht erachtet, da nur vor Ort die individuelle pandemiebedingte Betroffenheit und die besonderen Gegebenheiten in den einzelnen Häusern beurteilt werden können. Durch die Einbindung der Arbeitnehmervertretungen in den Prozess der Auswahl der Prämienberechtigten und die Festlegung der Prämienhöhe bzw. durch die Möglichkeit einer gemeinsamen Erarbeitung von Auswahlkriterien wird die Intention verfolgt, eine gerechte Auswahl der Prämienberechtigten im Sinne der Beschäftigten zu gewährleisten. Insoweit wird an das allgemeine Mitbestimmungsrecht des § 87 Absatz 1 Nummer 10 des Betriebsverfassungsgesetzes angeknüpft.

Die Prämie soll sich grundsätzlich an Intensiv-Pflegekräfte richten und damit an Pflegefachkräfte und Pflegehilfskräfte sowie weiteres in der Pflege am Bett auf Intensivstationen eingesetztes Personal. Abhängig von den Umständen in dem jeweiligen Krankenhaus werden die Krankenhausträger zudem ausdrücklich dazu aufgefordert, Prämien auch an sonstiges auf den Intensivstationen tätiges Personal auszuzahlen, zum Beispiel an Reinigungskräfte. Ausgenommen sind Ärztinnen und Ärzte. Sollten der Krankenhausträger und die Interessenvertretung der Beschäftigten einvernehmlich der Überzeugung sein, dass die Prämien-summe unter allen auf einer Intensivstation nichtärztlichen Beschäftigten zu gleichen Teilen aufzuteilen ist, weil sich die Belastung gleichermaßen auf alle Beschäftigten verteilt hat, so wäre auch dies nach der Vorschrift nicht ausgeschlossen.

Nach § 3 Nummer 11a des Einkommenssteuergesetzes ist für den Zeitraum vom 1. März 2020 bis 31. März 2022 pro Arbeitnehmer bzw. Arbeitnehmerin eine Steuerfreiheit für einen Gesamtbetrag von 1 500 Euro vorgesehen. Zu berücksichtigen sind hier neben den Prämien nach § 26a und § 26d KHG auch etwaige landesrechtlich vorgesehene Prämienzahlungen, Prämien nach Tarifvertrag oder durch die Krankenhausträger ausgezahlte Prämien. Bei der Verteilung der zusätzlichen Mittel haben die Krankenhausträger und die Beschäftigtenvertretungen diese Gegebenheiten zu berücksichtigen und darauf hinzuwirken, dass der steuerfreie Betrag für möglichst viele Beschäftigte ausgeschöpft wird. Damit soll gewährleistet werden, dass die an die Krankenhäuser ausgegebenen Mittel auch ganz über-

wiegend an die Beschäftigten ausgezahlt werden und nur nachrangig für entstehende Arbeitgeberanteile an den Sozialversicherungsbeiträgen nach Absatz 4 Satz 6 verwendet werden. Vom Krankenhausträger für den Prämien-bezug ausgewählte Beschäftigte, die im Bemessungszeitraum in Teilzeit gearbeitet haben, sind mit anteiliger Anrechnung zu begünstigen. Die Möglichkeit der Zahlung von Prämien durch die Krankenhausträger an die Beschäftigten in Form von Zuschüssen bestand schon bisher. Eine Erhöhung des nach dieser Vorschrift auszahlenden Prämienvolumens durch die Krankenhausträger ist möglich. Auch eine von dieser Vorschrift unabhängige zusätzliche Prämienzahlung durch die Krankenhausträger bleibt möglich.

#### Zu Absatz 3

Das Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS) zahlt bis zum 15. Februar 2022 einen Betrag in Höhe von xxx Millionen Euro aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds an den Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-Spitzenverband) aus. Der Bund erstattet den Betrag unverzüglich an die Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds. Auf der Grundlage der Veröffentlichung der Übersicht der anspruchsberechtigten Krankenhäuser auf der Internetseite des InEK nach Absatz 1 Satz 6 verteilt der GKV-Spitzenverband unverzüglich nach Eingang der Zahlung nach Satz 1 die ermittelten Beträge an die anspruchsberechtigten Krankenhäuser. Die Regelung in Satz 4 dient dazu, Transparenz hinsichtlich der Verteilung der an die einzelnen Krankenhäuser gezahlten Mittel herzustellen. Dies ist erforderlich, um die korrekte Umsetzung der Regelungen zu prüfen. Aus diesem Grund hat der GKV-Spitzenverband nach Abschluss der Zahlungen an die Krankenhäuser dem Bundesministerium für Gesundheit eine krankenhausbegogene Aufstellung der durch das BAS ausgereichten Mittel vorzulegen. Eine zeitnahe Übermittlung wird durch die gesetzte Frist bis Ende September 2022 gewährleistet.

#### Zu Absatz 4

Die Krankenhäuser haben die Prämien zusätzlich zum geschuldeten Arbeitslohn an ihre Beschäftigten bis zum 30. Juni 2022 auszahlen. Nach § 3 Nummer 11a des Einkommenssteuer-gesetzes gilt für zwischen dem 1. März 2020 und dem 31. März 2021 aufgrund der SARS-CoV-2-Pandemie zusätzlich zum Arbeitslohn gewährte Zuschüsse des Arbeitgebers, die die Steuerfreiheit bis zu einer Höhe von insgesamt 1 500 Euro. Soweit dieser Betrag bei Beschäftigten noch nicht durch vorhergehende Prämienzahlungen ausgeschöpft wurde, sollten die Krankenhäuser im Interesse der Beschäftigten die Prämien auf der Grundlage von § 26e KHG bereits bis zum 31. März 2022 auszahlen. Um zu gewährleisten, dass die an die Krankenhäuser ausgeschütteten Prämiensummen an die Beschäftigten ausgezahlt werden, ist die zweckentsprechende Mittelverwendung durch den Jahresabschlussprüfer zu bestätigen. Werden die Mittel nicht zweckentsprechend verwendet oder die Nachweise nicht oder nicht rechtzeitig vorgelegt, sind die jeweiligen Mittel bis zum 31. März 2023 an den GKV-Spitzenverband zurückzuzahlen, der diese über das BAS und die Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds an den Bundeshaushalt zurückführt.

Satz 6 trägt den Fällen Rechnung, in denen der steuerfreie Höchstbetrag von 1 500 Euro nach § 3 Nummer 11a EStG für den Zeitraum vom 1. März 2020 bis 31. März 2022 für Beschäftigte durch die Prämienzahlung nach Satz 1 insgesamt überschritten wird. In diesen Fällen unterliegt der Betrag, der 1 500 Euro übersteigt, der Einkommensteuerpflicht und der Beitragspflicht zur Sozialversicherung. Die Krankenhausträger haben in diesen Fällen einen Arbeitgeberanteil an den Sozialversicherungsbeiträgen zu entrichten, sofern das reguläre Arbeitsentgelt der Prämienempfängerin oder des Prämienempfängers nicht bereits die Beitragsbemessungsgrenzen der Sozialversicherung übersteigt. Weder die Krankenhausträger noch die Kostenträger sollen durch diese Beiträge belastet werden. Die Regelung in Satz 6 schafft für solche Fälle die Möglichkeit, dass Krankenhäuser diese Arbeitgeberanteile an den Sozialversicherungsbeiträgen ebenfalls aus den ihnen nach Absatz 3 Satz 3 ausgezahlten Mitteln decken können. Da hierdurch der Gesamtbetrag, der in dem jeweiligen Krankenhaus für Prämienzahlungen zur Verfügung steht, geschmälert wird, steht es

den Krankenhäusern nach der Formulierung offen, die Arbeitgeberanteile an den Sozialversicherungsbeiträgen selbst zu finanzieren, um höhere Summen an ihre Beschäftigten auszahlen zu können.

#### Zu Absatz 5

Um Aufschluss über die Anzahl der Prämienempfängerinnen und Prämienempfänger, die jeweilige Prämienhöhe und die Kriterien zu erhalten, die die Krankenhäuser der Prämienverteilung zugrunde gelegt haben, haben die Krankenhäuser dem GKV-Spitzenverband hierüber zu berichten. Die Frist zum 30. September 2023 gewährt den Krankenhäusern ein großzügiges Zeitfenster, um auch in Anbetracht von Belastungen aufgrund der SARS-CoV-2- Pandemie ihrer Berichtspflicht nachzukommen. Der GKV-Spitzenverband kann den Krankenhäusern Vorgaben zum Inhalt der Berichte machen. Er erstellt auf dieser Grundlage einen Abschlussbericht über die Prämienzahlungen und legt diesen bis zum 31. August 2023 dem Bundesministerium für Gesundheit vor.

#### **Zu Artikel 3 (Inkrafttreten)**

##### **Zu Absatz 1**

Das Gesetz tritt vorbehaltlich des Absatzes 2 am 1. Januar 2022 in Kraft.

##### **Zu Absatz 2**

Artikel 2 tritt am Tag nach der Verkündung in Kraft.