

Beschlussempfehlung und Bericht

des Ausschusses für Gesundheit (14. Ausschuss)

- a) zu dem Gesetzentwurf der Fraktionen der CDU/CSU und SPD
– Drucksache 19/18967 –

Entwurf eines Zweiten Gesetzes zum Schutz der Bevölkerung bei einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite

- b) zu dem Antrag der Abgeordneten Detlev Spangenberg, Dr. Robby Schlund, Jörg Schneider, weiterer Abgeordneter und der Fraktion der AfD
– Drucksache 19/17128 –

Bekämpfung der Seuchenausbreitung in Deutschland

- c) zu dem Antrag der Abgeordneten Joana Cotar, Uwe Schulz, Dr. Michael Ependiller, weiterer Abgeordneter und der Fraktion der AfD
– Drucksache 19/18716 –

Corona digital bekämpfen – Förderprogramme im Bereich digitaler Gesundheit und digitaler Pflege beschleunigen und ausbauen

- d) zu dem Antrag der Abgeordneten Martin Sichert, Jürgen Pohl, Jörg Schneider, weiterer Abgeordneter und der Fraktion der AfD
– Drucksache 19/18717 –

Häusliche Pflege stärken

- e) zu dem Antrag der Abgeordneten Joana Cotar, Uwe Schulz, Dr. Michael Ependiller, weiterer Abgeordneter und der Fraktion der AfD
– Drucksache 19/18721 –

Corona digital bekämpfen – Deutsches Elektronisches Melde- und Informationssystem für den Infektionsschutz (DEMIS) zur Dokumentation und Überwachung von Infektionskrankheiten unverzüglich fertigstellen

- f) zu dem Antrag der Abgeordneten Joana Cotar, Uwe Schulz, Dr. Michael Ependiller, weiterer Abgeordneter und der Fraktion der AfD
– Drucksache 19/18723 –

Corona digital bekämpfen – Innovationspotentiale zur Vermeidung von Ansteckung und Unterstützung der Genesung konsequent ausschöpfen

- g) zu dem Antrag der Abgeordneten Jens Maier, Thomas Seitz, Roman Johannes Reusch, weiterer Abgeordneter und der Fraktion der AfD
– Drucksache 19/18724 –**

Verfügbarkeit von medizinischen Produkten über gewerbliche Wettbewerbsrechte stellen

- h) zu dem Antrag der Abgeordneten Detlev Spangenberg, Dr. Robby Schlund, Jörg Schneider, weiterer Abgeordneter und der Fraktion der AfD
– Drucksache 19/18975 –**

Deutschland auf zukünftige Pandemien besser vorbereiten – Effektivität der Coronavirus-Maßnahmen wissenschaftlich auswerten

- i) zu dem Antrag der Abgeordneten Detlev Spangenberg, Paul Viktor Podolay, Dr. Robby Schlund, weiterer Abgeordneter und der Fraktion der AfD
– Drucksache 19/18999 –**

Verordnungsermächtigung des Bundesministeriums für Gesundheit einschränken – Feststellung der epidemiologischen Lage von nationaler Tragweite aufheben

- j) zu dem Antrag der Abgeordneten Nicole Westig, Michael Theurer, Nicole Bauer, weiterer Abgeordneter und der Fraktion der FDP
– Drucksache 19/18676 –

Soforthilfe für pflegende Angehörige während der COVID-19-Pandemie

- k) zu dem Antrag der Abgeordneten Dr. Andrew Ullmann, Till Mansmann, Ulrich Lechte, weiterer Abgeordneter und der Fraktion der FDP
– Drucksache 19/18950 –

Vom Reagieren zum Agieren – Pandemie Vorbereitung schon jetzt beginnen

- l) zu dem Antrag der Abgeordneten Dr. Wieland Schinnenburg, Michael Theurer, Grigorios Aggelidis, weiterer Abgeordneter und der Fraktion der FDP
– Drucksache 19/18952 –

Eine verlässliche Datenlage zur Ausbreitung von COVID-19 in Deutschland schaffen

- m) zu dem Antrag der Abgeordneten Pia Zimmermann, Susanne Fersch, Doris Achelwilm, weiterer Abgeordneter und der Fraktion DIE LINKE.
– Drucksache 19/18749 –

Häusliche Pflege und pflegende Angehörige unterstützen

- n) zu dem Antrag der Abgeordneten Kordula Schulz-Asche, Maria Klein-Schmeink, Dr. Kirsten Kappert-Gonther, weiterer Abgeordneter und der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN
– Drucksache 19/18940 –

Wertschätzung für Pflege- und Gesundheitsberufe ausdrücken – Corona-Prämie gerecht ausgestalten

- o) zu dem Antrag der Abgeordneten Maria Klein-Schmeink, Dr. Kirsten Kappert-Gonther, Kordula Schulz-Asche, weiterer Abgeordneter und der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN
– Drucksache 19/18956 –

Die ambulante medizinisch-therapeutische Versorgung von besonders vulnerablen Gruppen sichern – Die Leistungserbringer unter den Schutzschirm nehmen

A. Problem

Zu Buchstabe a

Die Gesetzesinitianten erklären, dass mit dem Gesetz zum Schutz der Bevölkerung bei einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite sowie dem COVID-19-Krankenhausesentlastungsgesetz Maßnahmen getroffen worden seien, um das Funktionieren des Gesundheitswesens in einem die gesamte Bundesrepublik Deutschland betreffenden seuchenrechtlichen Notfall sicherzustellen und die mit der besonderen Situation verbundenen negativen finanziellen Folgewirkungen in der Gesundheitsversorgung abzumildern. Die zunehmende Ausbreitung des Coronavirus SARS-CoV-2 mache nun eine Weiterentwicklung und Ergänzung der getroffenen Regelungen und Maßnahmen zur Abmilderung der mit der Corona-Pandemie verbundenen Folgen erforderlich.

Zu Buchstabe b

Die Fraktion der AfD stellt fest, dass dem Ausbruch des Coronavirus im Januar 2020 in China und seiner rapide Verbreitung entgegengewirkt werden müsse. Da das Virus insbesondere für alte Menschen ein gesundheitliches Risiko darstelle,

müssten eine Reihe von Maßnahmen zur Bekämpfung der Seuchenausbreitung in Deutschland ergriffen werden.

Zu Buchstabe c

Die Fraktion der AfD konstatiert, dass für die Angehörigen vieler Berufsgruppen, die das tägliche Leben aufrechterhielten, die Einhaltung des am 22. März 2020 beschlossenen Kontaktverbots berufsbedingt unmöglich sei. Zudem bestehe nach wie vor ein akuter Mangel an persönlicher Schutzausrüstung. Ein wesentliches Ziel des staatlichen Handelns und der gesellschaftlichen Solidarität müsse aber der Schutz und die Unterstützung dieser Berufsgruppen sein.

Zu Buchstabe d

Die Fraktion der AfD stellt fest, dass aufgrund der demographischen Entwicklung und der gesellschaftlichen Veränderungen der Bedarf an der Pflege in Zukunft weiter steigen werde. Für die Sicherstellung der Pflege nähmen pflegende Angehörige eine wichtige gesellschaftliche Aufgabe und eine tragende Rolle in der häuslichen Solidargemeinschaft wahr. Diese mit einem hohen Maß an zeitlicher und finanzieller Eigenleistung verbundene Leistung werde nicht in angemessenen Maße honoriert.

Zu Buchstabe e

Die Fraktion der AfD erklärt, dass das Robert Koch-Institut (RKI) mit der Bereitstellung eines digitalen Melde- und Überwachungssystems für übertragbare Krankheiten beauftragt worden sei. Das sog. Deutsche Elektronische Melde- und Informationssystem für den Infektionsschutz (DEMIS) zielen darauf ab, durch eine automatisierte Verarbeitung sämtlicher Meldeprozesse eine frühzeitige Erkennung von Ausbruchseignissen sowie eine zielgruppengerechte Aufbereitung der Daten zu ermöglichen. Allerdings mangle es derzeit noch an der Fertigstellung des Systems, obwohl es eine gute Grundlage für evidenzbasierte und transparente Politikentscheidungen, insbesondere während der aktuellen Corona-Krise, darstellen könne.

Zu Buchstabe f

Die Fraktion der AfD stellt fest, dass die Bundesrepublik Deutschland durch die Corona-Krise vor einer der größten Herausforderungen seit ihrer Gründung stehe. Obwohl es notwendig sei, alle angemessenen und verhältnismäßigen Maßnahmen zu ergreifen, um einer akut drohenden Überlastung des Gesundheitssystems schnell und umfassend entgegenzuwirken, bleibe bereits vorhandenes Innovations- und Optimierungspotential, insbesondere hinsichtlich der Verwendung digitaler Gesundheitslösungen, nach wie vor ungenutzt.

Zu Buchstabe g

Die Fraktion der AfD konstatiert, dass Mund-Nase-Masken einen wesentlichen Beitrag dazu leisten könnten, die Übertragung und damit die Ausbreitung des Coronavirus zu erschweren. Allerdings seien die Masken seit dem Beginn der Ausbreitung der Pandemie vielerorts vergriffen. Die kurzfristige Produktion solcher für den Verkauf vorgesehenen Masken werde erheblich durch den Umstand erschwert, dass die Hersteller aufgrund der fehlenden Zertifizierung mit wettbewerbsrechtlichen Abmahnungen rechnen müssten.

Zu Buchstabe h

Die Fraktion der AfD erklärt, dass es sich bei der gegenwärtigen Corona-Pandemie weder um den ersten Fall noch um den letzten Fall einer internationalen Ausbreitung einer ernstzunehmenden Erkrankung handle. Vielmehr gehörten Epide-

mien und Pandemien zu den Geschehnissen, mit denen die menschliche Zivilisation leben müsse. Daher stelle sich die Frage, wie Deutschland zukünftig auf ähnliche Ereignisse vorbereitet werde und wie die mit den Maßnahmen zur Bekämpfung der Verbreitung des Virus verbundenen negativen Auswirkungen möglichst gering gehalten werden könnten.

Zu Buchstabe i

Die Fraktion der AfD stellt fest, dass das Gesetz zum Schutz der Bevölkerung bei einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite mit einer starken Kompetenzverschiebung in Richtung der Exekutiven und zahlreichen Möglichkeiten für Grundrechtseinschränkungen in Form von Anordnungen und Verordnungen in Kraft getreten sei. Mittlerweile sei das Ausbruchsgeschehen in Deutschland allerdings beherrschbar geworden, sodass die Grundlage, auf derer die Feststellung des Vorliegens einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite erfolgte, nicht mehr gegeben sei.

Zu Buchstabe j

Die Fraktion der FDP konstatiert, dass in Deutschland rund 1,76 Millionen pflegebedürftige Menschen ausschließlich durch ihre Angehörigen betreut und rund 830.000 teilweise oder vollständig von ambulanten Pflegediensten versorgt würden. Sie alle erhielten Leistungen nach dem SGB XI. Aufgrund der wegen der COVID-19-Pandemie ergriffenen Maßnahmen könnten die Entlastungsangebote für pflegende Angehörige nur eingeschränkt in Anspruch genommen werden. Es bestünden Versorgungsengpässe und Infektionsgefahren. Zudem verschärften Überlastung sowie die Unvereinbarkeit von Beruf und Pflege die Problematik.

Zu Buchstabe k

Die Fraktion der FDP ist der Auffassung, dass die Vorsorge für infektiologische Großschadenslagen an neue fachliche Erkenntnisse angepasst und stetig weiterentwickelt werden müsse. Das neuartige Coronavirus verdeutliche, wie rasch sich Gesundheitsgefahren in einer stark vernetzten Welt über Länder- und Kontinentgrenzen verbreiteten und welche Schäden dadurch in der Gesundheits-, Sozial-, Wirtschafts-, Außen- und Entwicklungspolitik verursacht werden könnten.

Zu Buchstabe l

Nach Auffassung der Fraktion der FDP stützten sich die Entscheidungen der Bundesregierung während der COVID-19-Pandemie hinsichtlich der Schutzmaßnahmen auf eine oftmals nicht valide Datenlage. Um qualifiziert über die Lockerung von Maßnahmen entscheiden zu können, seien aber repräsentative Zahlen und deren Analyse von zentraler Bedeutung.

Zu Buchstabe m

Die häusliche Pflege ist nach Überzeugung der Fraktion DIE LINKE. nicht erst seit dem Corona-Virus das Stiefkind der Pflegepolitik. Die häusliche Pflege sei nicht nur unterfinanziert, sondern es fehle vor allem ein ganzheitliches, schnell verfügbares Netz von Unterstützungsangeboten mit guten Arbeitsbedingungen. Fehlende professionelle Angebote würden meist von pflegenden Angehörigen aufgefangen. Gerade für sie fehle es allerdings an einer engmaschigen, unbürokratischen sozialen Sicherung.

Zu Buchstabe n

Die Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN stellt fest, dass Beschäftigte, die direkt mit an COVID-19-erkrankten Menschen arbeiteten, einem erhöhten Ansteckungsrisiko ausgesetzt seien und zum Wohle der Allgemeinheit ihre eigene Ge-

sundheit und schlimmstenfalls ihr Leben riskierten. Viele Beschäftigte setzten aktuell mehr denn je ihre Zeit und ihre Kraft ein, um erkrankte Menschen zu versorgen. Insbesondere in Krankenhäusern und in stationären Pflegeeinrichtungen mit vielen Corona-Patientinnen und -Patienten gingen die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in vielen Fällen an oder über ihre Belastungsgrenze hinaus und leisteten Überstunden.

Zu Buchstabe o

Die Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN konstatiert, dass der mit dem Krankenhausentlastungsgesetz aufgespannte Schutzschirm für einige Bereiche des Gesundheitswesens nur einen ersten Schritt darstellen könne, um den Fortbestand von Strukturen der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung über die COVID-19-Pandemie hinaus zu sichern. Für Einrichtungen, die sich um die Versorgung besonders schutzbedürftiger Menschen kümmerten, seien bisher keine finanziellen Hilfen vorgesehen, obwohl auch diesen Einrichtungen derzeit massive Mehrausgaben bei gleichzeitigen Mindereinnahmen entstünden.

B. Lösung

Zu Buchstabe a

Die Gesetzesinitianten stellen fest, dass eine Reihe von Regelungen erforderlich seien, um den mit dem Virus verbundenen Folgen zu begegnen und diese abzumildern. Unter anderem müsse das Infektionsschutzgesetz (IfSG) weiterentwickelt und präzisiert sowie dauerhaft eine gesetzliche Meldepflicht in Bezug zu COVID-19 und SARS-CoV-2 verankert werden. Zudem sei vorgesehen, Testungen auf COVID-19 symptomunabhängig in den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) aufzunehmen sowie den öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD) durch Maßnahmen des Bundes zu unterstützen. Daneben würden für den Krankenhausbereich weitere Maßnahmen ergriffen, um die Krankenhäuser bei der Bewältigung der Pandemie zu unterstützen. Zudem werde eine Verordnungsermächtigung für notwendige Flexibilisierungen im Bereich der Ausbildungen in den Gesundheitsberufen geschaffen. Pflegeeinrichtungen würden zudem zur Zahlung von gestaffelten Sonderleistungen (Corona-Prämien) an ihre Beschäftigten verpflichtet; hierfür erhielten sie im Wege der Vorauszahlung die entsprechenden Beträge von der sozialen Pflegeversicherung erstattet.

Annahme des Gesetzentwurfs auf Drucksache 19/18967 in geänderter Fassung mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU und SPD gegen die Stimmen der Fraktionen AfD, FDP und DIE LINKE. bei Stimmenthaltung der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN.

Zu Buchstabe b

Die Fraktion der AfD erklärt, dass zur gegenwärtigen aber auch zukünftigen Bekämpfung von Seuchen die Einrichtung verschiedener technischer Verfahren und Monitoringsysteme an deutschen Flughäfen erforderlich sei.

Ablehnung des Antrags auf Drucksache 19/17128 mit den Stimmen der Fraktionen CDU/CSU, SPD, FDP, DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN gegen die Stimmen der Fraktion der AfD.

Zu Buchstabe c

Die Fraktion der AfD stellt fest, dass die Digitalisierung im Gesundheits- und Pflegebereich ein gutes Instrument zur Vermeidung von persönlichem Kontakt und zur Ermöglichung von zusätzlichen spezifischen Leistungen darstelle. Daher

seien verschiedene Maßnahmen zur Förderung der Digitalisierung in den jeweiligen Berufen, insbesondere im Gesundheits- und Pflegebereich, notwendig.

Ablehnung des Antrags auf Drucksache 19/18716 mit den Stimmen der Fraktionen CDU/CSU, SPD, FDP, DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN gegen die Stimmen der Fraktion der AfD.

Zu Buchstabe d

Nach Auffassung der Fraktion der AfD müsse die Sorge- und Pflegearbeit durch Angehörige und nahestehende Personen adäquat anerkannt werden. Dafür müssten die von der Pflegeversicherung bereitgestellten finanziellen Leistungen in Form des Pflegegeldes deutlich erhöht werden. Der Pflegegeldsatz sei an den gesetzlich vorgeschriebenen monatlichen Höchstbetrag für ambulante Pflegesachleistungen anzugleichen.

Ablehnung des Antrags auf Drucksache 19/18717 mit den Stimmen der Fraktionen CDU/CSU, SPD, FDP, DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN gegen die Stimmen der Fraktion der AfD.

Zu Buchstabe e

Die Fraktion der AfD konstatiert, dass die Fertigstellung des DEMIS-Systems beschleunigt und unverzüglich zu einer besseren Dokumentation und Überwachung im Rahmen der aktuellen Corona-Krise genutzt werden müsse.

Ablehnung des Antrags auf Drucksache 19/18721 mit den Stimmen der Fraktionen CDU/CSU, SPD, FDP, DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN gegen die Stimmen der Fraktion der AfD.

Zu Buchstabe f

Die Fraktion der AfD weist darauf hin, dass es um einer weiteren Ausbreitung entgegenzuwirken und die Auswirkungen auf das Gesundheitswesen abzumildern, erforderlich sei, das bereits vorhandene aber ungenutzte Innovationspotential der eHealth-Branche, das in einer Vielzahl von digitalen Gesundheitslösungen stecke, zu nutzen. Zudem sei die Erstellung einer nationalen digitalen Gesundheitsstrategie notwendig.

Ablehnung des Antrags auf Drucksache 19/18723 mit den Stimmen der Fraktionen CDU/CSU, SPD, FDP, DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN gegen die Stimmen der Fraktion der AfD.

Zu Buchstabe g

Nach Auffassung der Fraktion der AfD sei ein Appell an alle Rechtsdienstleister in der Bundesrepublik Deutschland notwendig, während der Dauer der Pandemie von der Durchsetzung wettbewerbsrechtlicher Unterlassungsansprüche gegenüber den Herstellern von Mund-Nase-Masken abzusehen. Zudem müsse die Aussetzung des Verbots nach § 4 Absatz 2 des Medizinproduktegesetzes sichergestellt werden.

Ablehnung des Antrags auf Drucksache 19/18724 mit den Stimmen der Fraktionen CDU/CSU, SPD, FDP, DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN gegen die Stimmen der Fraktion der AfD.

Zu Buchstabe h

Die Fraktion der AfD konstatiert, dass Deutschland auf zukünftige Pandemien besser vorbereitet werden müsse. Dafür sei es unter anderem erforderlich, die nichtpharmakologischen Interventionen zu untersuchen und auszuwerten sowie umgehend Kohorten und Register aufzubauen, um für zukünftige Pandemien

wichtige wissenschaftliche Erkenntnisse zu sammeln. Zudem müssten auf der Basis der gesammelten Daten regional angepasste Maßnahmen entwickelt sowie sich daraus gegebenenfalls notwendige Umstrukturierungen in Kliniken und im öffentlichen Gesundheitssystem durchgeführt werden.

Ablehnung des Antrags auf Drucksache 19/18975 mit den Stimmen der Fraktionen CDU/CSU, SPD, FDP, DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN gegen die Stimmen der Fraktion der AfD.

Zu Buchstabe i

Die Fraktion der AfD fordert, dass der Deutsche Bundestag nach § 5 Absatz 1 Satz 2 zweiter Halbsatz IfSG feststellen müsse, dass die Voraussetzungen einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite nicht mehr vorlägen. Zudem habe der Deutsche Bundestag die Feststellung der epidemischen Lage von nationaler Tragweite nach Maßgabe des § 5 Absatz 1 Satz 2 IfSG wieder aufzuheben. Sämtliche Einschränkungen der Grund- und Bürgerrechte und weitere einschränkende Maßnahmen, die auf § 5 Absatz 2 IfSG basierten, seien mit sofortiger Wirkung zu beenden.

Ablehnung des Antrags auf Drucksache 19/18999 mit den Stimmen der Fraktionen CDU/CSU, SPD, FDP, DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN gegen die Stimmen der Fraktion der AfD.

Zu Buchstabe j

Der Versorgungsnotstand müsse nach Auffassung der Fraktion der FDP schnellstmöglich durch kurzfristig zu schaffende Angebote, auf die pflegende Angehörige unbürokratisch zurückgreifen könnten, behoben werden. Unter anderem müsse das Budget für die Verhinderungs- und Kurzzeitpflege zusammengelegt sowie ein bundesweit informierendes digitales Portal über freie Kurzzeitpflegeplätze eingerichtet werden. Zudem müsse die Bundesregierung für die Dauer der Pandemie in Deutschland die Mittel aus der Globalen Mehrausgabe „Corona-Pandemie“ nutzen, um unter anderem eine Hotline für akute Notsituationen einrichten sowie einen vereinfachten Zugang zu COVID-19-Testungen aufzubauen.

Ablehnung des Antrags auf Drucksache 19/18676 mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU und SPD gegen die Stimmen der Fraktionen AfD, FDP und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN bei Stimmenthaltung der Fraktion DIE LINKE.

Zu Buchstabe k

Die Fraktion der FDP listet insgesamt 24 Maßnahmen zur Pandemievorbereitung auf, die im Rahmen der zur Verfügung stehenden Haushaltsmittel auf multilateraler, europäischer und nationaler Ebene zu ergreifen seien.

Ablehnung des Antrags auf Drucksache 19/18950 mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU, SPD und AfD gegen die Stimmen der Fraktion der FDP bei Stimmenthaltung der Fraktionen DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN.

Zu Buchstabe l

Die Fraktion der FDP fordert, schnellstmöglich regelmäßig repräsentative Viruslast- und Antikörperstudien durchzuführen. Zudem müssten alle Personen obduziert werden, deren Todesursache im Zusammenhang mit COVID-19 stehen könnte. Die daraus gewonnenen Daten seien der Öffentlichkeit und Wissenschaft zeitnah und kostenlos zugänglich zu machen.

Ablehnung des Antrags auf Drucksache 19/18952 mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU und SPD gegen die Stimmen der Fraktionen AfD, FDP und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN bei Stimmenthaltung der Fraktion DIE LINKE.

Zu Buchstabe m

Die Fraktion DIE LINKE. fordert die umgehende Veranlassung gesetzlicher Regelungen für einheitliche Maßnahmen zur Unterstützung der häuslichen Pflege. Unter anderem müssten Pflegefamilien im Leistungsbereich des SGB XI mindestens in Höhe der Leistungsbeträge der Tages- und Kurzzeitpflege ein freiverfügbares Budget zur Finanzierung häuslicher Pflege erhalten sowie die Bindung des Entlastungsbetrages nach § 45b SGB XI an zugelassene Leistungserbringer mindestens bis zum 31. Dezember 2020 aufgehoben werden.

Ablehnung des Antrags auf Drucksache 19/18749 mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU, SPD und FDP gegen die Stimmen der Fraktion DIE LINKE. bei Stimmenthaltung der Fraktionen AfD und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN.

Zu Buchstabe n

Beschäftigte im Gesundheits-, Pflege- und Assistenzbereich, die besonderen Risiken durch die Corona-Pandemie ausgesetzt seien, müssten nach Auffassung der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN zur Anerkennung ihrer Arbeit zeitnah eine Corona-Prämie erhalten. Die Gegenfinanzierung der Corona-Prämie habe dabei vollständig aus Steuermitteln zu erfolgen. Des Weiteren solle mit der „doppelten Pflegegarantie“ eine Reform der Pflegeversicherung eingeleitet werden, die das Risiko künftiger Kostensteigerungen auf die Versichertengemeinschaft fair umverteile.

Ablehnung des Antrags auf Drucksache 19/18940 mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU, SPD und FDP gegen die Stimmen der Fraktionen DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN bei Stimmenthaltung der Fraktion der AfD.

Zu Buchstabe o

Die Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN erklärt, dass weiteren Leistungserbringern des Gesundheitswesens finanzielle Unterstützung im Falle von pandemiebedingten Ausfällen bzw. Mehrausgaben gewährt werden sollten. Außerdem müsse darauf hingewirkt werden, dass die bis zum 31. Mai 2020 befristeten Sonderregelungen aufgrund der COVID-19-Pandemie des Gemeinsamen Bundesausschusses vom 27. März 2020 für die Dauer der epidemischen Lage verlängert würden.

Ablehnung des Antrags auf Drucksache 19/18956 mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU und SPD gegen die Stimmen der Fraktionen FDP, DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN bei Stimmenthaltung der Fraktion der AfD.

C. Alternativen

Zu Buchstabe a

Ablehnung des Gesetzentwurfs.

Zu den Buchstaben b bis o

Annahme des jeweiligen Antrags.

D. Haushaltsausgaben ohne Erfüllungsaufwand

Zu Buchstabe a

Bund, Länder und Gemeinden

Durch Unterstützungsleistungen des Bundes für den ÖGD ergeben sich Mehraufwendungen von ca. 50 Mio. Euro, wenn für jedes der 375 Gesundheitsämter ca. 100 000 bis 150 000 Euro bereitgestellt werden.

Beim Robert Koch-Institut (RKI) ergibt sich durch die Einrichtung einer Kontaktstelle für den öffentlichen Gesundheitsdienst ab Inkrafttreten des Gesetzes ein zusätzlicher Stellenbedarf für 40 Personen.

Durch die Übernahme der Behandlungskosten für SARS-CoV-2-Patienten aus dem EU-Ausland entstehen dem Bund Mehraufwendungen von ca. 15 Mio. Euro.

Für Bund, Länder und Gemeinden ergeben sich für die Beihilfe aus den Maßnahmen im Bereich der Pflege entsprechend ihrem Anteil an den Pflegebedürftigen unter Berücksichtigung der Beihilfetarife einmalige Mehrausgaben von 43 Mio. Euro.

Mehrausgaben für den Bundeshaushalt sowie ein entsprechender Mehrbedarf an Planstellen/Stellen sollen finanziell und stellenmäßig im jeweiligen Einzelplan ausgeglichen werden.

Gesetzliche Krankenversicherung

Die im Gesetzentwurf enthaltenen Ermächtigungsgrundlagen hinsichtlich der Kostentragung für Testungen haben für sich betrachtet keine unmittelbaren Kostenfolgen. Macht das Bundesministerium für Gesundheit von der Ermächtigung Gebrauch, folgt die Kostenbelastung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) dem Umfang der angeordneten Kostenübernahmeverpflichtung. Je einer Million zusätzlicher ungebündelter Tests entstehen der GKV bei Kostenübernahme Mehrausgaben von ca. 60 Mio. Euro. Gleichzeitig geht damit eine Verbesserung der Verhütung in Bezug zu COVID-19-Ansteckungen einher. Dadurch werden Kosten für Krankenbehandlungen in nicht quantifizierbarer Höhe vermieden.

Die Einführung des Prüfquotensystems war ursprünglich für das Jahr 2021 vorgesehen und wird nun um ein Jahr verschoben. Die im Rahmen des Prüfquotensystems erreichte durchschnittliche Prüfquote ist abhängig von den krankenhausbezogenen Anteilen unbeanstandeter Abrechnungen. Da diese zum jetzigen Zeitpunkt nicht abgeschätzt werden können, kann der für das Jahr 2021 nun vorgesehenen bundeseinheitlich festgelegten quartalsbezogenen Prüfquote von bis zu 12,5 Prozent keine Prüfquote gegenübergestellt werden, so dass eine Abschätzung finanzieller Wirkungen für die gesetzlichen Krankenkassen nicht möglich ist.

Die zusätzliche Reserve bei Grippeimpfstoffen in Höhe von nunmehr 30 Prozent kann in der Impfsaison 2020/2021 für die gesetzliche Krankenversicherung zu Mehrausgaben für Grippeimpfstoffe von bis zu 50 Mio. Euro einschließlich Mehrwertsteuer sowie zu Mehrausgaben für die ärztliche Vergütung von bis zu 30 Mio. Euro führen. Auf die Träger der Beihilfe bei Bund, Ländern und Gemeinden entfallen Ausgaben im niedrigen einstelligen Millionenbereich.

Die finanziellen Folgen der technischen Korrekturen zum Gesetz für mehr Sicherheit in der Arzneimittelversorgung (GSAV) vom 9. August 2019 (BGBl. I S. 1202) zur Sicherstellung eines einheitlichen Inkrafttretens des Wegfalls des Sondervertriebsweges Hämophilie sind nicht quantifizierbar.

Unterstellt man, dass im Bereich der Hospize 10 Prozent der Leistungsfälle entfallen, so ergeben sich aus der Beteiligung der gesetzlichen Krankenversicherung an den Erstattungen im Umfang von 80 Prozent einmalige Mehrausgaben von rund 11 Mio. Euro.

Der gesetzlichen Krankenversicherung entstehen für die Beteiligung an den Kosten der Prämienzahlungen für die Beschäftigten von Pflegeeinrichtungen einmalige Mehrausgaben von etwa 130 Mio. Euro.

Soziale Pflegeversicherung

Den Erstattungen für nach Landesrecht anerkannte Angebote zur Unterstützung im Alltag stehen entsprechende Minderausgaben bei den Erstattungen an die Pflegebedürftigen gegenüber. Die Möglichkeit für Pflegebedürftige des Pflegegrades 1, den Entlastungsbetrag auch für nicht anerkannte Angebote zur Unterstützung im Alltag zu verwenden, kann zu einer erhöhten Inanspruchnahme führen. Nehmen zusätzlich 15 Prozent der Pflegebedürftigen des Pflegegrades 1 entsprechende Leistungen in Anspruch, so ergeben sich im Jahr 2020 einmalige Mehrausgaben von rd. 50 Mio. Euro. Aus der einmaligen Verlängerung der Ansparmöglichkeit von Entlastungsleistungen um drei Monate ergeben sich nur geringfügige, nicht quantifizierbare Mehrausgaben. Durch die Ermöglichung von quarantänebedingter pflegerischer Versorgung in Einrichtungen, die stationäre Leistungen zur medizinischen Vorsorge oder Rehabilitation erbringen, entstehen in 2020 einmalige Mehrausgaben von rd. 1 Mrd. Euro.

Aus der vereinfachten Möglichkeit der Inanspruchnahme von Pflegeunterstützungsgeld ergeben sich schwer kalkulierbare einmalige Mehrausgaben im Jahr 2020. Geht man von 100.000 zusätzlichen Fällen aus und setzt das Nettomedianeinkommen an, ergeben sich knapp 100 Mio. Euro.

Der sozialen Pflegeversicherung entstehen für die Kosten der Prämienzahlungen für die Beschäftigten von Pflegeeinrichtungen einmalige Mehrausgaben von etwa 870 Mio. Euro.

Pflegeberufegesetz

Die Finanzierung der vorgesehenen Aufwandsentschädigungen für die Expertinnen und Experten der Fachkommission nach dem Pflegeberufegesetz erfolgt aus den Haushaltsmitteln, die beim Bundesinstitut für Berufsbildung für die Fachkommission jährlich zur Verfügung stehen.

Zu den Buchstabe b bis o

Wurden nicht erörtert.

E. Erfüllungsaufwand

E.1 Erfüllungsaufwand für Bürgerinnen und Bürger

Zu Buchstabe a

Kommt es zu einer vermehrten Stellung von Anträgen auf Kostenerstattung bei Entlastungsangeboten, so kann sich dafür ein geringfügiger Mehraufwand bei den Antragstellern ergeben.

Es entsteht ein geringfügiger, nicht quantifizierbarer Erfüllungsaufwand für Bürgerinnen und Bürger, die nach Beendigung ihrer Hilfebedürftigkeit einen Antrag

stellen, um aus dem Basistarif der privaten Krankenversicherung in ihren ursprünglichen Versicherungstarif zurück zu wechseln.

Für die Stellung von Anträgen auf Pflegeunterstützungsgeld ergibt sich für die Bürger ein zusätzlicher Aufwand von jeweils einer halben Stunde.

Zu den Buchstabe b bis o

Wurden nicht erörtert.

E.2 Erfüllungsaufwand für die Wirtschaft

Zu Buchstabe a

1. Meldepflichten nach dem IfSG

Durch zusätzliche Meldepflichten nach dem IfSG wird ein nicht quantifizierbarer Erfüllungsaufwand in geringer Höhe bei meldepflichtigen medizinischen Einrichtungen ausgelöst.

2. Unterjährige Datenlieferungen durch die Krankenhäuser

Krankenhäuser haben zusätzlich zwei unterjährige Datenübermittlungen nach § 21 des Krankenhausentgeltgesetzes (KHEntgG) an die vom Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) geführte Datenstelle auf Bundesebene zu tätigen. Hierbei handelt es sich um eine routinemäßige Datenübermittlung, die jährlich von den Krankenhäusern zu leisten ist. Dateninhalte, Dateiformate und Meldewege sind bekannt, sodass von Krankenhäusern beispielsweise keine neue Software zu implementieren ist. Für Krankenhäuser entsteht damit ein geringer Erfüllungsaufwand in nicht quantifizierbarer Höhe.

3. Verschiebung des Prüfquotensystems

Mit der einjährigen Verschiebung der Einführung des Prüfquotensystems und der Festlegung einer maximal zulässigen Prüfquote von bis zu 12,5 Prozent je Quartal im Jahr 2021 entsteht den Krankenhäusern kein Erfüllungsaufwand. Die Maßnahmen wurden mit dem MDK-Reformgesetz vom 14. Dezember 2019 beschlossen und werden nun um ein Jahr verschoben.

4. Weitere Änderungen des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

Durch die Verwendung von Verordnungen in Textform von digitalen Gesundheitsanwendungen im Rahmen von Pilotprojekten entstehen geringe, nicht zu quantifizierende Einsparungen für die Hersteller digitaler Gesundheitsanwendungen durch das Entfallen der Digitalisierung von Verordnungen und der Nutzung von Dienstleistern im Rahmen des Abrechnungsvorgangs mit den Krankenkassen.

5. Änderungen des Elften Buches Sozialgesetzbuch

Für die Erbringer von Angeboten zur Unterstützung im Alltag ergeben sich geringfügige Mehraufwendungen für die Stellung von Anträgen auf Erstattung, denen aber mindestens ebenso hohe Minderaufwendungen für eine entsprechend geringere Zahl von Leistungsabrechnungen gegenüberstehen.

Für die private Pflege-Pflichtversicherung können sich Mehrausgaben aus der Bearbeitung zusätzlicher Kostenerstattungsanträge bei Entlastungsleistungen ergeben, denen aber mindestens ebenso hohe Minderaufwendungen für eine entsprechend geringere Zahl von Leistungsabrechnungen gegenüberstehen.

Für nach § 72 SGB XI zugelassene Pflegeeinrichtungen entsteht ein Erfüllungsaufwand durch das Erfordernis, für die Beschäftigten der jeweiligen Pflegeeinrichtung an bis zu zwei Zeitpunkten im Jahr 2020 die Höhe der jeweils zu zahlenden Prämie zu ermitteln und daraus die jeweilige Gesamthöhe der Erstattungsbeiträge durch die soziale Pflegeversicherung zu berechnen. Je Pflegeeinrichtung ist hierfür ein Zeitaufwand von insgesamt acht Stunden in der Verwaltung (insbesondere der Lohnbuchhaltung) zu veranschlagen. Der Gesamtzeitaufwand für alle 28 600 von der Regelung betroffenen Pflegeeinrichtungen (14 100 ambulante Pflegeeinrichtungen; 14 500 teil- und vollstationäre Pflegeeinrichtungen; Pflegestatistik 2017) beträgt daher 228 800 Stunden, die Gesamtkosten für alle Pflegeeinrichtungen liegen bei 7 068 000 Euro.

Arbeitgeber von in Pflegeeinrichtungen eingesetzten Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern haben entsprechend dem ungefähren Anteil dieser Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer an der Gesamtzahl der Beschäftigten in Pflegeeinrichtungen von etwa 1 Prozent einen Erfüllungsaufwand von rund 70 000 Euro.

Für die Bundesvereinigungen der Träger stationärer und ambulanter Pflegeeinrichtungen entsteht für die Abstimmung des Verfahrens mit dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen je ein Aufwand von ca. 35 Stunden; die Kosten liegen bei rund 1 100 Euro je beteiligtem Verband.

6. Änderung des Versicherungsvertragsgesetzes

Es entsteht ein geringer, nicht quantifizierbarer Erfüllungsaufwand für die privaten Versicherungsunternehmen durch das vereinfachte Rückkehrrecht aus dem Basistarif in den Tarif, in dem eine Person vor Beginn der Hilfebedürftigkeit versichert war.

7. Änderung des Transfusionsgesetzes

Die Bundesärztekammer ist gesetzlich verpflichtet, den allgemein anerkannten Stand der Erkenntnisse der medizinischen Wissenschaft und Technik zur Gewinnung von Blut und Blutbestandteilen im Einvernehmen mit der zuständigen Bundesoberbehörde in Richtlinien festzulegen. Eine Überprüfung der Fristen für die Spenderrückstellung war für das Jahr 2020 unabhängig von der gesetzlichen Klarstellung bereits geplant. Es ist jedoch davon auszugehen, dass in den Folgejahren aufgrund der gesetzlichen Klarstellung die Prüfung der Richtlinien auf Aktualisierungsbedarf regelmäßiger und gegebenenfalls auch in kürzeren Abständen erfolgen wird.

Zu den Buchstabe b bis o

Wurden nicht erörtert.

Davon Bürokratiekosten aus Informationspflichten

Zu Buchstabe a

Dass neben der bereits für die Krankenhäuser verbindlichen Information der Landesverbände der Krankenkassen künftig auch der für das jeweilige Krankenhaus zuständige Medizinische Dienst informiert werden muss, wenn Strukturmerkmale vom Krankenhaus für mehr als einen Monat nicht erfüllt werden, löst keinen relevanten zusätzlichen Erfüllungsaufwand aus. Durch zusätzliche Meldepflichten nach dem IfSG wird ein nicht quantifizierbarer Erfüllungsaufwand ausgelöst.

Zu den Buchstabe b bis o

Wurden nicht erörtert.

E.3 Erfüllungsaufwand der Verwaltung

Zu Buchstabe a

1. Meldepflichten nach dem IfSG

Durch zusätzliche Meldepflichten nach dem IfSG wird ein nicht quantifizierbarer Erfüllungsaufwand in geringer Höhe bei den Einrichtungen des ÖGD ausgelöst.

2. Unterjährige Datenlieferungen durch die Krankenhäuser

Durch die zwei zusätzlichen Datenübermittlungen der Krankenhäuser an die vom InEK geführte Datenstelle, ist vom InEK jeweils eine Plausibilitätsprüfung der Daten durchzuführen. Zusätzlich hat das InEK die vom Bundesministerium für Gesundheit in Auftrag zu gebenden Auswertungen zu leisten, wodurch sich ein Erfüllungsaufwand in Höhe eines mittleren vierstelligen Eurobetrags für das InEK ergibt. Dieser ist jedoch von Umfang und Anzahl der Auswertungen abhängig.

3. Verzicht auf Prüfung bestimmter OPS-Mindestmerkmale

Es ist zu erwarten, dass die Krankenkassen die für das Jahr 2020 vorgegebene quartalsbezogene Prüfquote von bis zu 5 Prozent grundsätzlich weitgehend ausschöpfen. Dabei dürfen jedoch die temporär nicht prüfbaren Mindestmerkmale bestimmter Codes des OPS nicht Anlass für eine Prüfung sein. Vor diesem Hintergrund ist davon auszugehen, dass die Krankenkassen und die Medizinischen Dienste weder in nennenswertem Maß entlastet noch mit zusätzlichem Erfüllungsaufwand belastet werden.

4. Verschiebung des Prüfquotensystems

Mit der einjährigen Verschiebung der Einführung des Prüfquotensystems und der Festlegung einer maximal zulässigen Prüfquote von bis zu 12,5 Prozent je Quartal im Jahr 2021 entsteht den Krankenkassen kein Erfüllungsaufwand. Die Maßnahmen wurden mit dem MDK-Reformgesetz vom 14. Dezember 2019 beschlossen und werden nun um ein Jahr verschoben.

5. Weitere Änderungen des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V)

Für die Durchführung von Pilotprojekten zur Ermöglichung der Verwendung von Verordnungen von digitalen Gesundheitsanwendungen in Textform entsteht den Krankenkassen ein laufender, geringer und nicht zu quantifizierender Erfüllungsaufwand. Dieser besteht in der Vornahme einer technischen Anpassung an bestehenden digitalen Serviceangeboten (Service-Apps) und deren Ertüchtigung zur Übermittlung von Verordnungen in Textform. Die Höhe der aufzuwendenden Mittel variiert dabei je nach Krankenkasse.

Der mit der Änderung des § 285 Absatz 3a SGB V verbundene einmalige und laufende Erfüllungsaufwand wird sich im Hinblick auf die geringen Fallzahlen und den hohen Automatisierungsgrad in einem schwer quantifizierbaren sehr niedrigen Bereich von unter 100 000 Euro befinden.

Durch die Abrechnung der Behandlungskosten für SARS-CoV-2-Patienten aus dem EU-Ausland entsteht der Deutschen Verbindungsstelle Krankenversicherung – Ausland ein geringfügiger zusätzlicher Aufwand, da die Abrechnung mit dem Bund statt wie üblich mit der Verbindungsstelle des Auslandes durchgeführt werden muss.

6. Änderungen des Elften Buches Sozialgesetzbuch

Für die Pflegekassen können sich aus der vermehrten Einreichung von Kostenerstattungsanträgen für Entlastungsleistungen Mehrausgaben ergeben, denen aber mindestens ebenso hohe Minderaufwendungen für eine entsprechend geringere Zahl von Leistungsabrechnungen gegenüberstehen.

Für die Pflegekassen kann sich Mehraufwand aus der Bearbeitung der Erstattungsanträge für die im Zusammenhang mit der Corona-Pandemie stehenden Mindereinnahmen oder Mehraufwendungen von nach Landesrecht anerkannten Angeboten zur Unterstützung im Alltag ergeben.

Für die Bearbeitung der zusätzlichen Anträge auf Pflegeunterstützungsgeld ergibt sich für die Pflegekassen ein einmaliger zusätzlicher Aufwand von rund 700 000 Euro.

Für die Beihilfestellen können sich Mehrausgaben aus der Bearbeitung zusätzlicher Kostenerstattungsanträge bei Entlastungsleistungen ergeben, denen aber mindestens ebenso hohe Minderaufwendungen für eine entsprechend geringere Zahl von Leistungsabrechnungen gegenüberstehen.

Für die Pflegekassen, die nach dem durch den Spitzenverband Bund der Pflegekassen im Benehmen mit den Bundesvereinigungen der Träger stationärer und ambulanter Pflegeeinrichtungen festzulegenden, näheren Verfahren die Meldungen der Pflegeeinrichtungen zu zwei Zeitpunkten im Jahr 2020 entgegennehmen, auf Plausibilität prüfen und die Auszahlung der Erstattungsbeträge bewirken müssen, entsteht ein Erfüllungsaufwand von 5 000 Stunden bei den Pflegekassen bzw. ihren Landesverbänden und Kosten von 217 000 Euro.

Für den Spitzenverband Bund der Pflegekassen entstehen vorrangig auf Ebene Referatsleitung/Referentinnen und Referenten ein Erfüllungsaufwand von ca. 80 Stunden für die Abstimmung des Verfahrens mit den Verbänden der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene und damit Kosten von 3 472 Euro.

Für das Bundesministerium für Gesundheit entstehen vorrangig auf Ebene Referatsleitung/Referentinnen und Referenten sowie Sachbearbeitung ein Erfüllungsaufwand von ca. 20 Stunden für die Zustimmung zum vereinbarten Verfahren und damit Kosten in Höhe von 1 308 Euro.

7. Änderung des Versicherungsvertragsgesetzes

Die Regelung zum Rückkehrrecht vom Basistarif der privaten Krankenversicherung in den vorherigen Versicherungstarif bei Beendigung der Hilfebedürftigkeit führt im Bereich der Grundsicherung für Arbeitsuchende nach dem SGB II und der Lebensunterhaltsleistungen nach dem Zwölften Buch Sozialgesetzbuch (SGB XII) zu einem geringfügigen, nicht quantifizierbaren Umstellungsaufwand durch Änderungen in IT-Verfahren zur Aufnahme von entsprechenden Hinweisen in Schreiben und Bescheiden an die Leistungsberechtigten.

8. Änderung des Gesetzes über die Ausübung der Zahnheilkunde

Mit der Verschiebung des Inkrafttretens der Verordnung zur Neuregelung der zahnärztlichen Ausbildung vom 8. Juli 2019 um ein Jahr entsteht den Ländern kein Erfüllungsaufwand. Der Bundesrat hat der Verordnung zur Neuregelung der zahnärztlichen Ausbildung am 7. Juni 2019 zugestimmt. Der Beginn der Ausbildung nach der reformierten Approbationsordnung für Ärzte und Ärztinnen wird um ein Jahr verschoben. Dadurch kommt es in diesem Jahr zu Einsparungen in Höhe eines einstelligen Millionenbetrages.

Zu den Buchstabe b bis o

Wurden nicht erörtert.

F. Weitere Kosten**Zu Buchstabe a**

Durch die Vorgaben einer zusätzlichen Reserve bei Grippeimpfstoffen in Höhe von nunmehr 30 Prozent im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung können durch vermehrte Impfungen auch bei privat Versicherten für die privaten Krankenversicherungsunternehmen Mehrausgaben nicht ausgeschlossen werden.

Für die privaten Versicherungsunternehmen, die die private Pflege-Pflichtversicherung durchführen, ergeben sich entsprechend ihrem Anteil an der Gesamtzahl der Pflegebedürftigen von rd. 7 Prozent unter Berücksichtigung von Beihilfetarifen rechnerisch einmalige Mehrausgaben von 43 Mio. Euro.

Darüber hinaus entstehen keine weiteren Kosten.

Zu den Buchstabe b bis o

Wurden nicht erörtert.

Beschlussempfehlung

Der Bundestag wolle beschließen,

- a) den Gesetzentwurf auf Drucksache 19/18967 in der aus der nachstehenden Zusammenstellung ersichtlichen Fassung anzunehmen;
- b) den Antrag auf Drucksache 19/17128 abzulehnen;
- c) den Antrag auf Drucksache 19/18716 abzulehnen;
- d) den Antrag auf Drucksache 19/18717 abzulehnen;
- e) den Antrag auf Drucksache 19/18721 abzulehnen;
- f) den Antrag auf Drucksache 19/18723 abzulehnen;
- g) den Antrag auf Drucksache 19/18724 abzulehnen;
- h) den Antrag auf Drucksache 19/18975 abzulehnen;
- i) den Antrag auf Drucksache 19/18999 abzulehnen;
- j) den Antrag auf Drucksache 19/18676 abzulehnen;
- k) den Antrag auf Drucksache 19/18950 abzulehnen;
- l) den Antrag auf Drucksache 19/18952 abzulehnen;
- m) den Antrag auf Drucksache 19/18749 abzulehnen;
- n) den Antrag auf Drucksache 19/18940 abzulehnen;
- o) den Antrag auf Drucksache 19/18956 abzulehnen.

Berlin, den 13. Mai 2020

Der Ausschuss für Gesundheit

Erwin Rüdgel

Vorsitzender

Rudolf Henke
Berichterstatter

Sabine Dittmar
Berichterstatterin

Detlev Spangenberg
Berichterstatter

Dr. Andrew Ullmann
Berichterstatter

Dr. Achim Kessler
Berichterstatter

Kordula Schulz-Asche
Berichterstatterin

Zusammenstellung

des Entwurfs eines Zweiten Gesetzes zum Schutz der Bevölkerung bei einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite

– Drucksache 19/18967 –

mit den Beschlüssen des Ausschusses für Gesundheit (14. Ausschuss)

Entwurf		Beschlüsse des 14. Ausschusses	
Entwurf eines Zweiten Gesetzes zum Schutz der Bevölkerung bei einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite		Entwurf eines Zweiten Gesetzes zum Schutz der Bevölkerung bei einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite	
Vom ...		Vom ...	
Der Bundestag hat mit Zustimmung des Bundesrates das folgende Gesetz beschlossen:		Der Bundestag hat mit Zustimmung des Bundesrates das folgende Gesetz beschlossen:	
I n h a l t s ü b e r s i c h t		I n h a l t s ü b e r s i c h t	
Artikel 1	Änderung des Infektionsschutzgesetzes	Artikel 1	u n v e r ä n d e r t
Artikel 2	Weitere Änderung des Infektionsschutzgesetzes	Artikel 2	u n v e r ä n d e r t
Artikel 3	Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes	Artikel 3	u n v e r ä n d e r t
		Artikel 3a	Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes
Artikel 4	Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch	Artikel 4	u n v e r ä n d e r t
Artikel 5	Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch	Artikel 5	u n v e r ä n d e r t
		Artikel 5a	Änderung des Familienpflegezeitgesetzes
		Artikel 5b	Änderung des Pflegezeitgesetzes
Artikel 6	Änderung des Versicherungsvertragsgesetzes	Artikel 6	u n v e r ä n d e r t
Artikel 7	Änderung des Ergotherapeutengesetzes	Artikel 7	u n v e r ä n d e r t
Artikel 8	Änderung des Gesetzes über den Beruf des Logopäden	Artikel 8	u n v e r ä n d e r t
Artikel 9	Änderung des Pflegeberufgesetzes	Artikel 9	u n v e r ä n d e r t
Artikel 10	Änderung der Pflegeberufe-Ausbildungs- und Prüfungsverordnung	Artikel 10	u n v e r ä n d e r t
Artikel 11	Änderung des Transfusionsgesetzes	Artikel 11	u n v e r ä n d e r t

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
Artikel 12 Änderung des Gesetzes für mehr Sicherheit in der Arzneimittelversorgung	Artikel 12 u n v e r ä n d e r t
<i>Artikel 13 Änderung des Gesetzes über die Ausbildung zur Anästhesietechnischen Assistentin und zum Anästhesietechnischen Assistenten und über die Ausbildung zur Operationstechnischen Assistentin und zum Operationstechnischen Assistenten</i>	Artikel 13 (weggefallen)
Artikel 14 Änderung des Gesetzes über die Ausübung der Zahnheilkunde	Artikel 14 u n v e r ä n d e r t
Artikel 15 Änderung der Approbationsordnung für Zahnärzte und Zahnärztinnen	Artikel 15 u n v e r ä n d e r t
<i>Artikel 16 Änderung der Verordnung zur Neuregelung der zahnärztlichen Ausbildung</i>	Artikel 16 (weggefallen)
Artikel 17 Änderungen aus Anlass der Verschiebung des Geltungsbeginns der Verordnung (EU) 2017/745	Artikel 17 u n v e r ä n d e r t
Artikel 18 Änderung des Transplantationsgesetzes	Artikel 18 u n v e r ä n d e r t
Artikel 19 Änderung des Psychotherapeutengesetzes	Artikel 19 u n v e r ä n d e r t
Artikel 20 Inkrafttreten, Außerkrafttreten	Artikel 20 u n v e r ä n d e r t
Artikel 1	Artikel 1
Änderung des Infektionsschutzgesetzes	Änderung des Infektionsschutzgesetzes
Das Infektionsschutzgesetz vom 20. Juli 2000 (BGBl. I S. 1045), das zuletzt durch Artikel 3 des Gesetzes vom 27. März 2020 (BGBl. I S. 587) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:	Das Infektionsschutzgesetz vom 20. Juli 2000 (BGBl. I S. 1045), das zuletzt durch Artikel 3 des Gesetzes vom 27. März 2020 (BGBl. I S. 587) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:
1. Die Inhaltsübersicht wird wie folgt geändert:	1. u n v e r ä n d e r t
a) Die Angaben zu den §§ 16 und 17 werden wie folgt gefasst:	
„§ 16 Allgemeine Maßnahmen zur Verhütung übertragbarer Krankheiten	
§ 17 Besondere Maßnahmen zur Verhütung übertragbarer Krankheiten, Verordnungsermächtigung“.	
b) Die Angabe zu § 27 wird wie folgt gefasst:	
„§ 27 Gegenseitige Unterrichtung“.	

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
c) Die Angabe zu § 30 wird wie folgt gefasst:	
„§ 30 Absonderung“.	
d) Die Angabe zum 10. Abschnitt wird wie folgt gefasst:	
„10. Abschnitt – Vollzug des Gesetzes und zuständige Behörden“.	
e) Die Angabe zu § 54 wird durch die folgenden Angaben zu den §§ 54 bis 54b ersetzt:	
„§ 54 Vollzug durch die Länder	
§ 54a Vollzug durch die Bundeswehr	
§ 54b Vollzug durch das Eisenbahn-Bundesamt“.	
f) Die Angabe zum 14. Abschnitt wird gestrichen.	
g) Die Angaben zu den §§ 70 und 72 werden gestrichen.	
h) Die Angabe zum 15. Abschnitt wird wie folgt gefasst:	
„14. Abschnitt – Straf- und Bußgeldvorschriften“.	
i) Die Angabe zum 16. Abschnitt wird wie folgt gefasst:	
„15. Abschnitt – Übergangsvorschriften“.	
2. Dem § 4 Absatz 1 wird folgender Satz angefügt:	2. u n v e r ä n d e r t
„Beim Robert Koch-Institut wird eine Kontaktstelle für den öffentlichen Gesundheitsdienst der Länder eingerichtet, die die Amtshilfe nach Satz 5 und die Zusammenarbeit mit den zuständigen Landesbehörden und die Zusammenarbeit bei der Umsetzung des elektronischen Melde- und Informationssystems nach § 14 innerhalb der vom gemeinsamen Planungsrat nach § 14 Absatz 1 Satz 3 getroffenen Leitlinien koordiniert.“	

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
3. § 5 wird wie folgt geändert:	3. § 5 wird wie folgt geändert:
a) Absatz 2 wird wie folgt geändert:	a) Absatz 2 wird wie folgt geändert:
aa) Nummer 4 wird wie folgt geändert:	aa) u n v e r ä n d e r t
aaa) Der Satzteil vor der Aufzählung wird wie folgt gefasst:	
„4. durch Rechtsverordnung ohne Zustimmung des Bundesrates Maßnahmen zur Sicherstellung der Versorgung mit Arzneimitteln einschließlich Impfstoffen und Betäubungsmitteln, mit Medizinprodukten, Labordiagnostik, Hilfsmitteln, Gegenständen der persönlichen Schutzausrüstung und Produkten zur Desinfektion sowie zur Sicherstellung der Versorgung mit Wirk-, Ausgangs- und Hilfsstoffen, Materialien, Behältnissen und Verpackungsmaterialien, die zur Herstellung und zum Transport der zuvor genannten Produkte erforderlich sind, zu treffen und insbesondere“.	
bbb) In Buchstabe f werden die Wörter „zur Abgabe, Preisbildung“ durch die Wörter „zum Vertrieb, zur Abgabe, Preisbildung und -gestaltung“ ersetzt.	
bb) Nummer 6 wird wie folgt gefasst:	bb) u n v e r ä n d e r t
„6. die notwendigen Anordnungen	
a) zur Durchführung der Maßnahmen nach Nummer 4 Buchstabe a und	
b) zur Durchführung der Maßnahmen nach Nummer 4 Buchstabe c bis g	
zu treffen; das Bundesministerium für Gesundheit kann eine	

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
nachgeordnete Behörde beauftragen, diese Anordnung zu treffen;“.	
cc) Nummer 7 wird wie folgt geändert:	cc) Nummer 7 wird wie folgt geändert:
aaa) In Buchstabe b werden nach den Wörtern „Ärztlichen Prüfung“ die Wörter „und der Eignungs- und Kenntnisprüfung“ eingefügt und wird das Semikolon am Ende durch ein Komma ersetzt.	aaa) u n v e r ä n d e r t
bbb) <i>Folgender Buchstabe c wird</i> angefügt:	bbb) Die folgenden Buchstaben c und d werden angefügt:
„c) abweichend von der Approbationsordnung für Zahnärzte die Anforderungen an die Durchführung der naturwissenschaftlichen Vorprüfung, der zahnärztlichen Vorprüfung und der <i>Zahnärztlichen</i> Prüfung festzulegen und alternative Lehrformate vorzusehen, um die Fortführung des Studiums zu gewährleisten;“.	„c) abweichend von der Approbationsordnung für Zahnärzte die Anforderungen an die Durchführung der naturwissenschaftlichen Vorprüfung, der zahnärztlichen Vorprüfung und der zahnärztlichen Prüfung festzulegen und alternative Lehrformate vorzusehen, um die Fortführung des Studiums zu gewährleisten,
	d) abweichend von der Approbationsordnung für Apotheker die Zeitpunkte und die Anforderungen an die Durchführung der einzelnen Prüfungsabschnitte der pharmazeutischen Prüfung sowie die Anforderungen an die Durchführung der Famulatur und der praktischen Ausbildung festzulegen und alternative Lehrformate vorzusehen, um die Fortführung des Studiums zu gewährleisten;“.
dd) In Nummer 8 Buchstabe c wird der Punkt am Ende durch ein Semikolon ersetzt.	dd) u n v e r ä n d e r t

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
ee) Die folgenden Nummern 9 und 10 werden angefügt:	ee) u n v e r ä n d e r t
„9. Finanzhilfen gemäß Artikel 104b Absatz 1 des Grundgesetzes für Investitionen der Länder, Gemeinden und Gemeindeverbände zur technischen Modernisierung der Gesundheitsämter und zum Anschluss dieser an das elektronische Melde- und Informationssystem nach § 14 zur Verfügung zu stellen; das Nähere wird durch Verwaltungsvereinbarungen mit den Ländern geregelt;	
10. durch Rechtsverordnung ohne Zustimmung des Bundesrates unbeschadet des jeweiligen Ausbildungsziels und der Patientensicherheit abweichende Regelungen von den Berufsgesetzen der Gesundheitsfachberufe und den auf deren Grundlage erlassenen Rechtsverordnungen zu treffen, insbesondere hinsichtlich	
a) der Dauer der Ausbildungen,	
b) der Nutzung von digitalen Unterrichtsformaten,	
c) der Besetzung der Prüfungsausschüsse,	
d) der staatlichen Prüfungen und	
e) der Durchführung der Eignungs- und Kenntnisprüfungen.“	
ff) Folgender Satz wird angefügt:	ff) u n v e r ä n d e r t
„Die Ermächtigung nach Satz 1 Nummer 10 umfasst die folgenden Ausbildungen:	
1. zur Altenpflegerin oder zum Altenpfleger nach § 58 Absatz 2 des Pflegeberufegesetzes,	
2. zur Altenpflegerin oder zum Altenpfleger nach § 66 Absatz 2 des Pflegeberufegesetzes,	

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
3. zur Diätassistentin oder zum Diätassistenten nach dem Diätassistentengesetz,	
4. zur Ergotherapeutin oder zum Ergotherapeuten nach dem Ergotherapeutengesetz,	
5. zur Gesundheits- und Krankenpflegerin oder zum Gesundheits- und Krankenpfleger nach § 66 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 des Pflegeberufgesetzes,	
6. zur Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin oder zum Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger nach § 58 Absatz 1 Satz 1 des Pflegeberufgesetzes,	
7. zur Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin oder zum Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger nach § 66 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 des Pflegeberufgesetzes,	
8. zur Hebamme oder zum Entbindungspfleger nach § 77 Absatz 1 und § 78 des Hebammengesetzes,	
9. zur Hebamme nach dem Hebammengesetz,	
10. zur Logopädin oder zum Logopäden nach dem Gesetz über den Beruf des Logopäden,	
11. zur Masseurin und medizinischen Bademeisterin oder zum Masseur und medizinischen Bademeister nach dem Masseur- und Physiotherapeutengesetz,	
12. zur Medizinisch-technischen Laboratoriumsassistentin oder zum Medizinisch-technischen Laboratoriumsassistenten nach dem MTA-Gesetz,	
13. zur Medizinisch-technischen Radiologieassistentin oder zum Medizinisch-technischen Radiologieassistenten nach dem MTA-Gesetz,	
14. zur Medizinisch-technischen Assistentin für Funktionsdiagnostik	

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
oder zum Medizinisch-technischen Assistenten für Funktionsdiagnostik nach dem MTA-Gesetz,	
15. zur Notfallsanitäterin oder zum Notfallsanitäter nach dem Notfallsanitätergesetz,	
16. zur Orthoptistin oder zum Orthoptisten nach dem Orthoptistengesetz,	
17. zur Pflegefachfrau oder zum Pflegefachmann nach dem Pflegeberufgesetz,	
18. zur pharmazeutisch-technischen Assistentin oder zum pharmazeutisch-technischen Assistenten nach dem Gesetz über den Beruf des pharmazeutisch-technischen Assistenten,	
19. zur Physiotherapeutin oder zum Physiotherapeuten nach dem Masseur- und Physiotherapeutengesetz,	
20. zur Podologin oder zum Podologen nach dem Podologengesetz,	
21. zur Veterinärmedizinisch-technischen Assistentin oder zum Veterinärmedizinisch-technischen Assistenten nach dem MTA-Gesetz.“	
b) Nach Absatz 3 Satz 2 werden die folgenden Sätze eingefügt:	b) u n v e r ä n d e r t
„Rechtsverordnungen nach Absatz 2 Nummer 4 und Anordnungen nach Absatz 2 Nummer 6 ergehen im Benehmen mit dem Bundesministerium für Wirtschaft und Energie. Rechtsverordnungen nach Absatz 2 Nummer 10 werden im Benehmen mit dem Bundesministerium für Bildung und Forschung erlassen und bedürfen, soweit sie sich auf die Pflegeberufe beziehen, des Einvernehmens mit dem Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend.“	
c) Absatz 4 Satz 2 wird durch die folgenden Sätze ersetzt:	c) Absatz 4 Satz 2 wird durch die folgenden Sätze ersetzt:
„Abweichend von Satz 1 bleibt eine Übergangsregelung in der Verordnung nach Ab-	„Abweichend von Satz 1 bleibt eine Übergangsregelung in der Verordnung nach Absatz 2 Nummer 7 Buchstabe b, Buchstabe c

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
satz 2 Nummer 7 Buchstabe b oder Buchstabe c bis zum Ablauf der Phase des Studiums in Kraft, für die sie gilt. Abweichend von Satz 1 ist eine Verordnung nach Absatz 2 Nummer 10 auf ein Jahr nach Aufhebung der Feststellung der epidemischen Lage von nationaler Tragweite, spätestens auf den Ablauf des 31. März 2022 zu befristen.“	oder Buchstabe d bis zum Ablauf der Phase des Studiums in Kraft, für die sie gilt. Abweichend von Satz 1 ist eine Verordnung nach Absatz 2 Nummer 10 auf ein Jahr nach Aufhebung der Feststellung der epidemischen Lage von nationaler Tragweite, spätestens auf den Ablauf des 31. März 2022 zu befristen.“
d) Dem Absatz 7 wird folgender Satz angefügt:	d) u n v e r ä n d e r t
„Die zuständigen Landesbehörden informieren unverzüglich die Kontaktstelle nach § 4 Absatz 1 Satz 7, wenn im Rahmen einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite die Durchführung notwendiger Maßnahmen nach dem 5. Abschnitt nicht mehr gewährleistet ist.“	
4. § 6 Absatz 1 Satz 1 wird wie folgt geändert:	4. u n v e r ä n d e r t
a) Der Nummer 1 wird folgender Buchstabe t angefügt:	
„t) Coronavirus-Krankheit-2019 (COVID-19),“.	
b) In Nummer 5 werden die Wörter „das Auftreten einer bedrohlichen übertragbaren“ durch die Wörter „der Verdacht einer Erkrankung, die Erkrankung sowie der Tod, in Bezug auf eine bedrohliche übertragbare“ ersetzt.	
5. § 7 wird wie folgt geändert:	5. u n v e r ä n d e r t
a) Nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 44 wird folgende Nummer 44a eingefügt:	
„44a. Severe-Acute-Respiratory-Syndrome-Coronavirus (SARS-CoV) und Severe-Acute-Respiratory-Syndrome-Coronavirus-2 (SARS-CoV-2)“.	
b) Folgender Absatz 4 wird angefügt:	
„(4) Bei Untersuchungen zum direkten oder indirekten Nachweis folgender Krankheitserreger ist das Untersuchungsergebnis nichtnamentlich zu melden:	
1. Severe-Acute-Respiratory-Syndrome-Coronavirus (SARS-CoV) und	
2. Severe-Acute-Respiratory-Syndrome-Coronavirus-2 (SARS-CoV-2).	

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
Die Meldung nach Satz 1 hat gemäß § 8 Absatz 1 Nummer 2, 3 oder Absatz 4, § 10 Absatz 3 zu erfolgen.“	
6. § 9 wird wie folgt geändert:	6. u n v e r ä n d e r t
a) Absatz 1 Nummer 1 wird wie folgt geändert:	
aa) Buchstabe h wird wie folgt gefasst:	
„h) Betreuung oder Unterbringung in oder durch Einrichtungen oder Unternehmen nach § 23 Absatz 5 Satz 1 oder § 36 Absatz 1 oder Absatz 2 mit Name, Anschrift und weiteren Kontaktdaten der Einrichtungen oder Unternehmen sowie der Art der Einrichtung oder des Unternehmens,“.	
bb) Buchstabe k wird wie folgt gefasst:	
„k) wahrscheinlicher Infektionsweg, einschließlich Umfeld, in dem die Übertragung wahrscheinlich stattgefunden hat, mit Name, Anschrift und weiteren Kontaktdaten der Infektionsquelle und wahrscheinliches Infektionsrisiko,“.	
cc) Nach Buchstabe m wird folgender Buchstabe n eingefügt:	
„n) bei Coronavirus-Krankheit-2019 (COVID-19): Angaben zum Behandlungsergebnis und zum Serostatus in Bezug auf diese Krankheit,“.	
dd) Die bisherigen Buchstaben n bis p werden die Buchstaben o bis q.	
ee) Der bisherige Buchstabe q wird Buchstabe r und die Wörter „§ 70 Absatz 1 Nummer 1 bis 3“ werden durch die Wörter „§ 54a Absatz 1 Nummer 1 und 2“ ersetzt.	
b) In Absatz 6 werden die Wörter „§ 70 Absatz 1 Nummer 1 bis 3“ durch die Wörter „§ 54a Absatz 1 Nummer 1 und 2“ ersetzt.	

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
7. § 10 wird wie folgt geändert:	7. u n v e r ä n d e r t
a) Absatz 1 Satz 2 Nummer 2 Buchstabe f wird wie folgt gefasst:	
„f) wahrscheinlicher Infektionsweg, einschließlich Umfeld, in dem die Übertragung wahrscheinlich stattgefunden hat, mit Name, Anschrift und weiteren Kontaktdaten der Infektionsquelle und wahrscheinliches Infektionsrisiko.“	
b) In Absatz 2 Satz 3 Nummer 1 werden die Wörter „nach Absatz 3“ durch die Wörter „nach Absatz 4“ ersetzt.	
c) Nach Absatz 2 wird folgender Absatz 3 eingefügt:	
„(3) Die nichtnamentliche Meldung nach § 7 Absatz 4 Satz 1 muss spätestens 24 Stunden, nachdem der Meldende Kenntnis erlangt hat, an das Robert Koch-Institut erfolgen. Die Meldung muss folgende Angaben enthalten:	
1. eine fallbezogene Pseudonymisierung nach Absatz 4,	
2. Geschlecht der betroffenen Person,	
3. Monat und Jahr der Geburt der betroffenen Person,	
4. die ersten drei Ziffern der Postleitzahl der Hauptwohnung oder des gewöhnlichen Aufenthaltsortes,	
5. Untersuchungsbefund einschließlich Typisierungsergebnissen,	
6. Art des Untersuchungsmaterials,	
7. Nachweismethode,	
8. Name, Anschrift und weitere Kontaktdaten des Einsenders,	
9. Name, Anschrift und weitere Kontaktdaten des Meldenden,	
10. Grund der Untersuchung.“	
d) Der bisherige Absatz 3 wird Absatz 4.	
8. § 11 wird wie folgt geändert:	8. u n v e r ä n d e r t
a) Absatz 1 Satz 1 wird wie folgt geändert:	
aa) Im Satzteil vor der Aufzählung werden nach dem Wort „Gesundheitsamt“ die	

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
Wörter „vervollständigt, gegebenenfalls aus verschiedenen Meldungen zum selben Fall zusammengeführt und“ eingefügt.	
bb) Nummer 1 wird wie folgt geändert:	
aaa) Dem Buchstaben c werden die Wörter „Tag der Verdachtsmeldung, Angabe, wenn sich ein Verdacht nicht bestätigt hat,“ vorangestellt.	
bbb) Buchstabe e wird wie folgt gefasst:	
„e) wahrscheinlicher Infektionsweg, einschließlich Umfeld, in dem die Übertragung wahrscheinlich stattgefunden hat; wahrscheinliches Infektionsrisiko, Impf- und Serostatus und erkennbare Zugehörigkeit zu einer Erkrankungshäufung,“.	
ccc) Nach Buchstabe i wird folgender Buchstabe j eingefügt:	
„j) bei Coronavirus-Krankheit-2019 (COVID-19): durchgeführte Maßnahmen nach dem 5. Abschnitt; gegebenenfalls Behandlungsergebnis,“.	
ddd) Der bisherige Buchstabe j wird Buchstabe k.	
eee) Folgender Buchstabe l wird angefügt:	
„l) Zugehörigkeit zu den in § 54a Absatz 1 Nummer 1 und 2 genannten Personengruppen,“.	
cc) In Nummer 2 werden nach dem Wort „Gesundheitsämter“ die Wörter „mit zugehörigem amtlichen achtstelligen Gemeindeschlüssel oder zuständige Stellen nach § 54a“ eingefügt.	
b) In Absatz 2 wird nach den Wörtern „Bewertung von“ das Wort „Verdachts-“ eingefügt.	

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
c) In Absatz 3 Satz 1 wird das Wort „Übermittlung“ durch die Wörter „Vervollständigung, Zusammenführung und Übermittlung der Daten“ ersetzt.	
9. § 12 Absatz 1 wird wie folgt geändert:	9. <i>u n v e r ä n d e r t</i>
a) In Satz 2 werden vor der Aufzählung die Wörter „und die zuständige Landesbehörde dürfen im Rahmen dieser Vorschrift nicht“ durch die Wörter „darf im Rahmen dieser Vorschrift die folgenden personenbezogenen Daten“ ersetzt.	
b) In Satz 3 wird die Angabe „Satz 1“ durch die Wörter „den Sätzen 1 und 2“ ersetzt.	
10. § 13 wird wie folgt geändert:	10. <i>u n v e r ä n d e r t</i>
a) In Absatz 3 Satz 4 werden nach dem Wort „werden“ die Wörter „sowie pseudonymisiert einem nach § 7 gemeldeten Fall zugeordnet werden“ eingefügt.	
b) Absatz 4 wird wie folgt geändert:	
aa) Nach Satz 1 werden die folgenden Sätze eingefügt:	
„Das Bundesministerium für Gesundheit wird ermächtigt, durch Rechtsverordnung ohne Zustimmung des Bundesrates festzulegen, dass bestimmte in Absatz 3 Satz 1 genannte Einrichtungen verpflichtet sind, dem Robert Koch-Institut in pseudonymisierter Form einzelfallbezogene Angaben über von ihnen untersuchte Proben in Bezug auf bestimmte Krankheitserreger zu übermitteln. In der Rechtsverordnung kann insbesondere bestimmt werden,	
1. welche Angaben innerhalb welcher Fristen zu übermitteln sind,	
2. welche Verfahren bei der Bildung der Pseudonymisierung anzuwenden sind und	
3. in welchem Verfahren und in welcher Höhe die durch die Übermittlungspflicht entstehenden Kosten erstattet werden und wer diese Kosten trägt.“	
bb) Im neuen Satz 4 werden vor dem Wort „übermittelten“ die Wörter „nach	

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
Satz 1 oder der auf Grund der Rechtsverordnung nach Satz 2“ eingefügt.	
11. § 14 wird wie folgt geändert:	11. § 14 wird wie folgt geändert:
a) Absatz 1 Satz 3 wird <i>wie folgt gefasst</i> :	a) Absatz 1 Satz 3 wird durch die folgenden Sätze ersetzt :
„Für die Zusammenarbeit von Bund und Ländern bei der Umsetzung des elektronischen Melde- und Informationssystems legt ein gemeinsamer Planungsrat Leitlinien fest.“	„ Das elektronische Melde- und Informationssystem nutzt geeignete Dienste der Telematikinfrastruktur nach dem Fünften Buch Sozialgesetzbuch, sobald diese zur Verfügung stehen. Die Gesellschaft für Telematik nach § 291a Absatz 7 Satz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch unterstützt das Robert Koch-Institut und das Bundesministerium für Gesundheit bis zum 1. Juni 2021 bei der Einrichtung des elektronischen Melde- und Informationssystems. Der Gesellschaft für Telematik sind die zur Erfüllung ihrer Aufgabe nach Satz 4 entstehenden Kosten aus den beim Robert Koch-Institut und beim Bundesministerium für Gesundheit für die Einrichtung des elektronischen Melde- und Informationssystems zur Verfügung stehenden Mitteln zu erstatten. Für die Zusammenarbeit von Bund und Ländern bei der Umsetzung des elektronischen Melde- und Informationssystems legt ein gemeinsamer Planungsrat Leitlinien fest.“
b) Nach Absatz 8 Satz 1 werden die folgenden Sätze eingefügt:	b) u n v e r ä n d e r t
„Im Fall, dass eine epidemische Lage von nationaler Tragweite vom Deutschen Bundestag nach § 5 Absatz 1 festgestellt worden ist, kann die Rechtsverordnung nach Satz 1 ohne Zustimmung des Bundesrates erlassen werden. § 5 Absatz 4 Satz 1 gilt entsprechend.“	
12. Die Überschrift des § 16 wird wie folgt gefasst:	12. u n v e r ä n d e r t
„§ 16	
Allgemeine Maßnahmen zur Verhütung übertragbarer Krankheiten“.	

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
13. Die Überschrift des § 17 wird wie folgt gefasst:	13. u n v e r ä n d e r t
„§ 17	
Besondere Maßnahmen zur Verhütung übertragbarer Krankheiten, Verordnungsermächtigung“.	
14. § 19 wird wie folgt geändert:	14. u n v e r ä n d e r t
a) Absatz 1 wird wie folgt gefasst:	
„(1) Das Gesundheitsamt bietet bezüglich sexuell übertragbarer Krankheiten und Tuberkulose Beratung und Untersuchung an oder stellt diese in Zusammenarbeit mit anderen medizinischen Einrichtungen sicher. In Bezug auf andere übertragbare Krankheiten kann das Gesundheitsamt Beratung und Untersuchung anbieten oder diese in Zusammenarbeit mit anderen medizinischen Einrichtungen sicherstellen. Die Beratung und Untersuchung sollen für Personen, deren Lebensumstände eine erhöhte Ansteckungsgefahr für sich oder andere mit sich bringen, auch aufsuchend angeboten werden. Im Einzelfall können die Beratung und Untersuchung nach Satz 1 bezüglich sexuell übertragbarer Krankheiten und Tuberkulose die ambulante Behandlung durch eine Ärztin oder einen Arzt umfassen, soweit dies zur Verhinderung der Weiterverbreitung der übertragbaren Krankheit erforderlich ist. Die Angebote können bezüglich sexuell übertragbarer Krankheiten anonym in Anspruch genommen werden, soweit hierdurch die Geltendmachung von Kostenerstattungsansprüchen nicht gefährdet wird. Die zuständigen Behörden können mit den Maßnahmen nach den Sätzen 1 bis 4 Dritte beauftragen.“	
b) Dem Absatz 2 wird folgender Satz angefügt:	
„Wenn Dritte nach Absatz 1 Satz 6 beauftragt wurden, ist der andere Kostenträger auch zur Tragung dieser Kosten verpflichtet, soweit diese angemessen sind.“	
15. § 23a wird wie folgt geändert:	15. u n v e r ä n d e r t
a) Satz 1 wird wie folgt gefasst:	
„Soweit es zur Erfüllung von Verpflichtungen aus § 23 Absatz 3 in Bezug auf übertragbare Krankheiten erforderlich ist, darf der Arbeitgeber personenbezogene Daten eines	

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
Beschäftigten über dessen Impf- und Sero-status verarbeiten, um über die Begründung eines Beschäftigungsverhältnisses oder über die Art und Weise einer Beschäftigung zu entscheiden.“	
b) Nach Satz 1 wird folgender Satz eingefügt:	
„Dies gilt nicht in Bezug auf übertragbare Krankheiten, die im Rahmen einer leitlinien-gerechten Behandlung nach dem Stand der medizinischen Wissenschaft nicht mehr übertragen werden können.“	
16. § 25 wird wie folgt geändert:	16. u n v e r ä n d e r t
a) In Absatz 2 Satz 1 werden die Wörter „§ 16 Absatz 2, 3, 5 und 8“ durch die Wörter „§ 16 Absatz 1 Satz 2, Absatz 2, 3, 5 und 8“ ersetzt.	
b) In Absatz 4 Satz 2 wird das Wort „kann“ durch das Wort „soll“ ersetzt.	
17. § 27 wird wie folgt geändert:	17. u n v e r ä n d e r t
a) Die Überschrift wird wie folgt gefasst:	
„§ 27	
Gegenseitige Unterrichtung“.	
b) Absatz 1 wird wie folgt geändert:	
aa) Nach dem Wort „Gesundheitsämter“ werden die Wörter „oder die zuständi-gen Behörden und Stellen nach den §§ 54 bis 54b“ eingefügt.	
bb) Folgender Satz wird angefügt:	
„Die zuständigen Behörden und Stellen nach den §§ 54 bis 54b unterrichten das Gesundheitsamt, wenn dessen Aufga-ben nach diesem Gesetz berührt sind, und übermittelt diesem die zur Erfül-lung von dessen Aufgaben erforderli-chen Angaben, soweit ihnen die Anga-ben vorliegen.“	

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
18. Die Überschrift des § 30 wird wie folgt gefasst:	18. u n v e r ä n d e r t
„§ 30	
Absonderung“.	
19. Dem § 43 Absatz 1 wird folgender Satz angefügt:	19. e n t f ä l l t
„Die oberste Landesgesundheitsbehörde oder eine von ihr bestimmte Stelle kann allgemein bestimmen, dass der Nachweis nach Satz 1 durch eine vor Aufnahme der Tätigkeit durch den Arbeitgeber oder Dienstherrn erteilte und von diesem zu dokumentierende Belehrung über die in § 42 Absatz 1 genannten Tätigkeitsverbote und über die Verpflichtung nach Absatz 2 sowie eine in Textform beim Arbeitgeber oder Dienstherrn zu hinterlegende Erklärung der Person, die erstmalig beschäftigt werden soll, nach der keine Tatsachen für ein Tätigkeitsverbot bekannt sind, ersetzt werden kann.“	
20. Die Überschrift des 10. Abschnitts wird wie folgt gefasst:	19. u n v e r ä n d e r t
„10. Abschnitt	
Vollzug des Gesetzes und zuständige Behörden“.	
21. § 54 wird wie folgt geändert:	20. u n v e r ä n d e r t
a) Die Überschrift wird wie folgt gefasst:	
„§ 54	
Vollzug durch die Länder“.	
b) In Satz 1 werden nach dem Wort „besteht“ die Wörter „und dieses Gesetz durch die Länder vollzogen wird“ eingefügt.	

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
22. Nach § 54 werden die folgenden §§ 54a und 54b eingefügt:	21. u n v e r ä n d e r t
„§ 54a	
Vollzug durch die Bundeswehr	
(1) Im Geschäftsbereich des Bundesministeriums der Verteidigung obliegt der Vollzug dieses Gesetzes den zuständigen Stellen der Bundeswehr, soweit er betrifft	
1. Soldaten und Zivilbedienstete der Bundeswehr während ihrer Dienstausübung,	
2. Personen, während sie sich in ortsfesten oder mobilen Einrichtungen aufhalten, die von der Bundeswehr betrieben werden,	
3. Angehörige ausländischer Streitkräfte auf der Durchreise sowie im Rahmen von Übungen und Ausbildungen,	
4. Grundstücke, Einrichtungen, Ausrüstungs- und Gebrauchsgegenstände der Bundeswehr und	
5. im Bereich der Bundeswehr die Tätigkeiten mit Krankheitserregern.	
Die Aufgaben der zivilen Stellen nach dem 3. Abschnitt bleiben unberührt.	
(2) Die zivilen Stellen unterstützen die zuständigen Stellen der Bundeswehr bei Maßnahmen nach dem 5. Abschnitt in Bezug auf Personen nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 und 2.	
(3) Bei Soldaten und Zivilbediensteten der Bundeswehr, die sich während ihrer Dienstausübung dauernd oder vorübergehend außerhalb der in Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 genannten Einrichtungen aufhalten, sind die Maßnahmen der zuständigen Stellen der Bundeswehr nach dem 5. Abschnitt im Benehmen mit den zivilen Stellen zu treffen.	
(4) Bei Soldaten und Zivilbediensteten der Bundeswehr, die sich außerhalb ihrer Dienstausübung dauernd oder vorübergehend außerhalb der in Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 genannten Einrichtungen aufhalten, sind die Maßnahmen der zivilen Stellen nach dem 5. Abschnitt im Benehmen mit den zuständigen Stellen der Bundeswehr zu treffen.	

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
(5) Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 lässt völkerrechtliche Verträge über die Stationierung ausländischer Streitkräfte in der Bundesrepublik Deutschland unberührt.	
§ 54b	
Vollzug durch das Eisenbahn-Bundesamt	
Im Bereich der Eisenbahnen des Bundes und der Magnetschwebebahnen obliegt der Vollzug dieses Gesetzes für Schienenfahrzeuge sowie für ortsfeste Anlagen zur ausschließlichen Befüllung von Schienenfahrzeugen dem Eisenbahn-Bundesamt, soweit die Aufgaben des Gesundheitsamtes und der zuständigen Behörde nach den §§ 37 bis 39 und 41 betroffen sind.“	
23. § 56 Absatz 11 Satz 1 wird wie folgt gefasst:	22. § 56 wird wie folgt geändert:
	a) In Absatz 1 Satz 2 wird nach dem Wort „Ausscheider“ ein Komma eingefügt und werden die Wörter „oder Ansteckungsverdächtige“ durch die Wörter „Ansteckungsverdächtige oder Krankheitsverdächtige“ ersetzt.
	b) In Absatz 7 Satz 2 werden die Wörter „die Berechtigten nach Absatz 1 Satz 2“ durch die Wörter „die Entschädigungsberechtigten“ ersetzt.
	c) Absatz 11 Satz 1 wird wie folgt gefasst:
„Die Anträge nach Absatz 5 sind innerhalb einer Frist von zwölf Monaten nach Einstellung der verbotenen Tätigkeit, dem Ende der Absonderung oder nach dem Ende der vorübergehenden Schließung oder der Untersagung des Betretens nach Absatz 1a Satz 1 bei der zuständigen Behörde zu stellen.“	u n v e r ä n d e r t
24. § 69 Absatz 1 wird wie folgt gefasst:	23. u n v e r ä n d e r t
„(1) Folgende Kosten sind aus öffentlichen Mitteln zu bestreiten, soweit nicht ein anderer Kostenträger zur Kostentragung verpflichtet ist:	
1. Kosten für die Übermittlung der Meldungen der nach den §§ 6 und 7,	
2. Kosten für die Durchführung der Erhebungen nach § 13 Absatz 2 Satz 5,	
3. Kosten für die Ablieferung von Untersuchungsmaterial an bestimmte Einrichtungen	

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
der Spezialdiagnostik nach § 13 Absatz 3 Satz 1,	
4. Kosten für Maßnahmen nach § 17 Absatz 1, auch in Verbindung mit Absatz 3, soweit sie von der zuständigen Behörde angeordnet worden sind und die Notwendigkeit der Maßnahmen nicht vorsätzlich herbeigeführt wurde,	
5. Kosten für Maßnahmen nach § 19,	
6. Kosten für Schutzimpfungen oder andere Maßnahmen der spezifischen Prophylaxe gegen bestimmte übertragbare Krankheiten nach § 20 Absatz 5,	
7. Kosten für die Durchführung von Ermittlungen nach § 25,	
8. Kosten für die Durchführung von Schutzmaßnahmen nach den §§ 29 und 30,	
9. Kosten für ärztliche Untersuchungen nach § 36 Absatz 5 Satz 1 und 3, Absatz 6 Satz 2 und Absatz 7 Satz 2.	
Soweit ein anderer Kostenträger zur Kostentragung verpflichtet ist oder solange dies noch nicht feststeht, können die entsprechenden Kosten vorläufig aus öffentlichen Mitteln bestritten werden. Der andere Kostenträger ist zur Erstattung der Kosten verpflichtet.“	
25. Der 14. Abschnitt wird aufgehoben.	24. u n v e r ä n d e r t
26. Die Überschrift des 15. Abschnitts wird wie folgt gefasst:	25. u n v e r ä n d e r t
„14. Abschnitt	
Straf- und Bußgeldvorschriften“.	
27. § 73 Absatz 1a wird wie folgt geändert:	26. u n v e r ä n d e r t
a) In Nummer 1 werden die Wörter „Nummer 1 oder 2“ durch die Wörter „Nummer 1, 2 oder 6 Buchstabe b“ ersetzt.	
b) In Nummer 6 wird die Angabe „§ 28 Abs. 1 Satz 1,“ durch die Wörter „§ 28 Absatz 1 Satz 1 oder Satz 2, § 30 Absatz 1 Satz 2 oder § 31, jeweils“ ersetzt.	

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
c) In Nummer 24 wird die Angabe „Buchstabe c, d, e, g“ durch die Wörter „Buchstabe c bis f oder g“ ersetzt.	
28. In § 75 Absatz 1 Nummer 1 werden die Wörter „§ 28 Abs. 1 Satz 2, § 30 Abs. 1 oder § 31, jeweils“ durch die Wörter „§ 30 Absatz 1 Satz 1,“ ersetzt.	27. u n v e r ä n d e r t
29. Die Überschrift des 16. Abschnitts wird wie folgt gefasst:	28. u n v e r ä n d e r t
„15. Abschnitt	
Übergangsvorschriften“.	
Artikel 2	Artikel 2
Weitere Änderung des Infektionsschutzgesetzes	u n v e r ä n d e r t
Das Infektionsschutzgesetz vom 20. Juli 2000 (BGBl. I S. 1045), das zuletzt durch Artikel 1 dieses Gesetzes geändert worden ist, wird wie folgt geändert:	
1. § 14 Absatz 8 Satz 2 und 3 wird aufgehoben.	
2. § 56 Absatz 11 Satz 1 wird wie folgt gefasst:	
„Die Anträge nach Absatz 5 sind innerhalb einer Frist von zwölf Monaten nach Einstellung der verbotenen Tätigkeit oder dem Ende der Absonderung bei der zuständigen Behörde zu stellen.“	
Artikel 3	Artikel 3
Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes	Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes
Das Krankenhausfinanzierungsgesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 10. April 1991 (BGBl. I S. 886), das zuletzt durch Artikel 1 des Gesetzes vom 27. März 2020 (BGBl. I S. 580) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:	Das Krankenhausfinanzierungsgesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 10. April 1991 (BGBl. I S. 886), das zuletzt durch Artikel 1 des Gesetzes vom 27. März 2020 (BGBl. I S. 580) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:
1. § 21 Absatz 8 wird wie folgt geändert:	1. § 21 wird wie folgt geändert:
a) In Satz 1 werden die Wörter „der Finanzen jeden Monat erstmals zum 30. April 2020,“ durch die Wörter „für Gesundheit ab dem 30. April 2020 unverzüglich“ ersetzt und	a) In Absatz 3 wird nach der Angabe „560 Euro“ ein Komma und werden die Wörter „solange sie nicht durch Rechtsverordnung nach § 23 Nummer 2 für Gruppen

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
wird nach dem Wort „Länder“ das Wort „jeweils“ eingefügt.	von Krankenhäusern nach der Zahl der Krankenhausbetten oder anderen krankenhausbezogenen Kriterien in der Höhe unterschiedlich ausgestaltet wird“ eingefügt.
	b) Absatz 8 wird wie folgt geändert:
	aa) In Satz 1 werden die Wörter „der Finanzen jeden Monat, erstmals zum 30. April 2020,“ durch die Wörter „für Gesundheit ab dem 30. April 2020 unverzüglich“ ersetzt und wird nach dem Wort „Länder“ das Wort „jeweils“ eingefügt.
b) Nach Satz 1 wird folgender Satz eingefügt:	bb) unverändert
„Das Bundesministerium für Gesundheit übermittelt dem Bundesministerium der Finanzen wöchentlich die Mitteilungen des Bundesamtes für Soziale Sicherung nach Satz 1.“	
	1a. In § 23 Nummer 2 wird das Komma und werden die Wörter „soweit diese zur Kostendeckung der Krankenhäuser nicht ausreichen,“ gestrichen.
2. § 24 wird wie folgt geändert:	2. § 24 wird wie folgt geändert:
a) Der Wortlaut wird Absatz 1.	a) unverändert
b) Die folgenden Absätze 2 und 3 werden angefügt:	b) unverändert
„(2) Für die Überprüfung übermitteln die zugelassenen Krankenhäuser die Daten gemäß § 21 Absatz 2 Nummer 1 Buchstabe a und Nummer 2 des Krankenhausentgeltgesetzes an die von dem Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus geführte Datenstelle auf maschinenlesbaren Datenträgern	
1. bis zum 15. Juni 2020 für Patientinnen und Patienten, die zwischen dem 1. Januar 2020 und dem 31. Mai 2020 nach voll- oder teilstationärer Behandlung aus dem Krankenhaus entlassen worden sind, und	
2. bis zum 15. Oktober 2020 für Patientinnen und Patienten, die zwischen dem 1. Januar 2020 und dem 30. September 2020 nach voll- oder teilstationärer Behandlung aus dem Krankenhaus entlassen worden sind.	

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus legt bis zum 31. Mai 2020 das Nähere zu der Datenübermittlung fest und veröffentlicht die Festlegung auf seiner Internetseite. Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus prüft die übermittelten Daten auf Plausibilität. Nach Abschluss der Plausibilitätsprüfung darf die Herstellung eines Personenbezugs nicht mehr möglich sein. Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus stellt dem Bundesministerium für Gesundheit auf Anforderung unverzüglich Auswertungen für seine Belange und für die Überprüfung nach Absatz 1 zur Verfügung. Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus nutzt die übermittelten und anonymisierten Daten ausschließlich für die angeforderten Auswertungen. Die Kosten für die Erstellung der Auswertungen nach Satz 5 sind aus dem Zuschlag nach § 17b Absatz 5 Satz 1 Nummer 1 zu finanzieren.	
(3) Übermittelt ein Krankenhaus die Daten nach Absatz 2 Satz 1 nicht, nicht vollständig oder nicht rechtzeitig, entsteht für jeden Krankenhausfall ein Abschlag in Höhe von 10 Euro, mindestens jedoch ein Abschlag in Höhe von 20 000 Euro für jeden Standort des Krankenhauses, soweit hierdurch für das Krankenhaus keine unbillige Härte entsteht. Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus regelt das Nähere zu den Voraussetzungen unbilliger Härtefälle. Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus ermittelt auf der Grundlage der ihm nach § 21 Absatz 1 des Krankenhausentgeltgesetzes für das Jahr 2019 übermittelten Daten und unter Berücksichtigung der Auswirkungen, die die SARS-CoV-2-Pandemie auf die Fallzahlen hat, für wie viele Fälle die Daten nicht, nicht vollständig oder nicht rechtzeitig übermittelt worden sind. Der Abschlag ist bei den Vereinbarungen nach § 11 Absatz 1 Satz 1 des Krankenhausentgeltgesetzes und nach § 11 Absatz 1 Satz 1 der Bundespflegesatzverordnung mindernd zu berücksichtigen.“	

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
3. § 25 wird wie folgt gefasst:	3. u n v e r ä n d e r t
„§ 25	
Ausnahmen von Prüfungen bei Krankenhausbehandlungen, Verordnungsermächtigung	
(1) Behandelt ein Krankenhaus zwischen dem 1. April 2020 und einschließlich dem 30. Juni 2020 Patientinnen und Patienten, die mit dem neuartigen Coronavirus SARS-CoV-2 infiziert sind oder bei denen der Verdacht einer solchen Infektion besteht, darf der zuständige Kostenträger die ordnungsgemäße Abrechnung der von diesem Krankenhaus zwischen dem 1. April 2020 und einschließlich dem 30. Juni 2020 erbrachten Leistungen nicht daraufhin prüfen oder prüfen lassen, ob die in der Liste nach Absatz 2 genannten Mindestmerkmale erfüllt sind.	
(2) Das Deutsche Institut für Medizinische Dokumentation und Information erstellt eine Liste der Mindestmerkmale der von ihm bestimmten Kodes des Operationen- und Prozedurenschlüssels nach § 301 Absatz 2 Satz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, die nach Absatz 1 von der Prüfung ausgenommen sind, und veröffentlicht diese Liste barrierefrei bis zum ... [einsetzen: Datum des siebten Tages nach Inkrafttreten gemäß Artikel 20 Absatz 1] auf seiner Internetseite. Das Deutsche Institut für Medizinische Dokumentation und Information kann Anpassungen der Liste vornehmen und hat diese Anpassungen auf seiner Internetseite barrierefrei zu veröffentlichen. Ab dem 26. Mai 2020 nimmt das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte die Anpassungen nach Satz 2 vor und veröffentlicht diese barrierefrei. Die barrierefreie Veröffentlichung nach den Sätzen 1 bis 3 erfolgt ab dem 26. Mai 2020 auf der Internetseite des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte.	
(3) Das Bundesministerium für Gesundheit kann durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates die in Absatz 1 genannten Fristen um bis zu insgesamt sechs Monate verlängern.“	

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	4. § 26 wird wie folgt gefasst:
	„§ 26
	Zusatzentgelt für Testungen auf das Coronavirus SARS-CoV-2 im Krankenhaus
	(1) Kosten, die den Krankenhäusern für Testungen auf eine Infektion mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 bei Patientinnen und Patienten entstehen, die zur voll- oder teilstationären Krankenhausbehandlung in das Krankenhaus aufgenommen werden, werden mit einem Zusatzentgelt finanziert. Das Krankenhaus berechnet das Zusatzentgelt bei Patientinnen und Patienten, die ab dem ... [einsetzen: Datum des Inkrafttretens gemäß Artikel 20 Absatz 1a] zur voll- oder teilstationären Krankenhausbehandlung in das Krankenhaus aufgenommen werden und bei denen Testungen nach Satz 1 durchgeführt werden.
	(2) Die Vertragsparteien nach § 17b Absatz 2 vereinbaren bis zum ... [einsetzen: Datum des siebten Tages nach Verkündung] die Höhe des Zusatzentgelts nach Absatz 1 Satz 1. Kommt eine Vereinbarung nach Satz 1 nicht innerhalb dieser Frist zustande, legt die Schiedsstelle nach § 18a Absatz 6 die Höhe des Zusatzentgelts ohne Antrag einer Vertragspartei innerhalb einer weiteren Woche fest.“
	Artikel 3a
	Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes
	Das Krankenhausentgeltgesetz vom 23. April 2002 (BGBl. I S. 1412, 1422), das zuletzt durch Artikel 2 des Gesetzes vom 22. März 2020 (BGBl. I S. 604) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:
	1. § 4 Absatz 2a Satz 2 Nummer 1 Buchstabe g wird wie folgt gefasst:
	„g) Leistungen, die von den Vertragsparteien nach § 11 Absatz 1 von der Erhebung des Abschlags ausgenommen werden, um unzumutbare Härten zu vermeiden,“.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	2. Dem § 6a Absatz 4 wird folgender Satz angefügt:
	„Ist der krankenhausindividuelle Pflegeentgeltwert für das Jahr 2020 niedriger als der nach § 15 Absatz 2a Satz 1 für den Zeitraum vom 1. April 2020 bis zum 31. Dezember 2020 geltende Pflegeentgeltwert in Höhe von 185 Euro, ist für den Zeitraum vom 1. April 2020 bis zum 31. Dezember 2020 der Pflegeentgeltwert in Höhe von 185 Euro bei der Abrechnung der tagesbezogenen Pflegeentgelte nach § 7 Absatz 1 Satz 1 Nummer 6a zu grunde zu legen; die für das Jahr 2020 in § 15 Absatz 2a Satz 3 Nummer 2 getroffenen Regelungen gelten entsprechend.“
	3. § 15 Absatz 2a wird wie folgt geändert:
	a) Satz 1 wird wie folgt gefasst:
	„Kann der krankenhausindividuelle Pflegeentgeltwert nach § 6a Absatz 4 auf Grund einer fehlenden Vereinbarung des Pflegebudgets für das Jahr 2020 noch nicht berechnet werden, sind für die Abrechnung der tagesbezogenen Pflegeentgelte nach § 7 Absatz 1 Satz 1 Nummer 6a die Bewertungsrelationen aus dem Pflegeerlöskatalog nach § 17b Absatz 4 Satz 5 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes wie folgt zu multiplizieren:
	1. bis zum 31. März 2020 mit 146,55 Euro,
	2. vom 1. April 2020 bis zum 31. Dezember 2020 mit 185 Euro und
	3. ab dem 1. Januar 2021 mit 146,55 Euro.“
	b) Satz 3 wird wie folgt geändert:
	aa) In dem Satzteil vor der Aufzählung werden die Wörter „vorläufigen Pflegeentgeltwerts“ durch die Wörter „Pflegeentgeltwerts nach Satz 1“ ersetzt.
	bb) Nummer 2 wird wie folgt gefasst:
	„2. zu einer Überdeckung der Pflegepersonalkosten, verbleiben die Mittel aus dem Pflegeentgeltwert dem Krankenhaus und es sind für das Jahr 2020

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	keine Ausgleichszahlungen zu leisten; § 6a Absatz 2 Satz 3 und Absatz 5 finden für das Jahr 2020 keine Anwendung, für die Jahre ab 2021 gilt Absatz 3 entsprechend.“
Artikel 4	Artikel 4
Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch	Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch
Das Fünfte Buch Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Krankenversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477, 2482), das zuletzt durch Artikel 5 des Gesetzes vom 27. März 2020 (BGBl. I S. 587) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:	Das Fünfte Buch Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Krankenversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477, 2482), das zuletzt durch Artikel 5 des Gesetzes vom 27. März 2020 (BGBl. I S. 587) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:
1. Dem § 20 Absatz 6 werden die folgenden Sätze angefügt:	1. u n v e r ä n d e r t
„Unbeschadet der Verpflichtung nach Absatz 1 müssen die Ausgaben der Krankenkassen für die Wahrnehmung ihrer Aufgaben nach dieser Vorschrift und nach den §§ 20a bis 20c im Jahr 2020 nicht den in den Sätzen 1 bis 3 genannten Beträgen entsprechen. Im Jahr 2019 nicht ausgegebene Mittel für Leistungen nach § 20a hat die Krankenkasse nicht im Jahr 2020 für zusätzliche Leistungen nach § 20a zur Verfügung zu stellen.“	
2. Dem § 20a Absatz 3 wird folgender Satz angefügt:	2. u n v e r ä n d e r t
„Abweichend von Satz 4 erhält die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung im Jahr 2020 keine pauschale Vergütung für die Ausführung des Auftrags nach Satz 1.“	
3. Dem § 20b Absatz 4 wird folgender Satz angefügt:	3. u n v e r ä n d e r t
„Die Sätze 1 bis 3 sind bezogen auf Ausgaben einer Krankenkasse für Leistungen nach Absatz 1 im Jahr 2020 nicht anzuwenden.“	

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
4. § 20i wird wie folgt geändert:	4. § 20i wird wie folgt geändert:
a) Die Überschrift wird wie folgt gefasst:	a) u n v e r ä n d e r t
„§ 20i	
Leistungen zur Verhütung übertragbarer Krankheiten, Verordnungsermächtigung“.	
b) Absatz 3 Satz 2 und 3 wird <i>durch die folgenden Sätze ersetzt</i> :	b) Absatz 3 wird wie folgt gefasst :
„Das Bundesministerium für Gesundheit wird ermächtigt, nach Anhörung des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen durch Rechtsverordnung ohne Zustimmung des Bundesrates zu bestimmen, dass <i>die Kosten für bestimmte Testungen auf eine Infektion oder Immunität im Hinblick auf eine bestimmte übertragbare Krankheit von den Trägern der Krankenversicherung nach dem Dritten Abschnitt des Dritten Kapitels getragen werden, sofern die Person bei dem jeweiligen Träger der Krankenversicherung versichert ist. Sofern das Bundesministerium für Gesundheit durch Rechtsverordnung nach Satz 1 oder Satz 2 festgelegt hat, dass die Kosten für bestimmte Schutzimpfungen, für bestimmte andere Maßnahmen der spezifischen Prophylaxe oder für bestimmte Testungen auf eine Infektion oder Immunität von den Trägern der Krankenversicherung getragen werden, haben die Versicherten einen Anspruch auf Leistungen für diese Maßnahmen. In der Rechtsverordnung können auch Regelungen zur Erfassung und Übermittlung von anonymisierten Daten insbesondere an das Robert Koch-Institut über die auf Grund einer Rechtsverordnung nach Satz 1 oder Satz 2 durchgeführten Maßnahme getroffen werden.</i>“	„(3) Das Bundesministerium für Gesundheit wird ermächtigt, nach Anhörung der Ständigen Impfkommission und des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen durch Rechtsverordnung ohne Zustimmung des Bundesrates zu bestimmen, dass Versicherte Anspruch auf weitere bestimmte Schutzimpfungen oder auf bestimmte andere Maßnahmen der spezifischen Prophylaxe haben. Das Bundesministerium für Gesundheit wird, sofern der Deutsche Bundestag nach § 5 Absatz 1 des Infektionsschutzgesetzes eine epidemische Lage von nationaler Tragweite festgestellt hat, ermächtigt, nach Anhörung des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen durch Rechtsverordnung ohne Zustimmung des Bundesrates zu bestimmen, dass
	1. Versicherte Anspruch auf bestimmte Testungen für den Nachweis des Vorliegens einer Infektion mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 oder auf das Vorhandensein von Antikörpern gegen das Coronavirus SARS-CoV-2 haben, auf die kein Anspruch nach § 27 besteht, und

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	2. Personen, die nicht in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert sind, Anspruch auf Leistungen nach Nummer 1 haben.
	In der Rechtsverordnung nach Satz 2 ist auch das Nähere zu den zur Erbringung der Leistungen nach Satz 2 berechtigten Leistungserbringern, zur Vergütung und zur Abrechnung der Leistungen sowie zum Zahlungsverfahren zu regeln. In den Rechtsverordnungen nach den Sätzen 1 und 2 können auch Regelungen zur Erfassung und Übermittlung von anonymisierten Daten insbesondere an das Robert Koch-Institut über die auf Grund der Rechtsverordnungen durchgeführten Maßnahmen getroffen werden. Die Aufwendungen für Leistungen nach Satz 2 werden aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds gezahlt.“
c) Absatz 4 wird wie folgt geändert:	c) u n v e r ä n d e r t
aa) In Satz 1 werden die Wörter „für Schutzimpfungen“ durch die Wörter „für Maßnahmen nach den Absätzen 1 bis 3“ ersetzt.	
bb) In Satz 2 werden nach dem Wort „Schutzimpfungen“ die Wörter „und über andere Maßnahmen nach den Absätzen 2 und 3“ eingefügt und wird das Wort „für“ durch das Wort „auf“ ersetzt.	
5. § 31 Absatz 6 wird wie folgt geändert:	5. u n v e r ä n d e r t
a) In Satz 7 wird die Angabe „Satz 7“ durch die Angabe „Satz 6“ ersetzt und werden die Wörter „und nutzen“ gestrichen.	
b) In Satz 8 wird die Angabe „Satz 10“ durch die Angabe „Satz 9“ ersetzt.	
c) In Satz 9 wird die Angabe „Satz 6“ durch die Angabe „Satz 5“ ersetzt.	
6. § 65a wird wie folgt geändert.	6. u n v e r ä n d e r t
a) Dem Absatz 1 wird folgender Satz angefügt:	
„Um den Nachweis über das Vorliegen der Anspruchsvoraussetzungen nach Satz 1 führen zu können, dürfen Krankenkassen die nach § 284 Absatz 1 von ihnen rechtmäßig	

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
erhobenen und gespeicherten versicherten-bezogenen Daten mit schriftlicher oder elektronischer Einwilligung der betroffenen Versicherten im erforderlichen Umfang verarbeiten.“	
b) Dem Absatz 1a wird folgender Satz angefügt:	
„Absatz 1 Satz 2 gilt entsprechend.“	
7. Dem § 67 wird folgender Absatz 3 angefügt:	7. u n v e r ä n d e r t
„(3) Krankenkassen und ihre Verbände dürfen im Rahmen von Pilotprojekten für die Dauer von bis zu zwei Jahren, längstens bis zu dem in Satz 4 genannten Zeitpunkt, Verfahren zur elektronischen Übermittlung von Verordnungen und zur Abrechnung von Leistungen nach § 33a erproben, bei denen eine Übermittlung von Verordnungen in Textform erfolgt. Die Pilotvorhaben müssen den Anforderungen der Richtlinie nach § 217f Absatz 4b entsprechen. Im Rahmen der Verfahren nach Satz 1 darf nicht in die ärztliche Therapiefreiheit eingegriffen oder die Wahlfreiheit der Versicherten beschränkt werden. Für die elektronische Übermittlung von Verordnungen von Leistungen nach § 33a sind ausschließlich geeignete Dienste der Telematikinfrastruktur zu verwenden, sobald diese zur Verfügung stehen.“	
8. Nach § 79 Absatz 3d wird folgender Absatz 3e eingefügt:	8. u n v e r ä n d e r t
„(3e) Die Vertreterversammlungen der Kassenärztlichen Vereinigungen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigungen können aus wichtigen Gründen ohne Sitzung schriftlich abstimmen.“	
9. § 103 wird wie folgt geändert:	9. u n v e r ä n d e r t
a) Absatz 2 wird wie folgt geändert:	
aa) In Satz 4 wird nach dem Wort „sind“ ein Semikolon und werden die Wörter „in dem Antrag ist die Anzahl der zusätzlichen Zulassungsmöglichkeiten arztgruppenbezogen festzulegen“ eingefügt.	
bb) Nach Satz 4 wird folgender Satz eingefügt:	
„Die zusätzlichen Zulassungsmöglichkeiten sind an das nach Satz 4 bestimmte Teilgebiet gebunden.“	

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
b) In Absatz 4 Satz 2 werden nach dem Wort „Zulassung“ die Wörter „oder bei der Festlegung zusätzlicher Zulassungsmöglichkeiten nach Absatz 2 Satz 4“ eingefügt.	
10. Nach § 106b Absatz 1a Satz 1 wird folgender Satz eingefügt:	10. u n v e r ä n d e r t
„Bei Verordnungen saisonaler Grippeimpfstoffe in der Impfsaison 2020/2021 gilt eine Überschreitung der Menge von bis zu 30 Prozent gegenüber den tatsächlich erbrachten Impfungen nicht als unwirtschaftlich.“	
11. § 115b wird wie folgt geändert:	11. u n v e r ä n d e r t
a) In Absatz 1 Satz 1 wird die Angabe „30. Juni 2021“ durch die Angabe „31. Januar 2022“ ersetzt.	
b) Absatz 1a wird wie folgt geändert:	
aa) In Satz 1 werden die Wörter „geben bis zum 31. März 2020 ein gemeinsames Gutachten in Auftrag“ durch die Wörter „leiten bis zum 30. Juni 2020 das Verfahren für die Vergabe eines gemeinsamen Gutachtens ein“ ersetzt.	
bb) Satz 3 wird aufgehoben.	
	11a. Dem § 120 Absatz 2 wird folgender Satz angefügt:
	„Die Vereinbarungen nach Satz 2 über die Vergütung von Leistungen der sozialpädiatrischen Zentren und medizinischen Behandlungszentren sind, auf Grund der besonderen Situation dieser Einrichtungen durch die SARS-CoV-2-Pandemie, bis zum ... [einsetzen: Datum vier Wochen nach Datum des Inkrafttretens dieses Gesetzes gemäß Artikel 20 Absatz 1] vorübergehend anzupassen.“
12. In § 130a Absatz 3a Satz 13 wird die Angabe „31. August 2020“ durch die Angabe „1. September 2020“ ersetzt.	12. u n v e r ä n d e r t
13. § 130b wird wie folgt geändert:	13. u n v e r ä n d e r t
a) Absatz 7 wird wie folgt geändert:	
aa) In Satz 5 wird die Angabe „Satz 1“ durch die Angabe „Satz 4“ ersetzt.	
bb) In Satz 6 werden die Wörter „Sätze 1 und 2“ durch die Wörter „Sätze 4 und 5“ ersetzt.	

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
cc) In Satz 8 wird die Angabe „Satz 2“ durch die Angabe „Satz 5“ ersetzt.	
b) In Absatz 7a Satz 1 wird die Angabe „31. August 2020“ durch die Angabe „1. September 2020“ ersetzt.	
14. In § 130d Absatz 5 Satz 1 wird die Angabe „31. August 2020“ durch die Angabe „1. September 2020“ ersetzt.	14. u n v e r ä n d e r t
15. In § 132e Absatz 2 Satz 2 wird nach der Angabe „10 Prozent“ ein Komma und werden die Wörter „im Jahr 2020 von 30 Prozent,“ eingefügt.	15. u n v e r ä n d e r t
16. Dem § 219a wird folgender Absatz 6 angefügt:	16. u n v e r ä n d e r t
„(6) Auf Personen nach Artikel 2 der Verordnung (EG) Nr. 883/2004 des Europäischen Parlamentes und des Rates vom 29. April 2004 zur Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit (ABl. L 166 vom 30.4.2004, S. 1), die zuletzt durch die Verordnung (EU) 2019/1149 (ABl. L 186 vom 11.7.2019, S. 21) geändert worden ist, denen in dem Wohnmitgliedstaat eine Behandlung wegen des Coronavirus SARS-CoV-2 nicht innerhalb eines in Anbetracht ihres aktuellen Gesundheitszustands und des voraussichtlichen Verlaufs ihrer Krankheit medizinisch vertretbaren Zeitraums gewährt werden kann und die auf Grund einer Absprache zwischen einem Land oder dem Bund und einem Mitgliedstaat der Europäischen Union oder dem Vereinigten Königreich von Großbritannien und Nordirland wegen des Coronavirus SARS-CoV-2 in Deutschland in einem zugelassenen Krankenhaus behandelt werden, findet das Verfahren nach den Artikeln 20, 27 und 35 der Verordnung (EG) Nr. 883/2004 in Verbindung mit Artikel 26 und Titel IV der Verordnung (EG) Nr. 987/2009 des Europäischen Parlamentes und des Rates vom 16. September 2009 zur Festlegung der Modalitäten für die Durchführung der Verordnung (EG) Nr. 883/2004 über die Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit (ABl. L 284 vom 30.10.2009, S. 1), die zuletzt durch die Verordnung (EU) 2017/492 (ABl. L 76 vom 22.3.2017, S. 13) geändert worden ist, mit den Maßgaben Anwendung, dass:	
1. die an der Absprache Beteiligten auf die Genehmigung nach Artikel 20 der Verordnung	

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
(EG) Nr. 883/2004 in Verbindung mit Artikel 26 der Verordnung (EG) Nr. 987/2009 verzichten können,	
2. der Bund die Behandlungskosten übernimmt,	
3. die Verbindungsstelle die Kostenabrechnung abweichend von Titel IV der Verordnung (EG) Nr. 987/2009 gegenüber dem Bund durchführt.	
Dies gilt für alle Behandlungen, die bis zum 30. September 2020 begonnen werden.“	
17. § 275c Absatz 2 wird wie folgt geändert:	17. u n v e r ä n d e r t
a) In Satz 1 wird vor dem Punkt am Ende ein Semikolon und werden die Wörter „im Jahr 2021 gilt eine quartalsbezogene Prüfquote von bis zu 12,5 Prozent“ eingefügt.	
b) In Satz 2 werden nach dem Wort „Datum“ die Wörter „des Eingangs“ und nach dem Wort „Schlussrechnung“ die Wörter „bei der Krankenkasse“ eingefügt.	
c) In Satz 3 wird die Angabe „2021“ durch die Angabe „2022“ ersetzt.	
18. In § 275d Absatz 3 Satz 3 werden nach dem Wort „Ersatzkassen“ die Wörter „sowie dem zuständigen Medizinischen Dienst“ eingefügt.	18. u n v e r ä n d e r t
19. In § 283 Absatz 2 Satz 4 wird die Angabe „31. Dezember 2021“ durch die Angabe „30. Juni 2022“ ersetzt.	19. u n v e r ä n d e r t
20. Dem § 285 Absatz 3a wird folgender Satz angefügt:	20. u n v e r ä n d e r t
„Die Kassenärztlichen Vereinigungen sind befugt, auf Anforderung der zuständigen Heilberufskammer personenbezogene Angaben der Ärzte nach § 293 Absatz 4 Satz 2 Nummer 2 bis 12 an die jeweils zuständige Heilberufskammer für die Prüfung der Erfüllung der berufsrechtlich vorgegebenen Verpflichtung zur Meldung der ärztlichen Berufstätigkeit zu übermitteln.“	
21. § 327 Absatz 2 Satz 3 wird wie folgt gefasst:	21. u n v e r ä n d e r t
„§ 283 Absatz 2 Satz 1 Nummer 3, 4 und 5 zweite Alternative in der am 1. Januar 2020 geltenden Fassung ist mit der Maßgabe anwendbar, dass der Medizinische Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen die Richtlinie nach § 283 Absatz 2 Satz 1 Nummer 3 bis zum 28. Februar	

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
2021, die Richtlinie nach § 283 Absatz 2 Satz 1 Nummer 4 bis zum 30. September 2020 und die Richtlinie nach § 283 Absatz 2 Satz 1 Nummer 5 zweite Alternative bis zum 31. Dezember 2020 erlässt.“	
Artikel 5	Artikel 5
Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch	Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch
Das Elfte Buch Sozialgesetzbuch – Soziale Pflegeversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 26. Mai 1994, BGBl. I S. 1014, 1015), das zuletzt durch Artikel 4 des Gesetzes vom 27. März 2020 (BGBl. I S. 580) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:	Das Elfte Buch Sozialgesetzbuch – Soziale Pflegeversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 26. Mai 1994, BGBl. I S. 1014, 1015), das zuletzt durch Artikel 4 des Gesetzes vom 27. März 2020 (BGBl. I S. 580) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:
1. Die Inhaltsübersicht wird wie folgt geändert:	1. u n v e r ä n d e r t
a) Die Angabe zu § 149 wie folgt gefasst:	
„§ 149 Einrichtungen zur Inanspruchnahme von Kurzzeitpflege und anderweitige vollstationäre pflegerische Versorgung“.	
b) Nach der Angabe zu § 150 wird folgende Angabe zu § 150a eingefügt:	
„§ 150a Sonderleistung während der Coronavirus-SARS-CoV-2-Pandemie“.	
2. Dem § 5 wird folgender Absatz 7 angefügt:	2. u n v e r ä n d e r t
„(7) Im Jahr 2020 müssen die Ausgaben der Pflegekassen für die Wahrnehmung der Aufgaben nach Absatz 1 nicht dem in Absatz 2 festgelegten Betrag entsprechen. Im Jahr 2019 nicht verausgabte Mittel sind abweichend von Absatz 3 Satz 2 im Jahr 2020 nicht dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen zur Verfügung zu stellen.“	
3. § 149 wird wie folgt geändert:	3. § 149 wird wie folgt geändert:
a) Die Überschrift wird wie folgt gefasst:	a) u n v e r ä n d e r t
„§ 149	
Einrichtungen zur Inanspruchnahme von Kurzzeitpflege und anderweitige vollstationäre pflegerische Versorgung“.	
b) Der Wortlaut wird Absatz 1.	b) u n v e r ä n d e r t

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
c) Die folgenden Absätze 2 und 3 werden angefügt:	c) Die folgenden Absätze 2 und 3 werden angefügt:
„(2) Abweichend von § 42 Absatz 2 Satz 2 übernehmen die Pflegekassen bei Kurzzeitpflege in dem Zeitraum vom ... [einsetzen: Datum des Inkrafttretens dieses Gesetzes nach Artikel 20 Absatz 1] bis einschließlich 30. September 2020 in Einrichtungen, die stationäre Leistungen zur medizinischen Vorsorge oder Rehabilitation erbringen, Aufwendungen bis zu einem Gesamtbetrag von 2 418 Euro.	„(2) Abweichend von § 42 Absatz 2 Satz 2 übernehmen die Pflegekassen bei Kurzzeitpflege in dem Zeitraum vom ... [einsetzen: Datum des Inkrafttretens dieses Gesetzes nach Artikel 20 Absatz 4] bis einschließlich 30. September 2020 in Einrichtungen, die stationäre Leistungen zur medizinischen Vorsorge oder Rehabilitation erbringen, Aufwendungen bis zu einem Gesamtbetrag von 2 418 Euro.
(3) Ist eine pflegerische Versorgung von bereits vollstationär versorgten Pflegebedürftigen in einer vollstationären Pflegeeinrichtung auf Grund der SARS-CoV-2-Pandemie quarantänebedingt nicht zu gewährleisten, kann diese für die Dauer von maximal 14 Kalendertagen in dem Zeitraum vom ... [einsetzen: Datum des Inkrafttretens dieses Gesetzes nach Artikel 20 Absatz 1] bis einschließlich 30. September 2020 auch in einer Einrichtung erbracht werden, die Leistungen zur medizinischen Vorsorge oder Rehabilitation erbringt (anderweitige vollstationäre pflegerische Versorgung). Im begründeten Einzelfall kann in Abstimmung mit der Pflegekasse des Pflegebedürftigen auch eine pflegerische Versorgung von mehr als 14 Tagen in einer Einrichtung erbracht werden, die Leistungen zur medizinischen Vorsorge oder Rehabilitation erbringt. Der Pflegeplatz des Pflegebedürftigen ist von der bisherigen vollstationären Pflegeeinrichtung während seiner Abwesenheit freizuhalten. Die Berechnung des Heimentgeltes und seine Zahlung an die bisherige vollstationäre Pflegeeinrichtung sowie der nach § 43 von der Pflegekasse an die bisherige vollstationäre Pflegeeinrichtung zu gewährende Leistungsbetrag bleiben unverändert. Die Vergütung der anderweitigen vollstationären pflegerischen Versorgung richtet sich nach dem durchschnittlichen Vergütungssatz nach § 111 Absatz 5 des Fünften Buches für die Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung. Sie wird der Einrichtung von den Pflegekassen entsprechend dem Verfahren nach § 150 Absatz 2 Satz 2 bis 4 erstattet. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen kann im Benehmen mit den Verbänden der Träger von	(3) u n v e r ä n d e r t

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
vollstationären Pflegeeinrichtungen sowie im Benehmen mit den Verbänden der stationären medizinischen Rehabilitations- und Vorsorgeeinrichtungen Empfehlungen zur formellen Abwicklung des Abrechnungsverfahrens abgeben.“	
4. § 150 wird wie folgt geändert:	4. § 150 wird wie folgt geändert:
a) Absatz 4 Satz 1 wird durch die folgenden Sätze ersetzt:	a) u n v e r ä n d e r t
„Bei ambulanten Pflegeeinrichtungen tragen die gesetzlichen Krankenkassen und die soziale Pflegeversicherung die nach Absatz 2 entstehenden Erstattungen entsprechend dem Verhältnis, das dem Verhältnis zwischen den Ausgaben der Krankenkassen für die häusliche Krankenpflege und den Ausgaben der sozialen Pflegeversicherung für Pflegesachleistungen im vorangegangenen Kalenderjahr entspricht. Bei den in § 39a Absatz 1 des Fünften Buches genannten stationären Hospizen, mit denen ein Versorgungsvertrag als stationäre Pflegeeinrichtung nach § 72 besteht, tragen die gesetzlichen Krankenkassen 80 Prozent der nach Absatz 2 entstehenden Erstattungen. Zur Finanzierung der den Krankenkassen nach den Sätzen 1 und 2 entstehenden Kosten erhebt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen von den Krankenkassen eine Umlage gemäß dem Anteil der Versicherten der Krankenkassen an der Gesamtzahl der Versicherten aller Krankenkassen. Das Nähere zum Umlageverfahren und zur Zahlung an die Pflegeversicherung bestimmt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen.“	
b) Nach Absatz 5 werden die folgenden Absätze 5a bis 5d eingefügt:	b) Nach Absatz 5 werden die folgenden Absätze 5a bis 5d eingefügt:
„(5a) Den nach Maßgabe des gemäß § 45a Absatz 3 erlassenen Landesrechts anerkannten Angeboten zur Unterstützung im Alltag werden die ihnen infolge des neuartigen Coronavirus SARS-CoV-2 bis zum 30. September 2020 anfallenden, außerordentlichen Aufwendungen sowie Mindereinnahmen im Rahmen ihrer Leistungserbringung, die nicht anderweitig finanziert werden, aus Mitteln der Pflegeversicherung erstattet, wenn sie diese Aufwendungen nachweisen	(5a) u n v e r ä n d e r t

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
oder die Mindereinnahmen glaubhaft machen. Die Erstattung der Mindereinnahmen wird begrenzt auf eine monatliche Summe aus der Multiplikation von	
1. 125 Euro und	
2. der Differenz, die sich beim Vergleich der Anzahl der im letzten Quartal des Jahres 2019 monatsdurchschnittlich betreuten Pflegebedürftigen und der Anzahl der in dem Monat, für den Mindereinnahmen geltend gemacht werden, betreuten Pflegebedürftigen ergibt.	
Die Auszahlung kann vorläufig erfolgen. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen legt in Abstimmung mit dem Bundesministerium für Gesundheit unverzüglich das Nähere für das Erstattungsverfahren fest. Absatz 4 Satz 5 bis 8 gilt entsprechend.	
(5b) Abweichend von § 45b Absatz 1 Satz 3 können Pflegebedürftige des Pflegegrades 1 bis zum 30. September 2020 den Entlastungsbetrag auch für die Inanspruchnahme anderer Hilfen im Wege der Kostenersatzung einsetzen, wenn dies zur Überwindung von infolge des neuartigen Coronavirus SARS-CoV-2 verursachten Versorgungsengpässen erforderlich ist. § 45b Absatz 2 Satz 3 und Absatz 4 findet keine Anwendung. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen legt Einzelheiten zum Einsatz des Entlastungsbetrags für andere Hilfen nach Satz 1 in Empfehlungen fest.	(5b) u n v e r ä n d e r t
(5c) Abweichend von § 45b Absatz 1 Satz 5 zweiter Halbsatz kann der im Jahr 2019 nicht verbrauchte Betrag für die Leistung nach § 45b Absatz 1 Satz 1 in den Zeitraum bis zum 30. September 2020 übertragen werden.	(5c) u n v e r ä n d e r t
(5d) Abweichend von § 44a Absatz 3 Satz 1 haben Beschäftigte im Sinne des § 7 Absatz 1 des Pflegezeitgesetzes Anspruch auf Pflegeunterstützungsgeld für bis zu insgesamt <i>zehn Tage</i> in dem Zeitraum vom ... [einsetzen: Datum des Inkrafttretens dieses Gesetzes nach Artikel 20 Absatz 1] bis einschließlich 30. September 2020, um die Pflege eines <i>Pflegebedürftigen</i> sicherzustellen oder zu organisieren, <i>ohne dass</i> eine	(5d) Abweichend von § 44a Absatz 3 Satz 1 haben Beschäftigte im Sinne des § 7 Absatz 1 des Pflegezeitgesetzes Anspruch auf Pflegeunterstützungsgeld für bis zu insgesamt 20 Arbeitstage in dem Zeitraum vom ... [einsetzen: Datum des Inkrafttretens dieses Gesetzes nach Artikel 20 Absatz 1] bis einschließlich 30. September 2020, um die Pflege eines pflegebedürftigen nahen Angehörigen im Sinne des § 7 Absatz 3 des Pflegezeitgesetzes sicherzustellen oder

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
<i>akute</i> Arbeitsverhinderung im Sinne des § 2 des Pflegezeitgesetzes vorliegt, wenn	zu organisieren, unabhängig davon, ob eine kurzzeitige Arbeitsverhinderung im Sinne des § 2 des Pflegezeitgesetzes vorliegt, wenn
1. die Beschäftigten glaubhaft darlegen, dass sie die Pflege oder die Organisation der Pflege auf Grund der SARS-Cov-2-Pandemie übernehmen,	1. die Beschäftigten glaubhaft darlegen, dass sie die Pflege oder die Organisation der Pflege auf Grund der SARS-CoV-2-Pandemie übernehmen,
2. die Beschäftigten keinen Anspruch auf Entgeltfortzahlung vom Arbeitgeber, Kranken- oder Verletztengeld bei Erkrankung oder Unfall eines Kindes nach § 45 des Fünften Buches oder nach § 45 Absatz 4 des Siebten Buches haben und	2. u n v e r ä n d e r t
3. die häusliche Pflege nicht anders sichergestellt werden kann.	3. u n v e r ä n d e r t
Abweichend von § 44a Absatz 6 Satz 1 haben landwirtschaftliche Unternehmer nach § 2 Absatz 1 Nummer 1 und 2 des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte Anspruch auf Betriebshilfe für bis zu insgesamt <i>zehn Arbeitstagen</i> in dem Zeitraum vom ... [einsetzen: Datum des Inkrafttretens <i>dieses Gesetzes</i> nach Artikel 20 Absatz 1] bis einschließlich 30. September 2020, um die Pflege eines pflegebedürftigen nahen Angehörigen sicherzustellen oder zu organisieren, <i>ohne dass</i> eine akut aufgetretene Pflegesituation vorliegt, sofern die Voraussetzungen nach Satz 1 Nummer 1 und 3 erfüllt sind.“	Hat eine Beschäftigte oder ein Beschäftigter bereits Pflegeunterstützungsgeld nach § 44a Absatz 3 für Arbeitstage in Anspruch genommen, so verkürzt sich der Anspruch nach Satz 1 um diese Arbeitstage. Abweichend von § 44a Absatz 6 Satz 1 haben landwirtschaftliche Unternehmer nach § 2 Absatz 1 Nummer 1 und 2 des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte Anspruch auf Betriebshilfe für bis zu insgesamt 20 Arbeitstage in dem Zeitraum vom ... [einsetzen: Datum des Inkrafttretens nach Artikel 20 Absatz 1] bis einschließlich 30. September 2020, um die Pflege eines pflegebedürftigen nahen Angehörigen im Sinne des § 7 Absatz 3 des Pflegezeitgesetzes sicherzustellen oder zu organisieren, unabhängig davon, ob eine akut aufgetretene Pflegesituation vorliegt, sofern die Voraussetzungen nach Satz 1 Nummer 1 und 3 erfüllt sind. Abweichend von § 44a Absatz 6 Satz 3 haben privat pflegeversicherte landwirtschaftliche Unternehmer Anspruch auf Kostenerstattung für bis zu insgesamt 20 Arbeitstage Betriebshilfe in dem Zeitraum vom ... [einsetzen: Datum des Inkrafttretens nach Artikel 20 Absatz 1] bis einschließlich 30. September 2020, um die Pflege eines pflegebedürftigen nahen Angehörigen im Sinne des § 7 Absatz 3 des Pflegezeitgesetzes sicherzustellen oder zu organisieren, unabhängig davon, ob eine akut aufgetretene Pflegesi-

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	tuation vorliegt, sofern die Voraussetzungen nach Satz 1 Nummer 1 und 3 erfüllt sind. Hat ein landwirtschaftlicher Unternehmer bereits Betriebshilfe oder eine Kostenerstattung nach § 44a Absatz 6 für Arbeitstage in Anspruch genommen, so verkürzt sich der Anspruch nach den Sätzen 3 und 4 um diese Arbeitstage.“
c) In Absatz 6 wird die Angabe „5“ durch die Angabe „5d“ ersetzt.	c) u n v e r ä n d e r t
5. Nach § 150 wird folgender § 150a eingefügt:	5. u n v e r ä n d e r t
„§ 150a	
Sonderleistung während der Coronavirus-SARS-CoV-2-Pandemie	
(1) Die zugelassenen Pflegeeinrichtungen werden verpflichtet, ihren Beschäftigten im Jahr 2020 zum Zweck der Wertschätzung für die besonderen Anforderungen während der Coronavirus-SARS-CoV-2-Pandemie eine für jeden Beschäftigten einmalige Sonderleistung nach Maßgabe der Absätze 2 bis 6 und 8 zu zahlen (Corona-Prämie). Gleiches gilt für Arbeitgeber, deren Arbeitnehmerinnen oder Arbeitnehmer in Einrichtungen nach Satz 1 im Rahmen einer Arbeitnehmerüberlassung oder eines Werk- oder Dienstleistungsvertrags eingesetzt werden.	
(2) Die Corona-Prämie ist für Vollzeitbeschäftigte, die in dem Zeitraum vom 1. März 2020 bis einschließlich zum 31. Oktober 2020 (Bemessungszeitraum) mindestens drei Monate in einer zugelassenen oder für eine zugelassene Pflegeeinrichtung tätig waren, in folgender Höhe auszus zahlen:	
1. in Höhe von 1 000 Euro für Beschäftigte, die Leistungen nach diesem Buch oder im ambulanten Bereich nach dem Fünften Buch durch die direkte Pflege und Betreuung von Pflegebedürftigen erbringen,	
2. in Höhe von 667 Euro für andere Beschäftigte, die in einem Umfang von mindestens 25 Prozent ihrer Arbeitszeit gemeinsam mit Pflegebedürftigen tagesstrukturierend, aktivierend, betreuend oder pflegend tätig sind,	
3. in Höhe von 334 Euro für alle übrigen Beschäftigten.	

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
Freiwillige im Sinne des § 2 des Bundesfreiwilligendienstgesetzes und Freiwillige im Sinne des § 2 des Jugendfreiwilligendienstgesetzes im freiwilligen sozialen Jahr erhalten eine Corona-Prämie in Höhe von 100 Euro.	
(3) Den folgenden Auszubildenden, die mit einer zugelassenen Pflegeeinrichtung einen Ausbildungsvertrag geschlossen haben oder im Bemessungszeitraum mindestens drei Monate in einer zugelassenen Pflegeeinrichtung zur Durchführung der praktischen Ausbildung tätig waren, ist eine Corona-Prämie in Höhe von 600 Euro zu zahlen:	
1. Auszubildenden zur Altenpflegerin oder zum Altenpfleger nach § 58 Absatz 2 des Pflegeberufgesetzes,	
2. Auszubildenden zur Altenpflegerin oder zum Altenpfleger nach § 66 Absatz 2 des Pflegeberufgesetzes,	
3. Auszubildenden zur Gesundheits- und Krankenpflegerin oder zum Gesundheits- und Krankenpfleger nach § 66 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 des Pflegeberufgesetzes,	
4. Auszubildenden zur Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin oder zum Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger nach § 58 Absatz 1 des Pflegeberufgesetzes,	
5. Auszubildenden zur Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin oder zum Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger nach § 66 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 des Pflegeberufgesetzes oder	
6. Auszubildenden zur Pflegefachfrau oder zum Pflegefachmann nach dem Pflegeberufgesetz.	
Satz 1 gilt entsprechend für Auszubildende in landesrechtlich geregelten Assistenz- oder Helferausbildungen in der Pflege von mindestens einjähriger Dauer.	
(4) An Beschäftigte, die im Bemessungszeitraum mindestens drei Monate in einer zugelassenen Pflegeeinrichtung tätig waren und in dieser Zeit ganz oder teilweise in Teilzeit gearbeitet haben, ist die Corona-Prämie anteilig im Verhältnis zu den in Absatz 2 Satz 1 genannten Höhen zu zahlen. Der jeweilige Anteil entspricht dem Anteil der von ihnen wöchentlich durchschnittlich in	

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
dem Bemessungszeitraum tatsächlich geleisteten Stunden im Verhältnis zur regelmäßigen Wochenarbeitszeit der bei derselben Pflegeeinrichtung Vollzeitbeschäftigten; mindestens jedoch dem Anteil der mit ihnen vertraglich vereinbarten durchschnittlichen Wochenarbeitszeit im Verhältnis zur regelmäßigen Wochenarbeitszeit der bei der Pflegeeinrichtung Vollzeitbeschäftigten. Abweichend von Satz 1 ist die Corona-Prämie nach Absatz 2 ungekürzt an Teilzeitbeschäftigte zu zahlen, wenn sie im Bemessungszeitraum mindestens drei Monate in einer zugelassenen Pflegeeinrichtung tätig waren und ihre wöchentliche tatsächliche oder vertragliche Arbeitszeit in diesem Zeitraum 35 Stunden oder mehr betrug.	
(5) Die folgenden Unterbrechungen der Tätigkeit im Bemessungszeitraum sind für die Berechnung des dreimonatigen Zeitraums, in dem die Beschäftigten im Bemessungszeitraum mindestens in einer zugelassenen Pflegeeinrichtung tätig sein müssen, unbeachtlich:	
1. Unterbrechungen von bis zu 14 Kalendertagen,	
2. Unterbrechungen auf Grund einer COVID-19-Erkrankung,	
3. Unterbrechungen auf Grund von Quarantänemaßnahmen,	
4. Unterbrechungen auf Grund eines Arbeitsunfalls oder	
5. Unterbrechungen wegen Erholungsurlaubs.	
(6) Soweit Beschäftigte einer Pflegeeinrichtung im Bemessungszeitraum ganz oder teilweise in Kurzarbeit gearbeitet haben, sind für die Bemessung der diesen Beschäftigten jeweils zustehenden Corona-Prämie die von ihnen wöchentlich durchschnittlich im Bemessungszeitraum tatsächlich geleisteten Stunden maßgeblich. Absatz 4 gilt im Übrigen entsprechend.	
(7) Die zugelassenen Pflegeeinrichtungen erhalten im Wege der Vorauszahlung von der sozialen Pflegeversicherung den Betrag, den sie für die Auszahlung der in den Absätzen 2 bis 4 und 6 genannten Corona-Prämien benötigen, erstattet. Gleiches gilt für Arbeitgeber nach Absatz 1 Satz 2. Die in den Absätzen 2 bis 4 und 6 genannten Corona-Prämien sowie weitere von den zugelassenen Pflegeeinrichtungen an ihre Beschäftig-	

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
ten gezahlte, vergleichbare Sonderleistungen können nicht nach § 150 Absatz 2 erstattet werden und dürfen auch nicht zu finanziellen Belastungen der Pflegebedürftigen führen. Bei ambulanten Pflegeeinrichtungen tragen die gesetzlichen Krankenkassen und die soziale Pflegeversicherung die nach Satz 1 entstehenden Erstattungen entsprechend dem Verhältnis, das dem Verhältnis zwischen den Ausgaben der Krankenkassen für die häusliche Krankenpflege und den Ausgaben der sozialen Pflegeversicherung für Pflegesachleistungen im vorangegangenen Kalenderjahr entspricht. Zur Finanzierung der den Krankenkassen nach Satz 4 entstehenden Kosten erhebt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen von den Krankenkassen eine Umlage gemäß dem Anteil der Versicherten der Krankenkassen an der Gesamtzahl der Versicherten aller Krankenkassen. Das Nähere zum Umlageverfahren und zur Zahlung an die Pflegeversicherung bestimmt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen. Die Pflegekassen stellen sicher, dass alle Pflegeeinrichtungen und alle Arbeitgeber im Sinne von Absatz 1 Satz 2 den Betrag, den sie für die Auszahlung der in den Absätzen 2 bis 4 und 6 genannten Corona-Prämien benötigen und den sie an die Pflegekassen gemeldet haben, von der sozialen Pflegeversicherung zu den folgenden Zeitpunkten erhalten:	
1. bis spätestens 15. Juli 2020 für die Beschäftigten und Arbeitnehmer nach Absatz 1 Satz 2, die bis zum 1. Juni 2020 die Voraussetzungen erfüllen, und	
2. bis spätestens 15. Dezember 2020 für die Beschäftigten und Arbeitnehmer nach Absatz 1 Satz 2, die die Voraussetzungen bis zum 1. Juni 2020 noch nicht erfüllen, aber diese bis zum 31. Oktober 2020 erfüllen.	
Die Pflegeeinrichtungen und die Arbeitgeber im Sinne von Absatz 1 Satz 2 haben den Pflegekassen bis spätestens 15. Februar 2021 die tatsächliche Auszahlung der Corona-Prämien anzuzeigen. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen legt im Benehmen mit den Bundesvereinigungen der Träger stationärer und ambulanter Pflegeeinrichtungen und geeigneten Verbänden der Arbeitgeber nach Absatz 1 Satz 2 auf Bundesebene unverzüglich das Nähere für das Verfahren einschließlich der Information der Beschäftigten und Arbeitnehmer nach Absatz 1 Satz 2 über ihren Anspruch	

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
fest. Die Verfahrensregelungen bedürfen der Zustimmung des Bundesministeriums für Gesundheit.	
(8) Die Auszahlung der jeweiligen Corona-Prämie durch die jeweilige zugelassene Pflegeeinrichtung oder die Arbeitgeber nach Absatz 1 Satz 2 an ihre Beschäftigten hat unverzüglich nach Erhalt der Vorauszahlung nach Absatz 7, spätestens mit der nächstmöglichen regelmäßigen Entgeltauszahlung zu erfolgen. Sie ist den Beschäftigten in der gesamten ihnen nach den Absätzen 2 bis 4 und 6 zustehenden Höhe in Geld über das Arbeitsentgelt und sonstige Bezüge hinaus auszuzahlen. Eine Aufrechnung mit Ansprüchen der Pflegeeinrichtung oder der Arbeitgeber nach Absatz 1 Satz 2 gegen den Beschäftigten oder Arbeitnehmer nach Absatz 1 Satz 2 ist ausgeschlossen. Die Corona-Prämie ist unpfändbar. Die Sätze 1 bis 4 gelten entsprechend für die Ausbildungsvergütung sowie für das Taschengeld für Freiwillige im Sinne des § 2 des Bundesfreiwilligendienstgesetzes und für Freiwillige im Sinne des § 2 des Jugendfreiwilligendienstgesetzes im freiwilligen sozialen Jahr.	
(9) Die Corona-Prämie kann durch die Länder oder die zugelassenen Pflegeeinrichtungen unter Berücksichtigung der Bemessungsgrundlagen der Absätze 1 bis 6 über die dort genannten Höchstbeträge hinaus auf folgende Beträge erhöht werden:	
1. auf bis zu 1 500 Euro für Vollzeit-, Teilzeit- oder in Kurzarbeit Beschäftigte, die die in Absatz 2 Satz 1 Nummer 1 genannten Voraussetzungen erfüllen,	
2. auf bis zu 1 000 Euro für Vollzeit-, Teilzeit- oder in Kurzarbeit Beschäftigte, die die in Absatz 2 Satz 1 Nummer 2 genannten Voraussetzungen erfüllen,	
3. auf bis zu 500 Euro für alle übrigen Vollzeit-, Teilzeit- oder in Kurzarbeit Beschäftigten einer zugelassenen Pflegeeinrichtung,	
4. auf bis zu 150 Euro für die in Absatz 2 Satz 2 genannten Personen sowie	
5. auf bis zu 900 Euro für die in nach Absatz 3 genannten Auszubildenden.	
Gleiches gilt für die Arbeitgeber und Arbeitnehmer nach Absatz 1 Satz 2. Die Länder regeln ihr	

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
Verfahren. Sie können sich dabei an den Verfahrensregelungen dieser Vorschrift, insbesondere an den genannten Fristen, orientieren.“	
	Artikel 5a
	Änderung des Familienpflegezeitgesetzes
	Das Familienpflegezeitgesetz vom 6. Dezember 2011 (BGBl. I S. 2564), das durch Artikel 1 des Gesetzes vom 23. Dezember 2014 (BGBl. I S. 2462) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:
	1. § 3 Absatz 3 Satz 5 wird durch die folgenden Sätze ersetzt:
	„Für die Berechnung des durchschnittlichen Entgelts je Arbeitsstunde bleiben Mutterschutzfristen, Freistellungen nach § 2, kurzzeitige Arbeitsverhinderungen nach § 2 des Pflegezeitgesetzes, Freistellungen nach § 3 des Pflegezeitgesetzes sowie die Einbringung von Arbeitsentgelt in und die Entnahme von Arbeitsentgelt aus Wertguthaben nach § 7b des Vierten Buches Sozialgesetzbuch außer Betracht. Abweichend von Satz 5 bleiben auf Antrag für die Berechnung des durchschnittlichen Arbeitsentgelts je Arbeitsstunde in der Zeit vom 1. März 2020 bis 30. September 2020 auch Kalendermonate mit einem wegen der durch das Coronavirus SARS-CoV-2 verursachten epidemischen Lage von nationaler Tragweite geringeren Entgelt unberücksichtigt.“
	2. Folgender § 16 wird angefügt:
	„§ 16
	Sonderregelungen aus Anlass der COVID-19-Pandemie
	(1) Abweichend von § 2 Absatz 1 Satz 2 gilt, dass die wöchentliche Mindestarbeitszeit von 15 Wochenstunden vorübergehend unterschritten werden darf, längstens jedoch für die Dauer von einem Monat.
	(2) Abweichend von § 2a Absatz 1 Satz 1 gilt für Familienpflegezeit, die spätestens am 1. September 2020 beginnt, dass die Ankündigung gegenüber dem Arbeitgeber spätestens

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	zehn Arbeitstage vor dem gewünschten Beginn in Textform erfolgen muss.
	(3) Abweichend von § 2a Absatz 1 Satz 4 muss sich die Familienpflegezeit nicht unmittelbar an die Freistellung nach § 3 Absatz 1 oder Absatz 5 des Pflegezeitgesetzes anschließen, wenn der Arbeitgeber zustimmt, die Gesamtdauer nach § 2 Absatz 2 von 24 Monaten nicht überschritten wird und die Familienpflegezeit spätestens mit Ablauf des 30. September 2020 endet. Die Ankündigung muss abweichend von § 2a Absatz 1 Satz 5 spätestens zehn Tage vor Beginn der Familienpflegezeit erfolgen.
	(4) Abweichend von § 2a Absatz 1 Satz 6 muss sich die Freistellung nach § 3 Absatz 1 oder Absatz 5 des Pflegezeitgesetzes nicht unmittelbar an die Familienpflegezeit anschließen, wenn der Arbeitgeber zustimmt, die Gesamtdauer nach § 2 Absatz 2 von 24 Monaten nicht überschritten wird und die Pflegezeit spätestens mit Ablauf des 30. September 2020 endet. Die Inanspruchnahme ist dem Arbeitgeber spätestens zehn Tage vor Beginn der Freistellung nach § 3 Absatz 1 oder Absatz 5 des Pflegezeitgesetzes in Textform anzukündigen.
	(5) Abweichend von § 2a Absatz 2 Satz 1 gilt, dass die Vereinbarung in Textform zu treffen ist.
	(6) Abweichend von § 2a Absatz 3 können Beschäftigte mit Zustimmung des Arbeitgebers einmalig nach einer beendeten Familienpflegezeit zur Pflege oder Betreuung desselben pflegebedürftigen Angehörigen Familienpflegezeit erneut, jedoch insgesamt nur bis zur Höchstdauer nach § 2 Absatz 1 in Anspruch nehmen, wenn die Gesamtdauer von 24 Monaten nach § 2 Absatz 2 nicht überschritten wird und die Familienpflegezeit spätestens mit Ablauf des 30. September 2020 endet.“

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	Artikel 5b
	Änderung des Pflegezeitgesetzes
	Dem Pflegezeitgesetz vom 28. Mai 2008 (BGBl. I S. 874, 896), das zuletzt durch Artikel 7 des Gesetzes vom 21. Dezember 2015 (BGBl. I S. 2424) geändert worden ist, wird folgender § 9 angefügt:
	„§ 9
	Sonderregelungen aus Anlass der COVID-19-Pandemie
	(1) Abweichend von § 2 Absatz 1 haben Beschäftigte das Recht, in dem Zeitraum vom ... [einsetzen: Datum des Inkrafttretens nach Artikel 20 Absatz 1] bis einschließlich 30. September 2020 bis zu 20 Arbeitstage der Arbeit fernzubleiben, wenn die akute Pflegesituation auf Grund der COVID-19-Pandemie aufgetreten ist. Der Zusammenhang wird vermutet.
	(2) § 2 Absatz 3 Satz 2 ist bis zum 30. September 2020 mit der Maßgabe anzuwenden, dass sich der Anspruch auch nach § 150 Absatz 5d Satz 1 und 2 des Elften Buches Sozialgesetzbuch richtet.
	(3) Abweichend von § 3 Absatz 3 Satz 1 gilt, dass die Ankündigung in Textform erfolgen muss.
	(4) Abweichend von § 3 Absatz 3 Satz 4 muss sich die Familienpflegezeit oder die Freistellung nach § 2 Absatz 5 des Familienpflegezeitgesetzes nicht unmittelbar an die Pflegezeit anschließen, wenn der Arbeitgeber zustimmt, die Gesamtdauer nach § 4 Absatz 1 Satz 4 nicht überschritten wird und die Familienpflegezeit oder die Freistellung nach § 2 Absatz 5 des Familienpflegezeitgesetzes spätestens mit Ablauf des 30. September 2020 endet. Die Ankündigung muss abweichend von § 3 Absatz 3 Satz 5 spätestens zehn Tage vor Beginn der Familienpflegezeit erfolgen.
	(5) Abweichend von § 3 Absatz 3 Satz 6 muss sich die Pflegezeit nicht unmittelbar an die Familienpflegezeit oder an die Freistellung nach § 2 Absatz 5 des Familienpflegezeitgesetzes anschließen, wenn der Arbeitgeber zustimmt, die Gesamtdauer nach § 4 Absatz 1 Satz 4 nicht überschritten wird

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	und die Pflegezeit spätestens mit Ablauf des 30. September 2020 endet. Die Inanspruchnahme ist dem Arbeitgeber spätestens zehn Tage vor Beginn der Pflegezeit in Textform anzukündigen.
	(6) Abweichend von § 3 Absatz 4 Satz 1 gilt, dass die Vereinbarung in Textform zu treffen ist.
	(7) Abweichend von § 4 Absatz 1 Satz 2 und 3 können Beschäftigte mit Zustimmung des Arbeitgebers einmalig nach einer beendeten Pflegezeit zur Pflege oder Betreuung desselben pflegebedürftigen Angehörigen Pflegezeit erneut, jedoch insgesamt nur bis zur Höchstdauer nach § 4 Absatz 1 Satz 1 in Anspruch nehmen, wenn die Gesamtdauer nach § 4 Absatz 1 Satz 4 nicht überschritten wird und die Pflegezeit spätestens mit Ablauf des 30. September 2020 endet.“
Artikel 6	Artikel 6
Änderung des Versicherungsvertragsgesetzes	u n v e r ä n d e r t
§ 204 des Versicherungsvertragsgesetzes vom 23. November 2007 (BGBl. I S. 2631), das zuletzt durch Artikel 2 des Gesetzes vom 30. November 2019 (BGBl. I S. 1942) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:	
1. Nach Absatz 1 wird folgender Absatz 2 eingefügt:	
„(2) Ist der Versicherungsnehmer auf Grund bestehender Hilfebedürftigkeit im Sinne des Zweiten oder des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch nach dem 15. März 2020 in den Basistarif nach § 152 des Versicherungsaufsichtsgesetzes gewechselt und endet die Hilfebedürftigkeit des Versicherungsnehmers innerhalb von zwei Jahren nach dem Wechsel, kann er innerhalb von drei Monaten nach Beendigung der Hilfebedürftigkeit in Textform vom Versicherer verlangen, den Vertrag ab dem ersten Tag des übernächsten Monats in dem Tarif fortzusetzen, in dem der Versicherungsnehmer vor dem Wechsel in den Basistarif versichert war. Eintritt und Beendigung der Hilfebedürftigkeit hat der Versicherungsnehmer auf Verlangen des Versicherers durch geeignete Unterlagen nachzuweisen; die Bescheinigung des zuständigen Trägers nach dem Zweiten oder dem Zwölften Buch Sozialgesetzbuch gilt als Nachweis. Beim Wechsel ist der Versicherungsnehmer	

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
so zu stellen, wie er vor der Versicherung im Basistarif stand; die im Basistarif erworbenen Rechte und Alterungsrückstellungen sind zu berücksichtigen. Prämienanpassungen und Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen in dem Tarif, in dem der Versicherungsnehmer vor dem Wechsel in den Basistarif versichert war, gelten ab dem Tag der Fortsetzung des Vertrages in diesem Tarif. Die Sätze 1 bis 4 gelten entsprechend für Versicherungsnehmer, bei denen allein durch die Zahlung des Beitrags Hilfebedürftigkeit im Sinne des Zweiten oder des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch entstehen würde. Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 letzter Teilsatz gilt nicht.“	
2. Die bisherigen Absätze 2 bis 4 werden die Absätze 3 bis 5.	
Artikel 7	Artikel 7
Änderung des Ergotherapeutengesetzes	u n v e r ä n d e r t
Dem § 4 Absatz 3 des Ergotherapeutengesetzes vom 25. Mai 1976 (BGBl. I S. 1246), das zuletzt durch Artikel 30 des Gesetzes vom 15. August 2019 (BGBl. I S. 1307) geändert worden ist, wird folgender Satz angefügt:	
„Auf Antrag können auch darüber hinausgehende Fehlzeiten berücksichtigt werden, soweit eine besondere Härte vorliegt und das Ausbildungsziel durch die Anrechnung nicht gefährdet wird.“	
Artikel 8	Artikel 8
Änderung des Gesetzes über den Beruf des Logopäden	u n v e r ä n d e r t
Dem § 4 Absatz 3 des Gesetzes über den Beruf des Logopäden vom 7. Mai 1980 (BGBl. I S. 529), das zuletzt durch Artikel 28 des Gesetzes vom 15. August 2019 (BGBl. I S. 1307) geändert worden ist, wird folgender Satz angefügt:	
„Auf Antrag können auch darüber hinausgehende Fehlzeiten berücksichtigt werden, soweit eine besondere Härte vorliegt und das Ausbildungsziel durch die Anrechnung nicht gefährdet wird.“	

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
Artikel 9	Artikel 9
Änderung des Pflegeberufegesetzes	u n v e r ä n d e r t
Das Pflegeberufegesetz vom 17. Juli 2017 (BGBl. I S. 2581), das zuletzt durch Artikel 3a des Gesetzes vom 13. Januar 2020 (BGBl. I S. 66) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:	
1. In der Inhaltsübersicht wird nach der Angabe zu § 66 folgende Angabe eingefügt:	
„§ 66a Übergangsvorschrift für die Anerkennung ausländischer Berufsabschlüsse“.	
2. In § 33 Absatz 5 Satz 3 wird die Angabe „§ 45c Absatz 7“ durch die Angabe „§ 45c Absatz 8“ ersetzt.	
3. § 56 Absatz 1 Satz 1 wird wie folgt geändert:	
a) In Nummer 3 werden nach dem Wort „Nähere“ die Wörter „zur Gliederung und Durchführung der praktischen Ausbildung nach § 6 Absatz 3 und“ eingefügt.	
b) In Nummer 4 wird nach dem Wort „Zusammensetzung“ ein Komma und das Wort „Aufwandsentschädigung“ eingefügt.	
Artikel 10	Artikel 10
Änderung der Pflegeberufe-Ausbildungs- und Prüfungsverordnung	u n v e r ä n d e r t
Die Pflegeberufe-Ausbildungs- und -Prüfungsverordnung vom 2. Oktober 2018 (BGBl. I S. 1572), die durch Artikel 17 des Gesetzes vom 15. August 2019 (BGBl. I S. 1307) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:	
1. In der Inhaltsübersicht wird die Angabe zu § 59 wie folgt gefasst:	
„§ 59 Reisen und Aufwandsentschädigung“.	
2. Nach § 3 Absatz 2 wird folgender Absatz 2a eingefügt:	
„(2a) Abweichend von Absatz 2 Satz 2 ist die Aufteilung des beim Träger der praktischen Ausbildung durchzuführenden Pflichteinsatzes nach	

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
§ 7 Absatz 1 des Pflegeberufgesetzes auf eine zweite Einrichtung zulässig, soweit die Vermittlung der Kompetenzen nach Anlage 1 ansonsten nicht in vollem Umfang gewährleistet werden kann. Auch die zweite Einrichtung muss die Anforderungen an die Geeignetheit zur Durchführung des Pflichteinsatzes nach den für den Träger der praktischen Ausbildung geltenden Vorschriften erfüllen. Die übrigen Einsätze im Rahmen der praktischen Ausbildung sind jeweils ungeteilt in einer Einrichtung durchzuführen.“	
3. § 59 wird wie folgt geändert:	
a) In der Überschrift wird das Wort „Abfindungen“ durch das Wort „Aufwandsentschädigung“ ersetzt.	
b) Die Wörter „und sonstigen Abfindungen“ werden gestrichen.	
c) Die folgenden Sätze werden angefügt:	
„Für die Wahrnehmung der Aufgaben der Fachkommission kann eine angemessene Aufwandsentschädigung gezahlt werden. Die Höhe der Aufwandsentschädigung und die Verfahrensregelungen im Zusammenhang mit ihrer Auszahlung werden in der Geschäftsordnung der Fachkommission festgelegt.“	
Artikel 11	Artikel 11
Änderung des Transfusionsgesetzes	u n v e r ä n d e r t
Das Transfusionsgesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 28. August 2007 (BGBl. I S. 2169), das zuletzt durch Artikel 20 des Gesetzes vom 20. November 2019 (BGBl. I S. 1626) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:	
1. Nach § 12a Absatz 1 Satz 1 wird folgender Satz eingefügt:	
„Die Bewertung des Risikos, das zu einem Ausschluss oder einer Rückstellung von bestimmten Personengruppen von der Spende führt, ist im Fall neuer medizinischer, wissenschaftlicher oder epidemiologischer Erkenntnisse zu aktualisieren und daraufhin zu überprüfen, ob der Ausschluss oder die Rückstellung noch erforderlich ist, um ein ho-	

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
hes Gesundheitsschutzniveau von Empfängerinnen und Empfängern von Blutspenden sicherzustellen.“	
2. § 27 Absatz 4 wird aufgehoben.	
Artikel 12	Artikel 12
Änderung des Gesetzes für mehr Sicherheit in der Arzneimittelversorgung	u n v e r ä n d e r t
Artikel 21 des Gesetzes für mehr Sicherheit in der Arzneimittelversorgung vom 9. August 2019 (BGBl. I S. 1202) wird wie folgt geändert:	
1. Nach Absatz 2 wird folgender Absatz 2a eingefügt:	
„(2a) Artikel 1 Nummer 20 und 23 Buchstabe c tritt am 15. August 2020 in Kraft.“	
2. In Absatz 3 wird das Komma und werden die Wörter „Nummer 20 und 23 Buchstabe c“ gestrichen und wird die Angabe „15. August 2020“ durch die Angabe „1. September 2020“ ersetzt.	
Artikel 13	Artikel 13
Änderung des Gesetzes über die Ausbildung zur Anästhesietechnischen Assistentin und zum Anästhesietechnischen Assistenten und über die Ausbildung zur Operationstechnischen Assistentin und zum Operationstechnischen Assistenten	(weggefallen)
<i>In Artikel 3 Absatz 2 des Gesetzes über die Ausbildung zur Anästhesietechnischen Assistentin und zum Anästhesietechnischen Assistenten und über die Ausbildung zur Operationstechnischen Assistentin und zum Operationstechnischen Assistenten vom 14. Dezember 2019 (BGBl. I S. 2768) wird die Angabe „1. Oktober 2020“ durch die Angabe „1. Oktober 2021“ ersetzt.</i>	

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
Artikel 14	Artikel 14
Änderung des Gesetzes über die Ausübung der Zahnheilkunde	Änderung des Gesetzes über die Ausübung der Zahnheilkunde
§ 21 des Gesetzes über die Ausübung der Zahnheilkunde in der Fassung der Bekanntmachung vom 16. April 1987 (BGBl. I S. 1225), das zuletzt durch Artikel 2b des Gesetzes vom 14. Dezember 2019 (BGBl. I S. 2768) geändert worden ist, wird wie folgt gefasst:	§ 21 des Gesetzes über die Ausübung der Zahnheilkunde in der Fassung der Bekanntmachung vom 16. April 1987 (BGBl. I S. 1225), das zuletzt durch Artikel 2b des Gesetzes vom 14. Dezember 2019 (BGBl. I S. 2768) geändert worden ist, wird wie folgt gefasst:
„§ 21	„§ 21
Inkrafttreten der Approbationsordnung für Zahnärzte und Zahnärztinnen und Außerkrafttreten der Approbationsordnung für Zahnärzte	Inkrafttreten der Approbationsordnung für Zahnärzte und Zahnärztinnen und Außerkrafttreten der Approbationsordnung für Zahnärzte, Übergangsregelung
Die Approbationsordnung für Zahnärzte und Zahnärztinnen vom 8. Juli 2019 (BGBl. I S. 933) tritt am 1. Oktober <i>2021</i> in Kraft. Gleichzeitig tritt die Approbationsordnung für Zahnärzte in der im Bundesgesetzblatt Teil III, Gliederungsnummer 2123-2, veröffentlichten bereinigten Fassung, die durch Artikel 11 des Gesetzes vom 15. August 2019 (BGBl. I S. 1307) geändert worden ist, außer Kraft. “	(1) Die Approbationsordnung für Zahnärzte und Zahnärztinnen vom 8. Juli 2019 (BGBl. I S. 933) tritt am 1. Oktober 2020 in Kraft. Gleichzeitig tritt die Approbationsordnung für Zahnärzte in der im Bundesgesetzblatt Teil III, Gliederungsnummer 2123-2, veröffentlichten bereinigten Fassung, die zuletzt durch Artikel 11 des Gesetzes vom 15. August 2019 (BGBl. I S. 1307) geändert worden ist, außer Kraft.
	(2) Die Approbationsordnung für Zahnärzte in der am 30. September 2020 geltenden Fassung ist auf Studierende weiter anzuwenden, die das Studium der Zahnheilkunde vor dem 1. Oktober 2021 beginnen oder bereits begonnen haben. Die Approbationsordnung für Zahnärzte und Zahnärztinnen findet insoweit keine Anwendung. Für Studierende nach Satz 1 sind die §§ 133 und 134 der Approbationsordnung für Zahnärzte und Zahnärztinnen anzuwenden.“
Artikel 15	Artikel 15
Änderung der Approbationsordnung für Zahnärzte und Zahnärztinnen	Änderung der Approbationsordnung für Zahnärzte und Zahnärztinnen
Die Approbationsordnung für Zahnärzte und Zahnärztinnen vom 8. Juli 2019 (BGBl. I S. 933) wird wie folgt geändert:	Die Approbationsordnung für Zahnärzte und Zahnärztinnen vom 8. Juli 2019 (BGBl. I S. 933) wird wie folgt geändert:
1. In § 133 wird die Angabe „30. September 2020“ durch die Angabe „30. September 2021“ und die	1. In § 133 wird die Angabe „1. Oktober 2020“ durch die Angabe „1. Oktober 2021“ ersetzt und

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
<i>Angabe „1. Oktober 2020“ durch die Angabe „1. Oktober 2021“ ersetzt.</i>	werden nach den Wörtern „Studium der Zahnmedizin“ die Wörter „beginnen oder“ eingefügt.
2. § 134 wird wie folgt geändert:	2. § 134 wird wie folgt geändert:
a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:	a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:
aa) In Satz 1 wird die Angabe „1. Oktober 2020“ durch die Angabe „31. Oktober 2021“, die Angabe „31. Oktober 2021“ durch die Angabe „31. Oktober 2022“ und die Angabe „30. September 2020“ durch die Angabe „30. September 2021“ ersetzt.	aa) In Satz 1 wird die Angabe „1. Oktober 2020“ durch die Angabe „31. Oktober 2021“ und die Angabe „31. Oktober 2021“ durch die Angabe „31. Oktober 2022“ ersetzt.
bb) In Satz 2 wird die Angabe „30. April 2024“ durch die Angabe „30. April 2025“ und die Angabe „30. September 2020“ durch die Angabe „30. September 2021“ ersetzt.	bb) In Satz 2 wird die Angabe „30. April 2024“ durch die Angabe „30. April 2025“ ersetzt.
cc) In Satz 7 wird die Angabe „30. September 2020“ durch die Angabe „30. September 2021“ ersetzt.	cc) entfällt
b) In Absatz 2 Satz 1 wird die Angabe „1. Oktober 2020“ durch die Angabe „31. Oktober 2021“, die Angabe „30. April 2023“ durch die Angabe „30. April 2024“ und die Angabe „30. September 2020“ durch die Angabe „30. September 2021“ ersetzt.	b) In Absatz 2 Satz 1 wird die Angabe „1. Oktober 2020“ durch die Angabe „31. Oktober 2021“ und die Angabe „30. April 2023“ durch die Angabe „30. April 2024“ ersetzt.
c) In Absatz 3 wird die Angabe „30. September 2020“ durch die Angabe „30. September 2021“ ersetzt.	c) entfällt
d) In Absatz 4 wird die Angabe „10. Juli 2021“ durch die Angabe „10. Juli 2022“ und die Angabe „1. Oktober 2023“ durch die Angabe „1. Oktober 2024“ ersetzt.	c) unverändert
Artikel 16	Artikel 16
Änderung der Verordnung zur Neuregelung der zahnärztlichen Ausbildung	(weggefallen)
<i>Artikel 2 der Verordnung zur Neuregelung der zahnärztlichen Ausbildung vom 8. Juli 2019 (BGBl. I S. 933) wird wie folgt gefasst:</i>	

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
„Artikel 2	
<i>Inkrafttreten, Außerkrafttreten</i>	
<i>Diese Verordnung tritt am 1. Oktober 2021 in Kraft. Gleichzeitig tritt die Approbationsordnung für Zahnärzte in der im Bundesgesetzblatt Teil III, Gliederungsnummer 2123-2, veröffentlichten bereinigten Fassung, die zuletzt durch Artikel 11 des Gesetzes vom 15. August 2019 (BGBl. I S.1307) geändert worden ist, außer Kraft.</i>	
Artikel 17	Artikel 17
Änderungen aus Anlass der Verschiebung des Geltungsbeginns der Verordnung (EU) 2017/745	u n v e r ä n d e r t
(1) Das Medizinproduktegesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 7. August 2002 (BGBl. I S. 3146), das zuletzt durch Artikel 16a Absatz 2 des Gesetzes vom ... [einsetzen: Ausfertigungsdatum und Fundstelle des Medizinprodukte-EU-Anpassungsgesetzes, BR-Drs. 121/20; BR-PIPr. 988 S. 99] geändert worden ist, wird wie folgt geändert:	
1. In § 6 Absatz 1 Satz 1 wird die Angabe „gemäß § 11 Abs. 1“ durch die Wörter „mit Sonderzulassung nach § 11 Absatz 1 oder nach § 7 Absatz 1 oder § 90 Absatz 3 des Medizinprodukterecht-Durchführungsgesetzes“ ersetzt.	
2. In § 11 Absatz 1 Satz 1 wird das Wort „Medizinprodukte“ durch das Wort „In-vitro-Diagnostika“ ersetzt.	
3. In § 32 Absatz 1 Nummer 5 werden nach der Angabe „§ 11 Absatz 1“ die Wörter „und nach § 7 Absatz 1 des Medizinprodukterecht-Durchführungsgesetzes“ eingefügt.	
(2) Artikel 17 des Medizinprodukte-EU-Anpassungsgesetzes vom ... [einsetzen: Ausfertigungsdatum und Fundstelle BR-Drs. 121/20; BR-PIPr. 988 S. 99] wird wie folgt geändert:	
1. Absatz 1 Satz 2 und 3 wird wie folgt gefasst:	
„Im Übrigen tritt dieses Gesetz vorbehaltlich der Absätze 2 bis 8 am 26. Mai 2021 in Kraft. Gleichzeitig treten die §§ 1 bis 32a sowie 34 bis 44 des	

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
Medizinproduktegesetzes in der Fassung der Bekanntmachung vom 7. August 2002 (BGBl. I S. 3146), das zuletzt durch Artikel 17 Absatz 1 des Gesetzes vom ... [einsetzen: Ausfertigungsdatum und Fundstelle dieses Gesetzes] geändert worden ist, außer Kraft.“	
2. Absatz 3 wird durch die folgenden Absätze 3 bis 5 ersetzt:	
„(3) Am ... [einsetzen: Tag nach der Verkündung dieses Gesetzes] treten in Kraft:	
1. in Artikel 1 § 87 des Medizinprodukterecht-Durchführungsgesetzes,	
2. in Artikel 4 Nummer 2, 4 Buchstabe a Doppelbuchstabe bb bis dd und Buchstabe b sowie Nummer 6 Buchstabe a.	
(4) In Artikel 1 treten die §§ 7 und 90 Absatz 3 des Medizinprodukterecht-Durchführungsgesetzes mit Wirkung vom 24. April 2020 in Kraft.	
(5) Am 26. Mai 2020 treten in Kraft:	
1. die Artikel 4b, 11a, 11b, 12a Nummer 1 bis 5 und 7 bis 9,	
2. Artikel 16a Absatz 1, 2, 3 Nummer 1 und 2 Buchstabe a und in Buchstabe b die Änderungen des § 67a Absatz 2 Satz 1, 3 und 5 und Absatz 5 des Arzneimittelgesetzes sowie Absatz 4 bis 8.	
Gleichzeitig tritt die DIMDI-Verordnung vom 4. Dezember 2002 (BGBl. I S. 4456), die zuletzt durch Artikel 8 der Verordnung vom 29. November 2018 (BGBl. I S. 2034) geändert worden ist, außer Kraft.“	
3. Die bisherigen Absätze 4 und 5 werden die Absätze 6 und 7.	
4. Der bisherige Absatz 6 wird Absatz 8 und die Angabe „10b“ wird durch die Angabe „10c“ ersetzt.	
(3) § 2 der Medizinprodukte-Gebührenverordnung vom 27. März 2002 (BGBl. I S. 1228), die zuletzt durch Artikel 1 der Verordnung vom 3. November 2014 (BGBl. I S. 1676) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:	
1. In Absatz 1 Nummer 1 bis 3 werden nach den Wörtern „des Medizinproduktegesetzes“ jeweils die Wörter „oder § 7 Absatz 1 des Medizinprodukterecht-Durchführungsgesetzes“ eingefügt.	

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
2. In Absatz 2 Satz 1 werden nach den Wörtern „des Medizinproduktegesetzes“ die Wörter „oder § 7 Absatz 1 des Medizinprodukte-recht-Durchführungsgesetzes“ eingefügt.	
(4) In § 33a Absatz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Krankenversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477, 2482), das zuletzt durch Artikel 4 geändert worden ist, werden nach den Wörtern „der Risikoklasse I oder IIa“ die Wörter „nach § 13 Absatz 1 des Medizinproduktegesetzes in Verbindung mit Anhang IX der Richtlinie 93/42/EWG des Rates vom 14. Juni 1993 über Medizinprodukte (ABl. L 169 vom 12.7.1993, S. 1), die zuletzt durch die Verordnung (EU) 2020/561 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 23. April 2020 zur Änderung der Verordnung (EU) 2017/745 über Medizinprodukte hinsichtlich des Geltungsbeginns einiger ihrer Bestimmungen (ABl. L 130 vom 24.4.2020, S. 18) geändert worden ist oder“ eingefügt.	
Artikel 18	Artikel 18
Änderung des Transplantationsgesetzes	u n v e r ä n d e r t
In § 9c Absatz 4 des Transplantationsgesetzes in der Fassung der Bekanntmachung vom 4. September 2007 (BGBl. I S. 2206), das zuletzt durch Artikel 24 des Gesetzes vom 20. November 2019 (BGBl. I S. 1626) geändert worden ist, wird die Angabe „31. Dezember 2020“ durch die Angabe „30. Juni 2021“ ersetzt.	
Artikel 19	Artikel 19
Änderung des Psychotherapeutengesetzes	u n v e r ä n d e r t
§ 27 des Psychotherapeutengesetzes vom 15. November 2019 (BGBl. I S. 1604) wird wie folgt geändert:	
1. Die Überschrift wird wie folgt gefasst:	

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
„§ 27	
Abschluss von Ausbildungen“.	
2. Nach Absatz 2 wird folgender Absatz 2a eingefügt:	
„(2a) Abweichend von Absatz 2 Satz 1 können die Länder vorsehen, dass Personen, die ein Studium, das in § 5 Absatz 2 des Psychotherapeutengesetzes in der bis zum 31. August 2020 geltenden Fassung genannt ist, erst nach dem 31. August 2020 aber vor dem 31. August 2026 begonnen haben, die Ausbildung zum Beruf der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin oder des Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten nach dem Psychotherapeutengesetz in der bis zum 31. August 2020 geltenden Fassung absolvieren, wenn die betreffenden Personen diese Ausbildung	
1. verzahnt mit einem Masterstudiengang an einer Hochschule für angewandte Wissenschaften ableisten, der von den Ländern auf der Grundlage von § 5 Absatz 2 des Psychotherapeutengesetzes in der bis zum 31. August 2020 geltenden Fassung eingerichtet worden war, und	
2. diese Ausbildungsmöglichkeit erhalten werden muss, um die regionale psychotherapeutische Versorgung sicherzustellen.	
Ausbildungen nach Satz 1 sind von den Ländern durch eine unabhängige wissenschaftsnahe Einrichtung und unter Einbindung der nach Landesrecht für Gesundheit zuständigen Stelle zu evaluieren. In die Evaluierung sind insbesondere die Qualität der Ausbildungsmöglichkeit im Verhältnis zu der Ausbildung nach diesem Gesetz und der nach § 20 erlassenen Rechtsverordnung sowie die regionale Versorgungssituation einzubeziehen. Über das Ergebnis der Evaluierung haben die Länder dem Bundesministerium für Gesundheit bis zum 1. September 2025 zu berichten.“	
3. In Absatz 3 werden nach dem Wort „Absatz 2“ die Wörter „oder Absatz 2a“ eingefügt.	

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
Artikel 20	Artikel 20
Inkrafttreten, Außerkrafttreten	Inkrafttreten, Außerkrafttreten
(1) Dieses Gesetz tritt vorbehaltlich der Absätze 2 bis 9 am Tag nach der Verkündung in Kraft. Gleichzeitig tritt die Verordnung über die Ausdehnung der Meldepflicht nach § 6 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 und § 7 Absatz 1 Satz 1 des Infektionsschutzgesetzes auf Infektionen mit dem erstmals im Dezember 2019 in Wuhan/Volksrepublik China aufgetretenen neuartigen Coronavirus („2019-nCoV“) vom 30. Januar 2020 (BANz. AT 31. Januar 2020 V1) außer Kraft.	(1) Dieses Gesetz tritt vorbehaltlich der Absätze 1a bis 8 am Tag nach der Verkündung in Kraft. Gleichzeitig tritt die Verordnung über die Ausdehnung der Meldepflicht nach § 6 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 und § 7 Absatz 1 Satz 1 des Infektionsschutzgesetzes auf Infektionen mit dem erstmals im Dezember 2019 in Wuhan/Volksrepublik China aufgetretenen neuartigen Coronavirus („2019-nCoV“) vom 30. Januar 2020 (BANz. AT 31. Januar 2020 V1) außer Kraft.
	(1a) Artikel 1 Nummer 14, Artikel 3 Nummer 4 und Artikel 4 Nummer 4 treten mit Wirkung vom ... [einsetzen: Datum Tag der 3. Lesung] in Kraft.
(2) Die Artikel 9 und 10 treten mit Wirkung vom 1. Januar 2020 in Kraft.	(2) Die Artikel 9 und 10 treten mit Wirkung vom 1. Januar 2020 in Kraft.
(3) Die Artikel 7 und 8 treten mit Wirkung vom 1. März 2020 in Kraft.	(3) Die Artikel 7 und 8 treten mit Wirkung vom 1. März 2020 in Kraft.
(4) <i>Artikel 5 Nummer 4 Buchstabe a und in Buchstabe b § 150 Absatz 5a des Elften Buches Sozialgesetzbuch tritt mit Wirkung vom 28. März 2020 in Kraft.</i>	(4) Mit Wirkung vom 28. März 2020 treten in Kraft:
	1. in Artikel 5 Nummer 3 Buchstabe c Absatz 2 (§ 149 Absatz 2 des Elften Buches Sozialgesetzbuch),
	2. Artikel 5 Nummer 4 Buchstabe a (§ 150 Absatz 4 Satz 1 bis 4 des Elften Buches Sozialgesetzbuch) und
	3. in Artikel 5 Nummer 4 Buchstabe b Absatz 5a (§ 150 Absatz 5a des Elften Buches Sozialgesetzbuch).
(5) Artikel 17 Absatz 1 und 3 tritt mit Wirkung vom 24. April 2020 in Kraft.	(5) Artikel 17 Absatz 1 und 3 tritt mit Wirkung vom 24. April 2020 in Kraft.
(6) Artikel 3 Nummer 2 tritt mit Wirkung vom 30. April 2020 in Kraft.	(6) Artikel 3 Nummer 2 tritt mit Wirkung vom 30. April 2020 in Kraft.
(7) Artikel 2 Nummer 2 tritt am 1. Januar 2021 in Kraft.	(7) Artikel 2 Nummer 2 tritt am 1. Januar 2021 in Kraft.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
(8) Artikel 2 Nummer 1 tritt am 1. April 2021 in Kraft.	(8) Artikel 2 Nummer 1 tritt am 1. April 2021 in Kraft.
	(8a) § 16 des Familienpflegegesetzes vom 6. Dezember 2011 (BGBl. I S. 2564), das zuletzt durch Artikel 5a dieses Gesetzes geändert worden ist, und § 9 des Pflegezeitgesetzes vom 28. Mai 2008 (BGBl. I S. 874, 896), das zuletzt durch Artikel 5b dieses Gesetzes geändert worden ist, treten am 30. September 2020 außer Kraft.
(9) Artikel 4 Nummer 8 tritt am 1. Oktober 2020 außer Kraft.	(9) § 79 Absatz 3e des Fünften Buches Sozialgesetzbuch tritt am 1. Oktober 2020 außer Kraft.

Bericht der Abgeordneten Rudolf Henke, Sabine Dittmar, Detlev Spangenberg, Dr. Andrew Ullmann, Dr. Achim Kessler und Kordula Schulz-Asche**A. Allgemeiner Teil****I. Überweisung****Zu Buchstabe a**

Der Deutsche Bundestag hat den Gesetzentwurf auf Drucksache 19/18967 in seiner 158. Sitzung am 7. Mai 2020 in erster Lesung beraten und zur federführenden Beratung an den Ausschuss für Gesundheit überwiesen. Außerdem hat er den Gesetzentwurf zur Mitberatung an den Ausschuss für Inneres und Heimat, den Ausschuss für Recht und Verbraucherschutz, den Haushaltsausschuss, den Ausschuss für Wirtschaft und Energie, den Ausschuss für Ernährung und Landwirtschaft, den Ausschuss für Arbeit und Soziales, den Ausschuss für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, den Ausschuss für Bildung, Forschung und Technikfolgenabschätzung, den Ausschuss für die Angelegenheiten der Europäischen Union und den Ausschuss Digitale Agenda überwiesen.

Zu Buchstabe b

Der Deutsche Bundestag hat den Antrag auf Drucksache 19/17128 in seiner 146. Sitzung am 13. Februar 2020 in erster Lesung beraten und zur federführenden Beratung an den Ausschuss für Gesundheit überwiesen. Außerdem hat er den Antrag zur Mitberatung an den Ausschuss für Inneres und Heimat, den Ausschuss für Verkehr und digitale Infrastruktur und den Ausschuss für Tourismus überwiesen.

Zu Buchstabe c

Der Deutsche Bundestag hat den Antrag auf Drucksache 19/18716 in seiner 156. Sitzung am 23. April 2020 in erster Lesung beraten und zur federführenden Beratung an den Ausschuss für Gesundheit überwiesen. Außerdem hat er den Antrag zur Mitberatung an den Ausschuss für Wirtschaft und Energie und den Ausschuss Digitale Agenda überwiesen.

Zu Buchstabe d

Der Deutsche Bundestag hat den Antrag auf Drucksache 19/18717 in seiner 156. Sitzung am 23. April 2020 in erster Lesung beraten und zur federführenden Beratung an den Ausschuss für Gesundheit überwiesen. Außerdem hat er den Antrag zur Mitberatung an den Ausschuss für Arbeit und Soziales überwiesen.

Zu Buchstabe e

Der Deutsche Bundestag hat den Antrag auf Drucksache 19/18721 in seiner 156. Sitzung am 23. April 2020 in erster Lesung beraten und zur federführenden Beratung an den Ausschuss für Gesundheit überwiesen. Außerdem hat er den Antrag zur Mitberatung an den Ausschuss Digitale Agenda überwiesen.

Zu Buchstabe f

Der Deutsche Bundestag hat den Antrag auf Drucksache 19/18723 in seiner 156. Sitzung am 23. April 2020 in erster Lesung beraten und zur federführenden Beratung an den Ausschuss für Gesundheit überwiesen. Außerdem hat er den Antrag zur Mitberatung an den Ausschuss Digitale Agenda überwiesen.

Zu Buchstabe g

Der Deutsche Bundestag hat den Antrag auf Drucksache 19/18724 in seiner 156. Sitzung am 23. April 2020 in erster Lesung beraten und zur federführenden Beratung an den Ausschuss für Gesundheit überwiesen. Außerdem hat er den Antrag zur Mitberatung an den Ausschuss für Recht und Verbraucherschutz und den Ausschuss für Wirtschaft und Energie überwiesen.

Zu Buchstabe h

Der Deutsche Bundestag hat den Antrag auf Drucksache 19/18975 in seiner 157. Sitzung am 6. Mai 2020 in erster Lesung beraten und zur federführenden Beratung an den Ausschuss für Gesundheit überwiesen. Außerdem hat er den Antrag zur Mitberatung an den Ausschuss für Bildung, Forschung und Technikfolgenabschätzung überwiesen.

Zu Buchstabe i

Der Deutsche Bundestag hat den Antrag auf Drucksache 19/18999 in seiner 158. Sitzung am 7. Mai 2020 in erster Lesung beraten und zur federführenden Beratung an den Ausschuss für Gesundheit überwiesen.

Zu Buchstabe j

Der Deutsche Bundestag hat den Antrag auf Drucksache 19/18676 in seiner 156. Sitzung am 23. April 2020 in erster Lesung beraten und zur federführenden Beratung an den Ausschuss für Gesundheit überwiesen.

Zu Buchstabe k

Der Deutsche Bundestag hat den Antrag auf Drucksache 19/18950 in seiner 158. Sitzung am 7. Mai 2020 in erster Lesung beraten und zur federführenden Beratung an den Ausschuss für Gesundheit überwiesen. Außerdem hat er den Antrag zur Mitberatung an den Ausschuss für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung und den Ausschuss für die Angelegenheiten der Europäischen Union überwiesen.

Zu Buchstabe l

Der Deutsche Bundestag hat den Antrag auf Drucksache 19/18952 in seiner 158. Sitzung am 7. Mai 2020 in erster Lesung beraten und zur federführenden Beratung an den Ausschuss für Gesundheit überwiesen. Außerdem hat er den Antrag zur Mitberatung an den Ausschuss für Bildung, Forschung und Technikfolgenabschätzung überwiesen.

Zu Buchstabe m

Der Deutsche Bundestag hat den Antrag auf Drucksache 19/18749 in seiner 158. Sitzung am 7. Mai 2020 in erster Lesung beraten und zur federführenden Beratung an den Ausschuss für Gesundheit überwiesen. Außerdem hat er den Antrag zur Mitberatung an den Ausschuss für Arbeit und Soziales und den Ausschuss für Familie, Senioren, Frauen und Jugend überwiesen.

Zu Buchstabe n

Der Deutsche Bundestag hat den Antrag auf Drucksache 19/18940 in seiner 158. Sitzung am 7. Mai 2020 in erster Lesung beraten und zur federführenden Beratung an den Ausschuss für Gesundheit überwiesen. Außerdem hat er den Antrag zur Mitberatung an den Haushaltsausschuss und den Ausschuss für Arbeit und Soziales überwiesen.

Zu Buchstabe o

Der Deutsche Bundestag hat den Antrag auf Drucksache 19/18956 in seiner 158. Sitzung am 7. Mai 2020 in erster Lesung beraten und zur federführenden Beratung an den Ausschuss für Gesundheit überwiesen. Außerdem hat er den Antrag zur Mitberatung an den Ausschuss für Familie, Senioren, Frauen und Jugend überwiesen.

II. Wesentlicher Inhalt der Vorlagen**Zu Buchstabe a**

Die Gesetzesinitianten erklären, dass der Deutsche Bundestag am 25. März eine epidemische Lage von nationaler Tragweite festgestellt habe. Am 27. März 2020 seien vom Gesetzgeber mit dem Gesetz zum Schutz der Bevölkerung bei einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite sowie dem COVID-19-Krankenhausentlastungsgesetz erste Maßnahmen getroffen worden, um das Funktionieren des Gesundheitswesens in einem die gesamte Bundesrepublik betreffenden seuchenrechtlichen Notfall sicherzustellen und die mit der besonderen Situation verbundenen negativen finanziellen Folgewirkungen in der Gesundheitsversorgung abzumildern. Die zunehmende Ausbreitung des Coronavirus SARS-CoV-2 mache nun eine Weiterentwicklung und Ergänzung der bereits

getroffenen Regelungen und Maßnahmen erforderlich. Um den mit der Ausbreitung verbundenen Folgen begegnen und diese abmildern zu können, will die Bundesregierung folgende Maßnahmen vornehmen:

- Das Infektionsschutzgesetz (IfSG) soll weiterentwickelt und präzisiert werden. Im Rahmen dessen verankere man dauerhaft eine gesetzliche Meldepflicht bezüglich COVID-19 und SARS-CoV-2, die auch die neu eingeführten Meldepflichten zur Genesung und zu den negativen Labortests umfasse.
- Zudem werde auf Basis einer Rechtsverordnung die Testung bezüglich COVID-19 symptomunabhängig in den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) aufgenommen. Außerdem sei eine Verordnungsermächtigung für eine gesetzliche Verankerung einer laborbasierten Surveillance vorgesehen.
- Daneben werde man den Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD) während der epidemischen Lage von nationaler Tragweite durch Maßnahmen des Bundes unterstützen.
- Digitale Versorgungsangebote wie digitale Gesundheitsanwendungen leisteten bei der COVID-19-Pandemie einen wichtigen Beitrag zur Aufrechterhaltung der Versorgung. Daher werde eine Rechtsgrundlage für die Durchführung von Pilotprojekten zur Ermöglichung der Verwendung von Verordnungen von digitalen Gesundheitsanwendungen in Textform geschaffen.
- Das Personal in Pflegeeinrichtungen sähe sich während der COVID-19-Pandemie besonderen physischen und psychischen Belastungen sowie einem erhöhten Erkrankungsrisiko an COVID-19 ausgesetzt. Als Ausgleich erhielten die Beschäftigten eine besondere Wertschätzung durch eine Sonderleistung in Geld. Dafür verpflichtete man Pflegeeinrichtungen zur Zahlung von gestaffelten Sonderleistungen (Corona-Prämien) an ihre Beschäftigten; hierfür erhielten sie im Wege der Vorauszahlung die entsprechenden Beträge von der sozialen Pflegeversicherung erstattet.
- Ferner schaffe man eine Verordnungsermächtigung, um notwendige Flexibilisierungen im Bereich der Ausbildungen in Gesundheitsberufen vorzunehmen.
- Daneben werde für Expertinnen und Experten der Fachkommission die Möglichkeit einer angemessenen Aufwandsentschädigung nach dem Pflegeberufegesetz geschaffen.
- Zusätzlich seien befristet Hilfsmaßnahmen für nach Landesrecht anerkannte Angebote zur Unterstützung im Alltag (§ 45a des Elften Buches Sozialgesetzbuch) und Vereinfachungen für die Inanspruchnahme des Entlastungsbetrages (§ 45b des Elften Buches Sozialgesetzbuch) vorgesehen. Der Zugang zum Pflegeunterstützungsgeld werde erleichtert und die Voraussetzungen für den Bezug des Pflegeunterstützungsgeldes für coronabedingte Arbeitsverhinderungen angepasst. Für den Fall einer Inanspruchnahme von Kurzzeitpflege in stationären Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen erhielten Pflegebedürftige zum Ausgleich von höheren Vergütungssätzen vorübergehend einen höheren Leistungsanspruch gegenüber der Pflegeversicherung.
- Zudem schaffe man für privat Krankenversicherte, die aufgrund einer vorübergehenden Hilfsbedürftigkeit in den Basistarif der privaten Krankenversicherung wechselten, die Möglichkeit, ohne eine erneute Gesundheitsüberprüfung in ihren vorherigen Versicherungstarif unter Berücksichtigung vormals erworbener Rechte zurückzukehren.
- Des Weiteren werde die Frist zur Geltendmachung eines Anspruchs nach § 56 Absatz 5 IfSG von drei auf zwölf Monate verlängert.
- Daneben ergreife man weitere Maßnahmen zur Unterstützung der Krankenhäuser bei der Bewältigung der COVID-19-Pandemie. Unter anderem sei eine Datenübermittlung der Krankenhäuser vorgesehen, um die Auswirkungen der beschlossenen Maßnahmen auf die wirtschaftliche Lage auf der Grundlage einer aussagekräftigen und belastbaren Informationsgrundlage überprüfen zu können.
- Um es wissenschaftlichen Forschungseinrichtungen zu ermöglichen, Angebote abzugeben, zu denen sie derzeit aufgrund der COVID-19-Pandemie möglicherweise nicht in der Lage seien, würden die Fristen für die Vertragsparteien zur Einleitung des Vergabeverfahrens für das AOP-Gutachten bis 30. Juni 2020 sowie für die auf dieser Grundlage zu schließende neue AOP-Vereinbarung bis 31. Januar 2022 verlängert.

- Zudem sei eine Kostenübernahme für die intensivmedizinische Behandlung von europäischen Patientinnen und Patienten vorgesehen, die aufgrund mangelnder Kapazität im Heimatland in deutschen Krankenhäusern behandelt würden.
- Um eine zusätzliche Belastung des Gesundheitssystems durch Influenza für den Fall, dass sich die COVID-19-Pandemie fortsetze, so niedrig wie möglich zu halten, würden zudem Vorkehrungen für die Versorgung der Versicherten mit saisonalem Grippeimpfstoff für die Grippezeit 2020/2021 vorgesehen.
- Des Weiteren werde eine Konkretisierung der Voraussetzungen für Rückstellungen von der Blutspende für bestimmte Gruppen mit erhöhtem Risiko im Lichte der Rechtsprechung des Europäischen Gerichtshofes vorgenommen.
- Außerdem werde das Inkrafttreten des neuen Medizinprodukte-Durchführungsgesetzes um ein Jahr verschoben.

Zu Buchstabe b

Die Fraktion der AfD stellt fest, dass der Ausbruch des Coronavirus im Januar 2020 in China und seine rapide Verbreitung nicht nur die chinesischen Behörden, sondern auch die Weltgesundheitsorganisation (WHO) besorge. Die durch den Virus verursachten Symptome stellten insbesondere für alte Menschen ein gesundheitliches Risiko dar. Bei dem Coronavirus handle es sich nicht um den ersten Fall einer internationalen Ausbreitung einer ernstzunehmenden Erkrankung. In den Jahren 2002/2003 hätte die SARS-Pandemie, als eine Form des aktuell auftretenden Coronavirus, weltweit knapp 800 Menschenleben gefordert. Die Ebola-Epidemie forderte von 2014 bis 2016 mehr als 11.000 Menschenleben. Sowohl das SARS-Virus als auch Ebola verbreiteten sich über mehrere Staaten. In vielen Staaten würden mit der Hilfe von Wärmebildkameras Kontrollen an Flughäfen durchgeführt, um potenziell infizierte Menschen schnell an medizinisches Fachpersonal und gegebenenfalls Isolierstationen weiterzuleiten. Entsprechende technische Verfahren und Monitoringsysteme könnten auch an deutschen Flughäfen zur Bekämpfung von gegenwärtigen, aber auch zukünftigen Seuchen eingesetzt werden.

Die Bundesregierung habe daher sicherzustellen, dass Ankommende mithilfe von Wärmebildkameras auf Fieber untersucht würden und Passagieren mit auffälliger Temperatur eine ärztliche Beratung am Flughafen empfohlen und ermöglicht werde. Daneben müssten alle nach Deutschland fliegenden Fluggesellschaften für Flüge aus China und anderen Ländern, in denen sich Menschen mit dem Coronavirus angesteckt hätten, ohne, dass sie zuvor in China gewesen seien, mit sogenannten „Universal Precaution Kits“ ausgestattet werden. Zusätzlich sei sicherzustellen, dass eine ausreichende Anzahl von Isolierbetten für die Unterbringung von Verdachtsfallpatienten und für Pandemiefälle die geeigneten Arzneimittel in ausreichender Anzahl zur Verfügung stünden. Außerdem müssten alle Einrichtungen des Bundes die Entwicklung eines Impfstoffes gegen das neue Coronavirus bestmöglich unterstützen und zudem eine nationale Hygieneaufklärungskampagne initiiert werden.

Zu Buchstabe c

Die Fraktion der AfD erklärt, dass die Bundesrepublik Deutschland angesichts der COVID-19-Pandemie vor der größten Herausforderung seit der Flüchtlingskrise stehe. Am 22. März 2020 habe die Bundeskanzlerin mit den Regierungschefs der Länder ein umfangreiches Kontaktverbot beschlossen, um einen unkontrollierten Anstieg der Fallzahlen zu verhindern. Allerdings sei den Angehörigen der Gesundheits- und Pflegeberufe sowie vieler anderer Berufen, die das tägliche Leben weiter aufrechterhielten, die Vermeidung solcher Kontakte berufsbedingt unmöglich. Diese Berufsgruppen zu schützen und zu unterstützen müsse gerade zum jetzigen Zeitpunkt ein wesentliches Ziel staatlichen Handelns und gesellschaftlicher Solidarität sein. Zudem bestehe für die Angehörigen der Gesundheits- und Pflegeberufe nach wie vor ein akuter Mangel an persönlicher Schutzausrüstung. Die Digitalisierung stelle ein gutes Instrument dar, um in einem gewissen Umfang persönlichen Kontakt zu vermeiden oder zusätzliche spezifische Leistungen zu ermöglichen. Es müsse allerdings befürchtet werden, dass auch der Gesundheits- und Pflegebereich nur unzureichend auf den digitalen Wandel vorbereitet sei.

Die Fraktion der AfD fordert die Bundesregierung daher dazu auf, die Förderung von digitalen Kompetenzen in Heilberufen mit Hilfe eines kurzfristig aufgelegten, spezifischen Förderprogramms sowie durch die unverzügliche Aufnahme digitaler Kompetenzen in die Approbationsordnungen bzw. die Ausbildungs- und Prüfungsverordnungen zu beschleunigen. Zudem müssten die Fördermaßnahmen „Digitale Medien in der beruflichen Bildung in den Gesundheitsberufen (DigiMed)“ sowie „Digitale Innovationen für die Verbesserung der patientenzentrierten Versorgung im Gesundheitswesen“ neu aufgelegt und das nationale Gesundheitsportal beschleunigt online gestellt

werden. Daneben seien im Rahmen der Medizininformatik-Initiative des Bundesministeriums für Bildung und Forschung (BMBF) im Aufbau befindliche Datenintegrationszentren an Universitätskliniken nun unverzüglich fertigzustellen und ggf. weitere Zentren an nicht-universitären Kliniken einzurichten. Außerdem müssten die beschlossenen Maßnahmen der Konzierten Aktion Pflege (KAP) für den Bereich Digitalisierung nun unverzüglich umgesetzt werden.

Zu Buchstabe d

Die Fraktion der AfD konstatiert, dass aufgrund der demografischen Entwicklung und der gesellschaftlichen Veränderungen der Bedarf an Pflege in Zukunft steigen werde. In Deutschland würden Pflegeleistungen in hohem Maße als Eigenleistung erbracht, was für die Pflegehaushalte die Aufbringung eines hohen zeitlichen Einsatzes und erheblicher finanzielle Mittel für die häusliche Versorgung ihrer zu pflegenden Angehörigen bedeute. Etwa drei Viertel der Pflegebedürftigen in Deutschland würden im häuslichen Umfeld versorgt, davon über zwei Drittel ausschließlich durch Angehörige oder familiennahe Personen. Die Pflege sei körperlich wie emotional fordernd, weshalb die Mehrheit der Pflegenden im Beruf zurückstecken oder diesen ganz aufgeben müsse. Obwohl die pflegenden Angehörigen eine wichtige gesellschaftliche Aufgabe übernähmen und dabei täglich physisch und psychisch belastende Herausforderungen bewältigten, würden ihre Interessen immer noch nicht ausreichend berücksichtigt. Damit werde die Leistung von pflegenden Angehörigen nicht in angemessenem Maße honoriert und ihre tragende Rolle in der häuslichen Solidargemeinschaft verkannt. Die Antragssteller erklären, dass zum einen pflegebedürftigen Menschen ein Recht auf eine hochwertige, an ihren individuellen Bedürfnissen ausgerichtete Pflege zukomme. Zum anderen müssten aber auch für die Angehörigen Rahmenbedingungen existieren, die ihnen eine qualitativ hochwertige Pflege ermöglichen und die ihre eigenen Ressourcen soweit wie möglich schonten. Die aktuellen Sätze des Pflegegeldes schafften einen nur ungenügenden sozioökonomischen Ausgleich für die durch Angehörige erbrachten Pflegeleistungen. Zudem habe die Bundesagentur für Arbeit festgestellt, dass bereits aktuell ein bundesweiter Fachkräftemangel an examinierten Alten- und Krankenpflegern bestehe. Eine Sicherstellung und Stärkung der häuslichen Pflege als eine tragende Säule der Pflege liege daher im gesamtgesellschaftlichen Interesse.

Die Fraktion der AfD fordert daher die Bundesregierung dazu auf, die Sorge- und Pflegearbeit durch Angehörige und nahestehende Personen zu würdigen und adäquat anzuerkennen. Um das zu gewährleisten und gleichzeitig den Angehörigen die notwendige finanzielle Sicherheit zu bieten, sei es erforderlich, die von der Pflegeversicherung bereitgestellten finanziellen Leistungen in Form des Pflegegeldes deutlich zu erhöhen. Im Rahmen dessen sei der Pflegegeldsatz an den gesetzlich vorgeschriebenen monatlichen Höchstbetrag für ambulante Pflegesachleistungen anzugleichen.

Zu Buchstabe e

Die Fraktion der AfD erklärt, dass das Robert Koch-Institut seit dem Jahr 2016 eine Projektförderung zur Modernisierung des Öffentlichen Gesundheitsdienstes durch Bereitstellung eines digitalen Melde- und Überwachungssystems für übertragbare Krankheiten erhalte. Das Vorhaben sei Teil der Umsetzungsstrategie der Bundesregierung „Digitalisierung“ und diene dazu, künftig sämtliche Meldeprozesse nach dem Infektionsschutzgesetz (IfSG) automatisiert verarbeiten zu können. Auf diese Weise sollten die bisherigen analogen Strukturen durch digitale Verarbeitungsprozesse ersetzt und eine frühzeitige Erkennung von Ausbruchseignissen ermöglicht werden. Daneben könne durch die Nutzung von künstlicher Intelligenz eine zielgruppengerechte Aufbereitung der Daten erreicht werden. Die gewonnenen Daten könnten künftig als Grundlage für evidenzbasierte und transparente politische Entscheidungen genutzt werden. Betrachte man die Datenlage während der gegenwärtigen Corona-Krise, müsse man feststellen, dass sowohl weltweit als auch in Deutschland die meistzitierte Quelle für aktuelle Fallzahlen die US-amerikanische John-Hopkins-Universität sei. Die Antragssteller weisen darauf hin, dass die unterschiedliche Erhebungssystematik sowie die abweichenden Fallzahlen allerdings die Frage aufwürfen, ob eine amerikanische Universität oder ein deutsches Bundesinstitut, das nationale und WHO-Referenzlabor sei, über die genaueren Fallzahlen in Deutschland verfügen solle.

Die Fraktion der AfD stellt fest, dass es daher einer unverzüglichen Fertigstellung des DEMIS-Systems bedürfe, um das System für eine bessere Dokumentation und Überwachung während der aktuellen Corona-Krise nutzen zu können. Soweit erforderlich müssten dafür weitere Bundesmittel zur Fertigstellung bereitgestellt sowie private Fördermittel akquiriert werden. Außerdem sei zur Ermöglichung eines fachlichen Austausches unverzüglich Kontakt mit dem Center for Systems Science and Engineering (CSSE) der John-Hopkins-Universität aufzunehmen. Zudem sei unverzüglich eine Verordnung zu erlassen, um unmittelbar nach der Fertigstellung des Systems, den

Anschluss aller Meldepflichtigen durch eine gesetzliche Verpflichtung der Nutzung zu gewährleisten. Zusätzlich müssten alle zur Verfügung stehenden Maßnahmen ergriffen werden, um die digitale Infrastruktur in Deutschland auf Weltmaßstab zu bringen.

Zu Buchstabe f

Die Fraktion der AfD weist darauf hin, dass die Bundesregierung alle Maßnahmen ergreifen müsse, die angemessen und verhältnismäßig seien, um einer weiteren Ausbreitung des Virus entgegenzuwirken und die Auswirkungen auf das Gesundheitswesen zu mildern. Dafür sei es wichtig, auch das enorme Innovationspotential von digitalen Gesundheitslösungen auszuschöpfen. Einige Länder wie Südkorea, Taiwan und Singapur hätten bereits früh auf innovative digitale Gesundheitslösungen gesetzt, was ihnen ermöglichte, schnell und effektiv den Auswirkungen der COVID-19-Ausbreitung entgegenzuwirken. Durch digitale Gesundheitslösungen sei es möglich, für Entlastung zu sorgen und auf diese Weise Versorgungssicherheit zu erhöhen. Verschiedene Unternehmen, Verbände und Branchenstudien hätten bereits seit einiger Zeit darauf hingewiesen, welches Optimierungspotential bisher ungenutzt bliebe, obwohl die Leistungen lebensrettend sein könnten. Digitale Gesundheitsanwendungen seien in der Lage, die Ansteckungsgefahr zu reduzieren und bei den Genesungsverläufen zu unterstützen. Die von der Bundesregierung aufgelegte Corona-Unterstützung für Start-ups laufe für eHealth-Start-ups allerdings leer, da die meisten der Unternehmen keine Leistungen über den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenkassen abrechnen dürften.

Daher fordert die Fraktion der AfD die Bundesregierung dazu auf, alle digitalen Gesundheitslösungen, die der Diagnostik, Prävention, Therapie und Rehabilitation dienen, eine Aufnahme in den finanziellen Rettungsschirm der Bundesregierung zu garantieren und eine Erstattung durch die gesetzlichen Krankenkassen für die Dauer der Krise beim Vorliegen hinreichender nachgewiesener Evidenz oder eines wissenschaftlichen Evidenzkonzepts zu ermöglichen. Zudem müsse die Aufklärung durch die gesetzlichen Krankenkassen bezüglich digitaler Gesundheitsanwendungen gefördert und für eine beschleunigte Umsetzung von Kooperationsverträgen zwischen Krankenkassen und digitalen Gesundheitsanbietern gesorgt werden. Zusätzlich sei eine nationale digitale Gesundheitsstrategie zu verfassen, die eine strukturierte Entwicklung eines gemeinsamen Zielbildes für die Digitalisierung im Gesundheitswesen, einen Aktionsplan sowie die Umsetzung des Aktionsplans, begleitet durch eine nationale Aufklärungskampagne, vorsehe.

Zu Buchstabe g

Die Fraktion der AfD stellt fest, dass die Verbreitung des Coronavirus zu zahlreichen Einschränkungen für das öffentliche und private Leben in Deutschland geführt habe. Ein besonderer Dank müsse denjenigen gelten, die ihr Möglichstes leisteten, um anderen Menschen zu helfen und die Versorgung der Bevölkerung mit lebensnotwendigen Produkten sicherzustellen. Zu dieser Gruppe gehörten auch die Hersteller von Mund-Nase-Masken. Mund-Nase-Masken kämen bei der Verhinderung der Ausbreitung des Virus eine wichtige Rolle zu, da sie den Ausstoß von Sekrettröpfchen bremsten und dadurch eine Übertragung des Virus auf eine andere Person erschwerten. Allerdings schafften es die Produzenten nicht, der gestiegenen Nachfrage an den Masken nachzukommen, sodass diese bereits seit dem Beginn der Ausbreitung vielerorts vergriffen seien. Gleichzeitig werde die Möglichkeit für Hersteller und Verkäufer, kurzfristig auf die Produktion von Nase-Mund-Masken umzustellen, erheblich erschwert. Das hänge damit zusammen, dass die kurzfristig produzierten und für den Verkauf vorgesehenen Nase-Mund-Masken über keine Zertifizierung als Medizinprodukt verfügten. Würden Masken mit der Absicht hergestellt, diese an andere Personen weiterzugeben, und Bezeichnungen wie „Atemschutz“ oder „Mundschutz“ verwendet, ohne dass die Masken über eine CE-Kennzeichnung oder klinische Bewertung verfügten, liege ein Verstoß gegen die produktspezifischen Kennzeichnungspflichten nach dem Medizinproduktegesetz und gegen das Irreführungsverbot nach § 4 Absatz 2 MPG vor. Das führe dazu, dass sich die Hersteller und Verkäufer wettbewerbsrechtlichen Abmahnungen durch Rechtsanwälte sowie Straf- und Bußgeldverfahren ausgesetzt sähen. Wettbewerbsrechtliche Unterlassungsansprüche müssten allerdings dort zurücktreten, wo es um den Schutz der Gesundheit gehe.

Die Fraktion der AfD fordere daher, dass der Deutschen Bundestag an alle Rechtsdienstleister im Gebiet der Bundesrepublik Deutschland appelliere, während der Dauer der Corona-Pandemie von der Durchsetzung wettbewerbsrechtlicher Unterlassungsansprüche gegenüber den Herstellern von Nase-Mund-Masken aufgrund von möglichen Verstößen gegen § 4 Absatz 2 MPG abzusehen. Zudem solle die Bundesregierung kurzfristig einen Gesetzentwurf vorlegen, der für die Dauer der COVID-19-Pandemie das Verbot nach § 4 Absatz 2 MPG aussetze.

Zu Buchstabe h

Die Fraktion der AfD erklärt, dass die globale Ausbreitung des Coronavirus die Gesellschaft in Deutschland vor bisher unbekannten Herausforderungen stelle. Allerdings handele es sich dabei weder um den ersten noch um den letzten Fall einer internationalen Ausbreitung solcher ernstzunehmender Erkrankungen. Epidemien und Pandemien stellten vielmehr Geschehnisse dar, mit denen die menschliche Zivilisation seit jeher lebe und weiterhin auch leben müsse. Die Bundesregierung und die Bundesländer hätten zur Eindämmung der Pandemie unterschiedliche Maßnahmen ergriffen, bei denen es sich um sogenannte nicht-pharmakologische Maßnahmen (NPIs, non-pharmaceutical interventions) handle. Für die Wirksamkeit und Notwendigkeit einiger der getroffenen Maßnahmen gebe es allerdings keine wissenschaftlichen Hinweise, vielmehr seien sie aufgrund von Hochrechnungen und politischen Überlegungen vorgeschlagen worden. Eine weitgehende Stilllegung des öffentlichen Lebens könne aufgrund der gravierenden sozialen und ökonomischen Konsequenzen sowie zu den negativen physischen und psychischen Auswirkungen auf die Gesundheit nicht über einen langen Zeitraum aufrechterhalten werden. Daher seien Überlegungen anzustellen, wie es zukünftig gelinge, dass das Virus möglichst wenig Schaden anrichte. Im Rahmen dessen habe eine Abwägung zwischen den direkten Schäden durch Todesfälle, Arbeitsausfall oder Überlastung des Gesundheitssystems auf der einen Seite und indirekten Schäden wie die Folgen von sozialer Isolierung und Wirtschaftsstillstand auf der anderen Seite zu erfolgen. Da ein undifferenziertes und unwissendes Einsetzen gesellschaftslähmender Maßnahmen zu langfristigen schlimmeren Folgen für die Bevölkerung als die Krankheit selbst führen könne, sei es wichtig, die nicht-pharmakologischen Interventionen einer formativen und summativen Evaluation zu unterwerfen.

Die Fraktion der AfD fordere die Bundesregierung daher dazu auf, die NPIs mit akribischer Begleitforschung durchzuführen sowie umgehend Kohorten und Register aufzubauen, um für zukünftige Pandemie-Situationen wichtige wissenschaftliche Erkenntnisse zu sammeln. Im Rahmen dessen seien zur Erfassung der Durchseuchungsrate Zufallsstichproben der Gesamtbevölkerung auf SARS-CoV-2 vorzunehmen sowie zur Forschung ausreichend Fördermittel bereitzustellen. Daneben müssten die deutschen Forschungsinstitutionen und Bundesbehörden umfangreiche epidemiologische Datenerhebungen für effiziente, gezielte und breit akzeptierte Maßnahmen durchführen. Auf Basis der gesammelten Daten seien dann regional angepasste Maßnahmen zu entwickeln und gegebenenfalls Umstrukturierungen in Kliniken oder dem öffentlichen Gesundheitssystem vorzunehmen.

Zu Buchstabe i

Die Fraktion der AfD stellt fest, dass das Gesetz zum Schutz der Bevölkerung bei einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite die Anordnungs- und Verordnungsmöglichkeiten des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) erheblich erweitert hat. Damit verbunden sei eine starke Kompetenzverschiebung in Richtung der Exekutiven sowie zahlreiche Grundrechtseinschränkungsmöglichkeiten in Form von Anordnungen und Verordnungen. Am 17. April 2020 habe der Bundesgesundheitsminister auf einer gemeinsamen Pressekonferenz mit dem Robert Koch-Institut mitgeteilt, dass sich das dynamische Wachstum zu einem linearen Wachstum hinsichtlich der COVID-19-Neuinfizierten gewandelt habe und mittlerweile mehr Menschen genesen als neu infiziert seien. Das führe dazu, dass der Ausbruch beherrschbar geworden sei. Zugleich sprächen unterschiedliche Indizien, wie die flächendeckende Aufnahme von Intensivpatienten aus der EU, der Umstand, dass in Deutschland mehr Intensivbetten frei seien, als in Italien insgesamt zur Verfügung stünden sowie die Genehmigung unterschiedlicher Exporte von Schutzausrüstungen, für eine Stabilität des deutschen Gesundheitssystems. Wenn das der Fall sei, sei allerdings die Grundlage, auf derer die Feststellung des Vorliegens einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite erfolgt sei, nicht mehr gegeben.

Die Fraktion der AfD erklärt, dass der Deutsche Bundestag daher nach § 5 Absatz 1 Satz 2 Halbsatz 2 IfSG feststellen müsse, dass die Voraussetzungen einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite nicht mehr vorlägen. Zudem müsse der Deutsche Bundestag die Feststellung der epidemischen Lage von nationaler Tragweite nach Maßgabe des § 5 Absatz 2 Satz 2 IfSG wieder aufheben. Damit verbunden sei die sofortige Beendigung sämtlicher Einschränkungen der Grund- und Bürgerrechte und weiterer einschränkender Maßnahmen, die auf § 5 Absatz 2 IfSG basierten.

Zu Buchstabe j

Die Fraktion der FDP konstatiert, dass in Deutschland mehr als 3,8 Millionen Menschen pflegebedürftig seien und Leistungen nach SGB XI erhielten. Rund 1,76 Millionen Pflegebedürftige würden ausschließlich durch ihre

Angehörigen betreut und 830.000 Pflegebedürftige würden teilweise oder vollständig von ambulanten Pflegediensten versorgt. Zur Entlastung könnten pflegende Angehörige Tagespflege oder Maßnahmen der Kurzzeit- bzw. Verhinderungspflege in Anspruch nehmen. Die Inanspruchnahme dieser Entlastungsangebote sei jedoch seit Ausbruch der COVID-19-Pandemie nur noch eingeschränkt möglich. Die zur Eindämmung der Pandemie ergriffenen Maßnahmen, führten dazu, dass unter anderem die Tagespflege nur in reduzierter Form angeboten werde, was zu akuten Versorgungsengpässen führe. Erschwerend komme hinzu, dass auch die Betreuung in häuslicher Gemeinschaft durch ausländische Betreuungskräfte stark eingeschränkt sei. Ambulanten Pflegediensten sei es aufgrund des sich durch die Pandemie verschärfenden Fachkräftemangels nicht möglich, die pflegenden Angehörigen in gewohnter Weise zu unterstützen. Zeitgleich verstärke sich die Sorge, dass durch täglich wechselndes Personal sowie den Mangel an Schutzkleidung das Infektionsrisiko steige. Für die pflegenden Angehörigen bedeutet dies, dass sie größtenteils auf sich gestellt seien. Infektionsgefahr, Überlastung oder auch Unvereinbarkeit von Beruf und Pflege verschärften die Problematik.

Dieser Versorgungsnotstand müsse schnellstmöglich durch kurzfristig zu schaffende Angebote behoben werden, auf die pflegende Angehörige unbürokratisch zurückgreifen könnten. Die Antragsteller fordern daher:

1. das Budget für die Verhinderungs- und die Kurzzeitpflege zusammenzulegen,
2. die im Krankenhausentlastungsgesetz geschaffene Möglichkeit zur Schaffung von Kurzzeitpflegeplätzen in stationären Rehabilitationsreinrichtungen umgehend umzusetzen,
3. ein bundesweit informierendes digitales Portal über freie Kurzzeitpflegeplätze zu schaffen,
4. eine Hotline für akute Notsituationen einzurichten,
5. einen vereinfachten Zugang zur COVID-19-Testung zu schaffen,
6. pflegenden Angehörigen Zugang zu Schutzmaterial zu verschaffen,
7. Pflegegeld analog zum Elterngeld bereit zu stellen,
8. Krankengeld bei akuter Notlage zu ermöglichen und
9. Lösungen für die Absicherung der Betreuung in häuslicher Gemeinschaft zu finden.

Zu Buchstabe k

Die Antragsteller sind der Auffassung, dass die Vorsorge für infektiologische Großschadenslagen an neue fachliche Erkenntnisse angepasst und stetig weiterentwickelt werden müsse. Das neuartige Coronavirus verdeutliche, wie rasch sich Gesundheitsgefahren in einer stark vernetzten Welt über Länder- und Kontinentgrenzen verbreiteten und welche Schäden dadurch in der Gesundheits-, Sozial-, Wirtschafts-, Außen- und Entwicklungspolitik verursacht werden könnten. Experten warnten bereits heute vor neuen gefährlichen Erregern, die sich aufgrund der fortschreitenden Globalisierung und Klimaerwärmung ausbreiten könnten. Die pandemische Ausbreitung von Infektionskrankheiten stelle eine globale Herausforderung dar, die es global zu lösen gelte. Das Global Preparedness Monitoring Board (GPMB) komme in seinem Bericht zu dem Ergebnis, dass die Welt völlig unzureichend auf Pandemien vorbereitet sei. Der Global Health Security Index stuft in seiner Studie Deutschland im weltweiten Ländervergleich auf Platz 14 und in der Kategorie „Notfallvorsorge und Gefahrenabwehr“ auf Platz 67 ein. Deshalb müsse die Vorbereitung auf die nächste Pandemie bereits heute beginnen. Dafür müssten multilaterale Institutionen gestärkt und bestehende Mechanismen effizienter ausgestaltet werden. Nationale Herausforderungen und Probleme müssten angegangen werden, um das globale und das nationale Gesundheitssystem auf die nächste Pandemie vorzubereiten

Die Antragsteller listen insgesamt 24 Maßnahmen zur Pandemievorbereitung auf, die im Rahmen der zur Verfügung stehenden Haushaltsmittel auf multilateraler, europäischer und nationaler Ebene zu ergreifen seien.

1. Multilaterale Zusammenarbeit: Die Umsetzung des SDG 3-Aktionsplans müsse weiter vorangetrieben werden, da das Nachhaltigkeitsziel 3 die Grundlage für Gesundheit, Sicherheit und Stabilität sei. Weiter müsse sich die Bundesregierung für die Überarbeitung der Internationalen Gesundheitsvorschriften (IGV) einsetzen, da diese, wie die COVID-19-Pandemie gezeigt habe, nicht mehr griffen. Zudem solle die Arbeit des GPMB gestärkt werden. Die Bundesregierung müsse sich für die Umsetzung der empfohlenen Maßnahmen einsetzen sowie Partnerländer bei der Umsetzung unterstützen. Außerdem müsse sie einen Vorschlag zur Neuformulierung des

WHO-Verhaltenskodex für die Anwerbung von Gesundheitsfachkräften, der einige widersprüchliche Formulierungen enthalte, erarbeiten. Die Finanzierung des WHO-Notfallfonds müsse künftig auf mehrere Schultern verteilt und ein Wiederauffüllungsmechanismus etabliert werden. In der „Coalition for Epidemic Preparedness Innovations“ (CEPI) solle sich Deutschland dafür einsetzen, dass das CEPI-Mandat auf die Forschung und Entwicklung von Therapeutika und Diagnostik ausgeweitet werde. In der Weltbankgruppe solle die Bundesregierung die Überarbeitung der internationalen Aktivierungsmechanismen der Pandemic Emergency Financing Facility (PEF) der Weltbankgruppe anstoßen, damit künftig rechtzeitig Finanzhilfen zur Verfügung gestellt werden könnten.

2. Europäische Zusammenarbeit: Auf EU-Ebene solle sich Deutschland im Rahmen seiner Ratspräsidentschaft dafür einsetzen, dass das Thema globale Gesundheit gestärkt und die globale Gesundheitsstrategie der Europäischen Union erneuert würden. Zudem müsse die GD Gesundheit befähigt werden, einen stärkeren Beitrag bei der einheitlichen Positionierung der EU in den internationalen Gesundheitsorganisationen leisten zu können. Das Corona-Response Team müsse in ein Global Health Response Team überführt und sämtliche gesundheitsrelevante Politikfelder darin integriert werden, sodass bei künftigen Gesundheitskrisen schnelleres Handeln möglich sei. Dadurch sei die strategische Ausrichtung der EU in der globalen Gesundheit sichergestellt. Der Informationsaustausch im Gesundheitsbereich müsse auf EU-Ebene verbessert und das Europäische Zentrum für die Prävention und die Kontrolle von Krankheiten (ECDC) gestärkt sowie besser in das bestehende Netzwerk von nationalen Gesundheitsbehörden eingebunden werden. Weiter müsse die Gesundheitskomponente in den verschiedenen Programmen der EU stärker einbezogen, ein Solidaritätsfond für medizinische Nothilfe eingerichtet und ein Chief Medical Officer zur Institutionalisierung nationaler Koordinierungsmechanismen eingesetzt werden. Für die Institutionalisierung von nationalen Koordinierungsmechanismen solle ein ressortübergreifender Runder Tisch „Globale Gesundheit“ eingerichtet werden, der auf Arbeitsebene einen inhaltlichen Austausch ermögliche.
3. Auf nationaler Ebene müssten die Öffentlichen Gesundheitsdienste personell, digital und finanziell gefördert werden. Ferner müssten die Meldekettens des Infektionsschutzgesetzes verbessert werden, sodass Fälle in Echtzeit direkt an das Robert Koch-Institut gemeldet würden. Damit müsse ein Bürokratieabbau verbunden sein. Im Pflegebereich müsse eine Pflegeausbildungsoffensive gestartet werden, um einen Pflegekräftemangel zu vermeiden. In einem Notfallplan müsse festgelegt werden, dass in einer Notfallsituation unterstützende Pflegekräfte akquiriert werden könnten, die anschließend die Möglichkeit erhalten sollten, eine Pflegefachkraft-Ausbildung zu absolvieren. Das Fernbehandlungsverbot müsse abgeschafft und die Telemedizin gestärkt werden. Dadurch werde die Infrastruktur gestärkt und es würden im Pandemiefall Infektionsrisiken vermieden. Bis zum 1. Januar 2021 solle ein Konzept vorgelegt werden, wie in Krisensituationen mittels digitaler Anwendungen die Leistungsbereiche der Krankenhäuser koordiniert werden könnten, um die bestmögliche Versorgung der Patienten sicherzustellen und Ressourcenengpässe zu vermeiden. Ein weiteres Konzept solle für die Bevorratung von hochwertigen Schutzausrüstungen erarbeitet werden, wobei keine staatliche nationale Reserve zu Lasten der Steuerzahler aufgebaut werden solle. Darüber hinaus sollten mit der Feuerwehr, der Polizei und der Verwaltung regelmäßige Trainings und Simulationen von Pandemieplänen durchgeführt werden. Eine innerhalb von vier Wochen einzusetzende Expertenkommission solle umfassend analysieren, welche weiteren Maßnahmen ergriffen werden müssten und ihre Ergebnisse spätestens sechs Monate nach Beendigung der epidemischen Lage nationaler Tragweite in einem ersten Evaluationsbericht vorlegen.

Zu Buchstabe I

Die FDP-Fraktion konstatiert, die COVID-19-Pandemie stelle Deutschland vor große Herausforderungen. Der Gesundheitsschutz der Bevölkerung stehe zwar an erster Stelle, gleichzeitig müssten die Einschränkungen des öffentlichen Lebens und der Wirtschaft so weit wie möglich aufgehoben werden. Entscheidungsbasis der Bundesregierung seien maßgeblich die Zahl der Infizierten, die Zeitdauer der Verdoppelung der Infizierten, die Zahl der Toten oder die Reproduktionsquote. Nach Ansicht der Antragsteller dürften diese Zahlen unzutreffend sein. Es gebe mit Sicherheit mehr Infizierte und die Zahl der an COVID-19 verstorbenen Menschen dürfte deutlich niedriger liegen. Auch die Berechnung der Reproduktionsquote basiere auf unsicheren Zahlen. Um über die Lockerung von Schutzmaßnahmen entscheiden zu können, seien repräsentative Zahlen und deren Analyse von zentraler Bedeutung.

Deshalb müssten schnellstmöglich in regelmäßigen Abständen von etwa vierzehn Tagen repräsentative Testungen der Bevölkerung unter Beachtung von regionalen Unterschieden erfolgen. Hierbei sollten Viruslast-Tests und Antikörper-Tests verwendet werden. Weiter müssten alle in Verbindung mit COVID-19 Verstorbenen obduziert werden, um Erkenntnisse über das Virus, die von ihm verursachten Schäden und die Faktoren der Todesursache zu erhalten. Die gewonnenen Daten müssten der Öffentlichkeit und der Wissenschaft zeitnah und unentgeltlich zur Verfügung gestellt werden. Die gesamten Maßnahmen sollten aus den Mitteln der Globalen Mehrausgabe „Corona-Pandemie“ finanziert werden sollen.

Zu Buchstabe m

Die häusliche Pflege sei nach Überzeugung der Fraktion DIE LINKE. nicht erst seit Corona das Stiefkind der Pflegepolitik. Die Pandemie rücke nun in den öffentlichen Blick, was Experten und Betroffene seit Jahren wüssten und einforderten. Häusliche Pflege durch ambulante Pflegedienste, pflegende Angehörige und meist osteuropäische 24-Stunden-Kräfte seien nicht nur unterfinanziert, sondern es fehle vor allem ein ganzheitliches, schnell verfügbares Netz von Unterstützungsangeboten mit guten Arbeitsbedingungen. Fehlende professionelle Angebote fingen meist pflegende Angehörige auf. Doch gerade für sie fehle eine engmaschige und unbürokratische soziale Sicherung. Mindestens 3,5 Millionen Angehörige pflegten informell mehr als 2,5 Millionen pflegebedürftige Menschen in den eigenen Haushalten und 64 Prozent der Hauptpflegepersonen seien im erwerbsfähigen Alter. Nach Schätzungen befänden sich von den erwerbsfähigen pflegenden Angehörigen 65 Prozent in einem Arbeitsverhältnis. Hinzu kämen geschätzt 300.000 vor allem osteuropäische Betreuungskräfte, die schlecht bezahlt und unter unwürdigen Arbeitsbedingungen 24 Stunden und sieben Tage wöchentlich pflegebedürftige Menschen in ihren Haushalten versorgten. 90 Prozent von diesen täten dies illegal und ohne Sozialversicherung. Als die Betreuungskräfte nach Ausbruch der Corona-Krise wegen der Infektionsgefahr oder nach Grenzsicherungen ihre Pflegehaushalte verlassen hätten, seien keine Sofortmaßnahmen erfolgt. Parallel seien in fast allen Bundesländern Tagespflegeeinrichtungen geschlossen worden. Ein entscheidendes Entlastungsangebot für beschäftigte pflegende Angehörige breche damit weg. Nur wenige Einrichtungen blieben für Notbetreuung in systemrelevanten Berufen geöffnet. Das bedeute für die meisten Familien zusätzliche Anträge, längere Fahrwege und ständig wechselnde Bezugspersonen für die zu pflegenden Menschen. Pflegende Angehörige in Berufen, die nicht als systemrelevant anerkannt seien, müssten plötzlich die Pflege allein übernehmen. Sie blieben zu Hause und nahmen oft Urlaub, wenn Homeoffice nicht möglich sei, um Verdienstaussfälle zu vermeiden. Das Infektionsrisiko in der häuslichen Pflege sei hoch. Pflegekräfte ambulanter Pflegedienste versorgten mehrere Haushalte in kurzer Zeit und hätten viele und wechselnde Kontakte. Dennoch seien Testkapazitäten nicht auf die häusliche Versorgung fokussiert und bei der Versorgung mit Schutz- und Desinfektionsmaterial stünden ambulante Dienste weit hinten.

Die antragstellende Fraktion fordert daher umgehend die Veranlassung gesetzlicher Regelungen für einheitliche Maßnahmen zur Unterstützung häuslicher Pflege. Pflegefamilien im Leistungsbereich des SGB XI sollten mindestens ein frei verfügbares Budget zur Finanzierung häuslicher Pflege in Höhe der Leistungsbeträge der Tages- und Kurzzeitpflege ohne Anrechnung auf andere Leistungsansprüche erhalten. Die Bindung des Entlastungsbetrages nach § 45b SGB XI an zugelassene Leistungserbringer solle mindestens bis 31. Dezember 2020 aufgehoben werden, um nachbarschaftliche Unterstützung zu erleichtern. Der bisher geltende Nutzungsanspruch von zehn Tagen für ein Pflegeunterstützungsgeld nach § 44a Absatz 3 SGB XI solle auf 20 Tage erhöht werden. Zudem solle unter anderem ein Anspruch auf Pflegezeit mit Lohnersatzleistung in Höhe des Elterngeldes für beschäftigte pflegende Angehörige zunächst zeitlich befristet bis zum Ende der pandemiebedingten Kontaktbeschränkungen eingeführt werden.

Zu Buchstabe n

Professionelle Pflegekräfte, Ärztinnen und Ärzte, Therapeutinnen und Therapeuten sowie viele weitere Berufsgruppen im Gesundheitswesen setzen sich nach Darstellung der Fraktion DIE LINKE. mit ihrer qualifizierten Arbeit dafür ein, das Leben und die Gesundheit der Menschen zu erhalten. Sie leisteten damit einen unschätzbaren Beitrag für unsere Gesellschaft – ob in den Krankenhäusern, in den kommunalen Gesundheitsämtern, in den niedergelassenen Arztpraxen, in den (teil-)stationären Pflegeeinrichtungen, den ambulanten Pflegediensten oder bei den Hilfen für behinderte Menschen. Beschäftigte, die direkt mit an COVID-19-erkrankten Menschen arbeiteten, seien in der Pandemie einem erhöhten Ansteckungsrisiko ausgesetzt und riskierten damit zum Wohle der Allgemeinheit ihre eigene Gesundheit und schlimmstenfalls ihr Leben. Mit Stand zum 28. April 2020 hätten sich laut Robert Koch-Institut 9.000 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in deutschen Krankenhäusern und anderen Gesund-

Heimseinrichtungen mit COVID-19 angesteckt und 6.816 Beschäftigte in Pflege-, Alten- und Behinderteneinrichtungen sowie Obdachlosen- und Flüchtlingsunterkünften, ein Großteil davon in Pflege- und Altenheimen. Viele Beschäftigte setzten aktuell mehr denn je ihre Zeit und ihre Kraft ein, um erkrankte Menschen zu versorgen. Insbesondere in Krankenhäusern und in stationären Pflegeeinrichtungen mit vielen COVID-19-Patientinnen und Patienten gingen die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in vielen Fällen an oder über ihre Belastungsgrenze hinaus, leisteten Überstunden und verträten erkrankte Kolleginnen und Kollegen, um die Versorgung aufrecht zu erhalten. Auch die Ärztinnen und Ärzte in den zumeist unterfinanzierten und unterbesetzten kommunalen Gesundheitsämtern leisteten einen unverzichtbaren Beitrag bei der Bekämpfung der Krise. Die Beschäftigten im Gesundheits-, Pflege- und Assistenzbereich, die besonderen Risiken durch die COVID-19-Pandemie ausgesetzt seien, sollen zur Anerkennung zeitnah eine Corona-Prämie erhalten. Es solle sichergestellt werden, dass die Gegenfinanzierung der Corona-Prämie vollständig aus Steuermitteln erfolge. Zudem solle umgehend mit der „doppelten Pflegegarantie“ eine Reform der Pflegeversicherung eingeleitet werden, die das Risiko künftiger Kostensteigerungen in der Langzeitpflege von den wenigen Schultern der Pflegebedürftigen auf die Versichertengemeinschaft fair umverteile und einen Steuerzuschuss für die Pflegeversicherung vorsehe.

Zu Buchstabe o

Mit dem COVID-19 Krankenhausentlastungsgesetz hat der Gesetzgeber nach Darstellung der Antragsteller den Bereich der Krankenhäuser, die Reha-Einrichtungen sowie die Einrichtungen des SGB XI unter einen Schutzschirm gestellt. Bereits zum Zeitpunkt der Verabschiedung dieses Gesetzes sei klar gewesen, dass dies nur ein erster Schritt sein könne, wenn es darum gehe, den Fortbestand von Strukturen der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung über die COVID-19-Pandemie hinaus zu sichern. Daher sollten weitere Leistungserbringer in den Schutzschirm einbezogen werden. Mit einer Verordnung des Bundesministeriums für Gesundheit zum Schutz der Versorgungsstrukturen im Bereich der zahnärztlichen Versorgung, Heilmittelversorgung, Mutter-/Vater-Kind-Leistungen und der Pflegehilfsmittelversorgung vor Gefährdungen infolge wirtschaftlicher Auswirkungen der SARS-CoV-2-Epidemie (SARS-CoV-2-Versorgungsstrukturen-Schutzverordnung) solle der Rettungsschirm nun auf Zahnärzte, Heilmittelerbringer und Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen für Mutter-/Vater-Kind-Kuren ausgeweitet werden. Auch dies sei ein wichtiger und überfälliger Schritt. Allerdings klaffe weiterhin eine Lücke bei den Einrichtungen, die sich um die Versorgung besonders schutzbedürftiger Menschen kümmerten. Beispielsweise für Einrichtungen oder dort tätige Berufsgruppen wie der Wohnungslosenhilfe, der Suchthilfe, der Gemeindepsychiatrie oder die Sozialpädiatrischen Zentren oder Medizinische Zentren für Erwachsene mit Behinderung seien keine finanziellen Hilfen vorgesehen. Auch diese Einrichtungen seien derzeit massiv sowohl von Mehrausgaben aufgrund eines höheren Aufwands für Schutzausrüstung etc. als auch von Mindereinnahmen, z.B. aufgrund eines durch die Kontaktbeschränkungen und Verschiebung elektiver Eingriffe bedingten Einbruchs der Behandlungszahlen, betroffen.

Daher soll nach dem Willen der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN weiteren Leistungserbringern finanzielle Unterstützung im Falle von pandemiebedingten Ausfällen bzw. Mehrausgaben gewährt werden. Dazu zählten unter anderem die häusliche Krankenpflege bei Leistungserbringern, die keinen Versorgungsvertrag nach § 72 SGB XI aufwiesen, wie z.B. psychiatrische Krankenpflegedienste oder Intensivpflegedienste, Spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV), Ambulante Hospizdienste, Familienpflegerische Leistungen der Haushalts-hilfe nach § 38 SGB V, Hebammenhilfe, Ambulante und mobile Rehabilitation sowie Hochschulambulanzen. Außerdem solle darauf hingewirkt werden, dass die bis zum 31. Mai 2020 befristeten Sonderregelungen aufgrund der COVID-19-Pandemie des Gemeinsamen Bundesausschusses (GBA) vom 27. März 2020 für die Dauer der epidemischen Lage verlängert werden. Darüber hinaus müsse der gesetzlich geforderte Online-Abgleich der auf der elektronischen Gesundheitskarte gespeicherten Daten bis zum 30.9.2020 ausgesetzt werden, um eine unbürokratische Ausstellung von Verordnungen nicht weiter zu behindern.

III. Stellungnahmen der mitberatenden Ausschüsse

Zu Buchstabe a

Der **Ausschuss für Inneres und Heimat** hat in seiner 91. Sitzung am 13. Mai 2020 mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU und SPD gegen die Stimmen der Fraktionen AfD, FDP und DIE LINKE. bei Stimmenthaltung der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN beschlossen zu empfehlen, den Gesetzentwurf auf Drucksache 19/18967 in der vom Ausschuss für Gesundheit geänderten Fassung anzunehmen.

Der **Ausschuss für Recht und Verbraucherschutz** hat in seiner 93. Sitzung am 13. Mai 2020 mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU und SPD gegen die Stimmen der Fraktionen AfD, FDP und DIE LINKE. bei Stimmenthaltung der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN beschlossen zu empfehlen, den Gesetzentwurf auf Drucksache 19/18967 in der vom Ausschuss für Gesundheit geänderten Fassung anzunehmen.

Der **Haushaltsausschuss** hat in seiner 63. Sitzung am 13. Mai 2020 mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU und SPD gegen die Stimmen der Fraktionen AfD, FDP und DIE LINKE. bei Stimmenthaltung der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN beschlossen zu empfehlen, den Gesetzentwurf auf Drucksache 19/18967 in der vom Ausschuss für Gesundheit geänderten Fassung anzunehmen.

Der **Ausschuss für Wirtschaft und Energie** hat in seiner 70. Sitzung am 13. Mai 2020 mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU und SPD gegen die Stimmen der Fraktionen AfD, FDP und DIE LINKE. bei Stimmenthaltung der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN beschlossen zu empfehlen, den Gesetzentwurf auf Drucksache 19/18967 in der vom Ausschuss für Gesundheit geänderten Fassung anzunehmen.

Der **Ausschuss für Ernährung und Landwirtschaft** hat in seiner 52. Sitzung am 13. Mai 2020 mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU und SPD gegen die Stimmen der Fraktionen AfD, FDP und DIE LINKE. bei Stimmenthaltung der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN beschlossen zu empfehlen, den Gesetzentwurf auf Drucksache 19/18967 in der vom Ausschuss für Gesundheit geänderten Fassung anzunehmen.

Der **Ausschuss für Arbeit und Soziales** hat in seiner 80. Sitzung am 13. Mai 2020 mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU und SPD gegen die Stimmen der Fraktionen AfD, FDP und DIE LINKE. bei Stimmenthaltung der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN beschlossen zu empfehlen, den Gesetzentwurf auf Drucksache 19/18967 in der vom Ausschuss für Gesundheit geänderten Fassung anzunehmen.

Der **Ausschuss für Familie, Senioren, Frauen und Jugend** hat in seiner 54. Sitzung am 13. Mai 2020 mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU und SPD gegen die Stimmen der Fraktionen AfD, FDP und DIE LINKE. bei Stimmenthaltung der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN beschlossen zu empfehlen, den Gesetzentwurf auf Drucksache 19/18967 in der vom Ausschuss für Gesundheit geänderten Fassung anzunehmen.

Der **Ausschuss für Bildung, Forschung und Technikfolgenabschätzung** hat in seiner 46. Sitzung am 13. Mai 2020 mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU und SPD gegen die Stimmen der Fraktionen AfD, FDP und DIE LINKE. bei Stimmenthaltung der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN beschlossen zu empfehlen, den Gesetzentwurf auf Drucksache 19/18967 in der vom Ausschuss für Gesundheit geänderten Fassung anzunehmen.

Der **Ausschuss für die Angelegenheiten der Europäischen Union** hat in seiner 63. Sitzung am 13. Mai 2020 mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU und SPD gegen die Stimmen der Fraktionen AfD, FDP und DIE LINKE. bei Stimmenthaltung der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN beschlossen zu empfehlen, den Gesetzentwurf auf Drucksache 19/18967 in der vom Ausschuss für Gesundheit geänderten Fassung anzunehmen.

Der **Ausschuss für Digitale Agenda** hat in seiner 55. Sitzung am 13. Mai 2020 mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU, SPD und FDP gegen die Stimmen der Fraktionen AfD und DIE LINKE. bei Stimmenthaltung der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN beschlossen zu empfehlen, den Gesetzentwurf auf Drucksache 19/18967 in der vom Ausschuss für Gesundheit geänderten Fassung anzunehmen.

Zu Buchstabe b

Der **Ausschuss für Inneres und Heimat** hat in seiner 91. Sitzung am 13. Mai 2020 mit den Stimmen der Fraktionen CDU/CSU, SPD, FDP, DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN gegen die Stimmen der Fraktion der AfD beschlossen zu empfehlen, den Antrag auf Drucksache 19/17128 abzulehnen.

Der **Ausschuss Verkehr und digitale Infrastruktur** hat in seiner 72. Sitzung am 13. Mai 2020 mit den Stimmen der Fraktionen CDU/CSU, SPD, FDP, DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN gegen die Stimmen der Fraktion der AfD beschlossen zu empfehlen, den Antrag auf Drucksache 19/17128 abzulehnen.

Der **Ausschuss für Tourismus** hat in seiner 43. Sitzung am 13. Mai 2020 mit den Stimmen der Fraktionen CDU/CSU, SPD, FDP, DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN gegen die Stimmen der Fraktion der AfD beschlossen zu empfehlen, den Antrag auf Drucksache 19/17128 abzulehnen.

Zu Buchstabe c

Der **Ausschuss für Wirtschaft und Energie** hat in seiner 70. Sitzung am 13. Mai 2020 mit den Stimmen der Fraktionen CDU/CSU, SPD, FDP, DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN gegen die Stimmen der Fraktion der AfD beschlossen zu empfehlen, den Antrag auf Drucksache 19/18716 abzulehnen.

Der **Ausschuss für Digitale Agenda** hat in seiner 55. Sitzung am 13. Mai 2020 mit den Stimmen der Fraktionen CDU/CSU, SPD, FDP, DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN gegen die Stimmen der Fraktion der AfD beschlossen zu empfehlen, den Antrag auf Drucksache 19/18716 abzulehnen.

Zu Buchstabe d

Der **Ausschuss für Arbeit und Soziales** hat in seiner 80. Sitzung am 13. Mai 2020 mit den Stimmen der Fraktionen CDU/CSU, SPD, FDP, DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN gegen die Stimmen der Fraktion der AfD beschlossen zu empfehlen, den Antrag auf Drucksache 19/18717 abzulehnen.

Zu Buchstabe e

Der **Ausschuss für Digitale Agenda** hat in seiner 55. Sitzung am 13. Mai 2020 mit den Stimmen der Fraktionen CDU/CSU, SPD, FDP, DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN gegen die Stimmen der Fraktion der AfD beschlossen zu empfehlen, den Antrag auf Drucksache 19/18721 abzulehnen.

Zu Buchstabe f

Der **Ausschuss für Digitale Agenda** hat in seiner 55. Sitzung am 13. Mai 2020 mit den Stimmen der Fraktionen CDU/CSU, SPD, FDP, DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN gegen die Stimmen der Fraktion der AfD beschlossen zu empfehlen, den Antrag auf Drucksache 19/18723 abzulehnen.

Zu Buchstabe g

Der **Ausschuss für Recht und Verbraucherschutz** hat in seiner 93. Sitzung am 13. Mai 2020 mit den Stimmen der Fraktionen CDU/CSU, SPD, FDP, DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN gegen die Stimmen der Fraktion der AfD beschlossen zu empfehlen, den Antrag auf Drucksache 19/18724 abzulehnen.

Der **Ausschuss für Wirtschaft und Energie** hat in seiner 70. Sitzung am 13. Mai 2020 mit den Stimmen der Fraktionen CDU/CSU, SPD, FDP, DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN gegen die Stimmen der Fraktion der AfD beschlossen zu empfehlen, den Antrag auf Drucksache 19/18724 abzulehnen.

Zu Buchstabe h

Der **Ausschuss für Bildung, Forschung und Technikfolgenabschätzung** hat in seiner 46. Sitzung am 13. Mai 2020 mit den Stimmen der Fraktionen CDU/CSU, SPD, FDP, DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN gegen die Stimmen der Fraktion der AfD beschlossen zu empfehlen, den Antrag auf Drucksache 19/18975 abzulehnen.

Zu Buchstabe k

Der **Ausschuss für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung** hat in seiner 53. Sitzung am 13. Mai 2020 mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU, SPD und AfD gegen die Stimmen der Fraktion der FDP bei Stimmenthaltung der Fraktionen DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN beschlossen zu empfehlen, den Antrag auf Drucksache 19/18950 abzulehnen.

Der **Ausschuss für die Angelegenheiten der Europäischen Union** hat in seiner 63. Sitzung am 13. Mai 2020 mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU, SPD und AfD gegen die Stimmen der Fraktion der FDP bei Stimmenthaltung der Fraktionen DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN beschlossen zu empfehlen, den Antrag auf Drucksache 19/18950 abzulehnen.

Zu Buchstabe l

Der **Ausschuss für Bildung, Forschung und Technikfolgenabschätzung** hat in seiner 46. Sitzung am 13. Mai 2020 mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU und SPD gegen die Stimmen der Fraktionen AfD, FDP und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN bei Stimmenthaltung der Fraktion DIE LINKE. beschlossen zu empfehlen, den Antrag auf Drucksache 19/18952 abzulehnen.

Zu Buchstabe m

Der **Ausschuss für Arbeit und Soziales** hat in seiner 80. Sitzung am 13. Mai 2020 mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU, SPD und FDP gegen die Stimmen der Fraktion DIE LINKE. bei Stimmenthaltung der Fraktionen AfD und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN beschlossen zu empfehlen, den Antrag auf Drucksache 19/18749 abzulehnen.

Der **Ausschuss für Familie, Senioren, Frauen und Jugend** hat in seiner 54. Sitzung am 13. Mai 2020 mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU, SPD und FDP gegen die Stimmen der Fraktion DIE LINKE. bei Stimmenthaltung der Fraktionen AfD und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN beschlossen zu empfehlen, den Antrag auf Drucksache 19/18749 abzulehnen.

Zu Buchstabe n

Der **Haushaltsausschuss** hat in seiner 63. Sitzung am 13. Mai 2020 mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU, SPD, AfD und FDP gegen die Stimmen der Fraktionen DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN beschlossen zu empfehlen, den Antrag auf Drucksache 19/18940 abzulehnen.

Der **Ausschuss für Arbeit und Soziales** hat in seiner 80. Sitzung am 13. Mai 2020 mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU, SPD und FDP gegen die Stimmen der Fraktionen DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN bei Stimmenthaltung der Fraktion der AfD beschlossen zu empfehlen, den Antrag auf Drucksache 19/18940 abzulehnen.

Zu Buchstabe o

Der **Ausschuss für Familie, Senioren, Frauen und Jugend** hat in seiner 54. Sitzung am 13. Mai 2020 mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU und SPD gegen die Stimmen der Fraktionen FDP, DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN bei Stimmenthaltung der Fraktion der AfD beschlossen zu empfehlen, den Antrag auf Drucksache 19/18956 abzulehnen.

IV. Beratungsverlauf und Beratungsergebnisse im federführenden Ausschuss

Der Ausschuss für Gesundheit hat seiner 84. Sitzung am 11. März 2020 hat der Ausschuss die Beratungen zu der Vorlage auf Drucksache 19/17128 aufgenommen.

In seiner 87. Sitzung am 22. April 2020 beschlossen, zum Gesetzentwurf auf Drucksache 19/18967 vorbehaltlich der Überweisung durch das Plenum eine öffentliche Anhörung durchzuführen.

In seiner 88. Sitzung am 6. Mai 2020 hat er zudem beschlossen, die Vorlagen auf den Drucksachen 19/17128, 19/18716, 19/18717, 19/18721, 19/18723, 19/18724 in die öffentliche Anhörung einzubeziehen.

Außerdem hat er in der 88. Sitzung am 6. Mai 2020 ebenfalls beschlossen, die Vorlagen auf den Drucksachen 19/18975, 19/18999, 19/18950, 19/18952, 19/18749, 19/18940, 19/18956 vorbehaltlich der Überweisung der Vorlagen durch das Plenum in die öffentliche Anhörung miteinzubeziehen.

Zudem hat er in seiner 88. Sitzung am 6. Mai 2020 die Beratungen zu den Vorlagen auf den Drucksachen 19/18716, 19/18717, 19/18721, 19/18723, 19/18724, 19/18676 aufgenommen.

Des Weiteren hat er in seiner 89. Sitzung am 11. Mai 2020 die Beratungen zu den Vorlagen auf den Drucksachen 19/18967, 19/18975, 19/18999, 19/18950, 19/18952, 19/18749, 19/18940, 19/18956 aufgenommen.

Die öffentliche Anhörung fand in der 90. Sitzung am 11. Mai 2020 statt. Als sachverständige Organisationen waren eingeladen: ABDA – Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände e. V., Aktionsbündnis Patientensicherheit (APS), ALM – Akkreditierte Labore in der Medizin e. V., Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF), Bitkom – Bundesverband Informationswirtschaft, Telekommunikation und neue Medien e. V., Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege e. V. (BAGFW), Bundesärztekammer (BÄK), Bundesverband der Ärztinnen und Ärzte des öffentlichen Gesundheitsdienstes e. V. (BVÖGD), Bundesverband der Pharmazeutischen Industrie e. V. (BPI), Bundesverband Deutscher Krankenhausapotheker e. V. (ADKA), BVMed – Bundesverband Medizintechnologie e. V., bpa - Bundesverband privater

Anbieter sozialer Dienste e. V., Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände (BVkom), Deutsche Gesellschaft für Infektiologie e. V. (DGI), Deutsche Gesellschaft für Public Health e. V. (DGPH), Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG), Deutscher Caritasverband e. V., Deutscher Gewerkschaftsbund – Bundesvorstand (DGB), Deutscher Hospiz- und Palliativverband e. V. (DHPV), Deutscher Pflegerat e. V. (DPR), Gesellschaft für Virologie e. V. (GfV), GKV-Spitzenverband, Industrie- und Handelskammer zu Leipzig (IHK zu Leipzig), Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV), Lesben- und Schwulenverband in Deutschland e. V. (LSVD), Marburger Bund – Verband der angestellten und beamteten Ärztinnen und Ärzte Deutschlands e. V., Sozialverband VdK Deutschland e. V., Spitzenverband der Heilmittelverbände e. V. (SHV), ver.di – Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft Bundesvorstand, Verband der privaten Krankenversicherung e. V. (PKV) und wir pflegen – Interessenvertretung und Selbsthilfe pflegender Angehöriger e. V. Als Einzelsachverständige waren eingeladen: Prof. Dr. Thorsten Kingreen, Prof. Dr. Sebastian Kluckert, Prof. Dr. Rolf Rosenbrock, Prof. Dr. Ferdinand Wollenschläger und Dr. Michael Ziemons. Auf das Wortprotokoll und die als Ausschussdrucksachen verteilten Stellungnahmen der Sachverständigen wird Bezug genommen. Zudem liegt eine Stellungnahme des Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit auf Ausschussdrucksache 19(14)163 vor.

In seiner 91. Sitzung am 13. Mai 2020 hat der Ausschuss für Gesundheit seine Beratungen abgeschlossen.

Beratungsergebnisse

Als Ergebnis empfiehlt der **Ausschuss für Gesundheit** mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU und SPD gegen die Stimmen der Fraktionen AfD, FDP und DIE LINKE. bei Stimmenthaltung der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN, den Gesetzentwurf auf Drucksache 19/18967 in der vom Ausschuss geänderten Fassung anzunehmen.

Weiter empfiehlt der **Ausschuss für Gesundheit** mit den Stimmen der Fraktionen CDU/CSU, SPD, FDP, DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN gegen die Stimmen der Fraktion der AfD, den Antrag auf Drucksache 19/17128 abzulehnen.

Ferner empfiehlt der **Ausschuss für Gesundheit** mit den Stimmen der Fraktionen CDU/CSU, SPD, FDP, DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN gegen die Stimmen der Fraktion der AfD, den Antrag auf Drucksache 19/18716 abzulehnen.

Ferner empfiehlt der **Ausschuss für Gesundheit** mit den Stimmen der Fraktionen CDU/CSU, SPD, FDP, DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN gegen die Stimmen der Fraktion der AfD, den Antrag auf Drucksache 19/18717 abzulehnen.

Ferner empfiehlt der **Ausschuss für Gesundheit** mit den Stimmen der Fraktionen CDU/CSU, SPD, FDP, DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN gegen die Stimmen der Fraktion der AfD, den Antrag auf Drucksache 19/18721 abzulehnen.

Ferner empfiehlt der **Ausschuss für Gesundheit** mit den Stimmen der Fraktionen CDU/CSU, SPD, FDP, DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN gegen die Stimmen der Fraktion der AfD, den Antrag auf Drucksache 19/18723 abzulehnen.

Ferner empfiehlt der **Ausschuss für Gesundheit** mit den Stimmen der Fraktionen CDU/CSU, SPD, FDP, DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN gegen die Stimmen der Fraktion der AfD, den Antrag auf Drucksache 19/18724 abzulehnen.

Ferner empfiehlt der **Ausschuss für Gesundheit** mit den Stimmen der Fraktionen CDU/CSU, SPD, FDP, DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN gegen die Stimmen der Fraktion der AfD, den Antrag auf Drucksache 19/18975 abzulehnen.

Ferner empfiehlt der **Ausschuss für Gesundheit** mit den Stimmen der Fraktionen CDU/CSU, SPD, FDP, DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN gegen die Stimmen der Fraktion der AfD, den Antrag auf Drucksache 19/18999 abzulehnen.

Ferner empfiehlt der **Ausschuss für Gesundheit** mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU und SPD gegen die Stimmen der Fraktionen AfD, FDP und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN bei Stimmenthaltung der Fraktion DIE LINKE., den Antrag auf Drucksache 19/18676 abzulehnen.

Ferner empfiehlt der **Ausschuss für Gesundheit** mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU, SPD und AfD gegen die Stimmen der Fraktion der FDP bei Stimmenthaltung der Fraktionen DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN, den Antrag auf Drucksache 19/18950 abzulehnen.

Ferner empfiehlt der **Ausschuss für Gesundheit** mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU und SPD gegen die Stimmen der Fraktionen AfD, FDP und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN bei Stimmenthaltung der Fraktion DIE LINKE., den Antrag auf Drucksache 19/18952 abzulehnen.

Ferner empfiehlt der **Ausschuss für Gesundheit** mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU, SPD und FDP gegen die Stimmen der Fraktion DIE LINKE. bei Stimmenthaltung der Fraktionen AfD und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN, den Antrag auf Drucksache 19/18749 abzulehnen.

Ferner empfiehlt er mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU, SPD und FDP gegen die Stimmen der Fraktionen DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN bei Stimmenthaltung der Fraktion der AfD, den Antrag auf Drucksache 19/18940 abzulehnen.

Ferner empfiehlt er mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU und SPD gegen die Stimmen der Fraktionen FDP, DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN bei Stimmenthaltung der Fraktion der AfD, den Antrag auf Drucksache 19/18956 abzulehnen.

Änderungsanträge

Der Ausschuss für Gesundheit hat zu dem Gesetzentwurf der Bundesregierung auf Drucksache 19/18967 eine Reihe von Änderungen beschlossen.

Die Änderungsanträge 1 bis 17 auf Ausschussdrucksache 19(14)162.3 wurden mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU und SPD bei Stimmenthaltung der Fraktionen AfD, FDP, DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN angenommen.

Weiter hat dem Ausschuss für Gesundheit hat ein Änderungsantrag der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN aus dem Ausschuss für Gesundheit und dem Ausschuss für Recht und Verbraucherschutz auf Ausschussdrucksache 19(14)162.1 mit folgendem Inhalt vorgelegen:

Artikel 1 Nummer 3 (Änderung des Infektionsschutzgesetzes) wird wie folgt geändert:

1. *In Buchstabe a) wird folgender neuer Doppelbuchstabe aa) eingefügt, die bisherigen Doppelbuchstaben aa) bis ff) werden zu bb) bis gg):*
 - aa) In den Nummern 1 und 2 wird jeweils das Wort „Anordnung“ ersetzt durch die Worte „Rechtsverordnung ohne Zustimmung des Bundesrates“.*
2. *Buchstabe b) wird wie folgt gefasst:*
 - b) Absatz 3 wird wie folgt geändert:*
 - aa) Satz 1 erhält folgende Fassung:*
„Rechtsverordnungen nach Absatz 2 Nummern 1 und 2 bedürfen des Einverständnisses mit dem Bundesministerium des Innern, für Bau und Heimat und dem Bundesministerium für Verkehr und digitale Infrastruktur.“
 - bb) (unverändert der Änderungsbefehl zu bisher b))*
3. *Es wird folgender neuer Buchstabe c) angefügt, die bisherigen Buchstaben c) und d) werden Buchstaben d) und e):*
 - c) Nach Absatz 3 wird folgender neuer Absatz 3a angefügt:*
„(3a) Rechtsverordnungen nach Absatz 2 sind dem Bundestag und dem Bundesrat möglichst frühzeitig vor ihrer öffentlichen Bekanntmachung zuzuleiten. Auf Verlangen des Bundestages oder Bundesrates sind Rechtsverordnungen nach Absatz 2 unverzüglich aufzuheben. Die Aufhebung ist im Bundesgesetzblatt bekannt zu machen.“

Begründung:

I.

Bereits mit dem (ersten) Gesetz zum Schutz der Bevölkerung bei einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite vom 27. März 2020 (BGBl. I S. 587) sind in § 5 Abs. 2 Infektionsschutzgesetz (IfSG) weitreichende und sehr unbestimmte Anordnungs- und Rechtsverordnungsermächtigungen verankert worden. Die Verfassungslehre hat

dies bereits unmittelbar nach Verabschiedung des Gesetzes in großer Breite und äußerster Schärfe kritisiert (sämtlich unmittelbar am 26.3.2020: Möllers im Verfassungsblog, Kingreen in der SZ sowie Gärditz und Meinel in der FAZ). Diese Kritik ist in der Folge in weiteren Veröffentlichungen überwiegend geteilt worden (siehe statt vieler: Rixen in NJW 2020, 1097, 1102 f.). Kritisiert wird, dass der Deutsche Bundestag dem Bundesminister für Gesundheit Blanko-Ermächtigungen erteilt hat, die nicht nur den Vorgaben des Artikels 80 Abs. 1 GG nicht genügen, sondern im Kern das Demokratieprinzip gefährden. Bei aller Solidarität in der Krise dürfe es keinen „von parlamentarischen Mehrheiten entkoppelten Verwaltungsstaat“ geben.

Zusätzlich ist hervorzuheben, dass das Problem noch dadurch verschärft wird, dass auch der Bundesrat als Kontrollinstanz im Verfahren der Verordnungsgebung vollständig ausfällt, weil die Verordnungen nach der in § 5 Absatz 2 IfSG getroffenen Regelungen abweichend von Art. 80 Abs. 2 GG („vorbehaltlich anderweitiger bundesgesetzlicher Regelung“) ohne seine Zustimmung ergehen können.

Durch das zweite Gesetz zum Schutz der Bevölkerung bei einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite sollen diese demnach hochproblematischen Ermächtigungsgrundlagen in § 5 Abs. 2 IfSG nochmal erweitert werden. Jedenfalls das macht nunmehr in Hinblick auf das Demokratieprinzip dringend und zwingend zumindest eine Milderung der verfassungsrechtlichen Probleme durch eine Rückbindung der auf den genannten Grundlagen getroffenen Maßnahmen an die demokratisch legitimierten Gesetzgebungsorgane (Bundestag und Bundesrat) erforderlich. Denn die Maßnahmen könnten ansonsten noch bis zum 31.3.2021 Wirkung entfalten (vgl. § 5 Abs. 5 IfSG), ohne dass das Demokratieprinzip hinreichende Wirksamkeit entfalten könnte. Das ist auch in der Krise – für einen so langen Zeitraum – nicht hinnehmbar.

Deshalb sieht der vorliegende Antrag in § 5 Abs. 3a IfSG vor, dass Verordnungen auf Verlangen des Bundestages oder des Bundesrates aufzuheben sind. Zudem trägt die in § 5 Abs. 3a IfSG vorgesehene Zuleitung von Rechtsverordnungen nach § 5 Abs. 2 IfSG an Bundestag und Bundesrat zur Wirksamkeit der parlamentarischen Rechte bei, da diese durch eine frühzeitige Information gestärkt werden.

II.

Die Effektivität der zur Sicherung des Demokratieprinzips vorgenommenen Änderung (siehe gerade I.) wird dabei dadurch gesteigert, dass auch in Bereichen des § 5 Abs. 2 Nummern 1 und 2 IfSG, in denen bisher als Handlungsform die „Anordnung“ vorgesehen worden war, die Maßnahmen durch Rechtsverordnung getroffen werden. Dabei mag dahinstehen, ob dies auch in Hinblick darauf sinnvoll ist, dass es manche (Sachs, Grundgesetz, Art. 87, Rn. 69; Ibler in Maunz/Dürig, GG, Art. 87, Rn. 249-251 und 256) für problematisch halten, wenn – wie hier – ein Gesetz einem Bundesminister unmittelbar Handlungsvollmachten erteilt, die nach dem Wortlaut des Art. 87 Abs. 3 GG anderen Stellen zugewiesen werden müssten (etwa selbständigen Bundesoberbehörden). Denn die Änderung ist insoweit jedenfalls deshalb sinnvoll, weil bereits die ersten Anordnungen des BMG auf der Grundlage des § 5 Abs. 2 IfSG zeigen, dass hier abstrakt-generelle Regelungen getroffen werden, die sich an größere Personengruppen richten. Auch aus diesem Grund ist die Umstellung auf die Handlungsform Verordnung daher gerechtfertigt.

Der Änderungsantrag 1 auf Ausschussdrucksache 19(14)162.1 wurde mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU und SPD gegen die Stimmen der Fraktionen FDP, DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN bei Stimmenthaltung der Fraktion der AfD abgelehnt.

Ferner haben dem Ausschuss für Gesundheit zwei Änderungsanträge der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN auf Ausschussdrucksache 19(14)162.2 mit folgendem Inhalt vorgelegen.

Änderungsantrag 1

Zu Artikel 4 Nummer 5 (§ 34 des SGB V)

In Artikel 4 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch) wird nach Nummer 5 folgende Nummer 5a eingefügt:

„5a. In § 34 Abs. 1 Satz 7 werden die Wörter „zur Raucherentwöhnung“ sowie das Komma gestrichen.“

Begründung:

*Der Zusammenhang von schweren Verläufen von COVID-19 und Rauchen wird zurzeit erforscht und erste Studien konnten einen erhöhten Eingangsrezeptor für SARS-CoV-2 bei Raucher*innen und mit COPD diagnostizierten*

Patient*innen nachweisen (vgl. <https://erj.ersjournals.com/content/early/2020/03/26/13993003.00688-2020#abstract-2>, <https://febs.onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/febs.15303>). Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) gibt an, dass Raucher*innen zu den Personengruppen gehören, die ein erhöhtes Risiko für einen schweren Krankheitsverlauf zeigen (vgl. <https://www.infektionsschutz.de/coronavirus/fragen-und-antworten/ansteckung-und-krankheitsverlauf.html>, abgerufen am 29.04.20).

Zudem warnen Pneumolog*innen, dass durch die rauchbedingte Schädigung der Flimmerhärchen in der Lunge Krankheitserreger schlechter abtransportiert werden können und empfehlen eine Rauchentwöhnung (vgl. <https://www.tagesspiegel.de/berlin/risikopatientes-in-der-pandemie-die-lunge-merkt-sich-jede-zigarette/25775070.html>, <https://www.lungenaerzte-im-netz.de/news-archiv/meldung/article/rauchen-erhoeht-corona-erkrankungsrisiko/>).

Mit dem Rauchen aufzuhören ist sehr schwer. In Paragraph 34 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) wird die Kostenübernahme von Arzneimitteln zur Rauchentwöhnung neben Haarwuchs- und Potenzmitteln explizit ausgeschlossen, da bei ihrer Anwendung die Erhöhung der Lebensqualität im Vordergrund stehe. Tatsächlich sind Präparate zur Rauchentwöhnung aber keine Wohlfühlprodukte. Sie gehören aus diesem sogenannten Lifestyle-Paragraphen gestrichen. Nikotinsucht ist eine Krankheit. Menschen, die mit dem Rauchen aufhören möchten, müssen einfach therapeutische und ärztliche Hilfe bekommen. Die therapeutische und medikamentöse Begleitung der Rauchentwöhnung sollten in den Leistungskatalog der Gesetzlichen Krankenversicherungen aufgenommen werden. Ein Review der Cochrane Gesellschaft kommt zu dem Schluss, dass die Kostenerstattung sich positiv auf die Inanspruchnahme von Rauchentwöhnungstherapien und die langfristige Abstinenz ehemaliger Raucher*innen auswirkt (van den Brand et al., *Healthcare financing systems for increasing the use of tobacco dependence treatment*, 2017). (Psycho-)therapien zur Rauchentwöhnung sind zwar nicht gesetzlich von der Kostenerstattung ausgeschlossen, doch auch sie werden von den Kassen regelhaft nicht bezahlt. Am erfolgversprechendsten gilt eine kombinierte Therapie (vgl. <https://www.lungenaerzte-im-netz.de/krankheiten/nikotinsucht/therapie/>). Die WHO hat bereits vor der Coronavirus-Pandemie angemahnt, Deutschland müsse bessere Hilfen zur Rauchentwöhnung leisten (vgl. <https://www.aerztezeitung.de/Medizin/Weltweit-fehlt-Hilfe-bei-Tabak-Ausstieg-auch-in-Deutschland-314207.html>).

Änderungsantrag 2

Zu Artikel 11 (§ 12a des Transfusionsgesetzes)

Im Artikel 11 (Änderung des Transfusionsgesetzes) wird die Ziffer 1 wie folgt gefasst:

1. Nach § 12 a Absatz 1 Satz 1 werden folgende Sätze eingefügt:

„Die Bewertung des Risikos, das zu einem Ausschluss oder einer Rückstellung von bestimmten Personengruppen von der Spende führt, ist im Fall neuer medizinischer, wissenschaftlicher und epidemiologischer Erkenntnissen aber mindestens einmal im Jahr zu aktualisieren und daraufhin zu überprüfen, ob der Ausschluss und die Rückstellung noch erforderlich sind, um ein hohes Gesundheitsschutzniveau von Empfängerinnen und Empfängern von Blutspenden sicherzustellen. Dabei ist zu gewährleisten, dass der Ausschluss oder die Rückstellung von bestimmten Personengruppen direkt oder indirekt keine ungerechtfertigte Diskriminierung darstellt.“

Begründung:

Auf der Grundlage von § 5 des Transfusionsgesetzes (TFG) aus dem Jahre 1998 stellt die Bundesärztekammer für die Herstellung und Anwendung von Blutprodukten seit langem gemeinsam mit der nach § 27 Abs. 1 TFG zuständigen Bundesbehörde, dem Paul-Ehrlich-Institut, den allgemein anerkannten Stand der medizinischen Wissenschaft und Technik in Richtlinien fest. In § 5 Abs. 1 TFG heißt es: „Die Zulassung zur Spendeentnahme soll nicht erfolgen, soweit und solange die spendewillige Person nach Richtlinien der Bundesärztekammer von der Spendeentnahme auszuschließen oder zurückzustellen ist.“

Nach einer 2017 formulierten Richtlinie der Bundesärztekammer dürfen schwule und bisexuelle Männer fortan Blut spenden, sofern sie ein Jahr keinen Sex hatten. Damit sind sie praktisch von einer Blutspende ausgeschlossen, auch wenn sie monogam leben oder nur Safer-Sex haben. Zudem werden „transsexuelle Personen mit sexuellen Risikoverhalten“ als gesonderte Gruppe erwähnt, obwohl sie bereits entweder als „heterosexuelle Personen mit sexuellem Risikoverhalten“ oder „Männer, die Sexualverkehr mit Männern haben (MSM)“ bereits rückgestellt werden. Dies suggeriert eine besondere Ansteckungsgefahr, die von transsexuellen Personen ausgehen kann.

*Der Europäische Gerichtshof (EuGH) erklärte 2015 generelle Blutspendeverbote als unzulässig, solange der Gesundheitsschutz der Blutspendeempfänger*innen gewährleistet ist (C-528/13). Der generelle Ausschluss homo- und bisexueller Männer von der Blutspende hat ein hohes Diskriminierungspotenzial. Der EuGH stellt zwar fest, dass ein Ausschluss in einzelnen Mitgliedstaaten aufgrund spezieller Situationen gerechtfertigt sein kann. Er macht aber auch deutlich: Der generelle Ausschluss von homo- und bisexuellen Männern von der Blutspende ist diskriminierend, wenn es weniger belastende Methoden gibt, z. B die persönliche Befragung über das individuelle Verhalten. Sexuelle Beziehungen zwischen Männern sind nicht per se ein Sexualverhalten mit einem hohen Übertragungsrisiko für durch Blut übertragbare schwere Infektionskrankheiten. Ein genereller Ausschluss homo- und bisexueller Männer von der Blutspende ist deshalb nicht gerechtfertigt. Vielmehr muss ein individuelles und konkretes Risikoverhalten festgestellt werden.*

Zudem empfehlen seit 2015 die HIV-Behandlungsleitlinien jede diagnostizierte HIV-Infektion in Deutschland umgehend antiretroviral zu therapieren. Der Anteil der Personen, die mit einer HIV-Infektion diagnostiziert wurden und eine antiretrovirale Therapie erhalten, ist von 78 % im Jahr 2006 auf 92 % im Jahr 2017 angestiegen. Etwa 95 % dieser Therapien verliefen im Jahr 2017 erfolgreich. Kriterium für eine erfolgreiche Therapie ist eine Viruslast von weniger als 200 Viruskopien/ml Blut (https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Archiv/2018/Ausgaben/47_18.pdf?__blob=publicationFile). Im Ergebnis ist die Anzahl der geschätzten HIV-Neuinfektionen bei Männern, die Sex mit Männern haben (MSM), von etwa 2.300 Neuinfektionen in den Jahren 2012 und 2013 auf 1.700 Neuinfektionen im Jahr 2017 zurückgegangen.

Nicht zuletzt berücksichtigt die aktuelle Fassung der Richtlinie Hämotherapie von 2017 die medikamentöse HIV-Prä-Expositionsprophylaxe (PrEP) nicht, da sie in Deutschland damals noch nicht zugelassen worden war.

Die geplante Änderung des Transfusionsgesetzes beendet die Diskriminierung von schwulen wie bisexuellen Männern und transgeschlechtlichen Menschen bei der Blutspende nicht. Sie formuliert lediglich eine Selbstverständlichkeit, nämlich dass die Bundesärztekammer (BÄK) zur regelmäßigen Aktualisierung und Überprüfung der Erforderlichkeit eines gruppenbezogenen Ausschlusses bzw. Rückstellung verpflichtet werden sollte. Ob diese Regelung die BÄK dazu bewegen wird, die Diskriminierung von schwulen wie bisexuellen Männern und transgeschlechtlichen Menschen zu beenden, ist unklar. Auch die Begründung gibt keine klare Aussage, dass eine Änderung der Richtlinie Hämotherapie notwendig ist.

Deshalb ist eine eindeutigere Regelung zielführend. Zum einen sollte die Überprüfung mindestens einmal im Jahr erfolgen. Zum anderen muss dort ein Verbot direkter und indirekter Diskriminierung verankert sein.

Der Änderungsantrag 1 auf Ausschussdrucksache 19(14)162.2 wurde mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU und SPD gegen die Stimmen der Fraktionen DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN bei Stimmenthaltung der Fraktionen der AfD und FDP abgelehnt.

Der Änderungsantrag 2 auf Ausschussdrucksache 19(14)162.2 wurde mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU und SPD gegen die Stimmen der Fraktionen FDP, DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN bei Stimmenthaltung der Fraktionen der AfD abgelehnt.

Petitionen

Dem Ausschuss für Gesundheit hat zu dem Antrag auf Drucksache 19/17128 eine Petition vorgelegen, zu der der Petitionsausschuss eine Stellungnahme gemäß § 109 der Geschäftsordnung des Deutschen Bundestages erbeten hat. Die Petition wurde in die Beratungen einbezogen und der Petitionsausschuss entsprechend informiert.

Fraktionsmeinungen

Die **Fraktion der CDU/CSU** betonte, das vorliegende Gesetz setze die richtigen Schwerpunkte, um das Gesundheitssystem in die neue, hoffentlich stabile „Normalität“ zu führen. Es greife das Ende März im Angesicht der epidemiologischen Akutlage beschlossene 1. Bevölkerungsschutzgesetz auf und entwickle es mit Blick auf verschiedene Einrichtungstypen, Berufs- und Personengruppen sowie gesellschaftliche Notwendigkeiten gezielt weiter. Als Bund unterstütze und stärke man den öffentlichen Gesundheitsdienst vor Ort. Die von den Ländern und Kommunen zu verantwortenden Gesundheitsämter seien das zentrale Instrument, um das Infektionsgeschehen zu überwachen und fortlaufend regionale Schutzmaßnahmen zu prüfen. Der Änderungsantrag zum elektronischen Melde- und Informationssystem (DEMIS) beziehe beim Aufbau die Expertise und Erfahrung der Gesellschaft für Telematik ein und trage zur wichtigen Beschleunigung der Meldewege und Lagebilder bei. Die Verantwortung

für die personelle Ausstattung der Gesundheitsämter und die Attraktivität als Arbeitgeber bleibe bei den Ländern. Die Anhörung habe große Einigkeit gezeigt, dass die Ausweitung der Infektionstestungen bei symptomfreien Personen von großer Bedeutung für das öffentliche Leben sei. Der Änderungsantrag zu Verfahrensregelungen stelle eine kurzfristige, pragmatische Lösung dar und werde mit der gesetzlichen Krankenversicherung zu evaluieren sein. Pflegende Angehörige erhielten durch den Änderungsantrag der Koalition nun die doppelte Zeit, um sich entsprechend zu organisieren. Die CDU/CSU sei erleichtert, dass man innerhalb der Koalition eine Verständigung zur Aufrechterhaltung der Versorgung in sozialpädiatrischen Zentren nach § 119 und medizinischen Behandlungszentren nach § 119c SGB V gefunden habe. Da aus eigener Initiative bisher keine krisenbedingt angepassten Vergütungsvereinbarungen entstanden seien, machten sie vorübergehende Regelungen verpflichtend.

Die **Fraktion der SPD** führte aus, dass mit dem Gesetzentwurf wichtige Nachsteuerungen im Infektionsschutzgesetz vorgenommen würden. Besonders hervorzuheben sei die vorgesehene finanzielle Unterstützung des Bundes für Gesundheitsämter zur technischen Modernisierung und zum Anschluss an das elektronische Melde- und Informationssystem. Hierdurch könne dem Öffentlichen Gesundheitsdienst zumindest ein kleiner Teil des Kostendrucks genommen werden. Darüber hinaus werde eine Rechtsgrundlage für die wichtige Ausweitung der Testungen auf SARS-CoV-2 auch unabhängig von Krankheitssymptomen sowie eine Kostenübernahmeregelung dafür durch die gesetzliche Krankenversicherung geschaffen. Auch die Gesundheitsämter könnten zukünftig symptomunabhängige Tests über die GKV abrechnen. Die Ausweitung der Testungen sei sehr wichtig, auch um die Beschäftigten in Pflege- und Gesundheitseinrichtungen besser abzusichern. Die Schaffung eines Rechtsanspruchs auf eine pandemiebedingte Sonderzahlung für Beschäftigte in Pflegeeinrichtungen sowie die vorgesehene Unterstützung pflegender Angehöriger durch die Änderungen bei der Pflegezeit und Familienpflegezeit sei der SPD-Fraktion ein besonders Anliegen gewesen. Gleiches gelte für die bessere Absicherung der Sozialpädiatrischen Zentren und der Medizinischen Zentren für Erwachsene mit Beeinträchtigungen. Die Frage der Verfassungsmäßigkeit der Verordnungsermächtigungen in § 5 IfSG, die auch Gegenstand des Änderungsantrages von Bündnis 90/Die Grünen sei, habe auch die SPD-Fraktion intensiv diskutiert. Mehrheitlich seien die Bedenken aber nicht geteilt worden. Deshalb werde dieser Änderungsantrag abgelehnt. Gleiches gelte für die Oppositionsanträge anlässlich des vorliegenden Fraktionsgesetzentwurfes.

Die **Fraktion der AfD** stellte fest, dass der Gesetzentwurf von einer zunehmenden Ausbreitung des Corona-Virus SARS-CoV-2 ausgehe, so dass weitere Maßnahmen erforderlich seien, um den Folgen des „Lock-Downs“ zu begegnen. So sinnvoll einzelne Regelungen des Gesetzentwurfs auch seien, schätze die AfD die Lage anders ein. Man halte die Grundannahme für den Gesetzentwurf für falsch. Vor dem Hintergrund der Infektionszahlen und der Stabilität des Gesundheitssystems in Deutschland sei es dringend geboten, vollständig aus dem „Lock-Down“ auszusteigen, anstatt die Wirtschaft und Gesellschaft erst mit unnötigen Schutzmaßnahmen zu schädigen, um dann mit Steuermitteln, umständlicher und überstürzter Flexibilisierung bzw. Umgestaltung von Prüfungsordnungen oder Entschädigungsregelungen als Retter in der Not aufzutreten. Abgelehnt werde auch die Regelung fachfremder Themen durch eilig verabschiedete Krisengesetzgebung. Deshalb werde man den Gesetzentwurf ablehnen. Zu den eigenen Anträge stellt die AfD fest, dass Bundesverkehrsminister Andreas Scheuer den Vorschlag der AfD aufgegriffen habe, Wärmebildkameras an Flughäfen zu installieren, um einerseits Corona-Fälle so früh wie möglich zu identifizieren und andererseits auch für künftige Pandemiefälle vorbereitet zu sein, wie es z. B. in den USA oder Großbritannien schon seit langer Zeit praktiziert werde. Mit dem Ziel das gesamte Gesundheitssystem zu stabilisieren, würden dem BMG im Infektionsschutzgesetz eine Reihe von Ermächtigungen an die Hand gegeben. Aus Sicht der AfD-Fraktion lägen jedoch ausreichend gute Gründe vor, von einem stabilen Gesundheitssystem in Deutschland auszugehen. Folglich beantragte man die Feststellung der Aufhebung der epidemischen Lage von nationaler Tragweite. Zudem forderte man die Erhebung von repräsentativen epidemiologischen Daten. Damit könne man auswerten, wie sich die derzeitigen radikalen Maßnahmen auswirkten. Deutschland müsse auf Erreger vorzubereitet sein, die klinisch viel schwerwiegender seien, wie z. B. das Hämorrhagische Fieber. Die Fertigstellung des DEMIS müsse sofort mit allen notwendigen Mitteln beschleunigt und unverzüglich für eine bessere Corona-Politik genutzt werden.

Die **Fraktion der FDP** erklärte, dass noch nicht absehbar sei, ob man gut durch die Pandemien gekommen sei. Die Entwicklung der Infektionszahlen scheine zwar positiv zu sein, aber die sozialen und wirtschaftlichen Folgen seien nicht abzusehen. Auch die gesundheitlichen Folgen von ausgesetzten Behandlungen, zum Beispiel von Krebstherapien, seien nicht absehbar. Die Fraktion der FDP werde das Zweite Gesetz zum Schutz der Bevölkerung bei einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite ablehnen. Das Gesetz sei mit „heißer Nadel gestrickt“

und schieße über das Ziel hinaus. Die Große Koalition statte das Gesundheitsministerium mit weiteren Verordnungsermächtigungen aus. Diese Verordnungen würden tief in das Wirtschafts- und Gesundheitssystem eingreifen und könnten ohne parlamentarische Kontrolle erlassen werden. Einer ähnlichen Gesetzgebung habe die Fraktion der FDP im März unter Bauchschmerzen zugestimmt. Damals habe man um die Handlungsfähigkeit der Legislative aufgrund der Corona-Epidemie gefürchtet. Heute sei die Lage jedoch eine andere. Die Verordnungsermächtigungen seien nicht mehr notwendig und der Wegfall parlamentarischer Kontrolle nicht hinnehmbar. In der öffentlichen Anhörung schätzten die Experten diese Ermächtigungen als nicht verfassungsgemäß ein. Man befürchte weiterhin, dass Massentests zu Lasten der GKV abgerechnet würden und, dass der Datenschutz bei Meldungen an das RKI zum Teil nicht eingehalten werde. Zudem werde eine Finanzierung des Öffentlichen Gesundheitsdienstes durch den Bund äußerst kritisch gesehen, diese sei schließlich Aufgabe der Bundesländer. Bei der Bekämpfung der Corona-Epidemie habe man Zeit gewonnen. Diese solle das Gesundheitsministerium nutzen, um dieses Gesetz neu zu schreiben. Den Änderungsantrag der Grünen zur Beschränkung der Verordnungsermächtigungen werde man unterstützen. Den Gesetzentwurf der Koalitionsfraktionen lehne man in der jetzigen Form ab.

Die **Fraktion DIE LINKE.** sprach von teilweise guten Maßnahmen, die man unterstütze, die jedoch teils schlecht umgesetzt seien, teils wegen negativer Regelungen zu einer Ablehnung führen müssten. So sei es zwar gut, dass mehr getestet werden solle, allerdings sei nicht geregelt, dass die zu erwartenden Mehrausgaben in Milliardenhöhe durch einen erhöhten Bundeszuschuss kompensiert würden, so dass eine Erhöhung von Zusatzbeiträgen vermieden werde. Gleiches gelte für die Testung von nicht in der GKV versicherten Menschen, wo auch die Finanzierung unklar und zunächst im GKV-System bleibe. Gut seien auch Hilfen für die häusliche Pflege, diese seien aber viel zu gering und nicht nachhaltig. Privatversicherte mit Liquiditätsschwierigkeiten, die in den Basistarif gerutscht seien, könnten nun zwar wieder ohne Gesundheitsprüfung in den Normaltarif wechseln, aber es fehle eine Rückkehrmöglichkeit in die GKV unter Mitnahme der Alterungsrückstellungen. Die Prämie für die in der Altenpflege Beschäftigten werde begrüßt, aber auch diese sei zunächst ausschließlich aus Beitragsmitteln finanziert, unsicher sei aber, ob alle anspruchsberechtigten Beschäftigten sie in voller Höhe erhielten, ob die Refinanzierung vollständig und über Steuern gesichert werde und die Eigenanteile nicht erneut stiegen. Insgesamt werde der Regelungsweg, am Parlament vorbei per Verordnungsermächtigung zu regieren, durch dieses Gesetz überstrapaziert. Das gelte etwa für die Verordnungsermächtigung zu Pilotprojekten für elektronische Verordnungen. Die Probleme in der Finanzierung der Krankenhäuser würden durch dieses Gesetz abermals nicht gelöst; es sei für DIE LINKE. klar, dass spätestens jetzt allen vor Augen geführt werde, dass das Fallpauschalensystem (DRGs) für die Krankenhäuser unsinnige Anreize setze und zu Krisengewinnern und -verlierern unter den im Wettbewerb stehenden Krankenhäusern führe. Es müsse daher durch ein System der Selbstkostendeckung abgelöst werden. Die unterjährige Datenübermittlung der Krankenhäuser an das Finanzierungs-Warnsystem sei gut. Die Erfassung aller Testergebnisse, auch der negativen, mit Personenbezug in Datenbanken sei aber nicht nur datenschutzrechtlich unzulässig, sondern erweise der Akzeptanz der Tests auch einen Bärendienst. In der Summe komme die Fraktion daher zu einer Ablehnung.

Die **Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN** könne dem Gesetzentwurf nicht zustimmen, sondern werde sich enthalten. Der Gesetzentwurf enthalte zum Teil sinnvolle Regelungen, ignoriere aber bestehende verfassungsrechtliche Probleme und weise zugleich empfindliche Lücken auf. Zwar habe die Regierung die Regelungen zum Immunitätsausweis wieder gestrichen, dennoch sei immer noch viel Fragwürdiges enthalten. Problematisch sei der Ausbau der Befugnisse des BMG zum Erlass von Rechtsverordnungen. Deshalb beantrage man, dass der Bundestag die Aufhebung der Rechtsverordnungen verlangen könne. Die vorgesehene Förderung des ÖGD sei nicht ausreichend, um die prekäre Lage des ÖGD wirksam zu beheben. Es sei außerdem ein Systembruch, wenn die vorgesehen Bonuszahlungen nur auf die Altenpflege konzentriert und die Zahlungen größtenteils über die soziale Pflegeversicherung finanzieren würden. Kritisch sehe man außerdem, dass wichtige Gruppen von Leistungserbringern wie etwa Sozialpädiatrische Zentren, Hochschulambulanzen oder auch Hebammen von den Regelungen zum Ausgleich von Ausfällen bislang nicht profitieren können. Außerdem beende die vorgesehene Änderung des Transfusionsgesetzes die Diskriminierung von schwulen wie bisexuellen Männern und transgeschlechtlichen Menschen bei der Blutspende gerade nicht. Daher habe man eine weitergehende Regelung beantragt.

B. Besonderer Teil

Soweit der Ausschuss für Gesundheit die unveränderte Annahme des Gesetzentwurfs auf Drucksache 19/18967 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)

(Neue Verordnungsermächtigung zur Abweichung von Regelungen zur Ausbildung auf den Bereich der Pharmazie)

Zu Nummer 3 (§ 5)

Zu Buchstabe a Doppelbuchstabe cc Dreifachbuchstabe bbb

Aufgrund der weiterbestehenden epidemischen Lage von nationaler Tragweite ist der Lehrbetrieb an den Hochschulen weiterhin nur eingeschränkt möglich. Dies hat auch Auswirkungen auf das Studium der Pharmazie. Damit das Studium dennoch fortgeführt werden kann, wird wie für die Medizin und die Zahnmedizin mit dem neuen Buchstaben d nunmehr auch für die Pharmazie eine Abweichungsmöglichkeit von der entsprechenden Approbationsordnung vorgesehen.

Die Regelungen ermöglichen eine Flexibilisierung des Ausbildungs- und Prüfungsgeschehens. Dies betrifft insbesondere die Terminierung, den zeitlichen Ablauf und andere geeignete Formate der Prüfungen. Weiterhin kann im Hinblick auf das Krisengeschehen auch eine Flexibilisierung insbesondere zu den zeitlichen Vorgaben für die Famulatur und die praktische Ausbildung erforderlich werden.

Zudem wird geregelt, dass zur Unterstützung oder zum Ersatz vorgeschriebener Lehrveranstaltungen alternative, insbesondere digitale Formate vorgesehen werden können. Dies gilt sowohl für Vorlesungen und Seminare als auch für die praktischen Lehrveranstaltungen.

Zu Buchstabe c

Es handelt sich um eine Folgeänderung aufgrund der neu eingefügten Verordnungsermächtigung in § 5 Absatz 2 Nummer 7 Buchstabe d. Auch bei den Regelungen zum Pharmaziestudium werden Übergangbestimmungen erforderlich sein, die über den 31. März 2021 hinaus gelten müssen.

Zu Nummer 11 (§ 14)

(Unterstützung durch die Gesellschaft für Telematik bei der Einrichtung des Melde- und Informationssystem)

Zu Buchstabe a

Es ist dringend erforderlich, dass die nach dem Infektionsschutzgesetz melde- und benachrichtigungspflichtigen Tatbestände zeitnah mittels des elektronischen Melde- und Informationssystems übermittelt werden können. Da bereits die Telematikinfrastruktur als die zentrale Infrastruktur für das Gesundheitswesen aufgebaut wird, ist diese auch durch das elektronische Melde- und Informationssystem als weitere Anwendung im Sinne von § 291a Absatz 7 Satz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch zu nutzen, sobald die Voraussetzungen dafür gegeben sind. Um den Aufbau und den Betrieb des elektronischen Melde- und Informationssystems schnellstmöglich umzusetzen, soll für eine Übergangszeit bis zum 1. Juni 2021 die Expertise und Erfahrung der Gesellschaft für Telematik genutzt werden. Sie soll das Robert Koch-Institut, das weiterhin für das Projekt verantwortlich bleibt, bei der Einrichtung des elektronischen Melde- und Informationssystems unterstützen. Die dabei entstehenden Kosten sind der Gesellschaft für Telematik aus den beim Robert Koch-Institut und beim Bundesministerium für Gesundheit für die Einrichtung des elektronischen Melde- und Informationssystems zur Verfügung stehenden Mitteln zu erstatten.

Zu Nummer 19 (§ 43) – Streichung

(Belehrung durch den Arbeitgeber)

Die Gesundheitsämter machen in der aktuellen epidemischen Lage von der bereits bestehenden Möglichkeit Gebrauch, Ärzte mit der Belehrung zu beauftragen. Eine weitergehende Möglichkeit der Delegation ist daher nicht erforderlich.

Zu Nummer 22 (§ 56)

(Entschädigungsansprüche)

Zu Buchstabe a

In § 56 Absatz 1 Satz 2 wird die Formulierung hinsichtlich der wegen einer Absonderung entschädigungsberechtigten Krankheitsverdächtigen an die Formulierung in § 56 Absatz 1 Satz 1 angepasst.

Zu Buchstabe b

In § 56 Absatz 7 Satz 2 werden auch Entschädigungsberechtigte nach § 56 Absatz 1 Satz 1 und Absatz 1a erfasst und damit eine Legalzession auch für diese Konstellationen ermöglicht. Die unterschiedliche Behandlung in Hinblick auf den bisherigen Entschädigungstatbestand nach bisherigem Recht ist nicht nachvollziehbar.

Zu Buchstabe c

Diese Regelung entspricht der Regelung im Gesetzesentwurf.

Zu Artikel 3 (Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes)

(Schaffung der Möglichkeit zur Differenzierung der Pauschale nach § 21 Absatz 3 KHG; Anpassung der Ermächtigungsgrundlage nach § 23 Nummer 2 KHG; § 26 Zusatzentgelt für Testungen auf eine SARS-CoV-2-Infektion im Krankenhaus)

Zu Nummer 1 (§ 21)

Mit Buchstabe a wird die Möglichkeit eröffnet, die Pauschale nach Absatz 3 in der Höhe unterschiedlich auszugestalten. Dabei kann die Höhe für Gruppen von Krankenhäusern nach der Zahl der Krankenhausbetten oder anderen krankenhausbезогenen Kriterien, wie z. B. nach der durchschnittlichen Fallschwere (Casemixindex), differenziert werden. Eine Differenzierung ist angezeigt, wenn sich die durchschnittlichen Kosten von verschiedenen Gruppen von Krankenhäusern unterscheiden und eine einheitliche Pauschale zu einer Über- oder Unterdeckung der durchschnittlichen Kosten führt. Eine Differenzierung erfolgt in der Verordnung nach § 23.

Buchstabe b gibt den Wortlaut des Gesetzesentwurfs zur Änderung von Absatz 8 wieder.

Zu Nummer 1a (§ 23)

Die Änderung ist eine Folgeänderung zu der Änderung des § 21 Absatz 3, mit der die Möglichkeit einer Differenzierung der Ausgleichspauschalen nach der Zahl der Krankenhausbetten oder anderen krankenhausbезогenen Kriterien durch Rechtsverordnung geregelt wird. Eine mögliche sachgerechte Differenzierung der Ausgleichspauschalen ist unter Berücksichtigung der wirtschaftlichen Lage der Krankenhäuser sowohl durch Erhöhung als auch durch Absenkung der Ausgleichspauschalen grundsätzlich in Betracht zu ziehen. Dabei muss insbesondere sichergestellt werden, dass die Motivation der Krankenhäuser für eine Rückkehr zum Regelbetrieb nicht durch die Höhe der Ausgleichspauschalen gedämpft wird.

Zu Nummer 4 (§ 26)

Mit Absatz 1 wird festgelegt, dass den Krankenhäusern entstehende Kosten, die aus Testungen auf eine Infektion mit dem neuartigen Coronavirus SARS-CoV-2 resultieren, zukünftig mit einem Zusatzentgelt (§ 17b Absatz 1 Satz 7, § 17d Absatz 2 Satz 2) finanziert werden. Für Testungen, die Krankenhäuser während der voll- oder teilstationären Behandlung ihrer Patientinnen und Patienten, die ab Inkrafttreten des Gesetzes in das Krankenhaus aufgenommen werden, durchführen, rechnen die Krankenhäuser das Zusatzentgelt ab.

Die Vertragsparteien auf Bundesebene (Deutsche Krankenhausgesellschaft, Spitzenverband Bund der Krankenkassen, Verband der privaten Krankenversicherung) legen die Höhe des Zusatzentgelts nach Absatz 1 innerhalb einer Woche nach Verkündung des Gesetzes fest (Absatz 2). Kommt eine Vereinbarung nach Satz 1 nicht innerhalb dieser Frist zustande, legt die Schiedsstelle nach § 18a Absatz 6 die Höhe des Zusatzentgelts ohne Antrag einer Vertragspartei innerhalb einer weiteren Woche fest.

Zu Artikel 3a (Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes)

(Klarstellungen zu einem Ausnahmetatbestand beim Fixkostendegressionsabschlag und zur Abrechnung des vorläufigen Pflegeentgeltwertes)

Zu § 4 Absatz 2a Satz 2 Nummer 1 Buchstabe g

Mit dem im COVID-19-Krankenhausentlastungsgesetz vom 27. März 2020 (BGBl. I S. 580) eingefügten § 4 Absatz 2a Satz 1 Nummer 1 Buchstabe g wurde den Vertragsparteien vor Ort die Möglichkeit eingeräumt, Leistungen von der Erhebung des Fixkostendegressionsabschlags auszunehmen, um unzumutbare Härten zu vermeiden, die durch die Erhebung des Fixkostendegressionsabschlags entstehen würden. Die Formulierung der Regelung wird zur Klarstellung des Gemeinten redaktionell neu gefasst.

Zu § 6a Absatz 4 neuer Satz

Aufgrund der SARS-CoV-2-Pandemie und des in der Folge einhergehenden Aufrufs an die Krankenhäuser, Bettenkapazitäten für die Behandlung von mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 infizierten Patientinnen und Patienten freizuhalten, ist für die Krankenhäuser eine Ausnahmesituation entstanden. Mit der im COVID-19-Krankenhausentlastungsgesetz enthaltenen Änderung des § 15 Absatz 2a Satz 1 wurde zur Stärkung der Liquidität der Krankenhäuser für den Zeitraum vom 1. April 2020 bis zum 31. Dezember 2020 der vorläufig anzuwendende Pflegeentgeltwert von 146,55 Euro auf 185 Euro erhöht. Um eine Benachteiligung von Krankenhäusern zu vermeiden, die bereits im Jahr 2020 ihr Pflegebudget vereinbaren, wird eine Regelung zum anzuwendenden Pflegeentgeltwert getroffen. Bei Krankenhäusern, bei denen der krankenhausesindividuelle Pflegeentgeltwert unterhalb von 185 Euro liegt, ist für den Zeitraum vom 1. April 2020 bis zum 31. Dezember 2020 ein Pflegeentgeltwert von 185 Euro bei der Abrechnung ihrer tagesbezogenen Pflegeentgelte zugrunde zu legen. Eine Rückzahlung der zu viel erhaltenen Mittel ist entsprechend § 15 Absatz 2a Satz 3, der mit dem COVID-19-Krankenhausentlastungsgesetz geändert wurde, für das Jahr 2020 nicht vorgesehen. Für den Fall, dass aus der Vereinbarung des Pflegebudgets ein krankenhausesindividueller Pflegeentgeltwert resultiert, der über 185 Euro liegt, ist der krankenhausesindividuelle Pflegeentgeltwert für die Abrechnung der tagesbezogenen Pflegeentgelte zu nutzen.

Zu § 15 Absatz 2a**Zu Satz 1**

Mit der Ergänzung wird geregelt, dass die Krankenhäuser, die ab dem Jahr 2021 ihr Pflegebudget für das Jahr 2020 noch nicht vereinbart haben, den Pflegeentgeltwert in Höhe von 146,55 Euro bei der Abrechnung ihrer tagesbezogenen Pflegeentgelte zugrunde zu legen haben. Dieser ursprünglich mit dem MDK-Reformgesetz vom 14. Dezember 2019 (BGBl. I S. 2789) beschlossene Wert wurde mit der im COVID-19-Krankenhausentlastungsgesetz enthaltenen Änderung des § 15 Absatz 2a Satz 1 für den Zeitraum vom 1. April 2020 bis zum 31. Dezember 2020 auf 185 Euro erhöht. Als Anreiz für die Krankenhäuser zur möglichst zeitnahen Vereinbarung ihres Pflegebudgets erfolgt ab dem 1. Januar 2021 ein Rückgriff auf den Wert von 146,55 Euro.

Zu Satz 3, Satzteil vor der Aufzählung

Mit der Änderung erfolgt eine redaktionelle Anpassung zur Vereinheitlichung des Sprachgebrauchs im Gesetzestext zum vorläufigen Pflegeentgeltwert.

Zu Satz 3 Nummer 2

Entsprechend der bisherigen gesetzlichen Vorgabe, dass von Krankenhäusern keine Ausgleichszahlungen bei einer Überdeckung der Pflegepersonalkosten zu leisten sind, wird klargestellt, dass auch kein Kostenausgleich nach § 6a Absatz 2 Satz 3 für das Jahr 2020 stattfindet, wenn aus der Abrechnung des Pflegeentgeltwertes von 146,55 Euro oder 185 Euro eine Überdeckung der krankenhausesindividuellen Pflegepersonalkosten resultiert. Daneben erfolgt eine redaktionelle Anpassung zur Vereinheitlichung des Sprachgebrauchs im Gesetzestext zum vorläufigen Pflegeentgeltwert.

Zu Artikel 4 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

(§ 20i SGB V Testungen; § 120 Vergütung sozialpädiatrischer Zentren und medizinischer Behandlungszentren für Erwachsene)

Zu Nummer 4 Buchstabe b

Der neue Satz 1 entspricht inhaltlich der bereits geltenden Regelung des § 20i Absatz 3 Satz 1 und 2.

Der neue Satz 2 schafft eine zusätzliche Verordnungsermächtigung für das Bundesministerium für Gesundheit. Dieses kann bestimmen, dass – insbesondere zur Umsetzung einer Teststrategie unabhängig von einer bestehenden Symptomatik – bestimmte Testungen auf eine Infektion oder geeignete Antikörpertests im Hinblick auf das Coronavirus SARS-CoV-2 von der gesetzlichen Krankenversicherung übernommen werden. Mit dieser Maßnahme wird sichergestellt, dass auch dann Testungen von der gesetzlichen Krankenversicherung übernommen werden, wenn beispielsweise keine Symptome für COVID-19 vorhanden sind. Testungen aufgrund vorhandener Symptomatik fallen bereits unter § 27 SGB V. Die Testung von symptomfreien Personen entspricht der verbreiteten Forderung der Wissenschaft nach repräsentativen bevölkerungsmedizinischen Tests. Auch könnten regelmäßig Tests im Umfeld besonders gefährdeter Personen durchgeführt werden. Entsprechendes gilt für mögliche Antikörpertests zur Bestätigung einer abgeklungenen Infektion oder zum Nachweis einer erworbenen Immunität.

Der Anspruch kann auch Personen eingeräumt werden, die nicht gesetzlich krankenversichert sind (Nummer 2).

Durch den Rückgriff auf die flächendeckenden Versorgungsstrukturen der gesetzlichen Krankenversicherung kann eine effektive Umsetzung von Teststrategien sichergestellt werden. Die Rechtsverordnung nach Satz 2 regelt nach Satz 3 auch das Nähere zur Berechtigung zur Leistungserbringung, zur Vergütung und zur Abrechnung von Leistungen sowie zum Zahlungsverfahren aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds. Diese Regelungen können sich nach den jeweiligen Fallkonstellationen der Testungen unterscheiden.

Die Aufwendungen für Testungen bei symptomfreien Personen außerhalb der Krankenbehandlung und Leistungen für nicht gesetzlich Versicherte, die der gesetzlichen Krankenversicherung als versicherungsfremde Leistungsaufwendungen entstehen, werden aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds gezahlt. Sie führen damit nicht zu unmittelbaren Mehrausgaben der Krankenkassen. In der zweiten Hälfte des Jahres 2020 werden das Bundesministerium für Gesundheit und das Bundesministerium der Finanzen miteinander festlegen, in welchem Umfang die gesetzliche Krankenversicherung zusätzliche Zuschüsse des Bundes zur Stabilisierung des Beitragssatzes, mithin auch zur Refinanzierung der o.g. versicherungsfremden Ausgaben, erhalten sollte.

Zu Nummer 11a (§ 120)

Vor dem Hintergrund der derzeitigen epidemischen Lage von nationaler Tragweite kommt es oft zum einen zu einer Verringerung und zum anderen zu einer Veränderung der bislang erbrachten Leistungen in sozialpädiatrischen Zentren und medizinischen Behandlungszentren, mit negativen Auswirkungen auf die Vergütung. Mit dem Ziel der Aufrechterhaltung der Versorgung in sozialpädiatrischen Zentren nach § 119 und medizinischen Behandlungszentren nach § 119c wird daher gesetzlich vorgegeben, dass innerhalb einer kurzen Frist von vier Wochen ab Inkrafttreten des Gesetzes die Vergütungsvereinbarungen nach § 120 Absatz 2 Satz 2 anzupassen sind. Damit wird die Leistungsfähigkeit dieser Leistungserbringer bei wirtschaftlicher Betriebsführung für die Dauer der derzeitigen epidemischen Lage gewährleistet. § 120 Absatz 4 Satz 1 gilt entsprechend.

Zu Artikel 5 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

(Der erhöhte Leistungsbetrag für eine Kurzzeitpflege in Rehabilitationseinrichtungen soll rückwirkend zum 28. März 2020 gelten; Anspruch auf Pflegeunterstützungsgeld soll befristet von 10 auf 20 Arbeitstage erweitert werden)

Zu Nummer 3 Buchstabe c

Bereits mit dem durch das COVID-19-Krankenhausentlastungsgesetz vom 27. März 2020 (BGBl. I S. 580) eingefügten § 149 wurde die Möglichkeit eingeführt, Kurzzeitpflege in Einrichtungen, die stationäre Leistungen zur medizinischen Vorsorge oder Rehabilitation erbringen, abweichend von § 42 Absatz 4 in Anspruch zu nehmen,

auch ohne, dass gleichzeitig eine Maßnahme der medizinischen Vorsorge oder Rehabilitation für eine Pflegeperson erbracht wird. Der leistungsrechtliche Anspruch für Kurzzeitpflege in derartigen Einrichtungen soll mit im Gesetzesentwurf enthaltenen Einführung eines neuen Absatzes 2 in § 149 erheblich angehoben werden.

Mit diesem Änderungsantrag soll der erhöhte Leistungsanspruch bereits rückwirkend auf den Zeitpunkt des Inkrafttretens des COVID-19-Krankenhausentlastungsgesetzes am 28. März 2020 Wirkung entfalten. Es handelt sich um eine notwendige Parallelanpassung zu der Änderung des Inkrafttretens dieses Absatzes.

Zu Nummer 4 Buchstabe b (§ 150)

Entsteht aufgrund eines durch die COVID-19-Pandemie verursachten pflegerischen Versorgungsengpasses für nahe Angehörige die Notwendigkeit, ein neues tragfähiges Pflegearrangement zu organisieren, wird dies in vielen Fällen mehr als zehn Arbeitstage in Anspruch nehmen. Das Pflegeunterstützungsgeld wird daher in dieser Ausnahmesituation befristet bis zum 30. September 2020 für bis zu 20 Arbeitstage gewährt. Bereits nach § 44a Absatz 3 in Anspruch genommene Arbeitstage mit Pflegeunterstützungsgeld werden auf die 20 Arbeitstage nach § 150 Absatz 5d angerechnet.

Auch für landwirtschaftliche Unternehmer soll bis zum 30. September 2020 sichergestellt werden, dass bei einem durch das Coronavirus-CoV-2 verursachten pflegerischen Versorgungsengpass anstelle des Pflegeunterstützungsgeldes für bis zu 20 Arbeitstage Betriebshilfe entsprechend § 9 des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte gewährt werden kann, wenn landwirtschaftliche Unternehmer aufgrund einer anderweitig nicht behebbaren Versorgungslücke die pflegerische Versorgung eines nahen Angehörigen im Sinne des Pflegezeitgesetzes in dieser Zeit selbst organisieren oder sicherstellen müssen. Privat pflegeversicherte landwirtschaftliche Unternehmer haben unter den vorgenannten Voraussetzungen einen Anspruch auf Kostenerstattung für bis zu 20 Arbeitstage Betriebshilfe.

Zu Artikel 5a (Änderung des Familienpflegezeitgesetzes)

(Coronabedingte kurzzeitige Arbeitsverhinderung von 20 Arbeitstagen sowie coronabedingte Anpassungen im Familienpflegezeitgesetz)

Zu Nummer 1 (§ 3)

Satz 5 wird dahingehend ergänzt, dass auch Zeiten einer Familienpflegezeit bei der Ermittlung des durchschnittlichen Arbeitsentgelts je Arbeitsstunde außer Betracht bleiben; Freistellungen nach dem Familienpflegezeitgesetz sind bislang nicht von der Regelung umfasst.

Auf Antrag wird das Bundesamt für Familie und zivilgesellschaftliche Aufgaben (BAFzA) im Zeitraum vom 1. März 2020 bis 30. September 2020 Kalendermonate bei der Berechnung des durchschnittlichen Arbeitsentgelts zum Beispiel auf Grund von Kurzarbeitergeld außer Betracht lassen. Der Zusammenhang des geringeren Arbeitsentgelts mit der COVID-19-Pandemie wird vermutet.

Zu Nummer 2 (§ 16)

Zu Absatz 1

Die Neuregelung ermöglicht eine vorübergehende Unterschreitung der wöchentlichen Mindestarbeitszeit von 15 Wochenstunden (auch auf null), längstens jedoch für einen Monat. Dies ermöglicht Beschäftigten, weiterhin im Rahmen der Familienpflegezeit ihre nahen Angehörigen zu pflegen oder zu betreuen.

Zu Absatz 2

Um in Zeiten der COVID-19-Pandemie schneller auf sich verändernde Umstände reagieren zu können, wird die Ankündigungsfrist für die Familienpflegezeit von acht Wochen auf zehn Arbeitstage verkürzt und damit an die der Pflegezeit angeglichen. Die Ankündigung in Textform (§ 126b des Bürgerlichen Gesetzbuchs) statt in Schriftform stellt insbesondere in Zeiten der Pandemie eine Erleichterung für die Beschäftigten dar.

Zu Absatz 3

Familienpflegezeit und Pflegezeit werden vorübergehend dahingehend flexibilisiert, dass die oder der Beschäftigte das Recht hat, mit Zustimmung des Arbeitgebers Familienpflegezeit nach einer Pflegezeit in Anspruch zu

nehmen, ohne dass die Freistellungen unmittelbar aneinander anschließen müssen. Die Familienpflegezeit kann längstens bis zum 30. September 2020 in Anspruch genommen werden. Die Gesamtdauer von 24 Monaten darf nicht überschritten werden.

Zu Absatz 4

Beschäftigte können mit Zustimmung des Arbeitgebers Pflegezeit oder eine Freistellung nach § 3 Absatz 5 des Pflegezeitgesetzes nach einer Familienpflegezeit in Anspruch nehmen, ohne dass ein unmittelbarer Anschluss erforderlich ist. Die Höchstdauer der Pflegezeit wie auch die Gesamtdauer der Freistellungen von 24 Monaten dürfen nicht überschritten werden. Pflegezeit oder Freistellung nach § 3 Absatz 5 des Pflegezeitgesetzes muss spätestens zum 30. September 2020 enden.

Zu Absatz 5

Eine Vereinbarung zwischen Arbeitgeber und Beschäftigten in Textform (§ 126b des Bürgerlichen Gesetzbuchs) erleichtert das Treffen einer Vereinbarung über die Verringerung und Verteilung der Arbeitszeit.

Zu Absatz 6

Die Neuregelung ermöglicht mit Zustimmung des Arbeitgebers eine Inanspruchnahme von Familienpflegezeit für die Pflege oder Betreuung desselben nahen Angehörigen, auch wenn eine bereits in Anspruch genommene Familienpflegezeit beendet ist. Die Höchstdauer beziehungsweise die Gesamtdauer von 24 Monaten dürfen nicht überschritten werden und die Familienpflegezeit muss spätestens bis 30. September 2020 beendet sein.

Zu Artikel 5b (Änderung des Pflegezeitgesetzes)

Coronabedingte kurzzeitige Arbeitsverhinderung von 20 Arbeitstagen sowie coronabedingte Anpassungen im Pflegezeitgesetz)

Zu § 9

Zu Absatz 1

Im Zuge der COVID-19-Pandemie haben zahlreiche Landesregierungen oder die örtlich zuständigen Behörden die Schließung von stationären Pflegeeinrichtungen verfügt. Beschäftigte müssen daher vielfach die Pflege ihrer zu Hause lebenden Angehörigen sicherstellen und neu organisieren. Auch ambulante Pflegedienste sind nicht mehr in dem gewohnten Umfang verfügbar. Daher soll während der Phase der COVID-19-Pandemie das Recht, der Arbeit zur Bewältigung einer pandemiebedingten akuten Pflegesituation fernzubleiben, bis zu 20 Arbeitstage umfassen. Die Regelung ist durch die besonderen Umstände, die auf die Ausbreitung der SARS-CoV-2-Infektionen zurückzuführen sind, begründet. Es wird vermutet, dass die akute Pflegesituation pandemiebedingt besteht. Wird die Vermutung widerlegt, wenn beispielsweise bekannt ist, dass es an einem Zusammenhang mit der COVID-19-Pandemie fehlt, kann diese Regelung nicht in Anspruch genommen werden. Das kann etwa dann gegeben sein, wenn die Inanspruchnahme der Pflegezeit nicht erforderlich war, um die häusliche Pflege sicherzustellen oder zu organisieren.

Zu Absatz 2

Mit der Neuregelung wird abweichend von der Regelung des § 44a des Elften Buches Sozialgesetzbuch auch auf die Bestimmung des § 150 Absatz 5d des Elften Buches Sozialgesetzbuch verwiesen, wonach das Pflegeunterstützungsgeld bei coronabedingten Versorgungsengpässen für bis zu 20 Arbeitstage in Anspruch genommen werden kann, unabhängig davon, ob eine akute Pflegesituation im Sinne von § 2 Absatz 1 Pflegezeitgesetz vorliegt. Die Nachrangigkeitsklausel, die in dem neuen § 150 Absatz 5d Satz 1 Nummer 2 des Elften Buches Sozialgesetzbuch, der parallel mit dieser Vorschrift in Kraft treten soll, vorgesehen ist, bleibt hiervon unberührt.

Zu Absatz 3

Die Ankündigung in Textform (§ 126b des Bürgerlichen Gesetzbuchs) statt der Schriftform stellt insbesondere in Zeiten der Pandemie eine Vereinfachung für die Beschäftigten bei der Ankündigung von Pflegezeit dar.

Zu Absatz 4

Familienpflegezeit und Pflegezeit von sechs Monaten werden vorübergehend dahingehend flexibilisiert, dass die oder der Beschäftigte das Recht hat, mit Zustimmung des Arbeitgebers Familienpflegezeit nach einer Pflegezeit in Anspruch zu nehmen, ohne dass die Freistellungen unmittelbar aneinander anschließen müssen. Die Familienpflegezeit muss spätestens zum 30. September 2020 enden.

Zu Absatz 5

Beschäftigte können mit Zustimmung des Arbeitgebers Pflegezeit oder eine Freistellung nach § 3 Absatz 5 des Pflegezeitgesetzes nach einer Familienpflegezeit in Anspruch nehmen, ohne dass ein unmittelbarer Anschluss erforderlich ist. Die Höchstdauer der Pflegezeit wie auch die Gesamtdauer der Freistellung von 24 Monaten dürfen nicht überschritten werden. Die Pflegezeit muss spätestens zum 30. September 2020 enden.

Zu Absatz 6

Die Vereinbarung in Textform (§ 126b des Bürgerlichen Gesetzbuchs) statt der schriftlichen Form stellt insbesondere in Zeiten der Pandemie eine Vereinfachung dar.

Zu Absatz 7

Die Neuregelung ermöglicht mit Zustimmung des Arbeitgebers eine Inanspruchnahme von Pflegezeit für die Pflege oder Betreuung desselben nahen Angehörigen, auch wenn eine bereits in Anspruch genommene Pflegezeit beendet ist. Hierbei dürfen insgesamt die Höchstdauer der Pflegezeit von sechs Monaten und die Gesamtdauer von 24 Monaten nicht überschritten werden und die Pflegezeit muss spätestens bis 30. September 2020 beendet sein.

Zu Artikel 13 (Änderung des Gesetzes über die Ausbildung zur Anästhesietechnischen Assistentin und zum Anästhesietechnischen Assistenten und über die Ausbildung zur Operationstechnischen Assistentin und zum Operationstechnischen Assistenten) – Streichung

(Inkrafttreten der Aufhebung der Modellklausel nach § 3a ZHG)

Hierbei handelt es sich um eine Folgeänderung zu der in dem Änderungsantrag zu Artikel 14 des Entwurfs eines Zweiten Gesetzes zum Schutz der Bevölkerung bei einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite vorgenommenen Änderung des § 21 des Gesetzes über die Ausübung der Zahnheilkunde (ZHG). Da es nunmehr rechtstechnisch beim ursprünglich vorgesehenen Inkrafttreten der reformierten Approbationsordnung für Zahnärzte und Zahnärztinnen einschließlich des dort geregelten Modellstudiengangs zum 1. Oktober 2020 bleibt, muss die Regelung zum Modellstudiengang in § 3a ZHG nicht verlängert werden. Daher ist Artikel 13 des Gesetzentwurfs entbehrlich und wird gestrichen.

Zu Artikel 14 (Änderung des Gesetzes über die Ausübung der Zahnheilkunde)

(Inkrafttreten der Approbationsordnung für Zahnärzte und Zahnärztinnen einschließlich der Regelungen zur Eignungs- und Kenntnisprüfung und zur Erteilung der Berufserlaubnis zum 1. Oktober 2020; gleichzeitig Außerkrafttreten der Approbationsordnung für Zahnärzte; Übergangsregelung)

Zu § 21

Zu Absatz 1

Absatz 1 regelt abweichend vom Gesetzentwurf, dass die Approbationsordnung für Zahnärzte und Zahnärztinnen wie ursprünglich geplant zum 1. Oktober 2020 in Kraft tritt. Damit wird rechtstechnisch insbesondere sichergestellt, dass die Regelungen zur Eignungs- und Kenntnisprüfung in Abschnitt 4 und die Erteilung der Erlaubnis zur vorübergehenden Ausübung der Zahnheilkunde in Abschnitt 5 wie geplant zum 1. Oktober 2020 in Kraft treten und zur Anwendung kommen. Hingegen werden aufgrund der Übergangsregelung des Absatzes 2 die neuen Regelungen zu Beginn und Durchführung des Studiums nach der Approbationsordnung für Zahnärzte und Zahnärztinnen um ein Jahr verschoben. Die bisherige Approbationsordnung für Zahnärzte tritt zum 1. Oktober 2020 außer Kraft.

Zu Absatz 2

Absatz 2 enthält eine Übergangsregelung zur Approbationsordnung für Zahnärzte und Zahnärztinnen. Konkret wird geregelt, dass Personen, die ihr Studium der Zahnheilkunde vor dem 1. Oktober 2021 aufnehmen, dieses nach den Regelungen der bisherigen Approbationsordnung für Zahnärzte beginnen. Mit Satz 2 wird klargestellt, dass die neue Approbationsordnung insoweit keine Anwendung findet. Satz 3 sieht wiederum eine Ausnahme von der Regelung in Satz 2 vor, indem angeordnet wird, dass auf die Studierenden, die ihr Studium der Zahnheilkunde bis zum 1. Oktober 2021 nach der Approbationsordnung für Zahnärzte beginnen oder begonnen haben, die Regelungen der §§ 133 und 134 der Approbationsordnung für Zahnärzte und Zahnärztinnen (ZApprO) anzuwenden sind und diese Studierenden ihr Studium nach den Regeln des § 134 ZApprO fortzuführen haben.

Durch die Regelung des Absatzes 2 wird faktisch – und wie schon im Gesetzentwurf angelegt – die Anwendung der neuen Regelungen zu Beginn und Durchführung des Studiums nach der Approbationsordnung für Zahnärzte und Zahnärztinnen um ein Jahr verschoben. Hintergrund ist, dass die COVID-19-Pandemie für die Universitäten auch im Rahmen der zahnärztlichen Ausbildung eine besondere Herausforderung darstellt. Für das Sommersemester 2020 wurde die Präsenzlehre kurzfristig auf alternative Lehrformate ohne Patientenkontakt umgestellt. Da diese alternativen Lehrformate den Unterricht am Patienten nicht vollständig ersetzen können, werden voraussichtlich Teile klinischer Lehrveranstaltungen in dem kommenden Wintersemester nachgeholt werden müssen. Dadurch wäre eine frühere Umsetzung der Verordnung zur Neuregelung der zahnärztlichen Ausbildung gefährdet. Mit der Übergangsregelung wird insoweit verhindert, dass die Ausbildung eines ganzen Jahrgangs an zahnmedizinischen Studierenden nicht begonnen bzw. durchgeführt werden kann.

Die Regelungen, die nicht das Studium betreffen, sind demgegenüber nicht Gegenstand der Übergangsregelung des Absatzes 2. Dies betrifft die Zulassung von Modellstudiengängen, die Regelung über die Erteilung der Approbation, sofern diese nicht die Studierenden betreffen, sowie die Eignungs- und Kenntnisprüfung in Abschnitt 4 und die Erteilung der Erlaubnis zur vorübergehenden Ausübung der Zahnheilkunde in Abschnitt 5. Diese Vorschriften kommen wie geplant zum 1. Oktober 2020 zur Anwendung. Diese Regelungen, die sich an die zuständigen Landesbehörden und nicht an die Universitäten richten, sind für die Praxis schon zum 1. Oktober 2020 dringend erforderlich.

Zu Artikel 15 (Änderung der Approbationsordnung für Zahnärzte und Zahnärztinnen)

(Änderung der Übergangsvorschriften)

Zu den Nummern 1 und 2

Es handelt sich hierbei um Folgeänderungen zu den in dem Änderungsantrag zu Artikel 14 des Entwurfs eines Zweiten Gesetzes zum Schutz der Bevölkerung bei einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite vorgenommenen Änderungen des § 21 des Gesetzes über die Ausübung der Zahnheilkunde (ZHG). Da die Approbationsordnung für Zahnärzte nunmehr wie ursprünglich geplant zum 1. Oktober 2020 mit Inkrafttreten der neuen Approbationsordnung außer Kraft tritt, ist in den Übergangsvorschriften der Approbationsordnung für Zahnärzte und Zahnärztinnen auf die (alte) Approbationsordnung für Zahnärzte in der bis zum 30. September 2020 geltenden Fassung abzustellen. Die Regelungen zum Studium nach der (neuen) Approbationsordnung für Zahnärzte und Zahnärztinnen sind auf Grundlage des § 21 ZHG – neu – ab dem 1. Oktober 2021 anzuwenden.

Zu Artikel 16 (Änderung der Verordnung zur Neuregelung der zahnärztlichen Ausbildung)

(Streichung als Folgeänderung zum Inkrafttreten der Approbationsordnung für Zahnärzte und Zahnärztinnen und zum Außerkrafttreten der Approbationsordnung für Zahnärzte zum 1. Oktober 2020) – Streichung

Hierbei handelt es sich um eine Folgeänderung zu der in dem Änderungsantrag zu Artikel 14 des Entwurfs eines Zweiten Gesetzes zum Schutz der Bevölkerung bei einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite vorgenommenen Änderung des § 21 des Gesetzes über die Ausübung der Zahnheilkunde (ZHG). Abweichend vom Gesetzentwurf bleibt es rechtstechnisch beim Inkrafttreten der Approbationsordnung für Zahnärzte und Zahnärztinnen

und Außerkrafttreten der Approbationsordnung für Zahnärzte zum 1. Oktober 2020. Artikel 16 des Gesetzentwurfs ist zu streichen, da es keiner Änderung der Verordnung zur Neuregelung der zahnärztlichen Ausbildung bedarf.

Zu Artikel 20 (Inkrafttreten, Außerkrafttreten)

(Regelung zum Inkrafttreten der Vereinbarung von Zusatzentgelten für Testungen auf eine SARS-CoV-2-Infektion im Krankenhaus sowie der Verordnungsermächtigung zur Ermöglichung und Kostentragung von Testungen im ambulanten Bereich, Geltung des erhöhten Leistungsbetrags für eine Kurzzeitpflege in Rehabilitationseinrichtungen rückwirkend zum 28. März 2020; Folgeänderung Beschränkung der Geltungsdauer der auf Grund der COVID-19-Pandemie getroffenen Regelungen im Familienpflegezeit- und im Pflegezeitgesetz auf den 30. September 2020)

Zu Absatz 1

Zum einen handelt es sich um eine redaktionelle Korrektur. Absatz 8a und Absatz 9 regeln das Außerkrafttreten, sodass hinsichtlich des Inkrafttretens nur auf die Absätze 1a bis 8 abgestellt werden darf. Zum anderen handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung durch das Einfügen eines neuen Absatz 1a.

Zu Absatz 1a

Die Regelungen über die Vereinbarung eines Zusatzentgelts für Testungen auf eine SARS-CoV-2-Infektion im Krankenhaus sowie die Verordnungsermächtigung zur Ermöglichung und Kostentragung von Testungen im ambulanten Bereich treten mit Wirkung vom [Tag der 3. Lesung] in Kraft. Die Verordnung auf der Grundlage von § 20i Absatz 3 Satz 2 SGB V kann damit rückwirkend zu diesem Tag in Kraft gesetzt werden.

Zu Absatz 4

Bereits mit dem Gesetz zum Ausgleich COVID-19 bedingter finanzieller Belastungen der Krankenhäuser und weiterer Gesundheitseinrichtungen (COVID-19-Krankenhausesentlastungsgesetz) wurde die Möglichkeit eingeführt, Kurzzeitpflege in Einrichtungen, die stationäre Leistungen zur medizinischen Vorsorge oder Rehabilitation erbringen, abweichend von § 42 Absatz 4 des Elften Buches Sozialgesetzbuch in Anspruch zu nehmen auch ohne, dass gleichzeitig eine Maßnahme der medizinischen Vorsorge oder Rehabilitation für eine Pflegeperson erbracht wird. Der leistungsrechtliche Anspruch für Kurzzeitpflege in derartigen Einrichtungen soll mit der Einführung eines neuen Absatzes 2 in § 149 des Elften Buches Sozialgesetzbuch erheblich angehoben werden.

Mit diesem Änderungsantrag soll der erhöhte Leistungsanspruch bereits rückwirkend auf den Zeitpunkt des Inkrafttretens des COVID-19-Krankenhausesentlastungsgesetzes am 28. März 2020 Wirkung entfalten.

Zu Absatz 5

Es handelt sich hierbei um eine Folgeänderung durch die Streichung der Artikel 13 und 16 aufgrund der entsprechenden Änderungsanträge.

Zu Absatz 8a

Mit der Regelung zum Außerkrafttreten wird die Geltungsdauer der auf Grund der COVID-19-Pandemie im Familienpflegezeitgesetz und im Pflegezeitgesetz getroffenen Regelungen auf den 30. September 2020 beschränkt.

Zu Absatz 9

Es handelt sich hierbei um eine rein redaktionelle Anpassung.

Berlin, den 13. Mai 2020

Rudolf Henke
Berichterstatler

Sabine Dittmar
Berichterstatlerin

Detlev Spangenberg
Berichterstatler

Dr. Andrew Ullmann
Berichterstatler

Dr. Achim Kessler
Berichterstatler

Kordula Schulz-Asche
Berichterstatlerin