



## **Stellungnahme der Bundesärztekammer**

zum Entwurf einer Formulierungshilfe für einen aus der Mitte des Deutschen Bundestages einzubringenden Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung des Schutzes der Bevölkerung und insbesondere vulnerabler Personengruppen vor COVID-19 (COVID-19-SchG)

vom 24.06.2022

Berlin, 28.06.2022

Korrespondenzadresse:

Bundesärztekammer  
Herbert-Lewin-Platz 1  
10623 Berlin

## Inhaltsverzeichnis

### 1. Grundlegende Bewertung des Gesetzesentwurfs

Die vorliegende Formulierungshilfe des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) für ein aus der Mitte des Deutschen Bundestages einzubringenden Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung des Schutzes der Bevölkerung und insbesondere vulnerabler Personengruppen vor COVID-19 (COVID-19-SchG) ist nach Angaben des BMG ein erster Entwurf im Sinne eines Trägergesetzes, dem noch zu vereinbarende weitere gesetzliche Regelungen zur Vorbereitung auf den Herbst und Winter 2022/2023 folgen sollen.

Ziel des Gesetzgebers ist, frühzeitig auf saisonbedingte Effekte vorzubereitet zu sein, insbesondere bei einem möglichen Wiederanstieg der Infektions- und Hospitalisierungszahlen zum Herbst/Winter 2022/2023, da zeitnah verschiedene Verordnungsermächtigungen zur Bekämpfung der Verbreitung des Coronavirus SARS-CoV-2 außer Kraft treten. Darüber hinaus sollen unter zielgerichtetem Einsatz von Surveillance- und Schutzmaßnahmen die schweren gesamtgesellschaftlichen Einschränkungen der vergangenen Jahre vermieden werden.

Die vorgelegten Änderungen betreffen u. a.:

- eine Verlängerung der Ermächtigungsgrundlage für die CoronaImpfV und TestV sowie der Geltungsdauer der CoronaImpfV bis zum 30. April 2023, wodurch auch die Berechtigung zur Durchführung von COVID-19-Impfungen durch Apotheker, Zahnärzte sowie Tierärzte verlängert werden soll;
- die Schaffung einer Grundlage für nationale Präventionsprogramme in dem neu gefassten § 23 des Infektionsschutzgesetzes (IfSG), mit der die weitere Aufrechterhaltung insbesondere der Strukturen für bevölkerungsbezogene Impf- und Testkampagnen sichergestellt werden soll, wobei eine Kostenbeteiligung des Bundes (zum Beispiel für Testungen) ermöglicht werden soll;
- eine Aufgabenerweiterung der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention (KRINKO) auf Unternehmen der Pflege und Eingliederungshilfe;
- eine Verpflichtung von Krankenhäusern, regelmäßig die Anzahl der belegten sowie der aufgestellten Betten auf Normalstationen pro Krankenhaus zu melden;
- eine Verstetigung der Ermächtigungsgrundlage, welche Grundlage für die DIVI-Intensivregisterverordnung ist;
- eine verpflichtende anonymisierte Erfassung der durchgeführten (auch negativen) SARS-CoV-2-PCR-Testungen;
- dass weitergehend als bisher repräsentative Sentinel-Studien ermöglicht werden sollen, bei denen beispielsweise in Zusammenarbeit mit Einrichtungen der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung repräsentative Auswertungen zu Infektionszahlen und Durchimpfungsraten stattfinden können und wobei auf dieser Basis auch die sogenannte Abwassersurveillance fortgeführt werden könne;
- dass für den Fall der erneuten Feststellung einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite die Folgen einer erneuten verminderten Inanspruchnahme von Leistungen durch die Versicherten in entsprechenden Vereinbarungen zwischen den

Partnern der Gesamtverträge im vertragszahnärztlichen Bereich angepasst werden sollen;

- dass den Vertragsparteien nach § 111 Absatz 5 Satz 1 und § 111c Absatz 3 Satz 1 SGB V aufgegeben wird, für Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen an verschiedene Sondersituationen angepasste Vergütungsvereinbarungen zu vereinbaren (z. B. bei Feststellung einer epidemischen Lage nationaler Tragweite nach § 5 Absatz 1 IfSG).

Die Bundesärztekammer befürwortet die Intention des BMG einer vorausschauenden Planung, um frühzeitig auf einen möglichen saisonal bedingten Anstieg der COVID-19-Erkrankungen im Herbst und Winter 2022/23 vorbereitet zu sein – insbesondere unter Einbeziehung der Stellungnahme des ExpertInnenrates der Bundesregierung zu COVID-19.

Die Bundesärztekammer lehnt eine Verlängerung der Berechtigung zur Durchführung von COVID-19-Impfungen durch Apothekerinnen und Apotheker, Zahnärztinnen und Zahnärzte sowie Tierärztinnen und Tierärzte bis zum 30. April 2023 ab. Hierzu fehlen überzeugende Daten, die belegen würden, dass diese Einbindung notwendig und zielführend ist, um ein flächendeckendes Impfangebot sicherzustellen. Darüber hinaus hat sich die Bundesärztekammer – insbesondere im Hinblick auf den Patientenschutz – bereits mehrfach gegen die Hinzuziehung weiterer Berufsgruppen (Apothekerinnen und Apotheker, Tierärztinnen und Tierärzte, Zahnärztinnen und Zahnärzte) zur Durchführung von Schutzimpfungen bzw. die Übertragung des Impfrechts neben Ärztinnen und Ärzten auch auf andere Professionen aus dem Gesundheitswesen ausgesprochen (s. hierzu u. a.: [https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user\\_upload/downloads/pdf-Ordner/Stellungnahmen/Impfpraevention\\_SN\\_BAEK\\_08122021\\_final.pdf](https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/Stellungnahmen/Impfpraevention_SN_BAEK_08122021_final.pdf)).

Die Durchführung von Impfungen ist eine originäre Aufgabe der Humanmedizin und darf auch aus Gründen des Patientenschutzes nur unter ärztlicher Aufsicht erfolgen.

Des Weiteren merkt die Bundesärztekammer an, dass die §§ 33 – 36 IfSG (Artikel 1, Nummer 22 der Formulierungshilfe) einer grundsätzlichen Überarbeitung bedürfen, auch wenn im Folgenden zu einzelnen Punkten Stellung genommen wird.

## **2. Vorbemerkung**

Es ist an dieser Stelle anzumerken, dass eine sinnvolle Beteiligung der Verbände nur mit einer angemessenen Fristsetzung zur Abgabe einer Einschätzung erfolgen kann. Dies ist im vorliegenden Fall durch das BMG erneut nicht berücksichtigt worden. Eine ausführliche Bewertung der vorliegenden Formulierungshilfe ist aufgrund der engen Fristsetzung nicht möglich. Die Bundesärztekammer nimmt daher im Folgenden ausschließlich zu ausgewählten Änderungen des Infektionsschutzgesetzes und des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) sowie zur Änderung des Gesetzes zur Stärkung der Impfprävention gegen COVID-19 und zur Änderung weiterer Vorschriften im Zusammenhang mit der COVID-19-Pandemie Stellung.

Angesicht der Kürze der Stellungnahmefrist behält sich die Bundesärztekammer vor, zu einem späteren Zeitpunkt ergänzend Stellung zu nehmen.

### 3. Stellungnahme im Einzelnen

#### Artikel 1 – Änderung des Infektionsschutzgesetzes

##### Nr. 2 a) – § 5 „Epidemische Lage von nationaler Tragweite“

##### Absatz 2 Satz 1 Nummer 7 Buchstabe b

###### A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Formulierung zur Ermächtigung des Bundesministeriums für Gesundheit, durch Rechtsverordnung abweichend von der Approbationsordnung für Ärzte Regelungen zur Ausbildung von Ärztinnen und Ärzten vor dem Hintergrund einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite festzulegen, wurde angepasst. Ziel der Änderung ist, entsprechende Regelungen für Ärzte, Apotheker und Zahnärzte (vgl. § 5 Abs. 2 Satz 1 Nummer 7 c, d und f) anzugleichen.

###### B) Stellungnahme der Bundesärztekammer

Aus Sicht der Bundesärztekammer ist eine Angleichung für den Erlass von Regelungen, welche von den jeweiligen Approbationsordnungen abweichen, zu begrüßen. In diesem Zusammenhang erscheint die Formulierung bezüglich abweichender „(...) Anforderungen an die Durchführung (...) der Famulatur und der praktischen Ausbildung“ jedoch redundant. Die Famulatur stellt – neben weiteren vorgesehenen Tätigkeiten wie dem Krankenpflegepraktikum und dem Praktischen Jahr – *einen Teil* der praktischen Ausbildung im Studium der Humanmedizin dar.

Gleichzeitig erachtet es die Bundesärztekammer als wichtig, dass Medizinstudierenden weiterhin ermöglicht wird, an der Gesundheitsversorgung mitzuwirken, sofern es die epidemische Lage von nationaler Tragweite verlangt, ohne dass sie hierdurch einen Nachteil für ihren Studienfortschritt befürchten müssen. Es ist nicht nachvollziehbar und auch nicht ersichtlich, weshalb die entsprechende Regelung entfallen soll.

Die Regelung sollte jedoch nicht zu einer Verkürzung der Regelstudienzeit führen.

###### C) Änderungsvorschlag der Bundesärztekammer

Die Bundesärztekammer bittet um Änderung der Formulierung wie folgt:

b) „abweichend von der Approbationsordnung für Ärzte die Regelstudienzeit, die Zeitpunkte und die Anforderungen an die Durchführung der einzelnen Abschnitte der Ärztlichen Prüfung und der Eignungs- und Kenntnisprüfung, ~~der Famulatur~~ **sowie** und der praktischen Ausbildung festzulegen, ~~und~~ alternative Lehrformate vorzusehen, um die Fortführung des Studiums zu gewährleisten **und zu regeln, dass Medizinstudierenden infolge einer notwendigen Mitwirkung an der Gesundheitsversorgung keine Nachteile für den Studienfortschritt entstehen,**“

##### Nr. 7 b) – § 10 „Nichtnamentliche Meldung“

##### Absatz 3 (neu)

###### A) Beabsichtigte Neuregelung

Es werden die Angaben aufgeführt, die bei einer nichtnamentlichen Meldung nach § 7 Absatz 4 (bei Untersuchungen zum direkten oder indirekten Nachweis von SARS-CoV-2) zu

machen sind. Hierunter zählen z. B. eine fallbezogene Pseudonymisierung, das Geschlecht der betroffenen Person oder der Untersuchungsbefund einschließlich der Typisierungsergebnisse. Eine Meldung muss spätestens 24 Stunden nach Kenntniserlangung an das Robert Koch-Institut erfolgen.

## **B) Stellungnahme der Bundesärztekammer**

Die Bundesärztekammer befürwortet eine frühzeitige Meldung einer COVID-19-Infektion. Es ist jedoch darauf hinzuweisen, dass ein Typisierungsergebnis erst nach einigen Tagen vorliegt und somit nachgemeldet werden muss. Eine Klarstellung (auch in Bezug auf die Typisierungsergebnisse in den übrigen Absätzen unter § 10 IfSG) ist erforderlich, insbesondere da durch Änderungen in § 73 (Nr. 27 der Formulierungshilfe) Sanktionsmechanismen eingeführt werden sollen, u. a. für eine nicht vollständige oder nicht rechtzeitige Meldung. Eine Sanktionierung lehnt die Bundesärztekammer insbesondere mit Blick auf nachgemeldete Typisierungsergebnisse ab.

## **Nr. 9 c) – § 13 „Weitere Formen der epidemiologischen Überwachung“**

### **Absatz 5**

#### **A) Beabsichtigte Neuregelung**

Durch die Änderungen in § 13 Absatz 5 sollen neben den bereits zur Meldung verpflichteten Impfzentren und Kassenärztlichen Vereinigungen nunmehr auch weitere Erbringer von Schutzimpfungen, etwa Apotheken, die Gripeschutzimpfungen durchführen, zur Datenmeldung an das Robert Koch-Institut und das Paul-Ehrlich-Institut zum Zwecke der Impfsurveillance bzw. Pharmakovigilanz nach Maßgabe der Rechtsverordnung nach Satz 2 verpflichtet werden. Dadurch soll das Robert Koch-Institut in die Lage versetzt werden u. a. die Inanspruchnahme des Impfangebots in Apotheken oder die Wirkung der Impfstoffe und die Entwicklung der Impfquoten auszuwerten.

#### **B) Stellungnahme der Bundesärztekammer**

Die Bundesärztekammer lehnt die Berechtigung zur Durchführung von Impfungen durch Apothekerinnen und Apotheker ab (ausführliche Stellungnahme hierzu s. „Artikel 6“).

## **Nr. 9 d) – § 13 „Weitere Formen der epidemiologischen Überwachung“**

### **Absatz 7 (neu)**

#### **A) Beabsichtigte Neuregelung**

Vor dem Hintergrund der Empfehlungen des Corona-ExpertInnenrates sollen Krankenhäuser verpflichtet werden, täglich die Anzahl der belegten Betten sowie der aufgestellten Betten auf Normalstationen pro Krankenhaus an eine zentrale Stelle (hier das Robert Koch-Institut sowie das DIVI-IntensivRegister) zu melden, um frühzeitig Engpässe auf Normalstationen erkennen zu können. Darüber hinaus sollen die freien und belegten intensivmedizinischen Behandlungskapazitäten an das DIVI-IntensivRegister gemeldet werden.

Zudem wird vorgesehen, dass in einer Rechtsverordnung auch die Übermittlung weiterer Angaben durch die Krankenhäuser festgelegt werden kann. Hierfür sollen aus diesen

Angaben Anhaltspunkte für die Auslastung der Krankenhauskapazitäten abgeleitet werden können.

## **B) Stellungnahme der Bundesärztekammer**

Die Bundesärztekammer hält die Einrichtung eines Registers für Behandlungskapazitäten auf Normal- sowie Intensivstationen für sinnvoll. Eine Anbindung an eine Fachgesellschaft hält die Bundesärztekammer nicht für erforderlich (s. hierzu auch [https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user\\_upload/downloads/pdf-Ordner/Stellungnahmen/2020\\_04\\_06\\_BAEK\\_Stellungnahme\\_DIVI-Register\\_Final.pdf](https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/Stellungnahmen/2020_04_06_BAEK_Stellungnahme_DIVI-Register_Final.pdf)). Zudem erscheint unklar, warum eine Meldung nicht nur an das RKI, sondern auch an das DIVI-IntensivRegister erfolgen soll.

## **Nr. 10 e) – § 14 „Elektronisches Melde- und Informationssystem“**

### **Absatz 8 Satz 6-7 (neu)**

#### **A) Beabsichtigte Neuregelung**

Meldepflichtige Ärztinnen und Ärzte in Krankenhäusern haben ab dem 17. September 2022 ihrer Verpflichtung zur Meldung des direkten oder indirekten Nachweises einer Infektion mit den in § 7 Absatz 3 Satz 1 genannten Krankheitserregern durch Nutzung des elektronischen Melde- und Informationssystems ab dem 17. September 2022 nachzukommen.

#### **B) Stellungnahme der Bundesärztekammer**

Es sind technische Voraussetzungen zu schaffen, damit Ärztinnen und Ärzte im Sinne dieser Vorgabe das elektronische Melde- und Informationssystem nutzen können. Die Schaffung dieser Voraussetzungen liegt in der Verantwortung des jeweiligen Krankenhauses; nicht in der des meldepflichtigen Arztes. Nach Kenntnis der Bundesärztekammer sind bisher noch nicht alle Krankenhäuser an DEMIS angebunden. Die Krankenhäuser sollten aufgefordert werden, möglichst medienbruchfreie und für den Meldepflichtigen aufwandsarme technische Möglichkeiten zur Nutzung von DEMIS zu implementieren. Zudem muss geklärt werden, wie eine entsprechende Meldung erfolgen soll, sofern die technischen Voraussetzungen zum Zeitpunkt des Inkrafttretens noch nicht vorhanden sind.

#### **C) Änderungsvorschlag der Bundesärztekammer**

Es wird der folgende Satz eingefügt:

„Meldepflichtige nach § 8 Absatz 1 Nummer 1 müssen, soweit sie in einem Krankenhaus tätig sind, abweichend von Satz 2 ihrer Verpflichtung zur Meldung des direkten oder indirekten Nachweises einer Infektion mit den in § 7 Absatz 3 Satz 1 genannten Krankheitserregern durch Nutzung des elektronischen Melde- und Informationssystems ab dem 17. September 2022 nachkommen. *Die Krankenhäuser haben die hierfür erforderlichen technischen Voraussetzungen zu schaffen.* Meldepflichtige nach § 8 Absatz 1 Satz 1 Nummer 7 und Benachrichtigungspflichtige nach §§ 35 und 36 müssen abweichend von Satz 2 ihrer Verpflichtung zur Meldung und Benachrichtigung ab dem 1. Juli 2023 nachkommen.“

## **Nr. 16 – § 23 (neu) „Nationale Programme zur Prävention übertragbarer Krankheiten“**

### **A) Beabsichtigte Neuregelung**

Der neu gefasste § 23 enthält Regelungen über Nationale Programme zur Prävention übertragbarer Krankheiten. Hierin wird das BMG ermächtigt, durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates zu bestimmen, dass „Stellen des Bundes oder die Länder“ zum Schutz einer die öffentliche Gesundheit bedrohenden übertragbaren Krankheit bestimmte Schutzimpfungen oder andere Maßnahmen der spezifischen Prophylaxe, Gegenstände der persönlichen Schutzausrüstung und Produkte zur Desinfektion und Beratung und Untersuchung einschließlich Testungen unentgeltlich oder gegen Gebühr anzubieten haben.

Im Fall beschränkter Verfügbarkeit von entsprechenden Ressourcen soll die Rechtsverordnung eine Priorisierung festlegen können, wobei als Priorisierungskriterien insbesondere das Alter, der Gesundheitszustand, das behinderungs-, tätigkeits- oder aufenthaltsbedingte Expositionsrisiko sowie die Systemrelevanz in zentralen staatlichen Funktionen und Kritischen Infrastrukturen in Betracht kommen sollen.

### **B) Stellungnahme der Bundesärztekammer**

Der erste Satz unter Absatz 1 ist sehr allgemein gehalten, wobei die zu bestimmende Regelung noch nicht einmal auf „geeignete“ Stellen eingeschränkt wird. Die Bundesärztekammer regt hier eine Überarbeitung an sowie die Spezifizierung einer entsprechenden Eignung der Stelle. Zudem ist unklar, ob „die Länder“ entsprechende Maßnahmen bzw. Leistungen an geeignete Stellen delegieren dürften. Hier wäre eine Klarstellung hilfreich.

Die Bundesärztekammer stimmt den genannten Priorisierungskriterien nicht zu. Es ist nicht erkennbar, welchen Bezug die Priorisierungskriterien haben, und ob die genannten Kriterien ausreichend sind. Bei Fragen der Priorisierung ist die ärztliche Expertise einzubeziehen. Die Bundesärztekammer bittet daher an dieser Stelle um eine grundlegende Überarbeitung.

## **Nummer 22 – § 33 (neu) „Maßnahmen im Reiseverkehr“**

### **Absatz 6 und Absatz 7**

#### **A) Beabsichtigte Neuregelung**

Absatz 6 enthält die Verordnungsermächtigung der Landesregierungen und Absatz 7 die Verordnungsermächtigung des Bundesministeriums für Gesundheit für Maßnahmen im Reiseverkehr, welche ursprünglich in § 36 Absatz 6 bzw. Absatz 7 geregelt waren.

In Absatz 6 werden „die Landesregierungen ermächtigt, durch Rechtsverordnung festzulegen, dass Personen, die nach dem 31. Dezember 2018 in die Bundesrepublik Deutschland eingereist sind und die auf Grund ihrer Herkunft oder ihrer Lebenssituation wahrscheinlich einem erhöhten Infektionsrisiko für bestimmte bedrohliche übertragbare Krankheiten ausgesetzt waren, nach ihrer Einreise ein ärztliches Zeugnis darüber vorzulegen haben, dass bei ihnen keine Anhaltspunkte für das Vorliegen solcher bedrohlicher übertragbarer Krankheiten vorhanden sind [...]“.

In Absatz 7 wird das Bundesministerium für Gesundheit „ermächtigt, durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates festzulegen, dass Personen, die in die

Bundesrepublik Deutschland einreisen wollen oder eingereist sind und die wahrscheinlich einem erhöhten Infektionsrisiko für eine bestimmte bedrohliche übertragbare Krankheit ausgesetzt waren, vor oder nach ihrer Einreise ein ärztliches Zeugnis darüber vorzulegen haben, dass bei ihnen keine Anhaltspunkte für das Vorliegen einer solchen bedrohlichen übertragbaren Krankheit vorhanden sind [...]“.

## **B) Stellungnahme der Bundesärztekammer**

Es ist eine nähere Erläuterung zu den Verordnungsermächtigungen bzw. derer zwischen BMG und den Landesregierungen erforderlich

Zudem bleibt unklar, warum in Absatz 6 der 31. Dezember 2018 als Datum gewählt wird, demnach ein Zeitpunkt der Einreise vor mehreren Jahren. Hier ist die Praktikabilität zu hinterfragen. Zudem empfiehlt die Bundesärztekammer das Wort „wahrscheinlich“ näher zu definieren.

Die Bundesärztekammer regt an in Absatz 7 näher zu definieren, bis zu welchem Zeitpunkt der Einreise die Verordnungsermächtigung gilt und hierbei insbesondere die individuellen Infektionsverläufe verschiedener Erkrankungen zu berücksichtigen. Zudem empfiehlt die Bundesärztekammer auch hier das Wort „wahrscheinlich“ näher zu definieren.

## **Nummer 22 – § 34 (neu) „Infektionsschutz in medizinischen Einrichtungen“**

### **Absatz 1**

#### **A) Beabsichtigte Neuregelung**

Das Aufgabenspektrum der beim Robert Koch-Institut eingerichteten Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention (KRINKO) soll auf Einrichtungen und Unternehmen der Pflege und Eingliederungshilfe erweitert und die Bezeichnung der Kommission dementsprechend angepasst werden. Nach wie vor soll die KRINKO Empfehlungen zu Kriterien und Verfahren zur Einstufung von Einrichtungen als Einrichtungen für ambulantes Operieren erstellen.

#### **B) Stellungnahme der Bundesärztekammer**

Die Rahmenbedingungen für ambulantes Operieren werden vertraglich von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV), der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) und der Spitzenverband der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-SV) ausgehandelt. Eingeschlossen sind dabei auch die Leistungsvergütung und die Festlegung von speziellen Qualitätssicherungsmaßnahmen. Insofern mutet es als fachfremd an, wenn eine Kommission am RKI in einem eigenen Kriterienkatalog definieren soll, was eine Einrichtung für das ambulante Operieren als solche auszeichnet bzw. erkennbar macht.

Für die Berücksichtigung ärztlicher Expertise regen wir an, dass der Bundesärztekammer eine Beteiligung durch die Benennung von stimmberechtigten Mitgliedern der KRINKO eingeräumt wird.

#### **C) Änderungsvorschlag der Bundesärztekammer**

~~Streichung von § 34 Abs. 1 Satz 4: „Sie erstellt zudem Empfehlungen zu Kriterien und Verfahren zur Einstufung von Einrichtungen als Einrichtungen für ambulantes Operieren.“~~

## **Nummer 22 – § 34 (neu) „Infektionsschutz in medizinischen Einrichtungen“**

### **Absatz 4**

#### **A) Beabsichtigte Neuregelung**

Der Arbeitgeber darf personenbezogene Daten eines Beschäftigten über dessen Test-, Impf- und Serostatus verarbeiten, um über die Begründung eines Beschäftigungsverhältnisses oder über die Art und Weise einer Beschäftigung zu entscheiden. Dies soll nicht in Bezug auf „leitliniengerecht behandelte“ übertragbare Krankheiten, die im Rahmen einer leitliniengerechten Behandlung nach dem Stand der medizinischen Wissenschaft nicht mehr übertragen werden können, gelten.

#### **B) Stellungnahme der Bundesärztekammer**

Im bisherigen § 23a IfSG heißt es mit Blick auf die oben genannte Einschränkung: *„Dies gilt nicht in Bezug auf übertragbare Krankheiten, die im Rahmen einer leitliniengerechten Behandlung nach dem Stand der medizinischen Wissenschaft nicht mehr übertragen werden können.“* Aus Sicht der Bundesärztekammer wird das Instrument der Leitlinien in der beabsichtigten Neuregelung zu unkritisch und tendenziell inflationär eingesetzt, was die Gefahr birgt, dass durch eine solche Überstrapazierung des Instruments das Vertrauen und die positiven Effekte von Leitlinien aufs Spiel gesetzt werden. Abgesehen davon, dass nicht für jede übertragbare Krankheit davon ausgegangen werden kann, dass hierzu auch Leitlinien, insbesondere Leitlinien hoher Güteklasse, zur Verfügung stehen, dürfte es mit Blick auf den konkreten Zusammenhang für den Arbeitgeber aus praktischen Gründen schwierig sein, sich davon zu überzeugen, dass eine Infektionskrankheit auch tatsächlich „leitliniengerecht“ behandelt worden ist. Davon abgesehen bietet bei übertragbaren Krankheiten auch eine leitliniengerechte Behandlung nicht immer eine Gewähr dafür, dass nach erfolgter Behandlung eine Übertragung vollständig ausgeschlossen ist. Hier wird also auch noch eine falsche Sicherheit, die physiologisch nicht begründbar ist, signalisiert.

#### **C) Änderungsvorschlag der Bundesärztekammer**

Änderung von § 34 Abs. 4 Satz 2 IfSG wie folgt: *„Dies gilt nicht in Bezug auf ~~leitliniengerecht behandelte~~ übertragbare Krankheiten, die im Rahmen einer leitliniengerechten Behandlung nach dem Stand der medizinischen Wissenschaft nicht mehr übertragen werden können.“*

## **Nummer 22 – § 36 (neu) – Infektionsschutz in Gemeinschaftseinrichtungen**

### **Absatz 1 Nummer 3**

#### **A) Beabsichtigte Neuregelung**

In § 36 Absatz 1 werden Einrichtungen genannt, welche der infektionshygienischen Überwachung durch das Gesundheitsamt unterliegen und eine Verpflichtung zu innerbetrieblichen Hygieneplänen haben. In § 36 Absatz 1 Satz 1 wurden die ursprünglich in § 33 sowie § 36 Absatz 1 genannten Einrichtungen zusammengeführt. Auch „Schulen und sonstige Ausbildungseinrichtungen“ werden genannt.

#### **B) Stellungnahme der Bundesärztekammer**

Aus Sicht der Bundesärztekammer ist unklar, ob Hochschulen und Universitäten unter „sonstige Ausbildungseinrichtungen“ subsumiert werden sollen. Aktuell ist in § 33 IfSG geregelt, dass Gemeinschaftseinrichtungen „im Sinne dieses Gesetzes (...) Einrichtungen

(sind), in denen überwiegend minderjährige Personen betreut werden.“ Diese Formulierung entfällt im vorliegenden Entwurf und somit ist nicht ersichtlich, ob die aktuelle Regelung entsprechend beibehalten werden soll.

### **C) Änderungsvorschlag der Bundesärztekammer**

Die Bundesärztekammer bittet um nähere Definition von „sonstigen Ausbildungseinrichtungen“ im Sinne des vorliegenden Gesetzes.

## **Artikel 2 – Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch**

### **Nr. 2 – § 85a „Sonderregelungen für Vertragszahnärztinnen und Vertragszahnärzte aus Anlass der COVID-19-Pandemie“**

#### **Absatz 7 (neu)**

#### **A) Beabsichtigte Neuregelung**

Laut den vorliegenden Angaben konnte während COVID-19-Pandemie in Phasen eines hohen Infektionsgeschehens eine verminderte Inanspruchnahme von Heilmitteln und vertragszahnärztlichen Leistungen durch die Versicherten beobachtet werden. Für den Fall der erneuten Feststellung einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite sowie einer erneuten verminderten Inanspruchnahme von Leistungen sollen die Vertragsparteien für diesen Zeitraum zur Gewährleistung der Leistungsfähigkeit der Zahnarztpraxen entsprechende Vereinbarungen anpassen.

#### **B) Stellungnahme der Bundesärztekammer**

Eine Fokussierung auf die vertragszahnärztlichen Leistungen im Vergleich zu vertragsärztlichen Leistungen wird nicht begründet. Aus Sicht der Bundesärztekammer ist zu klären, inwiefern entsprechende Regelungen auch für den vertragsärztlichen Bereich zu treffen sind.

## **Artikel 6 – Änderung des Gesetzes zur Stärkung der Impfprävention gegen COVID-19 und zur Änderung weiterer Vorschriften im Zusammenhang mit der COVID-19-Pandemie**

### **Nr. 1 und 2 – Artikel 2 „Weitere Änderung des Infektionsschutzgesetzes“ und Artikel 23 Absatz 4 „Inkrafttreten“**

#### **A) Beabsichtigte Neuregelung**

Die Berechtigung zur Durchführung von COVID-19-Impfungen durch Apothekerinnen und Apotheker, Zahnärztinnen und Zahnärzte sowie Tierärztinnen und Tierärzte soll bis zum 30. April 2023 verlängert werden. Damit soll weiterhin ein niedrigschwelliges, flächendeckendes Impfangebot sichergestellt werden.

#### **B) Stellungnahme der Bundesärztekammer**

Für eine Verlängerung der Berechtigung zur Durchführung von COVID-19-Impfungen durch Apothekerinnen und Apotheker, Zahnärztinnen und Zahnärzte sowie Tierärztinnen und

Tierärzte bis zum 30. April 2023 fehlen überzeugende Daten, die belegen würden, dass diese Einbindung bislang notwendig war und weiterhin notwendig ist, um ein flächendeckendes Impfangebot sicherzustellen. Das bisher beobachtete Ausmaß der durch die vorgenannten Berufsgruppen durchgeführten Impfungen dürfte nach Kenntnis der Bundesärztekammer in einer für die Bekämpfung der Pandemie nicht relevanten Größenordnung liegen. Die Verlängerungsfrist ist daher ebenfalls spätestens auf den Ablauf des Jahres 2022 zu setzen.

Darüber hinaus hat sich die Bundesärztekammer bereits mehrfach gegen die Hinzuziehung weiterer Berufsgruppen (Apothekerinnen und Apotheker, Tierärztinnen und Tierärzte, Zahnärztinnen und Zahnärzte) zur Durchführung von Schutzimpfungen bzw. die Übertragung des Impfrechts neben Ärztinnen und Ärzten auch auf andere Professionen aus dem Gesundheitswesen ausgesprochen (s. hierzu u. a.:

[https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user\\_upload/downloads/pdf-Ordner/Stellungnahmen/Impfpraevention\\_SN\\_BAEK\\_08122021\\_final.pdf](https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/Stellungnahmen/Impfpraevention_SN_BAEK_08122021_final.pdf)).

Die Durchführung von Impfungen ist eine originäre Aufgabe der Humanmedizin und darf aus Gründen des Patientenschutzes nur unter ärztlicher Aufsicht erfolgen. Bei seltenen, aber durchaus schwerwiegenden Impfkomplicationen oder schwerwiegenden Nebenwirkungen – etwa einer allergischen Reaktion – kann eine Vorstellung bei einem Arzt erforderlich sein bzw. müssen ggf. ärztliche Notfallmaßnahmen (z. B. eine Reanimation) eingeleitet werden. Darüber hinaus gehören zu einer Impfung – neben der eigentlichen Injektion des Impfstoffes – die Impfaufklärung und Impfanamnese sowie die Abklärung möglicher akuter Erkrankungen sowie Kenntnisse über Impfungen zum Beispiel bei unterschiedlichen Formen von Autoimmunerkrankungen, beim Einsatz immunsupprimierender Therapien, bei Schwangeren oder bei chronisch Erkrankten. Dies sind komplexe Aufgaben, die eine ärztliche Aus- und Weiterbildung voraussetzen.

### **C) Änderungsvorschlag der Bundesärztekammer**

„Artikel 23 Absatz 4 wird wie folgt gefasst: „(4) Artikel 2 Nummer 1 und 3 treten am 1. Januar 2023 in Kraft. Artikel 2 Nummer 2 tritt *am Tag nach der Verkündung* am 1. Mai 2023 in Kraft.“

Ersatzweise:

„Artikel 23 Absatz 4 wird wie folgt gefasst: „(4) Artikel 2 Nummer 1, 2 und 3 treten am 1. Januar 2023 in Kraft. ~~Artikel 2 Nummer 2 tritt am 1. Mai 2023 in Kraft.~~“