



Kurzprotokoll der 137. Sitzung

Ausschuss für Gesundheit

Berlin, den 22. Februar 2021, 13:30 Uhr
als Kombination aus Präsenzsitzung
(Paul-Löbe-Haus, Saal E 300) und
WebEx-Meeting*.

*Die Zugangsdaten zum WebEx-Meeting werden an
den entsprechenden Teilnehmerkreis versandt.

Vorsitz: Erwin Rüdell, MdB

Tagesordnung - Öffentliche Anhörung

Tagesordnungspunkt

Seite 4

Federführend:

Gesetzentwurf der Fraktionen der CDU/CSU und
SPD

**Entwurf eines Gesetzes zur Fortgeltung der die epi-
demische Lage von nationaler Tragweite betreffen-
den Regelungen**

BT-Drucksache 19/26545

Ausschuss für Gesundheit

Mitberatend:

Ausschuss für Inneres und Heimat
Ausschuss für Recht und Verbraucherschutz
Ausschuss für Wirtschaft und Energie
Ausschuss für Arbeit und Soziales
Ausschuss für Familie, Senioren, Frauen und Jugend
Ausschuss für Verkehr und digitale Infrastruktur
Ausschuss für Bildung, Forschung und Technikfolgenab-
schätzung
Ausschuss für Tourismus
Ausschuss Digitale Agenda
Ausschuss für die Angelegenheiten der Europäischen
Union
Haushaltsausschuss (mb und § 96 GO)

**Mitglieder des Ausschusses**

	Ordentliche Mitglieder	Stellvertretende Mitglieder
CDU/CSU	Henke, Rudolf Hennrich, Michael Irlstorfer, Erich Kippels, Dr. Georg Krauß, Alexander Kühne, Dr. Roy Maag, Karin Monstadt, Dietrich Pilsinger, Stephan Riebsamen, Lothar Rüddel, Erwin Schmidtke, Dr. Claudia Sorge, Tino Zeulner, Emmi	Albani, Stephan Brehmer, Heike Hauptmann, Mark Knoerig, Axel Lezius, Antje Nüßlein, Dr. Georg Pantel, Sylvia Schummer, Uwe Stracke, Stephan Tiemann, Dr. Dietlind Weiß (Emmendingen), Peter Zimmer, Dr. Matthias
SPD	Baehrens, Heike Dittmar, Sabine Franke, Dr. Edgar Heidenblut, Dirk Mattheis, Hilde Moll, Claudia Müller, Bettina Stamm-Fibich, Martina Völlers, Marja-Liisa	Bahr, Ulrike Baradari, Nezahat Bas, Bärbel Freese, Ulrich Katzmarek, Gabriele Steffen, Sonja Amalie Tack, Kerstin Westphal, Bernd Ziegler, Dagmar
AfD	Podolay, Paul Viktor Schlund, Dr. Robby Schneider, Jörg Spangenberg, Detlev Witt, Uwe	Braun, Jürgen Gehrke, Dr. Axel Oehme, Ulrich Wildberg, Dr. Heiko Wirth, Dr. Christian
FDP	Aschenberg-Dugnus, Christine Helling-Plahr, Katrin Schinnenburg, Dr. Wieland Ullmann, Dr. Andrew Westig, Nicole	Alt, Renata Kober, Pascal Nölke, Matthias Theurer, Michael Willkomm, Katharina
DIE LINKE	Gabelmann, Sylvia Kessler, Dr. Achim Weinberg, Harald Zimmermann, Pia	Krellmann, Jutta Movassat, Niema Schreiber, Eva-Maria Wagner, Andreas
BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN	Dahmen, Dr. Janosch Kappert-Gonther, Dr. Kirsten Klein-Schmeink, Maria Schulz-Asche, Kordula	Hoffmann, Dr. Bettina Kurth, Markus Rottmann, Dr. Manuela Rüffer, Corinna



Die Anwesenheitslisten liegen dem Originalprotokoll bei.

nicht lektorierte Fassung

**Beginn 13:31 Uhr**

Der **Vorsitzende**, Abg. **Erwin Rüdgel** (CDU/CSU): Sehr geehrte Damen und Herren, sehr geehrte Zuschauerinnen und Zuschauer, sehr verehrte Sachverständige, sehr verehrte Vertreter der Bundesregierung, ich darf alle ganz herzlich zu unserer öffentlichen Anhörung, heute in einer Mischung aus Präsenzsitzung und Online-Meeting mit den Sachverständigen begrüßen. Vorab möchte ich die Sachverständigen und alle anderen Teilnehmerinnen und Teilnehmer, die per Webex zugeschaltet sind, bitten, sich mit Ihrem Namen anzumelden, sodass Ihre Teilnahme für uns erkennbar ist. Außerdem bitte ich darum die Mikrofone stummzuschalten. Zum weiteren Verfahren komme ich gleich zurück. Meine sehr verehrten Damen und Herren, in der heutigen Anhörung geht es um den Gesetzentwurf der Fraktionen der CDU/CSU und SPD „Entwurf eines Gesetzes zur Fortgeltung der epidemischen Lage von nationaler Tragweite betreffenden Regelungen“ und Änderungsanträge der Koalitionsfraktionen dazu. Die Koalitionsfraktionen halten es aufgrund der weiterhin dynamischen Lage bei COVID-19-Infektionen für erforderlich, die bis zum 31. März 2021 geltenden Regelungen und Maßnahmen zum Schutz der öffentlichen Gesundheit und zur Bewältigung der Auswirkungen der Corona-Pandemie auf das Gesundheitswesen und auf die langzeitpflegerische Versorgung zu verlängern. Gleichzeitig soll künftig nach Ablauf von drei Monaten die Feststellung der epidemischen Lage automatisch beendet sein, wenn sie nicht zuvor vom Parlament verlängert wurde. Die Notwendigkeit der aktuellen Verlängerung, das automatische Auslaufen der Feststellung nach drei Monaten beziehungsweise die automatische Verlängerung von untergesetzlichen Regelungen bei Verlängerung der epidemischen Lage und vieles mehr sollen heute die Sachverständigen bewerten. Bevor wir anfangen, will ich etwas sagen zum Ablauf der Anhörung. Die Anhörung dauert insgesamt 90 Minuten. Diese 90 Minuten wurden auf die Fraktionen entsprechend ihrer Stärke verteilt. Auf die CDU/CSU entfallen 32 Minuten, auf die SPD 19 Minuten, auf die AfD 11 Minuten, auf die FDP 10 Minuten und auf DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN jeweils 9 Minuten Fragezeit. Ich darf alle darum bitten, sich bei der Frage und Antwort kurz zu fassen, damit wir viele Fragen stellen können und beantwortet

bekommen. Die aufgerufenen Sachverständigen sollten vor der Beantwortung der Frage daran denken, ihr Mikrofon und ihre Kamera freizuschalten und sich mit Namen und Verband vorzustellen. Sobald Sie Ihren Redebeitrag beginnen, sind Sie für uns hier im Saal auf dem Videowürfel zusehen. Des Weiteren bitte ich alle im Saal Anwesenden ihre Mobiltelefone auszuschalten. Ein Klingeln kostet fünf Euro. Ich weise darauf hin, dass die Anhörung morgen im Parlamentsfernsehen gezeigt wird. Das Wortprotokoll wird auf der Internetseite des Ausschusses veröffentlicht. Ich danke den Sachverständigen, die eine schriftliche Stellungnahme eingereicht haben, ganz besonders. Jetzt beginnen wir mit den Fragen.

Abg. **Karin Maag** (CDU/CSU): Ich stelle die erste Frage an den Einzelsachverständigen (ESV) Herrn Prof. Dr. Wollenschläger. Wir wollen mit diesem Gesetzentwurf sicherstellen, dass die pandemie-relevanten Verordnungsermächtigungen und Rechtsverordnungen über den 31. März 2021 hinaus gelten. Deshalb ist vorgesehen, die Regelung zu entfristen und gleichzeitig an die Fortdauer der pandemischen Lage, an den Beschluss, anzuknüpfen. Zudem wollen wir diese pandemische Lage, den Beschluss, auf drei Monate befristen. Wie beurteilen Sie die vorgesehenen Regelungen?

ESV **Prof. Dr. Ferdinand Wollenschläger**: Die Änderungen sind meines Erachtens zu begrüßen. Zunächst regt die Aufhebung der kalendermäßigen Befristung der Handlungsbefugnisse zur Pandemiebekämpfung dem Umstand Rechnung, dass sich das Ende der pandemischen Lage eben nicht kalendermäßig bestimmen lässt. Damit lässt sich natürlich auch nicht der Zeitpunkt, ab dem die Befugnisse und Maßnahmen zu ihrer Bekämpfung entbehrlich sind, kalendermäßig bestimmen. Die der Exekutive namentlich in § 5 Absatz 2 und § 28a IfSG eingeräumten Befugnisse reichen teils sehr weit. Deshalb sind auch zwei weitere Aspekte des Gesetzentwurfs, die Sie auch erwähnt haben, von besonderer Bedeutung und zu begrüßen, nämlich erstens, das periodische Verlängerungserfordernis und zweitens, die Evaluationspflicht. Von verfassungsrechtlich besonderer Bedeutung ist, dass der Gesetzentwurf die zeitliche Begrenzung, die ohnehin schon aus dem Tatbestandsmerkmal einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite folgt,



prozedural absichert, mittels des periodischen Verlängerungserfordernisses, weil so, neben der Einhegung, auch eine periodische Debatte im Bundestag gewährleistet wird. Zweitens, die Delegation von Handlungsbefugnissen auf die Exekutive stellt unabhängig von verfassungsrechtlichen Grenzen eine vom Gesetzgeber politisch zu verantwortende Entscheidung dar. Vor diesem Hintergrund ist auch bei einer Verlängerung im Blick zu behalten, ob eine Aufhebung oder Änderung einzelner Ermächtigungsgrundlagen oder auch eine Aufhebung oder Überführung in Gesetzesrecht einzelner, auf der Grundlage der Ermächtigungsnormen erlassenen Rechtsverordnungen, im Parlamentsgesetzrecht erforderlich ist. Deswegen ist auch die im Gesetzentwurf vorgesehene Evaluationspflicht zu begrüßen, die sich, ohne vielleicht in einem Punkt vorzugreifen, auch auf die Frage der Impfpriorisierung erstrecken würde. Ein Punkt insoweit ließe sich noch erwägen. Nachdem die Handlungsbefugnisse evaluiert werden sollen mit Blick auf die aktuelle Corona-Pandemie, nämlich auch die Handlungsbefugnisse, die aktuell bestehen, auf die Corona-Pandemie zu beschränken, was etwa in § 28a IfSG jetzt schon der Fall ist und eine Generalisierung für alle Pandemien erst nach Evaluation vorzunehmen. Noch ein letzter Punkt, ohne jetzt die verfassungsrechtliche Grundsatzdebatte, die wir hier ja schon öfter geführt haben, um die Befugnisse namentlich der §§ 5 Absatz 2 und 28a IfSG erneut aufzugreifen, möchte ich nochmals betonen, dass eine verfassungsrechtliche Bewertung dieser Verordnungsermächtigungen nicht pauschal, sondern nur in Auseinandersetzungen mit den einzelnen Verordnungsermächtigungen möglich ist. Wenn man sich gerade § 5 Absatz 2 IfSG anschaut, der ja besonders umstritten ist, möchte ich auch nochmals betonen, dass das Meinungsbild in Rechtsprechung und Schrifttum doch differenziert ist, und man nicht sagen kann, dass es sich hier um eine allgemein für verfassungswidrig erachtete Norm handelt.

Abg. **Rudolf Henke** (CDU/CSU): Meine Frage richtet sich an den ESV Prof. Dr. Brenner. Wir haben jetzt im § 20 Absatz 2a IfSG die Absicht, die Impfziele für den Fall von Empfehlungen zur Durchführung von Schutzimpfungen gegen SARS-CoV-2 zu benennen. Sie sollen dann im Fall einer notwendigen Priorisierung berücksichtigt werden. Außerdem haben wir einen entsprechenden Priorisierungshin-

weis aufgenommen im § 20i SGB V. Wie ist Ihre Bewertung dieser Neuregelung insbesondere auch in Hinblick auf Artikel 80 Absatz 1 GG?

ESV **Prof. Dr. Michael Brenner**: Ich bin der Auffassung, dass diese Regelung, die jetzt vor allem in dem Paragraphen 20 vorgenommen ist und die Priorisierung, die Reihenfolge der Priorisierung betrifft, dass die Gestaltung verfassungsrechtlich zulässig ist und insbesondere an den Anforderungen des Artikels 80 Absatz 1, Satz 2 des Grundgesetzes genügt. Es ist ja in der Tat so, dass die Empfehlungen der Impfkommision jetzt weitgehend rechtlich eingehengt werden und es ist zudem so, dass die wesentlichen Aspekte, die für die Bekämpfung der Pandemie von Bedeutung sind, in dem Paragraphen 20 Absatz 2a neuer Fassung niedergelegt sind. Das sind die wesentlichen Kriterien, die im Namen der Bekämpfung der Pandemie eine Rolle spielen. Deswegen bin ich der Auffassung, dass diese rechtliche Einbegung auch für die Empfehlungen der Ständigen Impfkommision den verfassungsrechtlichen Anforderungen genügt, weil sie nach Inhalt, Zweck und Ausmaß letztendlich hinreichend klar ist, das Programm gewissermaßen an den Verordnungsgeber erkennen lässt. Was vielleicht erwähnenswert ist in dem Zusammenhang, dass eine Reihenfolge dieser Prioritätsregelung ja nicht im Gesetz genannt ist und das sichert zugleich dann auch die Flexibilität für die Dynamik der Pandemie geschuldeten Neujustierungen, die ja gegebenenfalls erforderlich werden können. Das ermöglicht also schnell, auf neue dynamische Konstellationen zu reagieren. Darüber hinaus ist ja auch die Fachkompetenz der Impfkommision unbestritten. Sie wird dann sicherlich eine sorgfältige Abwägung vornehmen, wobei bei dieser Abwägung natürlich immer der Schutz der Gesundheit, Artikel 2 Absatz 2 Satz 1 des Grundgesetzes, im Vordergrund stehen wird. Wenn ich mir eine kleine Frage oder Anmerkung noch erlauben darf, mir ist ehrlich gesagt bei dem Gesetzentwurf nicht so ganz klar, wie sich diese Impfziele, die in den neuen Paragraphen 20 Absatz 2 a genannt sind, zu dem neu vorgeschlagenen Paragraph 20i des Sozialgesetzbuches verhalten, denn bei dieser Bestimmung nach dem SGB sind ja bei der Festlegung von Priorisierungskriterien zugleich auch diese Impfziele zu berücksichtigen. Und mir ist nicht so ganz klar, wie diese Impfziele, die in Paragraph 20 Absatz 2a niedergelegt sind, in Beziehung zu setzen sind zu den Priorisierungskriterien,



die in Paragraph 20i Absatz 3 Satz 4 des SGB V niedergelegt sind. Also es heißt dort, dass eben im Fall von beschränkter Verfügbarkeit von Impfstoffen eine Priorisierung vorgenommen werden kann und dass dann die Impfziele dabei zu berücksichtigen sind. Und dann ist weiterhin von Priorisierungskriterien die Rede, die eben auch zu berücksichtigen sind. Hier hat sich mir bei der Lektüre des Gesetzentwurfs noch nicht so ganz erschlossen, wo diese Impfziele in Beziehung zu setzen sind zu diesen Priorisierungskriterien. Vielleicht kann der Gesetzgeber hier noch eine Klarstellung vornehmen, in welchem Verhältnis diese beiden Aspekte, die für die Priorisierung von Bedeutung sind, zueinander stehen. Aber ansonsten sehe ich keine verfassungsrechtlichen Bedenken, was jetzt die Vereinbarkeit dieser Bestimmungen mit Artikel 80 Absatz 1 Satz 2 des Grundgesetzes anbetrifft. Wie gesagt, das Programm ist hinreichend erkennbar, sicher auf der anderen Seite aber zugleich auch die Flexibilität für die Festlegung von Priorisierungen.

Abg. **Dietrich Monstadt** (CDU/CSU): Meine Frage richte ich an den Einzelsachverständigen Prof. Dr. Krause. Herr Prof. Krause, in der vergangenen Woche ist die Zahl der gemeldeten Neuinfektionen gesunken, gleichzeitig steigen die Meldungen über das Auftreten teils besorgniserregender neuer Varianten des Covid-19-Virus. Auch versterben immer noch zu viele Menschen an Covid-19. Erachten Sie es aus epidemiologischer Sicht als notwendig, an der epidemischen Lage von nationaler Tragweite weiterhin festzuhalten?

ESV **Prof. Dr. Gérard Krause**: Aus medizinisch-epidemiologischer Sicht liegt aktuell weiterhin ganz eindeutig eine epidemische Lage von nationaler Tragweite vor und es ist aus meiner Sicht auch nicht davon auszugehen, dass diese Lage vor Ende dieses Jahres, also 2021, verlässlich als überwunden eingestuft werden kann. Innerhalb des Status einer epidemiologischen Lage von nationaler Tragweite kann sich die Situation dennoch soweit entspannen, dass nur wenige Teile dieser Maßnahmen, die im Gesetz vorgeschlagen sind, überhaupt notwendig sind.

Abg. **Dr. Georg Kippels** (CDU/CSU): Meine Frage richtet sich wieder an den Einzelsachverständigen

Prof. Dr. Wollenschläger. An der bereits in Paragraph 20 i SGB V vorgesehenen Ermächtigung des BMG, eine Verordnung vorzulegen, in der der Anspruch der Versicherten auf bestimmte Schutzimpfungen geregelt ist, wollen wir festhalten. Hiermit bleiben wir flexibel, insbesondere für kurzfristige Anpassungsbedarfe. Mit dem vorliegenden Gesetzentwurf nehmen wir aber Anpassungen vor, die die ursprüngliche Rechtsgrundlage noch weiter konkretisieren. Wie ist Ihre Einschätzung zu den nun vorliegenden Regelungsinhalten?

ESV **Prof. Dr. Ferdinand Wollenschläger**: Um das Ergebnis vorweg zu nehmen, genauso wie Kollege Brenner erachte ich die Neuregelung für verfassungskonform. Natürlich muss der Deutsche Bundestag wesentliche Fragen der Impfpriorisierung durch Parlamentsgesetz regeln. Aber natürlich kann er im Rahmen der Bestimmtheitsanforderungen des Artikels 80 GG und des Wesentlichkeitsvorbehaltes eine nähere Regelung dem Verordnungsgeber überlassen. Wesentliche Fragen hat der Bundestag meines Erachtens über den Gesetzentwurf geregelt, nämlich erstens eine explizite Normierung der Priorisierungsbefugnis, zweitens eine Normierung von Verteilungskriterien und drittens eine Normierung von diese steuernden Impfzielen. Und, um den Punkt aufzugreifen, den Herr Brenner bereits angesprochen hat, meines Erachtens lässt sich durchaus eine Korrelation von Verteilungskriterien und Impfzielen insofern zunächst einmal herstellen, als sie Binnendifferenzierungen ermöglichen, weil etwa die Kriterien Alter und Gesundheitszustand, bezogen auf das Ziel einer Reduktion schwerer und tödlicher Krankheitsverläufe, ein Impfziel, eine gestufte Priorisierung nach alters- und gesundheitsbedingten Risiko vorzeichnen. Richtig ist allerdings, dass nur grobe Vorgaben für das Rangverhältnis der Kriterien und Ziele bestehen. Das hat der Gesetzgeber jetzt nicht, wie etwa der Ordnungsgeber in der aktuellen Corona-Impfverordnung, durch eine Gruppenbildung geregelt, sondern eben nur über die Vorgabe von Impfzielen, die nicht hierarchisiert sind, die aber die Impfkriterien steuern. Die damit einhergehenden Spielräume sind meines Erachtens verfassungsrechtlich zu rechtfertigen. Es steht natürlich außer Frage, dass die Impfpriorisierung grundrechtswesentlich ist und dies auch die Bestimmtheitsanforderungen verschärft. Es ist eine große Breite von



Personen betroffen. Es handelt sich um eine Grundrechtsbetroffenheit von hoher Intensität mit Blick auf die hochrangigen Schutzgüter Leben und Gesundheit und natürlich mit Blick auf die aktuelle Debatte der Ausübung individueller pandemiebedingt beschränkter Freiheiten, aktuell und inwieweit das eben nach einer Schutzimpfung wieder zuzulassen ist. Aber gleichwohl sind auch bestimmtheitsreduzierende Kriterien zu berücksichtigen, und zwar nicht nur der zeitlich und gegenständig beschränkte Lebenssachverhalt, sondern vor allem, weil es sich um einen vielschichtigen und komplexen Lebenssachverhalt handelt, bei dem rasche Änderungen der tatsächlichen, und auch für die Priorisierung relevanten Verhältnisse absehbar sind. Die Dynamik resultiert etwa aus der Offenheit der verfügbaren Impfstoffmenge, der verfügbaren Impfstoffe, medizinischer Erkenntnisse über den Krankheitsverlauf oder auch das Infektionsgeschehen und Maßnahmen zu seiner Bekämpfung. Und diese Dynamik ist meines Erachtens ein wesentlicher Unterschied zur oftmals angesprochenen Studienplatzvergabe, wobei es sich ja über ein seit Jahrzehnten diskutiertes und auch entfaltetes Verteilungsregime handelt. Wichtig ist auch, dass das Bundesverfassungsgericht in seinem jüngsten Beschluss zur Studienplatzvergabe entscheidend auf eine Vorgabe der Art der Auswahlkriterien abgestellt hat. Die Formel, die im 33. Band noch verwendet wurde, also in der Entscheidung aus den siebziger Jahren, dass auch das Rangverhältnis entscheidend determiniert werden müsste, findet sich in der jüngsten Entscheidung so nicht mehr. Die Regelung ist also verfassungskonform, aber gleichwohl ist natürlich der Gesetzgeber in Abwägung mit dem Flexibilisierungsanliegen aufgefordert zu prüfen, ob und inwieweit er die parlamentarische Steuerung und damit natürlich auch die demokratische Legitimation der Priorisierungsentscheidung erhöhen möchte und damit natürlich auch das Risiko einer verfassungsrechtlichen Beanstandung reduziert. Ich habe auf einzelne Änderungsbedarfe in meiner Stellungnahme hingewiesen. Darüber können wir gerne nachher nochmal sprechen.

Abg. **Karin Maag** (CDU/CSU): Die nächste Frage geht an die Kassenärztliche Bundesvereinigung und uns interessiert, dass Arztpraxen natürlich ihren Versorgungsauftrag trotz Rückgang der Fallzahlen fortführen sollen. Dafür soll die Kassenärztliche Vereinigung im Benehmen mit den Krankenkassen

geeignete Regelungen vorsehen. Mich würde interessieren, wie Sie diese Regelung bewerten, ist das ausreichend?

SV **Dr. Andreas Gassen** (Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV)): Sie haben es schon skizziert; wir werden davon ausgehen und sehen das auch in Abrechnungsergebnissen, dass Fallzahlen deutlich zurückgegangen sind, aber auch die Leistungsanforderungen zurückgegangen sind. Das war nicht überraschend, da gab es im vergangenen Jahr auch eine entsprechende Regel, die das kompensieren sollte. Ja, diese Regelung muss und sollte unbedingt weitergeführt werden und es gibt eine Besonderheit: Es gibt einen ersten Entwurf, der eine Regelung für die MGV vorsieht, also für den Morbiditätsbedingten Teil der Gesamtvergütung, der mit befreiender Wirkung gezahlt wird. Der extrabudgetär zu vergütende Leistungsanteil, der mittlerweile ein gutes Drittel, nach dem TSVG (Terminservice- und Versorgungsgesetz) sogar etwas mehr, ausmacht, ist hiervon aber nicht betroffen. Das Problem, was hieraus erwächst ist, dass wir zum einen unterschiedliche Anteile im Abrechnungsverhalten je nach Arztgruppen haben. Es gibt also quasi MGV-Ärzte und EGV-Ärzte (extrabudgetäre Gesamtvergütung) und wir können die EGV-Ärzte, die zum Beispiel bei den Kinderärzten Vorsorgeuntersuchungen, ambulante Operationen und viele Dinge mehr in der Form in der Pandemie nicht mehr erbringen konnten, zum Teil auch nicht dürfen, nicht aus der MGV gegenfinanzieren. Der MGV muss ausgegeben werden, reicht sonst auch nicht mehr zur Vergütung der Leistung. Insofern gibt es keine finanziellen Spielräume der Krankenversicherungen, EGV-Verluste aus der MGV mitzufinanzieren und es hätte natürlich auch massive Verwerfungen zwischen den Fachgruppen zur Folge. Stellen Sie sich vor, ein Fachinternist ohne Schwerpunkt, der im überwiegenden Teil in der MGV arbeitet, müsste dann im Grundsatz psychotherapeutische extrabudgetäre Leistungen finanzieren. Das funktioniert natürlich nur sehr begrenzt. Deshalb müsste man die Regelung ergänzen um einen fast gleichlautenden Teil auch für die extrabudgetäre Vergütung. Damit wäre tatsächlich eine Sicherheit geschaffen, dass wir die Arztpraxen auch über die nächsten Monate bei noch zu erwartenden Rückgänge in der Vergütung am Netz halten können, was auch für die Impfkampagne erforderlich sein wird. Von daher plädieren wir dringend dafür, den



MGV-Schutzschirm, wie er schon angelegt ist, um einen EGV-Schutzschirm zu ergänzen.

Abg. **Rudolf Henke** (CDU/CSU): Es gibt immer wieder diese Debatte: Meine Frage richtet sich an den Einzelsachverständigen Prof. Dr. Krause und sie bezieht noch mal das Thema „Virusvarianten“ ein. Könnten Sie uns nochmal aus epidemiologischer Sicht, möglichst knapp, erläutern, was uns konkret passieren kann im Hinblick auf die Ansteckungszahlen oder den R-Wert? Ich denke, das muss man in die Frage, ob man die epidemische Lage verlängert oder nicht mit einbeziehen und dazu müsste man dort eine gewisse Perspektive haben.

ESV **Prof. Dr. Gérard Krause**: Der R-Wert ist nur einer der Indikatoren, die man bewerten muss. Der R-Wert quantifiziert, wie leicht oder wie rasch sich eine Infektion in der Gesellschaft ausbreitet. Der R-Wert ist aber nur zum Teil abhängig vom Virus selbst. Er ist zugleich auch abhängig von vielen anderen Faktoren, zum Beispiel, wie die Impfkampagne Wirkung gezeigt hat in der Gesellschaft, wie die klimatisch bedingten Umwelteinflüsse sich ändern, zum Beispiel Lufttemperatur, UV-Strahlung, wie die hygienischen Maßnahmen eingehalten werden oder fortgesetzt werden oder wie die Kontaktintensität zwischen den Menschen sich weiterentwickelt. All dies hat sehr großen Einfluss auf den R-Wert und es ist nicht nur die biologische Qualität oder die molekulare Struktur des Virus, die das wesentlich bestimmt. Es kann durchaus sein, dass die Variante, die in England einherging mit einer starken Steigerung von Fällen, in Deutschland nicht mit einer derartigen Steigerung von Fallzahlen einhergehen wird, weil sich andere Faktoren zu einer anderen Zeit auch anders darstellen.

Abg. **Dietrich Monstadt** (CDU/CSU): Meine Frage richtet sich an den Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste (bpa). In Ihrer Stellungnahme kritisieren Sie die vorgesehene Neuregelung, dass zugelassenen Pflegeeinrichtungen künftig nur noch solche Mindereinnahmen erstattet werden sollen, die infolge der Umsetzung behördlicher Maßnahmen zur Verhinderung der Verbreitung des Coronavirus unmittelbar entstehen. Können Sie Ihre Kritikpunkte hier noch einmal kurz erläutern?

SV **Herbert Mauel** (Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste (bpa)): Zugelassene Pflegeeinrichtung haben mehrere Probleme. Eines ist, sie können kaum reagieren. Also eine kleine Kurzzeitpflege und Tagespflege kann überhaupt nicht reagieren, weil sie ansonsten ihre Dienste nicht mehr abdecken kann. In einem schwer betroffenen Pflegeheim haben wir die Situation, dass heute schon Verluste dauerhaft vom Pflegeheim getragen werden bei den Investitionskosten, die nach einem Befall deutlich fünfstellig sind, im Bereich der Minderbelegung, wegen der Minderausgaben beim Pflegeersatz auf sechsstelligen Summen hinauslaufen. Die Pflegeeinrichtungen haben kaum Möglichkeiten darauf zu reagieren. Personal jetzt in Kurzarbeit zu schicken, was gerade erst wirklich geholfen hat, insbesondere bei einer Infektionswelle zu helfen, wäre etwas, was vor Ort verheerende Aussichten hätte und an anderer Stelle wieder Geld kosten würde. Wir haben heute Morgen erst eine Mail aus dem Bundesgesundheitsministerium bekommen mit dem Hinweis auf die letzte Videoschaltkonferenz der Bundeskanzlerin mit den Regierungschefinnen und Regierungschefs, dass wir auf dem besten Wege der Normalisierung sind. Wir befürchten sehr, dass es demnächst keine behördlichen Auflagen mehr gibt und damit würden alle unsere Einrichtungen aus diesem Schutz des Rettungsschirms herausfallen und keinen Anspruch mehr auf diese Erstattung haben. Das, was wir an Möglichkeiten hätten, wäre Personal in Kurzarbeit zu schicken, was ich ein verheerendes Signal fände. Insbesondere diejenigen, die weiterhin mit Kohorten arbeiten, die bestimmte Wohnbereiche zum Beispiel trennen, die brauchen im Moment mehr Personal als vorher. Das lässt sich auf alle Leistungsbereiche bei uns durchdeklinieren. Das ist keine Hängematte für die Einrichtungen, die können sich nicht in diesem Rettungsschirm bequem ausruhen. Die machen schon jetzt erhebliche Verluste, weil insbesondere die Investitionskosten überhaupt nicht erfasst sind. Die Auswirkung auf die Mitarbeiter halten wir für überhaupt nicht vermittelbar. Wir brauchen eine Verlängerung, die diese pandemiebedingten Mindereinnahmen verlässlich absichert, weil wir ansonsten die Infrastruktur gefährden.

Abg. **Dr. Georg Kippels** (CDU/CSU): Die Frage richtet sich wiederum an den GKV-Spitzenverband. Gern würden wir von Ihnen wissen, wie Sie das



nun vorgesehene pandemiebedingte Kostenerstattungsverfahren in Bezug auf die Mindereinnahmen von zugelassenen Pflegeeinrichtungen bewerten? Gehen Sie hierzu bitte auch auf die vor der entsprechenden Auszahlung notwendigen Überprüfungen der Voraussetzungen ein.

SV Gernot Kiefer (GKV-Spitzenverband): Ich will nochmal deutlich machen, dass die Grundanliegen gleich sind. Es geht darum notwendige pflegerische Infrastruktur, ob nun ambulant oder stationär, so abzusichern, dass sie nicht aufgrund der Pandemie in wirtschaftliche Schieflage kommt. Die Pflegeversicherung hat dazu im Jahr 2020 einen sehr nennenswerten Beitrag geleistet, sowohl was den Ausgleich der Mindereinnahmen betrifft als auch das Finanzieren – richtigerweise – von zusätzlichen Aufwendungen für Hygiene und andere Maßnahmen. Das ist auch richtig und soll fortgesetzt werden. Ich glaube, es geht in allen Bereichen darum, Zielgenauigkeit bei dieser durchaus nicht kurzfristigen, sondern länger andauernden Pandemie zu bekommen. Insofern finde ich das Erfordernis, dass man hier eine Rationalität einträgt, dass es eine landesrechtliche Definition gibt und sage, hier ist eine Ausnahmesituation durchaus rational. Das Verfahren hat sich gezeigt, läuft. Wir haben 14 Tage um die entsprechenden Anträge der Einrichtung zu prüfen und dann auch in die Zahlbarmachung zu gehen. Es klappt in der Regel, insbesondere klappt es dann gut, wenn die Einrichtungen gleich mit Stellen des Antrags auf Mindererlöse die notwendigen formalen Begründungen und Dokumente beifügen. Ich gehe davon aus, das ist eine Lösung, die ist für deutsche Verhältnisse ungewöhnlich und angemessen unbürokratisch.

Abg. Karin Maag (CDU/CSU): Mir geht es nochmal um den Änderungsantrag 10 und ich richte die Frage an den Einzelsachverständigen Prof. Dr. Wollenschläger. Wir wollen bei § 56 Absatz 1a Infektionsschutzgesetz die Anspruchsvoraussetzungen anpassen. Können Sie bitte kurz auf die vorgesehene Regelung eingehen und Sie bewerten?

ESV Prof. Dr. Ferdinand Wollenschläger: Bei diesem zu reformierenden § 56 Absatz 1a, da geht es um die Änderung der Entschädigungsregelung In-

fektionsschutzgesetz, bei pandemiebedingter Beschränkung seine Erwerbstätigkeit auszuüben. Diese war bisher beschränkt auf die Schließung von Schulen und Betreuungseinrichtungen, Betretungsverbote, Anordnung von Schulferien, Aufhebung von der Präsenzplicht. Die wird nun erweitert auf Fälle in denen der Zugang zum Kinderbetreuungsangebot eingeschränkt wird oder eine behördliche Empfehlung vorliegt, vom Besuch der Einrichtung abzusehen. Die Gesetzesbegründung betont auch nochmal, dass unabhängig davon, ob die Arbeitsleistung grundsätzlich im Homeoffice erbracht werden kann oder nicht, dieser Anspruch bestehen soll. Rechtlich ist dieser Vorschlag unproblematisch. Familien und Sozialpolitisch ist er zu begrüßen, vor allem weil eine Kohärenz zum Kinderkrankengeld für Sozialversicherte hergestellt wird.

Abg. Rudolf Henke (CDU/CSU): Die Frage geht an die Deutsche Krankenhausgesellschaft, die ich nochmal bitten möchte, zu dem Thema einer weiteren Runde der Prämienzahlung für besonders belastete Pflegekräfte und andere Krankenhausbeschäftigte uns ihre Einschätzung zu übermitteln.

SV Georg Baum (Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG)): Ich will ausdrücklich darauf hinweisen, dass es grundsätzlich zu begrüßen ist ... für das ganze Jahr 550 Millionen zur Verteilung an die Pflegekräfte und auch ergänzende Kräfte einschließlich Reinigungskräfte werden hier genannt, zur Verfügung stehen, sodass deutlich mehr Häuser betroffen sein werden. Im ersten halben Jahr hatten wir 400 Häuser, wir werden über 1000 Häuser haben, deutlich mehr Kräfte. Also das ist schon ein deutlich anderes Volumen und deshalb grundsätzlich positiv. Aber es bleiben am Ende irgendwo Verteilungsprobleme zu lösen. Die Mitarbeitervertretungen sind eingebunden. Wir hätten uns gewünscht, dass die Grundeinspielung, Geld bekommt grundsätzlich nur, wer mindestens 20 Fälle als Haus bis zu 500 und mit mehr als 500 Betten 50, dass die etwas gelockert würde. Aber immerhin kommen jetzt mehr als 1000 Häuser in den Genuss der Prämien. Sie sehen jetzt drei Kriterien und damit auch drei Schachteln vor. Jede Schachtel isoliert für sich 150 Millionen Euro und die dritte neue Schachtel sind die Beatmungspatienten. Da kann es passieren, dass, weil nur 1/5 der Patienten im Krankenhaus Beatmungspatienten waren, die



150 Millionen sich auf einen sehr begrenzten Kreis von Kliniken konzentriert. Das will ich nicht ganz ausschließen und das kann dann ein Problem machen bei der Steuerbefreiung bis zu 1 500 Euro. Man muss sehen, alle öffentlichen Häuser haben ohnehin über den Tarifvertrag (TVöD) schon etwa 600 Euro bekommen. Manche haben aus der ersten Tranche was bekommen und jetzt die zweite Tranche, sodass die 1 500 Euro, die für die 2020- und 2021-Auszahlung nur einmal gewährt werden, wahrscheinlich in vielen Fällen nicht ausreichen, um das Ziel der Steuer- und Sozialabgabenparität herzustellen. Wir würden dringend dafür plädieren entweder den Bedarf aufzustocken oder aber für 2020 und 2021 isolierte Steuerfreibeträge vorzusehen. Ansonsten laufen wir wirklich Gefahr, dass Teile der Gelder über Steuern und Sozialabgaben wieder abgeschöpft werden.

Abg. **Dietrich Monstadt** (CDU/CSU): Meine Frage richtet sich an die Bundesärztekammer. Der Änderungsantrag 2 sieht eine Änderung des Infektionsschutzgesetzes vor, damit künftig alle Anwenderinnen und Anwender von patientennahen Schnelltests bei positiven Ergebnissen meldepflichtig sind. Selbsttests sind hier explizite nicht gemeint. Wie bewerten Sie diese Regelung?

SV **Prof. Dr. Karsten Scholz** (Bundesärztekammer (BÄK)): Dahinter steckt eine Neuausrichtung der Teststrategie, die wir im Grundsatz begrüßen. Wir halten es natürlich auch für sinnvoll, wenn solche Tests durchgeführt werden, dass dann eine Meldepflicht besteht. Allerdings glauben wir schon, dass es notwendig ist, dass hier auch Anleitungen stattfinden und dass vor allen Dingen auch sichergestellt ist, wenn hinterher dann positive Ergebnisse vorliegen, sich unmittelbar PCR-Tests anschließen. Insofern ist es ein bisschen auffällig, dass in den Änderungsantrag jetzt reingeschrieben wird, dass die testende Person eine solche Meldung machen soll, aber anders als im Krankenhaus keine Verantwortung des Betreibers des Testzentrums besteht. Da würden wir uns wünschen, dass dort mehr Strukturmerkmale vorgesehen werden für diese Testzentren und dass unter ärztlicher Leitung klar gestellt wird, wie die Verfahrensabläufe gemacht werden, dass dort Strukturmerkmale geschaffen werden. Im Grundsatz ist es sehr zu begrüßen, denn nur dann, wenn Testergebnisse verwertet

werden beim Öffentlichen Gesundheitsdienst, ist es natürlich auch möglich daraus Konsequenzen zu ziehen.

Abg. **Sabine Dietmar** (SPD): Meine erste Frage geht an die Einzelsachverständige Frau Prof. Dr. Leisner-Egensperger. Wie beurteilen Sie die vorgesehene Entfristung des § 5 Infektionsschutzgesetz und die vorgesehene Regelung zur externen Evaluierung der pandemischen Schutzmaßnahmen? Welchen weiteren gesetzgeberischen Handlungsbedarf sehen Sie gegebenenfalls?

ESVe **Prof. Dr. Anna Leisner-Egensperger**: Die vorgesehene Entfristung und die geplante Evaluierung hängen eng miteinander zusammen. Zunächst zum Fristproblem: Verfassungsrechtlich zu empfehlen ist eine Befristung des § 5 zum Beispiel auf den 31. März 2022 aus zwei Gründen; zum einen sind die Ermächtigungen des § 5 Absatz 2 rechtsstaatlich problematisch. Sie verleihen dem Bundesgesundheitsminister die Befugnis durch Rechtsverordnungen von einer Vielzahl von Parlamentsgesetzen abzuweichen und zwar in grundrechtswesentlichen Fragen, etwa zum Arzneimittelrecht oder zum ärztlichen Ausbildungsrecht. Nach Ansicht vieler führt dies zu einer verfassungswidrigen Verschiebung des Gewichtes zwischen Exekutive und Legislative. Meiner Meinung nach ist *das exekutive Normprogramm* des § 5 Absatz 2 programmatisch noch relativ eng gefasst. Zur Verwirklichung dynamischen Grundrechtsschutzes lassen sich die dort aufgeführten Bereiche grundsätzlich durch Verordnung regeln. Doch ist der Umfang des Verordnungsrechts rechtsstaatlich problematisch. Daher ist neben der kurzfristigen Streichung des Wortes „insbesondere“ und einer möglichst konkreten Benennung der Normen, von denen jetzt abgewichen werden soll und wie dies jetzt immerhin punktuell im Änderungsantrag 1 erfolgt ist, längerfristig zu überprüfen, welche der vielen Verordnungen in Gesetze überführt werden können. Dies ist ein rechtsstaatlicher Auftrag an das Parlament. Um abzuschern, dass er auch tatsächlich nach der Bundestagswahl erfüllt wird, ist eine Befristung sinnvoll. Zu empfehlen ist eine Befristung aber noch aus einem weiteren Grund, und damit komme ich zum zweiten Teil Ihrer Frage. Findet nun eine wissenschaftliche Evaluierung der Regelungsgesamtheit



statt, was grundsätzlich als sehr positiv zu würdigen ist, sollten entsprechende Berichte nicht in parlamentarischen Schubladen versinken. Eine Befristung zwingt dann das Parlament dazu, sich intensiv mit der normativen Umsetzung der Evaluierung auch zu befassen. Zu dieser Evaluierung muss allerdings dringend der vorgesehene Zeitplan überarbeitet werden. Alle Abgeordneten, sämtliche Behörden und Gerichte, aber auch alle Bürgerinnen und Bürger benötigen die Ergebnisse einer unabhängigen wissenschaftlichen Expertise, und zwar von unterschiedlichen Schulen, zeitnah und immer wieder aktualisiert. Ich empfehle daher eine zeitliche Kopplung der Zwischenberichte an die dreimonatige Feststellung der epidemischen Lage. Ob für diese laufende Unterrichtung die Leopoldina das richtige Gremium ist, muss überprüft werden. Dann noch kurz zu dem weiteren Änderungsbedarf. Man könnte den § 28a Absatz 3 des Infektionsschutzgesetzes langfristig überarbeiten. Die Hauptkritik an dieser Vorschrift geht dahin, dass sie in ihrer Systematik nach Inzidenzen unterscheidet, das heißt nach Schwellenwerten von 35 bzw. 50. Inzwischen wissen wir aber, dass für eine Schutzgutgefährdung von Leben und Gesundheit und auch für die Funktionsfähigkeit des Gesundheitssystems nicht nur die Inzidenzen maßgeblich sind, sondern eine Fülle anderer Kriterien, beispielsweise R-Wert, regionale Differenzierung, Rückverfolgbarkeit des Infektionsgeschehens, allmähliche Impffortschritte usw. Von den Gerichten wird dies berücksichtigt. Es stellt sich aber rechtspolitisch die Frage, ob ein solcher Kriterienkatalog ausdrücklich aufgenommen werden sollte, entweder, das wäre die große Lösung, im Rahmen des § 28a Absatz 3 Satz 4 oder, die kleine Lösung, im Rahmen des § 28a Absatz 3 Satz 11, also im Zusammenhang der Unterschreitung der Schwellenwerte. Aktuell sehe ich hier jedoch keinen Änderungsbedarf, denn es sind Mutanten auf dem Vormarsch, die uns bald ganz neue Infektionsbilder bescheren werden. Was Virologen jetzt aber noch nicht wirklich abschätzen können, sollte der Bundesgesetzgeber nicht zum gegenwertigen Zeitpunkt regeln. Gleiches gilt für Stufenpläne. Natürlich muss gelten, Bildung zuerst. Dazu verpflichtet uns die Generationengerechtigkeit. Das muss aber nicht gerade in einem Zeitpunkt gelten, zudem Mutanten auf dem Vormarsch sind, die auch Kinder und Jugendliche gefährden.

Abg. **Hilde Mattheis** (SPD): Meine Frage geht ebenfalls an Prof. Dr. Leisner-Egensperger. Meine Frage bezieht sich auf Corona-Eigentest. Ich bitte um eine Antwort auf die Frage: Wo und gegebenenfalls wie muss die Möglichkeit eines kostenfreien Zugangs zu Corona-Eigentests im SGB V oder im Infektionsschutzgesetz verankert werden, wenn dies nicht ausschließlich auf dem Verordnungswege passieren soll?

ESVe **Prof. Dr. Anna Leisner-Egensperger**: Solche Laientests werfen juristisch drei Fragen auf. Zum einen die Frage nach dem Marktzugang, zum zweiten nach der sozialrechtlichen Anspruchsberechtigung einschließlich der Kostenfreiheit, die Sie angesprochen haben, und schließlich die Frage nach der Rückgewähr von Freiheitsrechten. Der Marktzugang, das heißt, die Befreiung der Laientests vom Arztvorbehalt ist im Rahmen der letzten Änderung der Medizinprodukteabgabeverordnung auf der Grundlage des § 24 Satz 3 des Infektionsschutzgesetzes erfolgt. Dieser sieht seit November 2020 für sämtliche In-vitro-Diagnostika, also auch für diese Laientests, eine Befreiung vom Arztvorbehalt vor. Hier besteht also kein Änderungsbedarf mehr. Zweitens, die Anspruchsberechtigung der sich selbst testenden Laien: Diese ist gesetzlich bereits in einer Verordnungsermächtigung für den Bundesgesundheitsminister in § 20i Absatz 3 Satz 2 Nummer 1b SGB V angelegt. Diese Vorschrift erstreckt sich mit dem Begriff der „Testungen“ für den Nachweis des Vorliegens einer Infektion auch auf diese Laientests. Allerdings fehlen bisher im Gesetz, das heißt im § 20i Absatz 3 SGB V, spezielle Regelungen zum Verfahren des Erlasses einer Laientestverordnung und auch zur Finanzierung dieser Tests.

Hier könnte man nach § 20i Absatz 3 Satz 5 SGB V für die Schutzmaskenverordnung dazu eine Parallele ziehen. Das heißt, die Schutzmaskenverordnung wäre insoweit normatives Vorbild. Die bisherige Vorschrift des Satzes 5 müsste neben Schutzmasken auch Testungen aufführen. In diesem § 20i Absatz 3 SGB V könnte dann in dem bisherigen Satz 12 auch eine Rechtsgrundlage für eine staatliche Kostenübernahme vorgesehen werden. Eine verfassungsrechtliche Verpflichtung dazu wäre meines Erachtens dann anzunehmen, wenn Laientests nach wissenschaftlich validen Prognosen die Auswirkungen der Pandemie effektiv bekämpfen.



Dazu gibt es inzwischen zahlreiche Studien, etwa von Claudia Denkinger. Für medizinische Laien ist sei im aktuellen Spiegel nachzulesen. Drittens, die Rückgewähr von Freiheitsrechten: Da sind betroffen die Sätze 5 ff. des § 28a Infektionsschutzgesetzes. Hier ließe sich längerfristig, das heißt, wenn die Tests zugelassen und tatsächlich breit eingesetzt sind, nach dem Wort „dies“ einfügen: „auch unter Berücksichtigung von Testungen“. Notwendig ist diese letztere Novellierung allerdings nicht, denn die Behörden und Gerichte sind verfassungsrechtlich bereits jetzt dazu verpflichtet, die Erforderlichkeit umfassend zu prüfen. Das heißt freiheitsrechtlich auch den tatsächlichen Einsatz von Laientests zu berücksichtigen.

Abg. Dr. Johannes Fechner (SPD): Ich habe eine Frage an Herrn Prof. Dr. Kingreen. Mit geht es um den § 28a Absatz 3. Mich würde Ihre Meinung interessieren, ob Sie empfehlen, hier Änderungen dahingehend vorzunehmen, dass wir weitere Kriterien als die heute geregelten Inzidenzzahlen benennen und wie man dies konkret machen würde, gerade auch vor dem Hintergrund, dass es keine abschließenden Erkenntnisse zu den Mutationen gibt. Das OVG Lüneburg hat schon entsprechende Hinweise gegeben, dass man hier Änderungen vornehmen sollte. Es würde mich Ihre Einschätzung interessieren, ob man in diesem Gesetzgebungsverfahren den § 28a Absatz 3 erweitern sollte.

ESV Prof. Dr. Thorsten Kingreen: Der § 28a Absatz 3 ist sehr ungewöhnlich formuliert. Das Gefahrenabwehrrecht ist eben keine richtige Norm, in der steht, unter welchen Voraussetzungen der Gesetzgeber in Rechte eingreifen darf, sondern dort steht, unter welchen Voraussetzungen er handeln muss. Er ist also als Schutzpflicht formuliert. Er lässt im Prinzip im Moment praktisch alles zu. Er lässt letztlich sogar ein Verfahren zu, bis wir beim Inzidenzwert 0 sind. Ich würde anregen, die nächste Reformrunde dazu zu nutzen, in die Norm tatsächlich einen Stufenplan zu integrieren. Bei dem Stufenplan sollte man vielleicht sagen, dass er kein einseitiges Öffnungskonzept ist. Er würde nämlich in beide Richtungen wirken, denn Stufen kann man bekannter Weise entweder herunter- aber auch hinaufsteigen. Das heißt, wir müssten bei so einer Norm auch einkalkulieren, dass sie relativ schnell

wieder Verschärfungen ermöglicht, wenn das Infektionsgeschehen, Sie haben die Mutationen genannt, dies erfordert. Der Vorteil eines solchen Stufenplans ist aber gerade, dass man sehr schnell handeln kann, dass man ganz schnell und ohne Ministerpräsidentenkonferenz den Stufenplan anwenden kann. Wobei man sagen muss, einfach ist das nicht, weil man den Landesregierungen trotzdem hinreichende Entscheidungsspielräume lassen muss. Das muss man schon sagen. Im Übrigen stimme ich Prof. Dr. Anna Leisner-Egensperger voll zu, dass wir sicherlich auch mit anderen Zahlen als nur den 7-Tage-Inzidenzen arbeiten müssen und uns auch entscheiden müssen, ob wir die öffentliche Gesundheit oder die individuelle Gesundheit schützen.

Abg. Heike Baehrens (SPD): Meine Frage geht an die BAGFW, Frau Dr. Fix. Viele Verbände kritisieren, dass die Mindereinnahmen in der Pflege nur noch unter eingeschränkten Voraussetzungen geltend gemacht werden können. Bitte erläutern Sie, warum diese Regelung aus Ihrer Sicht nicht tragfähig ist, und warum die Mindereinnahmen nicht über Vergütungsverhandlungen ausgeglichen werden können.

Sve Dr. Elisabeth Fix (Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege (BAGFW)): Herr Maul hatte ja vorhin zu einer ähnlichen Frage schon einiges dazu ausgeführt. Wir sehen die Problemlage ähnlich wie der bpa. Wir haben mindestens zwei große Problemkomplexe. Einerseits vollstationäre Einrichtungen die von einem hohen Ausbruchsgeschehen betroffen waren und dann hinterher nicht mehr oder nicht mehr so schnell im erforderlichen Umfang neu belegen können, weil die Nachfrage fehlt. Genauso aber weil beispielsweise die Rückverlagerung aus dem Krankenhaus oder auch Neuaufnahmen ins Pflegeheim nicht ermöglichen, dass die Bewohner in Doppelzimmern aufgenommen werden können. Auch hier haben wir dann entsprechende Belegungsrückgänge zu verzeichnen, die in keinem Fall durch die jetzt vorgesehenen behördlichen Anordnungen oder durch Landesrecht bedingt sind. Der zweite Problemkomplex ist bei den Tagespflegen, die derzeit eine Auslastung von circa 50 bis 60 Prozent nur haben. Das ist den AHA-Regelungen geschuldet. Dadurch müssen die Gruppengrößen reduziert werden. Die Nachfrage



wäre da zum Teil größer. Aber das Angebot kann nicht in dem erforderlichen Umfang erfolgen. Auch hier haben wir erhebliche Mindereinnahmen, die gleichfalls nicht mit behördlichen Anordnungen in irgendeiner Weise gedeckt sind. Wie Herr Maul vorhin schon ausgeführt hat, niemand hat die Absicht, nicht zu versorgen. Allein haben wir schon das wirtschaftliche Interesse wegen der nicht erstatteten Investitionskosten so weit wie möglich zu belegen oder überhaupt zu belegen. Insoweit sehen wir, dass es zum gegenwärtigen Zeitpunkt zumindest noch nicht den Schutzschirm so zu lockern, wie es hier zunächst erstmal geplant ist. Wir bräuchten hier einen Stufenplan und auch Verhandlungen, nach denen Sie fragen, können uns hier nicht helfen, weil Verhandlungen nur dazu führen, dass weniger Plätze angeboten werden können und belegt werden können, wir Personal reduzieren müssen. Dieses Personal kann dann ganz locker bei dem Fachkräftemangel in anderen Einrichtungen einen Arbeitsplatz finden und wir werden dann auf Dauer sozusagen das Platzangebot in einer Einrichtung reduzieren müssen. Das kann ja als Abwärtsspirale, die hier gewissermaßen mit Ansage geplant ist, nicht die Absicht des Gesetzgebers sein. Wir bitten dringend, die Regelungen zurückzunehmen und es beim bisherigen Schutzschirm zu belassen.

Abg. **Sabine Dittmar** (SPD): Ja, die geht auch nochmal an die Bundesarbeitsgemeinschaft Freie Wohlfahrtspflege und betrifft die Rehabilitation. Sind die getroffenen Maßnahmen im Rahmen des Schutzschirms und die bestehenden Möglichkeiten zu Verhandlungslösungen mit den Krankenkassen ausreichend, um Reha-Einrichtungen vor den Auswirkungen der Pandemie, also vor allem Unterbelegung, zu schützen?

SVe **Dr. Elisabeth Fix** (Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege (BAGFW)): Zunächst mal sind wir froh, dass mit der Krankenhausaussgleichsverordnung hier zumindest der bisherige Schutzschirm, der auf fünfzig Prozent reduziert ist, jetzt vom 28. Februar auf den 11. April verlängert wird. Das gibt uns einen gewissen Puffer. Gleichwohl laufen die Verhandlungen mit den Krankenkassen über den Schutzschirm sehr unzureichend und sehr schleppend und wir sehen hier tatsächlich weiteren gesetzgeberischen Justierungsbedarf,

um das ganze Geschehen zum Erfolg zu führen. Bislang sind uns nur die Fortführung des Hygienezuschlags in der bekannten Höhe oder auch der Schutzschirm von fünfzig Prozent angeboten worden, aber mit dem kleinen Manko, dass er nur, wenn die Belegung unterhalb von 95 Prozent erfolgt, überhaupt zum Greifen kommt und bei der Müttergenesung werden alle Maßnahmen auf ein Kind beschränkt. Wir sehen überdies schon seit langem das Problem, dass wir keine Finanzierung für die hier schon angesprochenen Testungen erhalten, also Personalkosten werden nicht refinanziert, da entstehen schon seit langem Mehraufwendungen und es zeichnet sich nirgendwo ab, dass diese Lücke gedeckt wird. Insoweit schlagen wir vor, dass in die Rahmenempfehlungen nach Paragraph 111 Absatz 7 ein weiterer Punkt 2 a aufgenommen wird, der Eckpunkte vorsieht für die jetzt zu erfolgenden pandemiebedingten Verhandlungen einerseits. Das Gleiche müsste dann auch für die ambulante Reha in 111c entstehen. Wir sehen auch dringenden Verlängerungsbedarf hinsichtlich der GPVG (Gesundheitsversorgungs- und Pflegeverbesserungsgesetz)-Regelung, die Verhandlungen nur bis zum 21.3. vorsieht und der steht ja gewissermaßen vor der Tür.

Abg. **Hilde Mattheis** (SPD): Meine Frage geht an den Deutschen Berufsverband der Pflegeberufe. Wir haben ja schon eine Antwort gehört zu den 450 Millionen Euro, die bereitgestellt werden sollen für Krankenhäuser beziehungsweise Pflegekräfte, die in unmittelbarer Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen eine Prämie ausgezahlt bekommen sollen. Wie ist Ihre Bewertung dazu?

SV **Dr. Franz Wagner** (Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK)): Die Regelung jetzt ist besser als die, die wir bisher hatten. Aber es ist das gleiche Wirkprinzip beibehalten worden, was im letzten Jahr zu erheblichem Unfrieden in den Einrichtungen und ziemlich viel Frustration bei den Pflegefachpersonen geführt hat, denn es wurde von der Mehrheit als sehr ungerecht empfunden, wie die Verteilung stattgefunden hat, also wer überhaupt, welche Krankenhäuser infrage kamen, wie dann innerhalb der Einrichtungen die Prämie verteilt wird. Wir haben die Sorge, dass, auch wenn man das jetzt auf eine, Herr Baum sprach von etwa tausend Krankenhäusern, das ist immer noch so etwas mehr



als die Hälfte, wenn man so verteilt und dann noch Binnenverteilungen vornimmt, die ganz individuell sind, dass das erneut zu erheblichem Unfrieden führt. Also wir hätten besser gefunden, man hätte eine Regelung gefunden, dass alle etwas bekommen und dann auch zumindest stärker vorstrukturiert wird, wie denn die Verteilung zu erfolgen hat und es nicht den einzelnen Häusern überlässt.

Abg. Detlev Spangenberg (AfD): Meine Frage geht an Frau Prof. Dr. Leisner-Egensperger. Frau Professor, verschiedene Medien berichten zufolge soll das Innenministerium unter Leitung von Horst Seehofer zu Beginn der Corona-Pandemie im März 2020 auf Forscher eingewirkt haben, die daraufhin ihre Ergebnisse für ein dramatisches sogenanntes Geheimpapier zur Rechtfertigung harter Corona-Maßnahmen geliefert haben sollen. Mit dem vorliegenden Gesetzentwurf zur Fortgeltung der epidemischen Lage von nationaler Tragweite soll nun der Weg für eine weitere Durchsetzung solcher Maßnahmen geebnet werden. Die Frage ist jetzt, wie beurteilen Sie aus rechtlicher Sicht diese Vorgehensweise, insbesondere vor dem Hintergrund, dass mögliche weitere Maßnahmen zur Eindämmung des Infektionsgeschehens erst dann mit den Abgeordneten des Bundestages diskutiert wurden, nachdem diese Punkte verschiedenen Pressevertretern bereits vorgelegen und darüber öffentlichkeitswirksam berichtet wurde.

ESVe Prof. Dr. Anna Leisner-Egensperger: Zunächst einmal ist es so, dass der Bundestag Herr der Feststellung der epidemischen Lage ist und auch bleibt. Gerade dies soll ja jetzt durch dieses neue Gesetz auch geschlossen werden, dass der Bundestag immer den ersten Zugriff hat. Er kann alle drei Monate die epidemische Lage nationaler Tragweite feststellen und dann jeweils immer wieder verlängern. Es ist also nicht so, wie Sie sagen, dass der Bundestag erst im Nachhinein darüber informiert wird. Das natürlich, auf welchen Wegen auch immer, irgendwelche Informationen an die Presse gelangen, lässt sich politisch niemals verhindern, das hat man auch in anderen Konstellationen, ist natürlich unglücklich. Dieses Vorkommnis, was Sie dargestellt haben, dass jetzt angeblich auf Wissenschaftler seitens des Bundesinnenministeriums eingewirkt worden sein soll, muss natürlich aufgearbeitet werden. Soweit ich informiert bin, ist

das auch in Arbeit. Auf der anderen Seite haben Sie vielleicht mitbekommen, in den letzten Tagen haben sich einige Wissenschaftler kritisch geäußert zu dem Impfstoff von AstraZeneca, was dann sofort dazu geführt hat, dass die Impfbegeisterung der Bevölkerung zurückgegangen ist, dass sogar Personen, die bereits Impftermine erhalten hatten, dann wieder nach Hause gegangen sind, verunsichert und jetzt nicht wissen, ob sie tatsächlich diesem durchaus, nach allgemeinen wissenschaftlichen Erkenntnissen guten Impfstoff nehmen sollen. Vor dem Hintergrund ist meines Erachtens politisch ein grundsätzliches Bedürfnis schon anzuerkennen, die Bevölkerung nicht durch allzu viele wissenschaftliche Meinungen von verschiedenen Seiten zu verunsichern. Gleichwohl, was natürlich nicht geht, da gebe ich Ihnen vollkommen recht, ist eine gezielte Beeinflussung der Meinungsbildung, und gerade vor diesem Hintergrund, wir haben ja zuvor über die Evaluierung gesprochen, sollte meines Erachtens sobald wie möglich ein sogenannter Corona-Rat eingerichtet werden, der ebendies wissenschaftlich begleitet.

Abg. Ulrich Oehme (AfD): Meine Fragen richten sich an die Bundesärztekammer. Herr Prof. Dr. Scholz, wie wurden Sie als Vertreter der Ärzteschaft, abgesehen von der heutigen Anhörung, in die Diskussion zu weiteren Vorgehensweisen während der Corona-Pandemie eingebunden? Welche Anmerkungen Ihrerseits haben Eingang in den vorliegenden Gesetzentwurf gefunden? Sind Sie der Ansicht, dass mögliche absehbare Schäden infolge der Corona-Maßnahmen in Bezug auf die physische und psychische Gesundheit der Bürger bei der Fortschreibung des Gesetzes zur Fortgeltung der epidemischen Lage von nationaler Tragweite ausreichend berücksichtigt worden sind? Wenn ja, inwiefern? Wenn nein, warum nicht?

SV Prof. Dr. Karsten Scholz (Bundesärztekammer (BÄK)): Ich kann Ihnen versichern, dass wir in ständigem Kontakt sowohl zu den Verantwortlichen im Bundesgesundheitsministerium stehen, allerdings sind in der letzten Zeit immer wieder auch Gespräche mit Ministerpräsidenten geführt worden. Das ist hier schon angesprochen worden, die Runde, die sich abstimmt, aber keine Beschlüsse fasst, sondern ich verstehe das immer als Koordi-



nierungsgremium, was dann auch gemeinsame Bewertungen vornimmt und die dann in die Länder bringt, wo dann Beschlüsse gefasst werden müssen. Insofern, denke ich, sind hier viele Dinge eingeflossen. Auch Sie haben das mitbekommen, dass jetzt Nachbesserungen bei der Teststrategie vorgenommen werden, das sehen wir als wichtige Maßnahme an, das hatte ich eben schon ausgeführt, weil es dort auch mehr Möglichkeiten gibt, dann auch Einzelfalldinge zu tun oder bestimmte Lockerungsmaßnahmen zu machen, wo sich das realisieren lässt. Das stößt dann sicher auch an Grenzen, insofern besteht das auch. In der Tat kann man nicht verschweigen, dass sich zeigt, dass psychische Belastungen zunehmen, aber auf der anderen Seite sehen wir sehr stark, dass unser Gesundheitssystem Möglichkeiten vorsieht; das hier auch durch Sicherungsmaßnahmen abgedeckt werden soll, dass hier die Gesamtvergütung, dass also Ärzte in Anspruch genommen werden, da gab es natürlich auch zu Anfang Schwierigkeiten bei der Inanspruchnahme psychotherapeutischer Leistungen. Da greife ich auch noch mal auf das zurück, was Herr Dr. Gassen vorhin gesagt hat, auch aus Sicht der Bundesärztekammer ist es sehr zu unterstützen, dass hier auch Möglichkeiten eines Schutzschirms, nicht für die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung, sondern auch für die Einzelvergütung getroffen werden. Denn Sie wissen, dass die psychotherapeutischen Maßnahmen genehmigungspflichtige Leistungen der Krankenkassen sind und unter die sogenannte extrabudgetäre Gesamtvergütung (EGV) fallen. So macht es natürlich auch Sinn, dass hier Schutzmaßnahmen getroffen werden. Insofern, denke ich, sind wir hier auf einem guten Weg, aber wir haben natürlich, und das hören wir auch, sehr im Auge, dass die psychischen Belastungen durchaus folgen und Frau Prof. Dr. Leisner-Egensperger hat eben auch so einen Punkt angesprochen. Das trägt natürlich nicht dazu bei, wenn solche Meldungen dann immer kommen, dass dann ein Impfstoff in Frage gestellt wird oder dass etwas anderes gemacht wird, das trägt gleich zur Verunsicherung bei und kann natürlich auch bei psychisch belasteten Patienten dazu führen, noch mal ins Nachdenken zu kommen, ihren Impfschutz nicht zu nehmen. Um aber noch mal zum Ausgangspunkt Ihrer Frage zurückzukommen: Es finden viele Gespräche statt und das wird auch vom Bundesgesundheitsministerium immer sehr ernst genommen und wird auch

aufgegriffen in vielen Regelungen, die Sie hier wiederfinden.

Abg. **Detlev Spangenberg** (AfD): Diese Frage geht ebenfalls an die Bundesärztekammer, Prof. Dr. Scholz. Prof. Dr. Scholz am 11. Dezember 2020 schrieb die Tageszeitung „Die Welt“ unter dem Titel „Das Leopoldina-Desaster“, dass der Schaden, den die Wissenschaftsfunktionäre mit ihrer siebten Ad-hoc-Stellungnahme zur Coronavirus-Pandemie anrichteten immens ist, da der wissenschaftliche Gehalt zu gering ist. So die Meldung. Denn für keine der geforderten Maßnahmen nennt die Stellungnahme eine belastbare wissenschaftliche Quelle oder wissenschaftlich gesicherte kausale Zusammenhänge. Nichts wird nachvollziehbar belegt. So wird festgehalten, es scheint so, dass die Nationale Akademie der Wissenschaften als Verein dieser Aufgabe nicht gewachsen ist. Auch die Vorgeschichte des BMI-Papiers wirft kein gutes Licht auf die entsprechende Politikberatung. Wäre es da angesichts der offensichtlichen Bedeutung der Thematik nicht sinnvoll, ein speziell für diese Aufgabe konzipiertes eigenständiges Fachgremium – wir hatten eine eigenständige Epidemie-Kommission vorgeschlagen – einzusetzen, die also immer für derartige Fälle jederzeit wissenschaftlich fundiert arbeiten kann?

SV **Prof. Dr. Karsten Scholz** (Bundesärztekammer (BÄK)): Ich glaube, wir müssen alle berücksichtigen, dass wir uns nach wie vor in einem Findungsprozess befinden, denn viele Erkenntnisse liegen nach wie vor über diese Pandemie nicht vor und wir wissen nicht, welche Mutationen sich entwickeln. Insofern, glaube ich, dass es uns jetzt nicht hilft, dass zu einem bestimmten Zeitpunkt in einer bestimmten Pandemie-Situation, die gefühlt schon sehr lange zurückliegt noch überlegt wird, inwieweit alle Teile dieser Ad-hoc-Stellungnahme, um die sich gehandelt hat, wertvoll sind. Wir haben Probleme mit Ihrem Vorschlag, dieser STEPKO. Wir würden schon vorschlagen, dass es einen interprofessionellen Pandemierat gibt, der auch das Krisenmanagement begleitet, das scheint uns ein wichtigerer Punkt zu sein. Ich glaube, es liegt nicht an dem Zusammentragen von wissenschaftlichen Erkenntnissen, die auch publiziert werden; es gibt immer mehr oder weniger Sonderausgaben des



Deutschen Ärzteblattes, wo auch neue wissenschaftliche Erkenntnisse, wo sie vorliegen, zusammen getragen werden. Wir haben gerade in den letzten Tagen sehr positive Nachrichten aus Israel gehört, wo es sich auch zeigt, wie dort die Impfstrategie Anwendung findet. Aber wir glauben schon, dass es hier ein begleitendes Gremium gibt, wie man halt noch besser Krisenmanagement betreibt und wo wir auch Konsequenzen daraus ziehen. Langfristig, das finden Sie in einem Papier der Bundesärztekammer, halten wir es durchaus für notwendig, dass man Pandemie auch übt. Wir wollen nie hoffen, dass sie wiederkommt, dass wir für lange Zeit Ruhe haben, aber für den Fall, dass sie wieder kommt, dass man dann Konsequenzen daraus zieht, wie wir so etwas, Gott sei Dank, lange nicht erlebt haben und es lernen. Aber ihren Vorschlag der STEPKO finden wir nicht besonders hilfreich, sondern würden uns andere Lösungsmöglichkeiten wünschen.

Abg. **Christine Aschenberg-Dugnus** (FDP): Meine erste Frage geht an den Einzelsachverständigen Prof. Dr. Wißmann. Herr Prof. Dr. Wißmann, wie beurteilen Sie, dass das Ministerium weiterhin wesentliche Fragen mit Grundrechtsbezug ohne Zustimmung des Bundestages treffen kann?

ESV **Prof. Dr. Hinnerk Wißmann**: Zum Verhältnis von Parlament und Regierung gestatten Sie mir vielleicht eine Anmerkung vorweg. Das Vorgehen der Regierungsfractionen in letzter Minute den eigenen Gesetzentwurf mit 17 Änderungsanträgen, die ausführlicher sind als das eigentliche Änderungsgesetz, zu überziehen, ist natürlich nicht geeignet, den Respekt vor dem Parlament und seiner Arbeitsweise zu erhöhen. Man merkt das auch in dieser Anhörung, wesentliche Fragen der Änderungsanträge bleiben sozusagen unter dem Radar, weil sie erst am Freitagabend in die Debatte eingespeist worden sind. Wenn man sich dann der Sache zuwendet, wird man sagen müssen, das Parlament wird durch die vorgelegten Entwürfe in praktische Entscheidungen im Grunde in wesentlichen Fragen nicht einbezogen. Es kann alle drei Monate in Zukunft sein Go erklären und danach entfalten die Regelungen des Gesetzes nach unserer praktischen Erfahrung der letzten Monate im Grunde keine Steuerungswirkung. Durch die Änderungsanträge wird nun zusätzlich auch noch die föderale

Kontrolle des Regierungshandelns weiter abgebaut, indem Zustimmungserfordernisse des Bundesrates entfallen und bundeseinheitliche Regelungen an die Stelle von Länderrechten treten, so etwa bei der Einreise-Quarantäne. Verfassungsrechtlich würde man wohl sagen, der Rechtsstaat lebt von horizontaler und vertikaler Gewaltenteilung, um Eingriffe in die Grundrechte im Maß zu halten und das Infektionsschutzrecht tendiert dazu, sich dieser Fessel ziemlich wortreich zu entledigen.

Abg. **Christine Aschenberg-Dugnus** (FDP): Meine nächste Frage geht ebenfalls an den Einzelsachverständigen Prof. Dr. Wißmann. Wie bewerten Sie den Entwurf dahingehend, dass die epidemische Lage nunmehr alle drei Monate vom Bundestag bestätigt werden muss? Wie stehen Sie dazu?

ESV **Prof. Dr. Hinnerk Wißmann**: Diese Regelungs-idee, über die hier heute schon verhandelt worden ist, ist jetzt aus einem relativ modernen Instrumentkasten entnommen, weil damit grundsätzlich die Verbindung zwischen Parlament und Exekutive gestärkt wird. Das ist zweifellos ein fortlaufender politischer Prozess der hier stattfindet. Insofern sind diese Verbindungsschnittstellen auch wichtig. Das heißt, *[unverständlich]* wird hier durch Elemente des Parlamentsbeschlusses angereichert. Das sichert immerhin, das ist schon mehrfach gesagt worden, Debatte und Öffentlichkeit, jedenfalls die Chance dazu in besserer Weise als die Anwendung des Infektionsschutzrechtes in Exekutivrunden der Ministerpräsidenten und des Bundeskanzleramtes. Allerdings wird man auch sagen müssen, man zahlt dafür einen Preis, nämlich den Preis, dass die völlig unvergleichliche Lage in der wir seit einem Jahr stehen, nunmehr zu einem gesetzlichen Normalfall wird. Der Wegfall der Befristung der Sonderregeln als solche hat eben nicht nur einen symbolischen Wert, sondern wir stellen uns damit auf Dauer darauf ein, nach Maßgabe des Infektionsschutzrechtes 2020 regiert zu werden. Dazu hat bisher keine ausreichende Debatte stattgefunden, da die Einführung der Sonderregeln im Laufe des letzten Jahres ursprünglich ganz ausdrücklich als zeitlich befristete Notlösung begründet wurde. Jetzt stellt man um auf eine inhaltliche Regelung, alle drei Monate, aber eine Debatte über die Frage, wollen wir diese Art von Exekutiv-Notverordnung als Grund



lage des Infektionsschutzrechtes, die ist im letzten Jahr verschoben worden und wird jetzt in diesem Jahr im Grunde auch nicht ernsthaft geführt.

Abg. **Christine Aschenberg-Dugnus** (FDP): Meine nächste Frage geht an den Einzelsachverständigen Prof. Dr. Kingreen. Herr Prof. Dr. Kingreen reicht es aus, lediglich Impfziele gesetzlich zu regeln oder muss eine Impfpriorisierung per Gesetz erfolgen?

ESV **Prof. Dr. Thorsten Kingreen**: Zunächst ist zu begrüßen, dass der Entwurf die einhellige Kritik aus der letzten Ausschusssitzung aufgegriffen hat und eine gesetzliche Grundlage geschaffen hat, die allerdings sehr schwer lesbar ist und das hängt mit folgenden Kritikpunkten zusammen. Der erste ist, dass immer noch nicht ganz klar ist wer eigentlich die Priorisierungsentscheidungen trifft. Die STIKO, das BMG oder der Bundestag. Das hängt unmittelbar mit der von Herrn Prof. Dr. Brenner adressierten Frage zusammen, in welchem Verhältnis eigentlich die Impfziele für die STIKO zu den Priorisierungskriterien für das BMG stehen. Es ist also nicht ganz klar, wer da eigentlich was machen soll und so weiß möglicherweise sogar in diesen Raum niemand so richtig, wer trifft denn jetzt eigentlich die Priorisierungsentscheidungen. Man sieht das Problem sehr deutlich jetzt bei der Diskussion um die vorzeitige Impfung des Lehrpersonals. Da hat die STIKO sofort eine Stellungnahme dazu abgegeben. Man muss aber fragen, ist das überhaupt Sache der STIKO. Das ist eine nicht medizinische, sondern eine politische Entscheidung, die man gut begründen kann. Von daher sehe ich immer noch die Gefahr die schon im letzten Ausschuss thematisiert wurde, dass sich der Gesetzgeber hier etwas hinter dem vermeintlichen Expertentum der STIKO versteckt, die aber letztlich nur für medizinische Fragen die Expertise hat. Ich will noch ganz kurz den zweiten Kritikpunkt aufgreifen. Da geht es insbesondere um das Rangverhältnis der Kriterien, das weiterhin nicht geregelt ist. Ich habe in meiner schriftlichen Stellungnahme gezeigt, dass das durchaus geht, ohne dass man dem Verordnungsgeber die notwendige Gestaltungsfreiheit nimmt. Es bringt wenig jetzt nur einfach Kriterien aufzuzählen, die das BMG übrigens nicht nur gewichtigen, sondern auch noch ergänzen kann. Da ist dem Parlamentsvorbehalt eigentlich wenig geholfen. Ich kann auch den Ausführungen von Herrn Prof. Dr.

Wollenschläger insoweit nicht zustimmen wenn er sagt, das Bundesverfassungsgericht fordere das mit dem Rahmenverhältnis nicht mehr, weil es nach einer Vielzahl von Entscheidungen in der neusten Entscheidung nicht mehr drinsteht. Da muss man schon fragen, sollen denn alle Aussagen aus alten Entscheidungen, die sich in neuen nicht mehr finden, nicht mehr gelten? Das scheint mir doch sehr weit hergeholt zu sein, zumal man sagen muss, in dieser letzten Entscheidung, die Herr Prof. Dr. Wollenschläger zitiert, war das Rangverhältnis einfach deshalb kein Thema, weil das geregelt war und es nur um die Frage ging, haben die Hochschulen ein Kriterienerfindungsrecht. Das wurde uns verneint und hier in der Regelung haben wir ein Kriterienerfindungsrecht. Das finde ich hoch problematisch. Ein letzter Punkt noch. Auch die Tatsache, da wir hier nur ein zeitlich begrenztes Problem haben, der Impfstoff wird ja irgendwann zur Verfügung stehen, überzeugt mich nicht. Das ändert doch nichts an der Grundrechtsintensität, denn was hilft es Menschen die morgen sterben, weil sie nicht rechtzeitig geimpft werden konnten, dass übermorgen genügend Impfstoff zur Verfügung steht.

Abg. **Christine Aschenberg-Dugnus** (FDP): Kurze Frage an den bpa, Herr Mael. Der Gesetzentwurf verweist auf die Bedingungen unter den Erstattungen von Minderausgaben künftig noch möglich sein sollen. Welche könnten das aus ihrer Sicht sein, die eine Pflegeeinrichtung gelten machen kann damit sie noch Mindereinnahmen erstattet bekommen?

SV **Herbert Mael** (Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste (bpa)): Ich habe es eben schon angedeutet und bin insofern froh, dass Sie nachfragen. Es ist jetzt an landesrechtliche Regelungen oder Auflagen von Behörden gebunden. Im Moment gibt es die noch, aber die fallen jetzt schon fast weg. Also wir haben Pflegeheime die schwer getroffen wurden, die keinerlei Verbote mehr haben aufzunehmen und dort gibt es ein Problem. Wenn RKI-Empfehlungen eingehalten werden oder die Konzepte des Gesundheitsamtes, die mit denen abgestimmt sind, ist doch gar nicht klar, ist das eine behördliche Auflage? Es bringt die Einrichtung in eine ganz schwierige Situation. Sie müssen das beachten, gleichzeitig gilt es möglicherweise nicht als behördliche Auflage und an dieser Stelle soll sich



dann entscheiden, ob ich noch unter den Schutz des Rettungsschirmes falle oder nicht. Also die Auflagen vom RKI, vom Gesundheitsamt, die zu beachten sind, dürfen auf keinen Fall doch Kriterium werden, ob ich aus dem Rettungsschirm falle oder nicht.

Abg. **Harald Weinberg** (DIE LINKE.): Meine erste Frage richtet sich an Herrn Prof. Dr. Kingreen, auch nochmal etwas grundsätzlicher. In der Rechtswissenschaft wurde übereinstimmend als verfassungswidrig angesehen, dass die Exekutive mit der Impfpriorisierung grundrechtswesentliche Fragen selbst entscheidet. Nun ist die gesetzliche Regelung im Gesetzentwurf weder abschließend noch bindend. Sehen Sie hier die verfassungsrechtliche Kritik wirklich ausgeräumt?

ESV **Prof. Dr. Thorsten Kingreen**: Ich habe vorhin schon angedeutet und bin deswegen dankbar, dass ich es nochmal näher ausführen kann, jetzt. Gerade dieses Wort „insbesondere“ im § 20i Absatz 3 Satz 4 bewirkt, dass der Katalog nicht abschließend ist und ein nicht abschließender Katalog führt natürlich dazu, dass wir letztlich ein beliebiges Kriterienfindungsrecht des BMG haben und damit schwächt man die Rechtsgrundlage unnötig. Im Übrigen möchte ich nochmal anregen, es ist mit Sicherheit sinnvoll, hier nicht drei verschiedene Normen zu schaffen, die aufeinander verweisen. Das ist nämlich tatsächlich so eine Art Schnitzeljagd um zu verstehen, wo eigentlich genau die Rechtsgrundlage ist. Ich plädiere weiterhin dafür, das einheitlich im IfSG zu regeln, wo man übrigens auch regeln müsste, welche Verfahrensvorkehrungen gelten für die sogenannten Impfdrängler. Auch da muss man eine Regelung finden, Wartelisten usw. Denn das sorgt für viel Verdross.

Abg. **Pia Zimmermann** (DIE LINKE.): Meine Frage geht an Frau Viol vom Vdk. Pflegezeit und Familienpflegezeit können weiterhin flexibel in Anspruch genommen werden und das Pflegeunterstützungsgeld wird verlängert. Reichen nach den Erfahrungen Ihres Verbandes diese Regelungen aus, um pflegende Angehörige in der Corona-Pandemie zu unterstützen und abzusichern?

SVe **Madeleine Viol** (Sozialverband Vdk Deutschland): Wir haben seit der Pandemie einen großen Bedarf in der Sozialrechtsberatung von pflegenden Angehörigen, die zum einen Angebote in der Häuslichkeit vermeiden aufgrund der AHA-Regelungen, aber auch weil Angebote wegfallen. Wir haben mehr denn je Angehörige, die vorher noch arbeiten gegangen sind, die aber jetzt mehr in der Pflege eingesprungen sind als jemals zuvor. Sie fragen eben nach Unterstützungsleistungen und eben auch nach geldwerten Unterstützungsleistungen. Die 20 Tage kurzzeitige Arbeitszeitverhinderung reichen nicht aus. Die wären eigentlich schon Ende Januar ausgeschöpft gewesen. Die Pflege- und Familienzeit reicht auch nicht aus, weil sich viele sagen, das geht nicht auf Grund der Betriebsgröße, das ist ein Hindernis, das zinslose Darlehen ist nicht wirklich attraktiv, weil es, nachdem ich meine Arbeitszeit wieder aufgestockt habe, auch zurückgezahlt werden muss, und viele haben auch Angst vor negativen Konsequenzen. Und es gibt auch noch Angehörige, die sich an uns wenden, die eigentlich keine familiären Angehörigen sind, wie z. B. Nachbarn, die eine Betreuung haben in der Nachbarschaft oder auch Bevollmächtigte sind. Da gibt es also überhaupt nichts, was man ihnen empfehlen könnte. Arbeitszeitreduktionen, das sagen uns pflegende Angehörige, nehmen sie dann mit allen Übeln in Kauf, nämlich das geringere Einkommen. Sie haben eine geringere Rentenanwartschaft dann in Zukunft, auch eine geringere Rente und ein größeres Risiko, in die Altersarmut zu verfallen. Wir kommen in so einen Teufelskreislauf, wo vor allen Dingen Frauen diejenigen sein werden, die das volle Risiko tragen. Es gibt noch gar keine Erhebung darüber, wie der Verdienstaustausch, durch die Stundenreduktion aussieht. Deshalb wird der VDK eine Pflegestudie dazu in Auftrag geben, und wo wir noch vor der Bundestagswahl überhaupt einmal erfragen, wie groß ist denn die Arbeitszeitreduktion bei pflegenden Angehörigen. Wir fordern deshalb eine Lohnersatzleistung, in Anlehnung an den Entschädigungsanspruch für Eltern bei Lohnausfall, und zwar nicht nur bei 60 Prozent, sondern 80 Prozent des Nettoeinkommens, während der Corona-Pandemie, und auch zukünftig soll der Bundestag sich mit dem Thema befassen, wie Lohnersatzleistungen aussehen können, analog des Elterngeldes oder einer Freistellung analog der Elternzeit. Pflegende Angehörige brauchen unsere Unterstützung



und Kinderbetreuung und Pflege muss den gleichen Stellenwert in unserer Gesellschaft haben.

Abg. **Harald Weinberg** (DIE LINKE.): Meine nächste Frage geht an die Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege, Frau Dr. Fix. Wie bewerten Sie die Neuregelung zur Impf-Priorisierung aus Sicht der Wohlfahrtspflege? Sehen Sie das Ziel, besonders vulnerable Gruppen zu schützen, umgesetzt? Wenn nicht, welchen Nachbesserungsbedarf sehen Sie?

Sve **Dr. Elisabeth Fix** (Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege (BAGFW)): Wir sehen die Neuregelung des § 20 Abs. 2a noch nicht in jeder Hinsicht gelungen, und zwar sehen wir folgenden Nachbesserungsbedarf: Im Referentenentwurf war noch vorgesehen, dass der Schutz von Personen in Settings mit hohem Anteil von vulnerablen Gruppen und mit hohem Ausbruchspotenzial in die Impf-Priorisierung hineinfallen sollte. Dieses Kriterium ist entfallen. Ich finde gut, dass mit dem Änderungsantrag das Kriterium aufenthaltsbedingte Infektionsrisiken aufgenommen wurde. Das kann aber den Wegfall dieses Kriteriums, das ich gerade genannt habe, noch nicht ersetzen, respektive kompensieren oder wenn ja, dann müsste zumindest in der gesetzlichen Begründung dazu ausgeführt werden. Des Weiteren sehen wir noch seitens der Wohlfahrtspflege auf jeden Fall einen Nachbesserungsbedarf darin, dass nicht nur gesundheitsspezifische Ansteckungsrisiken in der Impf-Priorisierung benannt werden sollten, sondern auch behindertenspezifische. Ich möchte mich hier dafür stark machen, dass z. B. bei der Gruppe der taub-blinden oder der blinden Menschen in der Regel gar kein hohes Infektionsrisiko per se auf Grund ihres Gesundheitszustandes besteht, aber sehr wohl auf Grund ihrer behinderungsspezifischen Umstände. Sie sind nämlich darauf angewiesen, dass sie begleitet werden von Assistenzpersonen oder auch beim Laufen ist die Berührung der Hände erforderlich. Damit besteht ein besonderes Infektionsrisiko, was der Behinderung geschuldet ist. Und nicht zu Letzt möchte ich an der Stelle noch anführen, dass uns auch nicht nachvollziehbar ist, warum trotz der hohen Priorisierung, die die STIKO beispielsweise den Frauen-

häusern und den Kinder- und Jugendhilfeeinrichtungen beigemessen hat, Kategorie drei von sechs in der STIKO, diese Einrichtungen immer noch nicht in die Impfverordnung aufgenommen wurden. Ich hoffe, dass das Kriterium aufenthaltsbedingt an dieser Stelle etwas weiterhelfen kann und bitte zu überlegen, ob auch hier in der Begründung vielleicht entsprechend nachgearbeitet werden könnte.

Abg. **Harald Weinberg** (DIE LINKE.): Meine Frage geht an ver.di, Frau Tatzky. Der im Referentenentwurf noch vorgesehene Bundeszuschuss von 3 Milliarden Euro für die Pflegeversicherung ist nur noch als Option vorgesehen. Wie bewerten Sie diese Regelung? Welche Auswirkungen hätte das auf die Kostenbelastungen der Menschen mit Pflegebedarf, wenn es keinen weiteren Bundeszuschuss geben wird?

Sve **Hannah Tatzky** (ver.di - Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft (ver.di)): Ich finde leider gerade meine Seite nicht. Haben Sie vielleicht vorher noch kurz eine andere Frage an jemanden anderen? Tut mir Leid.

Abg. **Harald Weinberg** (DIE LINKE.): Dann stelle ich noch eine Frage an Caritas. Wie bewerten Sie den Wegfall der Verstetigung der Pflegehilfsmittelpauschale von 40 Euro auf 60 Euro, die vorgesehen war?

Sve **Dr. Elisabeth Fix** (Deutscher Caritasverband (Caritas)): Es ist für uns nicht nachvollziehbar, dass diese Regelung weggefallen ist, denn auch künftig werden wir mit der Pandemie im Alltag und im Pflegealltag noch lange leben müssen und es wird weiterhin erforderlich sein, Schutzmaterialien zu erwerben, Desinfektionsmittel, alles Dinge, die vorher den Pflegealltag nicht geprägt haben. Von daher waren wir dankbar, dass noch im Referentenentwurf diese Verstetigung und Erhöhung auf 60 Prozent vorgesehen war. Wir bitten den Gesetzgeber zu überdenken, ob das nicht mit dem 4. Bevölkerungsschutzgesetz auch weiterhin so geregelt werden sollte.



Abg. **Kordula Schulz-Asche** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Meine Frage richtet sich an den Einzel-sachverständigen Herrn Prof. Dr. Kingreen. Können Sie bitte noch einmal die dringlichsten Punkte, die Sie mit Blick auf die §§ 5 und 28a Infektions-schutzgesetz anders regelungsbedürftig sehen, noch einmal zusammenfassen und insbesondere die Bedeutung eines Stufenplans, wie er auch u. a. von uns GRÜNEN vorgeschlagen wird, aus rechtswissenschaftlicher Sicht bewerten?

ESV **Prof. Dr. Thorsten Kingreen**: Man kann das ganz kurz erst einmal zusammenfassen, dass es vor allen Dingen darum geht, alle diese Regelungen in eine Art Normalität zu überführen, denn Frau Dr. Fix hat ja gerade ganz zurecht gesagt, mit der Pandemie werden wir auch juristisch noch sehr lange leben müssen. Das betrifft zunächst den § 1. Diese Konstruktion, dass man Normen gewissenmaßen nur anwenden kann, wenn man einen Feststellungsbeschluss des Bundestages hat. Also Normen gelten einfach, die müssen eigentlich nicht durch einen Feststellungsbeschluss erst angewendet werden und das kann ja immerhin auch nach „hinten“ losgehen. Man muss sich ja klarmachen, was passiert denn, wenn diese epidemische Lage nicht mehr vorliegt und man trotzdem noch bestimmte Maßnahmen im § 28a, etwa die Maskenpflicht, weiter haben will, dann kann man die Norm nicht mehr anwenden. Also ich empfehle, das doch langfristig in ein Normalregime zu überführen. Bei § 5 Absatz 2, darüber ist jetzt lange gesprochen worden, ich teile da die Auffassung von Prof. Dr. Wißmann und auch von Frau Prof. Dr. Leisner-Egensperger, dass da die rechtsstaatlich demokratischen Grenzen, um es vorsichtig zu sagen, etwas ausgetestet wurden. Wir sind uns aber, glaube ich, alle einig, da kann ich, glaube ich, sogar Herrn Prof. Dr. Wollenschläger einbeziehen, dass letztlich die Einzelermächtigungen, wenn, jedenfalls wesentlich konkreter gefasst werden müssten. Also genauer gesagt, von welchen Normen wird abgewichen und von welchen nicht. Man muss sich natürlich außerdem noch fragen, könnten Sie als Parlament die Normen nicht einfach selbst erlassen? Das sehen Sie jetzt an Artikel 2 des Änderungsgesetzes, da ändern Sie mit einem Parlamentsgesetz die Rechtsverordnung des BMG. Da muss man natürlich fragen, wenn Sie die ändern können, warum können Sie die nicht auch selbst erlassen? Der dritte Punkt ist

§ 28a, über den ist ja schon lange gesprochen worden. Eine sehr wortreiche Norm, die aber relativ wenig für den Freiheitsschutz tut, weil sie letztlich wahnsinnig unbestimmt ist. Sie ist letztlich nur geeignet, offensichtlich unsinnige Regelungen, wie die 15-Km-Regelung, die übrigens pikanterweise ja von der Landtagsfraktion der SPD in Bayern zu Fall gebracht wurde, zu verhindern. Aber letztlich würde ein Stufenplan, und das war ja Ihre Frage, doch zwei ganz wesentliche Vorteile haben. Erstens könnten die Landesregierungen sehr schnell, und nicht erst nach Rücksprache mit der MPK und dem Kanzleramt, Maßnahmen verschärfen, wenn das angezeigt ist. Zweitens würden die Bürgerinnen und Bürger aber auch eine Perspektive für Öffnungen bekommen, wenn die Werte sinken. Im Moment erlaubt es Ihnen hingegen der § 28a ja letztlich noch den Zielwert einmal eben von 50 auf 35 zu setzen, wenn man merkt, dass man der 50 schon sehr nahe ist, und das sorgt für Verdruss, und das verstehe ich, ehrlich gestanden auch.

Abg. **Kordula Schulz-Asche** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Meine zweite Frage richtet sich an Frau Viol vom VDK. Wie bewerten Sie, dass die Pflegehilfsmittelpauschale auf das Vor-Corona-Niveau abgesenkt wird und welche Auswirkungen erwarten Sie auf die Pflegehilfsmittelversorgung von Pflege-dürftigen?

SVE **Madeleine Viol** (Sozialverband Vdk Deutschland): Ich würde mich da voll und ganz Frau Dr. Fix anschließen, die da bereits ihre Kritik angebracht hat. Wir waren sehr glücklich gewesen, dass der Gesetzgeber gesehen hat, die 60 Euro-Pauschale im SGB XI festzuschreiben und auch zu erhöhen, weil wir, auch wenn die Bundesregierung auf das Ende der pandemischen Lage absieht, weiterhin auf die AHA-Regelungen schauen müssen und die Pflegehilfsmittel, zum Beispiel Schutzkittel, Einmalhandschuhe oder auch aus FFP-2-Masken. Es hat sich der Preis erhöht aufgrund der höheren Nachfrage, es braucht eine höhere Qualität, was früher als Mundschutz gegolten hat braucht nun eine FFP-2-Maske. Ich habe auch in der Häuslichkeit, so berichten es uns die pflegenden Angehörigen, einen erhöhten Bedarf für diese ganzen Pflegehilfsmittel. Deshalb ist es folgerichtig, die 60 Euro zu erhöhen. Herr Spahn hat es explizit in seinen Eckpunkten



auch als einen Baustein für die Stärkung der häuslichen Pflege benannt. Darauf möchten wir einfach nochmal appellieren, doch diese Regelung wieder aufzunehmen ins SGB XI. Wir haben es uns auch mal angeschaut. Es gab noch nie eine Dynamisierung seit dem es diese Regelung gibt durch das Pflegestärkungsgesetz I. Das macht zwar im Grunde nur zwei Euro seitdem aus. Für viele pflegende Angehörige die sich bei uns melden und es aufzeigen, was es im Monat kostet, sind zwei Euro viel Geld. Für uns hier als Privilegierte eher nicht.

Abg. Dr. Janosch Dahmen (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Ich hätte eine Frage an Prof. Dr. Krause. Wir haben ja jetzt in den vorangegangenen Stellungnahmen viel gehört, dass möglicherweise ein Stufenschema dabei helfen könnte, insgesamt die Beurteilbarkeit, Planbarkeit und auch das schnelle und zielgerichtete Handeln aller beteiligten Akteure voranzubringen. Wenn Sie sich jetzt aus Sicht von unterschiedlichen Modulationen ein solches Stufenschema vorstellen oder anschauen, was könnte jenseits bekannter Maßnahmen, dem R-Wert oder auch der Inzidenz als weiterer Indikator dazu dienen, in einem solchen Stufenschema unterschiedliche Stufen entsprechend zu beschreiben?

ESV Prof. Dr. Gérard Krause: Ja, das ist eine sehr gute Frage. Zunächst mal müsste so ein solches Stufenschema mehrere Kriterien erfüllen. Eines haben Sie genannt, nämlich nach welchen Indikatoren wird bewertet. Ich bin ausdrücklich der Meinung, das hatte ich in der Anhörung beim 3. Bevölkerungsschutzgesetz im November ja schon kundgetan und auch schriftlich niedergelegt, dass viele verschiedene Kriterien berücksichtigt werden müssen, zum Beispiel die Altersverteilung, die Inzidenzzahlen nach Altersgruppen, die Inzidenzzahlen in den Nachbarlandkreisen, die Dynamik der Inzidenzzahlen, die Schwere der Erkrankung, die Belegungsdaten in den Krankenhäusern auf den Intensivstationen, die Impfquoten, die Daten, sofern sie aus Seroprävalenzstudien vorliegen, soweit man also die Immunitätslage der Bevölkerung nachweisen kann und auch natürlich die molekularen Daten und die Todesursachendaten. Zu den meisten davon haben wir Erhebungssysteme. Viele von diesen Daten können aber gar nicht zentral zusammengetragen werden, weil das Infektionsschutzgesetz immer noch die Übermittlung dieser Informationen

an die Landesbehörde und von dort ans RKI unterbindet. Auch das hatte ich im November bereits ausgeführt. Ein weiteres wichtiges Kriterium für einen solchen Stufenplan ist, dass diese verschiedensten Indikatoren übersetzt werden in einen Score, in einen Zahlenwert, der aber nicht streng mathematisch fixiert wird, sondern der den Entscheidungsträgern vor Ort in gewissen Grenzen sozusagen Leitplanken gibt, in denen sie trotzdem entscheiden können, für welche Stufe sie sich entscheiden. Darüber hinaus würde ich dringend empfehlen, diese Stufen nicht dreistufig zu machen und auch nicht allzu kompliziert, also acht- oder zehnstufig, was ich da schon alles gesehen habe. Ideal ist wahrscheinlich ein fünfstufiges Verfahren. Das lässt sich auch ableiten aus verschiedenen psychologischen Studien, wo man diese fünfstufige Skala schon sehr bewährt eingesetzt hat, und dann wäre eben wichtig, dass dieser Score in diese fünf Stufen übersetzt wird, dass das aber nicht rein mathematisch geschieht, sondern dass da überlappende Intervalle vorliegen, so dass die vor Ort Verantwortlichen auch andere Indikatoren, andere Bewertungen mit einfließen lassen könnten, vielleicht in diesem automatisierten Score nicht quantitativ erfasst werden können.

Abg. Dr. Janosch Dahmen (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Ja, ich hätte noch eine Frage an Prof. Kingreen und zwar bezüglich den Paragraphen 5 Absatz 9 im IFSG, wo ja die Evaluation des IFSG durch die Leopoldina enthalten ist. Wie beurteilen Sie die Pluralität von Evaluation, die erforderlich ist, um den notwendigen gesamtwissenschaftlichen Blick auch im Sinne von Akzeptanz und Rechtssicherheit in der Bevölkerung herzustellen?

ESV Prof. Dr. Thorsten Kingreen: Das ist rechtspolitisch natürlich erstmal grundsätzlich eine sinnvolle Regelung. Man muss allerdings darauf achten, dass man das einem Gremium überlässt, in dem Pluralität der wissenschaftlichen Disziplin und vor allen Dingen auch Diversität abgebildet ist. Es geht ja darum, alle gesellschaftlichen Dimensionen der Pandemie zu berücksichtigen und da halte ich es für etwas fragwürdig, dass allein WissenschaftlerInnen zu überlassen. Da muss man jedenfalls sehr viel zivilgesellschaftlichen Sachverstand auch einbinden und bei der konkreten Zusammensetzung sollte man natürlich, wenn ich das etwas überspitzt



sagen darf, darauf achten, dass es sich nicht nur um ein Gremium alter weißer Männer handelt.

Vorsitzender **Erwin Rüdgel** (CDU/CSU): Vielen Dank. Wir sind am Ende unserer Anhörung angekommen. Ich wünsche weiterhin gute Beratung und schließe die Sitzung.

gez.
Erwin Rüdgel, MdB
Vorsitzender

nicht lektorierte Fassung