

**Stellungnahme**

**der Deutschen Krankenhausgesellschaft**

**zum**

**Entwurf der Fraktionen SPD, BÜNDNIS 90 / DIE  
GRÜNEN und FDP**

**eines**

**Gesetzes zur Änderung des Infektionsschutzgesetzes  
und anderer Vorschriften**

**(Bundestag-Drucksache 20/958)**

**vom 11. März 2022**

Mit dem vorliegenden Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des Infektionsschutzgesetzes und anderer Vorschriften passen die Regierungsfractionen von SPD, Bündnis 90 / Die Grünen und FDP die Schutzmaßnahmen zur Verhinderung der Verbreitung von Covid-19 an. Die Geltungsdauer der bisherigen Schutzmaßnahmen läuft zum 19.03.2022 aus. Darüber hinaus wird mit dem Gesetzentwurf auf juristische Bedenken hinsichtlich der doppelten dynamischen Verweisung auf die Seiten des Robert Koch-Instituts (RKI) / Paul Ehrlich-Instituts (PEI), die die konkreten Anforderungen an Impf- und Genesenennachweise veröffentlichen, reagiert.

Aktuell noch nicht Gegenstand des Gesetzentwurfes sind die von den Krankenhäusern wiederholt angemahnten Maßnahmen zur dringend erforderlichen Verlängerung und Nachbesserung des Instrumentenkastens zur Erlös- und Liquiditätssicherung der Kliniken. Angesichts der aktuellen Pandemieentwicklung und der vielerorts nach wie vor äußerst angespannten Versorgungssituation stößt dies seitens der Krankenhäuser auf größtes Unverständnis. Gleiches gilt für die nach wie vor unbefriedigende Ausgestaltung des Rechtsrahmens zur Umsetzung der einrichtungsbezogenen Impfpflicht. Die für beide Themenfelder vom Gesetzgeber dringend zu ergreifenden Maßnahmen sind ebenfalls Gegenstand dieser Stellungnahme.

### **Impf- und Genesenennachweise bei Covid-19 (§ 22a IfSG neu)**

Die Krankenhäuser begrüßen die Aufnahme der konkreten an Impf- und Genesenennachweise zu stellenden Anforderungen in das IfSG, da hiermit Rechtssicherheit geschaffen wird. Mit besonderen Auswirkungen verbunden ist in diesem Zusammenhang die Anpassung beim Nachweis eines vollständigen Impfschutzes. Künftig soll dieser erst nach drei Einzelimpfungen vorliegen. Vor diesem Hintergrund ist die in § 22a Absatz 1 Satz 3 IfSG (neu) eingeführte Übergangsregelung, wonach bis zum 30.09.2022 auch zwei Einzelimpfungen für das Vorliegen eines vollständigen Impfschutzes ausreichen, ein wichtiger Bestandteil dieser Neuregelung, um kurzfristige Auswirkungen für betroffene Personenkreise zu vermeiden. Die Krankenhäuser betonen jedoch, dass diese Neuregelung und ihre Folgen bis dahin öffentlich in geeigneter Form kommuniziert werden müssen.

Beim Genesenennachweis sollte in § 22a Absatz 2 Nummer 1 IfSG (neu) zudem klargestellt werden, was einen direkten Erregernachweis zum Nachweis einer vorherigen Infektion darstellt, um Missverständnisse zu vermeiden. Dies wird bislang – auch in der Begründung – nicht konkret genug definiert, da z.B. PCR-Tests nicht genannt werden.

### **Wegfall umfassender Testpflichten im Krankenhaus (§ 28b IfSG)**

Auf Unverständnis stößt bei den Krankenhäusern der vorgesehene Wegfall der umfassenden Testpflichten und Zutrittskonzepte in § 28b IfSG. Der Gesetzgeber hätte die Möglichkeit, die bestehenden Regelungen einmalig um drei Monate zu verlängern. Vor dem Hintergrund der parallel wirksam werdenden einrichtungsbezogenen Impfpflicht wäre die Fortgeltung dieser Regelungen sinnvoll gewesen. Insbesondere durch im Rahmen der umfassenden Testpflichten erbrachten Corona-Testungen nicht geimpfter im Krankenhaus Tätiger kann ein hoher Schutz besonders vulnerabler Personengruppen

gewährleistet werden. Stattdessen sieht der vorliegende Entwurf lediglich abstrakte Masken- und Testpflichten für medizinische Einrichtungen vor, soweit sie zur Verhinderung der Verbreitung von Covid-19 erforderlich sind. Da zudem auf individuelle Schutzmaßnahmen verwiesen wird und im Gegensatz zu allgemein ergreifbaren Schutzmaßnahmen das jeweilige Landesparlament diesen nicht zustimmen muss, besteht die Gefahr äußerst kurzfristiger und vielfältiger Regelungen der Regierungen in den einzelnen Bundesländern. Dies ist für die Krankenhäuser angesichts der aktuellen Belastungen nicht umsetzbar und auch im Sinne eines nachvollziehbaren, allgemein geltenden Infektionsschutzes nicht sinnvoll.

Grundsätzlich gelten für Krankenhäuser weiterhin die in der Coronavirus-Testverordnung (TestV) vorgeschriebenen einrichtungsbezogenen Testkonzepte. Diese sind krankenhausesindividuell mit dem örtlichen Gesundheitsamt abzustimmen. Für die in diesem Rahmen erbrachten Testungen steht den Krankenhäusern ein begrenztes Kontingent Antigen-Tests zur Verfügung. Die DKG hat angesichts des Wegfalls der umfassenden Testpflichten den Krankenhäusern empfohlen, diese einrichtungsbezogenen Testkonzepte gemäß TestV eng an den bisherigen Regelungen in § 28b IfSG zu orientieren, um den Schutz vulnerabler Personengruppen sicherzustellen. Höchstproblematisch und absolut inakzeptabel ist jedoch, dass nach aktuellem Stand die TestV zum 31.03.2022 ausläuft. Die Geltungsdauer der TestV muss zeitnah und dringend verlängert werden, da andernfalls sämtliche Regelungen der TestV – dies gilt auch für sämtliche Anspruchsregelungen auf Corona-Testungen – mit Wirkung des 01.04.2022 ersatzlos wegfallen würden. Die Krankenhäuser benötigen hier dringend Planungsicherheit.

### **Dringend erforderliche Maßnahmen zur Erlös- und Liquiditätssicherung der Krankenhäuser angesichts der SARS-CoV-2-Pandemie**

Aktuell versorgen die Krankenhäuser täglich knapp 21.000 Covid-19 positiv getestete Patientinnen und Patienten (Stand: 10.03.2022). Während die Belegungszahlen auf den Intensivstationen erfreulicherweise noch leicht zurückgehen, steigt sie auf den Normalstationen aktuell wieder an. Dies verdeutlicht, dass die wirtschaftlichen Folgen der Pandemie für die Krankenhäuser bei Weitem noch nicht ausgestanden sind. Die Erlös- und Liquiditätssituation eines Großteils der Krankenhäuser ist vielmehr weiterhin äußerst angespannt. Die Krankenhäuser sehen daher mit großer Sorge, dass nach der derzeit geltenden Gesetzeslage sowohl die **Ausgleichszahlungen** nach § 21 Abs. 1b KHG als auch die **Versorgungsaufschläge** nach § 21a KHG **zum 19.03.2022 auslaufen**. Zur Erlös- und Liquiditätssicherung der Krankenhäuser wird ab diesem Zeitpunkt somit nur noch der Ganzjahresausgleich 2022 zur Verfügung stehen. Die aktuelle Ausgestaltung des Ganzjahresausgleichs (GJA) ist jedoch vollkommen unzureichend, um die pandemiebedingt bislang aufgelaufenen Erlöseinbrüche auch nur annähernd auszugleichen. Alleine für das Jahr 2021 führt die Regelung, nach der über den GJA nur 98 % der Erlösrückgänge gegenüber dem Jahr 2019 ausgeglichen werden können, zu einem bundesweiten **Defizit der Krankenhäuser in Höhe von rund 1,2 Milliarden Euro!** Erschwerend kommt hinzu, dass bislang nur maximal 50 % der Krankenhäuser ihre Verhandlungen zu den Pflegebudgets für das Jahr 2020 (!) mit den Kostenträgern erfolgreich abschließen konnten. Der aus dem Stau der Verhandlungen

resultierende **Liquiditätsentzug** beläuft sich aktuell auf rund **3 Milliarden Euro** und ist für die Krankenhäuser ohne geeignete Gegenmaßnahmen des Gesetzgebers nicht länger zu schultern. So läuft die politische Zusage, die Pflegepersonalkosten zu erstatten, ins Leere.

Maßgeblich für diese ist unter anderem, dass die aktuell geltenden Unterstützungsmaßnahmen zu einem Zeitpunkt festgelegt wurden, als noch nicht absehbar war, dass sich die Pandemie weit in das Jahr 2022 hinein auswirken wird. Vor diesem Hintergrund bitten die Krankenhäuser den Gesetzgeber dringlichst, die folgenden Maßnahmen zeitnah

umzusetzen:

#### 1. Ganzjahresausgleich für die Jahre 2021 und 2022

Die für den Ganzjahresausgleich der Jahre 2021 und 2022 geltende Regelung, nach der nur 98 % der Erlöse des Referenzjahres 2019 berücksichtigt werden dürfen, ist aufzuheben und durch eine 100 %-Regelung zu ersetzen (§§ 5 und 5a KHWiSichV). Diese Maßnahme kann das BMG im Einvernehmen mit dem BMF ohne Zustimmung des Bundesrates per Rechtsverordnung beschließen.

#### 2. Ausgleichszahlungen und Versorgungsaufschlag

Die Ausgleichszahlungen und der Versorgungsaufschlag dürfen nicht zum 19.03.2022 auslaufen, sondern müssen mindestens bis zum 30.06.2022 fortgeführt werden (§§ 21 Abs. 1a und § 21a KHG). Auch diese Maßnahmen kann das BMG im Einvernehmen mit dem BMF ohne Zustimmung des Bundesrates per Rechtsverordnung beschließen.

#### 3. Corona-Mehrkostenzuschlag

Der Zuschlag zur Finanzierung nicht anderweitig finanzierter Kosten im Rahmen der Behandlung von COVID-Patientinnen und -Patienten ist bereits zum 31.12.2021 ausgelaufen. Da eine Refinanzierung dieser Kosten über die Landesbasisfallwerte für das Jahr 2022 nicht erfolgt, wie die nun abgeschlossenen Verhandlungen zeigen, sollte der Mehrkostenzuschlag für das Jahr 2022 wieder abrechenbar gemacht werden. Alternativ könnte den Krankenhäusern die Möglichkeit zur krankenhausespezifischen Mehrkostenfinanzierung eingeräumt werden. Diese Maßnahme könnte über das hier im Entwurf vorliegende Gesetz zur Änderung des Infektionsschutzgesetzes zeitnah umgesetzt werden.

#### 4. Pflegeentgeltwert

Zur Schließung der Liquiditätslücke aufgrund des Verhandlungsstaus bei den Pflegebudgets sollte der vorläufige Pflegeentgeltwert („Ersatzbetrag“ nach § 15 abs. 2a KHEntgG) zum 01.05.2022 von derzeit 163,09 Euro auf 250 Euro erhöht werden. Diese

Maßnahme könnte ebenfalls über das vorliegende Gesetz zur Änderung des Infektionsschutzgesetzes zeitnah auf den Weg gebracht werden. Die Erhöhung des Wertes ist eine reine Liquiditätsmaßnahme, aus der für die Kostenträger keine Mehrausgaben entstehen.

#### 5. Verkürzte gesetzliche Zahlungsfrist von fünf Tagen

Die auf fünf Tage verkürzte Zahlungsfrist zur Begleichung von Krankenhausrechnungen läuft zum 30.06.2022 aus (§ 415 Abs. 1 SGB V). Die Prolongierung der verkürzten Zahlungsfrist könnte zeitnah über das zu beratende Gesetz zur Änderung des Infektionsschutzgesetzes umgesetzt werden und wäre für die Kostenträger ebenfalls ausgabenneutral.

#### 6. Inflationsausgleich, insbesondere Energiekosten

Nach Angaben des Statistischen Bundesamtes haben sich Waren und Dienstleistungen im Februar 2022 um 5,1 % gegenüber dem Vorjahresmonat verteuert. Aufgrund des Krieges in der Ukraine muss davon ausgegangen werden, dass sich diese Entwicklung in den kommenden Monaten weiter fortsetzen wird. Insbesondere von den stark anziehenden Energiepreisen sind auch die Krankenhäuser massiv betroffen. Da die resultierenden Kostensteigerungen nicht in den Landesbasisfallwerten für das Jahr 2022 berücksichtigt werden konnten, sollte mit dem Gesetz zur Änderung des Infektionsschutzgesetzes ein entsprechender, ggf. zeitlich befristeter Ausgleich auf den Weg gebracht werden. Als Vorbild des Ausgleichs bietet sich die Tarifraten nach § 10 Abs. 5 KHEntgG an.

### **Dringende Nachbesserungsbedarfe im Zusammenhang mit der einrichtungsbezogenen Impfpflicht gem. § 20a IfSG**

Die Umsetzung der einrichtungsbezogenen Impfpflicht gemäß § 20a IfSG beschäftigt die Krankenhäuser seit Wochen massiv, da Impf- bzw. Genesenennachweise oder ärztliche Zeugnisse über medizinische Kontraindikationen sämtlicher in Krankenhäusern Beschäftigten sowie extern Tätiger, externer Dienstleister, usw. durch die Krankenhäuser fortlaufend kontrolliert werden müssen. In diesem Zusammenhang bestehen erhebliche Umsetzungsprobleme.

Da das Gesetz in § 20a IfSG nicht an die in Krankenhäusern Beschäftigten anknüpft, sondern an *alle* in Krankenhäusern *Tätigen*, ist der von den Krankenhäusern zu kontrollierende Personenkreis sehr groß. Dadurch entsteht bei den Krankenhäusern ein enormer Aufwand. Hinzu kommt die besondere Dynamik des Prozesses insofern, als sich die an Impf- und Genesenennachweise zu stellenden Anforderungen, die aktuell noch gar nicht bekannt sind, stetig ändern können. Erschwerend kommen zusätzliche Vorgaben von Datenschutzaufsichtsbehörden hinzu, die eine im Krankenhausalltag zu realisierende Umsetzung nahezu unmöglich machen.

Vor diesem Hintergrund bitten wir dringlichst, die folgenden Punkte klarzustellen, um den Krankenhäusern einen Vollzug der Nachweis- bzw. Impfpflicht zu ermöglichen:

### 1. Dokumentationsgrundlagen i.V.m. dem Grundsatz der Datensparsamkeit

Da seitens der Bundesebene Vollzugsfragen offen sind, treffen die Länder ergänzende Vollzugshinweise. Einige Erlasse der Bundesländer (Hessen, Sachsen, u.a.) führen im Zusammenhang mit der Vorlagepflicht in puncto Datenschutz aus, dass Krankenhäuser – unter Verweis auf den Grundsatz der Datenminimierung gem. Art. 5 DS-GVO – nur die zur Sicherstellung einer wirksamen Kontrolle erforderlichen Daten ihrer Beschäftigten sowie extern Tätigen speichern dürften, wobei nicht einmal die Art des Nachweises (Impfnachweis, Genesenennachweis, ärztliches Zeugnis) dokumentiert werden dürfte.

Kämen die Krankenhäuser dem nach, wäre die Umsetzung der Impfpflicht organisatorisch nicht zu leisten, da kontinuierlich Nachkontrollen durchgeführt werden müssten. Die an die Genesenen- und Impfnachweise zu stellenden Anforderungen sind Änderungen unterworfen. Vor diesem Hintergrund ist eine einmalige Kontrolle nicht ausreichend.

Die Krankenhäuser werden durch die aktuell noch geltende doppelte dynamische Verweisung (Verweis des § 20a Abs. 2 S. 1 IfSG auf die COVID-19-Schutzmaßnahmen-Ausnahmeverordnung, Verweis von dort auf die Seiten des PEI / RKI) hinsichtlich der an die Impf- sowie Genesenennachweise konkret zu stellenden Anforderungen bislang nach wie vor im Unklaren gelassen und gehen mit Stand von heute davon aus, dass zwei Impfungen eine vollständige Immunisierung darstellen, da die Auffrischimpfungen noch nicht veröffentlicht worden sind. Der vorliegende Gesetzentwurf zur Änderung des Infektionsschutzgesetzes und anderer Vorschriften enthält Regelungen, die ab 01.10.2022 einen vollständigen Impfschutz erst nach drei Impfungen vorsehen. Die Unsicherheiten in Form möglicher Änderungen werden durch den aktuell vorliegenden Gesetzentwurf jedoch nicht behoben, da der Gesetzgeber sich gem. § 22a Abs. 4 IfSG die Möglichkeit der Änderung durch Rechtsverordnung vorbehält. Ferner steht in Frage, ob die Geltung der Genesenennachweise von 90 Tagen vor den Gerichten hält. Hier sind zahlreiche Verfahren anhängig.

Die DKG hat insofern bereits seit Wochen die Forderung erhoben, dass sämtliche Daten (Daten der Impfungen, Auffrischimpfungen, verwendete/(r) Impfstoff/(e) der jeweiligen Impfung/(en), Anzahl der Impfungen, usw.) im Hinblick auf die aktuell auf die Einrichtungen oder Unternehmen im Sinne des § 20a Absatz 1 zukommenden Änderungen erhoben werden dürfen. Dies gilt auch für den Fall, dass die Anforderungen nun in der geplanten Regelung von § 22a IfSG geregelt werden sollten. Wenn sich die Dynamik der Regelungsanpassungen für die Zeit vom 16.03.2022 bis zum 31.12.2022 fortsetzt, die durch neue wissenschaftliche Erkenntnisse oder Gerichtsurteile auf die Krankenhäuser zukommen können, sind immer wieder erneute, von den Änderungen abhängige Kontrollen notwendig. Diese sind angesichts des Umfangs und des damit verbundenen Aufwands nicht zumutbar.



Die Krankenhäuser sind insofern darauf angewiesen, sämtliche erforderlichen Daten erheben zu dürfen.

Vor diesem Hintergrund unterbreiten die Krankenhäuser folgenden **Änderungsvorschlag**:

Nach § 20a Absatz 2 wird folgender Satz 3 eingefügt:

*„Die Einrichtungen oder Unternehmen im Sinne des § 20a Absatz 1 dürfen im Zusammenhang mit der Nachweiskontrolle sämtliche nachweisbezogenen Daten sämtlicher Tätigen verarbeiten; hierzu zählen insbesondere die Daten der Impfungen, die verwendeten Impfstoffe, die Anzahl der Impfungen, die Daten der Testung zum Nachweis der vorherigen Infektion.“*

Nach § 20a Absatz 3 wird folgender Satz 2 eingefügt:

*„§ 20a Absatz 2 Satz 3 gilt entsprechend.“*

## 2. Kontrolle der Nachweise extern Tätiger durch externe Arbeitgeber

Krankenhäuser müssen sämtliche in Krankenhäusern Tätigen (Beschäftigte und alle extern Tätigen) auf das Vorliegen der Nachweise hin kontrollieren. Bei extern Tätigen, die bei externen Arbeitgebern beschäftigt sind, stellt dies in der Praxis ein erhebliches Problem dar, da die Krankenhäuser diese weder namentlich kennen noch rechtssicher „erreichen“ oder kontaktieren können. Eine Umsetzung ist deshalb in vielen Bereichen unmöglich. Krankenhäuser müssten – über welche Kanäle auch immer – diese zu Kontrollen bei sich einbestellen bzw. an sämtlichen Eingängen Kontrollen durchführen, haben aber zugleich keine Rückverfolgungsmöglichkeit über die Befolgung dieser Einbestellung. Hinzu kommt, dass dies für die gesamte Geltung der einrichtungsbezogenen Impfpflicht spätestens vom 15.03.2022 bis zum 31.12.2022 erfolgen müsste. Da die Krankenhäuser in der Regel über zahlreiche Serviceverträge verfügen, ermangelt dies der Vollziehbarkeit. Insofern muss die Möglichkeit bestehen, dass die Arbeitgeber der Externen die entsprechenden Daten ihrer Mitarbeiter verarbeiten und an die Krankenhäuser übermitteln.

Im Rahmen der FAQ (BMG-Handreichung mit Stand vom 22.02.2022, Frage 33) stellt das BMG jedoch fest, dass für die Kontrolle von Nachweisen bei den Beschäftigten externer Unternehmen, die in Krankenhäusern tätig werden, die Unternehmen selbst jedoch nicht zu den in § 20a IfSG genannten Einrichtungen gehören, „*der Arbeitgeber für die Einrichtung oder das Unternehmen, in der oder in dem der Arbeitnehmer beschäftigt wird als Auftragsdatenverarbeiter im Sinne der DSGVO tätig*“ werde, „*soweit er die Daten nicht bereits aus eigenem Recht*“ verarbeite.

Der Abschluss derartiger hochkomplexer AV-Verträge ist zwar rechtlich möglich, würde die Nachweispflicht jedoch ad absurdum führen und ist zudem aus datenschutzrechtlichen Gründen überobligatorisch und – auch im Hinblick auf die Kürze der verbleibenden Zeit – nicht praktikabel.

Die Materialien zum Gesetz zur Stärkung der Impfprävention gegen Covid-19 und zur Änderung weiterer Vorschriften im Zusammenhang mit der Covid-19-Pandemie

(BT-Drs. 20/188, S. 40) führen aus, dass die Pflicht, in Krankenhäusern nur mit Impf- oder Genesenennachweis tätig zu sein, eine gesetzliche Tätigkeitsvoraussetzung und damit eine rechtliche Pflicht aus dem Arbeitsrecht darstelle. Werden Personen in einem Krankenhaus „tätig“, unterfallen sie dieser gesetzlichen Vorlage-/Nachweisverpflichtung und schulden dem Krankenhaus den Nachweis. Kommen sie dem nicht nach, MÜSSEN sie von dem jeweiligen Krankenhaus an das Gesundheitsamt gemeldet werden. Das jeweilige Krankenhaus benötigt also zwingend die Daten sämtlicher Tätigen, die die Nachweise nicht erbringen. Dabei unterscheidet der Gesetzgeber nicht zwischen Beschäftigten und extern Tätigen. Insofern haben die Krankenhäuser rechtlich die Möglichkeit, sich die Nachweise extern Beschäftigter vorlegen zu lassen. Es besteht auch die datenschutzrechtliche Befugnis, sich von externen Dritten, die bei anderen Arbeitgebern angestellt sind, z. B. Nachweise über deren Impfstatus und mithin gesundheitsbezogene Daten, vorlegen zu lassen. Ansonsten könnten Krankenhäuser ihrer Verpflichtung nicht nachkommen.

Auf der anderen Seite muss der externe Arbeitgeber zum Zwecke seiner Dienstplanung sowie Einsetzbarkeit der einzelnen Beschäftigten Kenntnis davon haben, welche seiner Beschäftigten er an welcher Stelle einsetzen kann. Der externe Arbeitgeber verarbeitet die Daten aus eigenem Recht. „Dürfte“ er diese personenbezogenen Daten nicht erheben, wäre er auf die Freiwilligkeit der Information seiner Mitarbeiter angewiesen und könnte seinen Betrieb ggf. nicht mehr fortführen bzw. seinen vertraglichen Verpflichtungen nicht nachkommen.

Ergänzend anzuführen ist, dass eine Verarbeitung dieser personenbezogenen Daten durch den externen Arbeitgeber gem. Art. 9 der DS-GVO direkt datenschutzrechtlich gerechtfertigt ist. Dies folgt sowohl aus Art. 9 Abs. 2 g) DS-GVO bzw. auch aus Art. 9 Abs. 2 h) DS-GVO, wonach eine Verarbeitung zulässig ist, sofern sie aus Gründen eines erheblichen öffentlichen Interesses oder aufgrund eines Vertrags (nicht AV-Vertrages!) mit einem Angehörigen eines Gesundheitsberufs erforderlich ist.

Wir bitten dringend um eine Klarstellung, dass Datenverarbeitungen durch externe Arbeitgeber zulässig sind, ebenso wie die Zulässigkeit der Übermittlung der Daten von den externen Arbeitgebern an die Krankenhäuser.

### **Änderungsvorschlag**

Nach § 20a Absatz 6 wird folgender Absatz 7 eingefügt:

*„Sofern Personen in Einrichtungen im Sinne des § 20a Abs. 1 tätig werden, diese jedoch bei einem externen Arbeitgeber beschäftigt sind, der nicht zu den in § 20a Absatz 1 genannten Einrichtungen oder Unternehmen zählt, kann der externe Arbeitgeber die personen- sowie nachweisbezogenen Daten, die zur Nachweiserbringung im Sinne des § 20a Absatz 2 erforderlich sind, verarbeiten und an die entsprechende Einrichtung oder das Unternehmen übermitteln.“*



### 3. Vorgehen nach Mitteilung eines Krankenhauses an das Gesundheitsamt über fehlende Impfnachweise bei Beschäftigten

Die Länder sehen für die Zeit nach den Meldungen durch die Krankenhäuser an die Gesundheitsämter, welche Tätigen über keinen Nachweis verfügen, teilweise äußerst komplizierte Vorgehensweisen im Hinblick darauf vor, wie zu klären ist, welche in Krankenhäusern Tätigen für die Versorgung unverzichtbar sind.

Angesichts der ohnehin hohen Belastungen der Krankenhäuser sind ausführliche Korrespondenzen mit mehrmaligem Hin- und Her-Schreiben sowie glaubhaften Versicherungen und schriftlichen Ausarbeitungen durch die Krankenhäuser nicht durchführbar. Das Verfahren sollte deshalb dahingehend vereinfacht werden, dass die Krankenhäuser als Arbeitgeber entscheiden können, welche Beschäftigten für die medizinische Versorgung unverzichtbar sind.

#### Änderungsvorschlag

Nach § 20a Absatz 2 Satz 2 wird folgender Satz 3 eingefügt:

*„Die Leitung der jeweiligen Einrichtung oder des jeweiligen Unternehmens fügt der Meldung an das Gesundheitsamt eine Mitteilung bei, welche der gemeldeten Tätigen für die Aufrechterhaltung der Versorgung unverzichtbar sind.“*

### 4. Betroffener Personenkreis: Minderjährige Auszubildende und Praktikanten

Die aktuelle Regelung des § 20a IfSG sieht keine altersspezifische Unterscheidung vor. Im Rahmen der o.g. FAQ (Stand: 22.02.22, Frage 23) hat das BMG festgestellt, dass auch minderjährige Tätige von der einrichtungsbezogenen Impfpflicht erfasst werden. Dies umfasst allen voran die Auszubildenden in der Pflege. Die Impfquote dieser Altersgruppe ist aufgrund später erfolgter STIKO-Impfempfehlungen weitaus geringer als bei Erwachsenen. Die aktuelle Regelung, dass auch für Minderjährige die einrichtungsbezogene Impfpflicht gilt, hat deshalb erhebliche Auswirkungen, die angesichts des Pflegemangels nicht zu verantworten sind. Jungen Menschen, die sich möglicherweise für den Pflegeberuf entscheiden würden, werden zusätzliche Hürden auferlegt. Gleichzeitig wird bei bestehenden Ausbildungslehrgängen entweder die Ausbildungszeit verlängert oder eine Übernahme im Falle einer erfolgreich abgeschlossenen Ausbildung verhindert. Um den bestehenden Mangel nicht weiter zu verschärfen, ist dringend klarzustellen, dass Minderjährige von der einrichtungsbezogenen Impfpflicht nicht erfasst werden.

#### Änderungsvorschlag

In § 20a Absatz 1 Satz 1 wird nach dem Wort „*Folgende*“ das Wort „*volljährige*“ eingefügt.