



# DRITTES GESETZ ZUM SCHUTZ DER BEVÖLKERUNG BEI EINER EPIDEMISCHEN LAGE VON NATIONALER TRAGWEITE

STELLUNGNAHME DER KBV ZUM GESETZENTWURF DER FRAKTIONEN  
DER CDU/CSU UND SPD, BT-DRS. 19/23944 VOM 3. NOVEMBER 2020  
UND ZUM ÄNDERUNGSANTRAG 1, BT-DRS. 19(14)245.1 VOM  
11. NOVEMBER 2020

11. NOVEMBER 2020

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) nimmt zum Entwurf eines Dritten Gesetzes zum Schutz der Bevölkerung bei einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite der Fraktionen CDU/CSU und SPD, BT-Drs. 19/23944 vom 3. November 2020 zu Nr. 6b) sowie zum Änderungsantrag 1, BT-Drs. 19(14)245.1 vom 11. November 2020 nachfolgend Stellung.

## ARTIKEL 1 - ÄNDERUNG DES INFEKTIONSSCHUTZGESETZES

### NR. 6 B) - § 8 ABS. 3 S. 1

b) In Absatz 3 Satz 1 wird vor dem Punkt am Ende ein Komma und werden die Wörter „oder wenn der Nachweis eines Krankheitserregers durch die Anwendung von In-vitro-Diagnostika, die für patientennahe Schnelltests oder zur Eigenanwendung bei Testung auf Severe-Acute-Respiratory-Syndrome-Coronavirus-2 (SARS-CoV-2) genutzt werden, erfolgt ist“ eingefügt.

Mit der Gesetzesänderung wird die Meldepflicht bei PoC-Testen jeglicher Art für eine Infektion mit SARS-CoV-2 aufgehoben. Dies betrifft sowohl Antigen-basierte Nachweise wie auch Nukleinsäure-Amplifikationsverfahren. Die Aufhebung der Meldepflicht, auch bei Testdurchführung durch Fachanwender, könnte zu einem deutlichen Rückgang von Meldungen an das Gesundheitsamt führen und die Kontaktnachverfolgung unnötig erschweren. Eine rechtlich bindende Vorgabe zur Durchführung des empfohlenen Bestätigungstests, gibt es bislang nicht.

### Vorschlag der KBV

§ 8 Abs. 3 Satz 1 wird wie folgt geändert:

b) In Absatz 3 Satz 1 wird vor dem Punkt am Ende ein Komma und werden die Wörter „oder wenn der Nachweis eines Krankheitserregers durch die Anwendung von In-vitro-Diagnostika, die für patientennahe Schnelltests **nur bei nachfolgender Durchführung eines Bestätigungstestes, dessen Ergebnis bei Nachweis der Meldepflicht unterliegt**, oder zur Eigenanwendung bei Testung auf Severe-Acute-Respiratory-Syndrome-Coronavirus-2 (SARS-CoV-2) genutzt werden, erfolgt ist“ eingefügt.

## ARTIKEL 4 - ÄNDERUNG DES FÜNFTEN BUCHES SOZIALGESETZBUCH

### NR. 1 - § 20I SGB V – IMPFUNGEN

Die KBV hatte bereits in ihrer Stellungnahme vom 16. Oktober 2020 zur Formulierungshilfe des BMG für ein Drittes Bevölkerungsschutzgesetz vom 13. Oktober 2020 zu § 20i SGB V darauf hingewiesen, dass sowohl die angedachten bundesweiten Regelungen zu den Impfleistungen und deren Vergütung als auch die Mitwirkungspflichten von KBV und Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) in dieser Form kritisch gesehen werden.

Aus Sicht der KBV ist aus Effektivitätsgründen zwingend erforderlich, hier auf etablierte regionale Wege zu setzen und damit das Versorgungsgeschehen soweit als möglich in regionalen Bahnen zu belassen und eine zügige Umsetzung nicht zu gefährden. Darüber hinaus ist eine Anbindung der Impfungen an Rechtssetzungskompetenzen der Länder - insbesondere bei den in Aussicht stehenden Impfstoffen vor dem Hintergrund bestehender Haftungsrisiken (Möglichkeit zum Rückgriff auf Staatshaftung wie im Jahr 2009) - die zu empfehlende Methode. Insgesamt wäre es auf diesem Wege und auf der Basis regionaler Vereinbarungen auch zielführend, regionale Vergütungen und Infrastrukturfragen zu beregeln.

**Bewertung:** Insgesamt wird der Regelungsvorschlag abgelehnt. Es wird dringend angeraten, auf eine Regelungstechnik auszuweichen, die die Stärken der regionalen Strukturen berücksichtigt.

- › Regelung der Inhalte der regionalen Impfvereinbarungen durch RVO stellt erheblichen Eingriff in die Selbstverwaltung dar und kann als bundeseinheitliche Regelung die regionalen Versorgungsbedarfe nicht hinreichend berücksichtigen;

- › Mitwirkungspflichten der KVen aufgrund einer Rechtsverordnung des Bundes geht in Richtung Mischverwaltung und wird daher abgelehnt– Form und Umfang der Mitwirkungspflichten werden nicht geregelt – erfolgt dies durch konkrete (rechtsmittelfähige) Anordnung oder werden der KBV/den KVen durch die RVO eigenständig zu erfüllende Aufgaben übertragen?
- › Begründung sieht eine Regelung in der RVO zur Vergütung und Abrechnung als neu an; diese Befugnis ist jedoch in der aktuellen Fassung bereits enthalten; es ist nicht ersichtlich, ob hiermit eine Änderung bzw. Erweiterung der Vorgaben zur Vergütung und Abrechnung gemeint ist;

### Alternativer Regelungsvorschlag

Es bietet sich vielmehr an, die Sicherstellung der pandemiebedingten Impfung auf der Ebene der Länder zu verorten, um diese letztlich in die Versorgungs-/Finanzierungsverantwortung einzubeziehen und eine hohe regionale Flexibilität der Strukturen zu ermöglichen. Hierzu müsste eine neue leistungserbringerrechtliche Norm, z. B. durch Neuregelung in § 132h SGB V, geschaffen werden, wie dies im Konzept der KBV ([Diskussionsgrundlage – White Papier – Management des Pandemiegeschehens, Stand: 22. September 2020](#), zuletzt abgerufen am 8. November 2022, 19:00 Uhr) bereits vorgestellt wurde.

## ÄNDERUNGSANTRAG 1, BT-DRS. 19(14)245.1

### ZU ARTIKEL 1, NR. 10 C) AA) - § 13 ABS. 5 SATZ 1 DES INFEKTIONSSCHUTZGESETZES - IMPFSURVEILLANCE UND IMPF-PHARMAKOVIGILANZ

Im Rahmen der KV-Impfsurveillance, die auf § 13 Abs. 5 IfSG beruht, werden dem RKI von den KVen die quartalsweise vorliegenden Abrechnungsdaten der Ärzte entsprechend aufbereitet übermittelt (Routinedaten). Die in der Schutzimpfungs-Richtlinie des G-BA festgelegten Dokumentationsnummern, aus denen sich auch ergibt, ob es sich um eine Erst- oder Folgedosis handelt oder es sich ggf. um eine berufliche Indikation handelt, sind bislang erkrankungsspezifisch festgelegt und werden in den KVen i.d.R. auch als Abrechnungsziffern verwendet. Sollte zukünftig der verwendete SARS-CoV-2-Impfstoff in den Daten übermittelt werden, müssten impfstoffspezifische Abrechnungsziffern festgelegt werden, was zu einem entsprechenden Mehraufwand bei Ärzten führen würde.

Die Chargennummer und teilweise auch die Indikation, warum geimpft wurde (z.B. vorbelasteter Gesundheitszustand/Grunderkrankung), sind nicht Gegenstand der Abrechnungsdaten von Ärzten. Um diese beiden Parameter an das RKI und das PEI in der vorgesehenen Form übermitteln zu können, müssten von den KVen eine neue Dokumentationsstruktur und neue Übertragungswege von Ärzten zur jeweiligen KV entwickelt werden. Im Falle der Chargennummer des Impfstoffpräparats käme in der neu zu schaffenden Dokumentationsstruktur zunächst nur eine händische Übertragung und Dokumentation durch Ärzte – mit einer entsprechenden Fehleranfälligkeit – in Betracht. Darüber hinaus ist dies aufgrund der zu erwartenden Menge an zu impfenden Personen nicht praktikabel.

Kassenärztliche Bundesvereinigung  
 Stabsbereich Politik, Strategie und politische Kommunikation  
 Herbert-Lewin-Platz 2, 10623 Berlin  
 Tel.: 030 4005-1036  
 politik@kbv.de, www.kbv.de

---

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) vertritt die politischen Interessen der rund 175.000 an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte und Psychotherapeuten auf Bundesebene. Sie ist der Dachverband der 17 Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen), die die ambulante medizinische Versorgung für 70 Millionen gesetzlich Versicherte in Deutschland sicherstellen. Die KBV schließt mit den gesetzlichen Krankenkassen und anderen Sozialversicherungsträgern Vereinbarungen, beispielsweise zur Honorierung der niedergelassenen Ärzte und Psychotherapeuten sowie zum Leistungsspektrum der gesetzlichen Krankenkassen. Die KVen und die KBV sind als Einrichtung der ärztlichen Selbstverwaltung Körperschaften des öffentlichen Rechts.