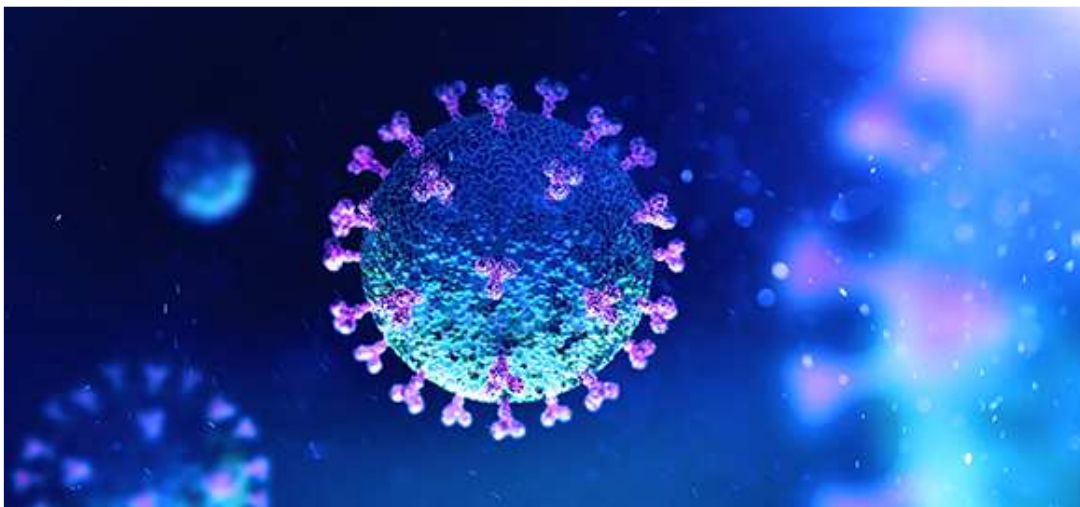


EEL-Nachrichten
Aktuelle Informationen und rechtliche Überlegungen
zu dem COVID-19-Virus (02/21)



Sehr geehrte Damen und Herren,
liebe Kolleginnen und Kollegen,
liebe Partner und Klienten,

auch im neuen Jahr möchten wir Sie wie gewohnt mit unserem COVID-19-Newsletter über die aktuellen Entwicklungen der Corona-Pandemie auf dem Laufenden halten.

Am 27. Januar 2020 wurde der erste Fall einer Infektion mit COVID-19 bei einem Mitarbeiter eines Automobilzulieferers im Umkreis von München nachgewiesen. Seither haben sich in Deutschland über zwei Millionen Menschen mit SARS-CoV-2- infiziert. Ein Großteil hat die Krankheit mehr oder weniger gut überstanden, über 55.000 Menschen starben an oder mit dem Virus. Zuletzt hatte sich das Infektionsgeschehen wieder etwas abgeschwächt. Nachdem Anfang November 2020 zunächst der sog. „Lockdown light“ beschlossen und umgesetzt wurde, hatten sich die Infektionszahlen zunächst auf einem hohen Niveau stabilisiert. Da sich die Zahl der Neuinfektionen, die Zahl der Todesfälle und die maßgeblichen Inzidenzwerte jedoch nicht wunschgemäß reduzierten, entschied sich die Bundesregierung Mitte Dezember dazu, erneut Regelungen für einen „harten Lockdown“ zu erlassen. So musste u.a. der Einzelhandel schließen, Dienstleistungsbetriebe im Bereich der Körperpflege zumachen und in den Schulen wurde die Präsenzpflicht ausgesetzt bzw. die Weihnachtsferien vorgezogen. Zudem wurden für Weihnachten und Sylvester besondere Kontaktbeschränkungen vorgegeben. Das Infektionsgeschehen in Deutschland erreichte Ende Dezember bzw. Anfang Januar seinen vorzeitigen Höhepunkt. Der bisherige Höchststand an Neuinfektionen wurde am 18. Dezember mit einer Anzahl von 33.777 neuen Fällen gemessen. Wenige Tage später, am 22. Dezember 2020 lag die Sieben-Tage-Inzidenz am höchsten, der damalige Wert betrug 197,6 für Gesamtdeutschland. Die Zahl der täglichen Todesfälle durch oder im Zusammenhang mit COVID-19 befand sich am 14. Januar 2021 mit 1.244 Toten auf dem Höchststand. Da sich das Pandemiegeschehen auch Anfang Januar nicht beruhigte, wurden die Maßnahmen des harten Lockdowns verlängert. Zuletzt erfolgte dies durch die Ministerpräsidenten-Konferenz am 19. Januar 2021, in der die Maßnahmen einmal mehr verlängert und teilweise sogar noch verschärft wurden. So gilt bis zum 14. Februar 2021 nunmehr eine verschärfte Maskenpflicht in Geschäften sowie in Bus und Bahn. Es dürfen fortan an nur noch medizinische Masken oder FFP2-

Masken getragen werden. Zudem müssen Arbeitgeber künftig überall wo es möglich ist das Arbeiten aus dem Homeoffice ermöglichen. Die Kontaktbeschränkungen bestehen unverändert fort, so sind bei privaten Zusammenkünften weiterhin der eigene Haushalt und maximal eine weitere Person gestattet. Unter Umständen können die Regelungen in einzelnen Bundesländern abweichen. Mittlerweile ist wieder ein langsames aber stetiges Abflachen des Infektionsgeschehens zu erkennen.

Erfreulicherweise konnte mittlerweile auch mit dem Impfen begonnen werden. Seit dem 27. Dezember 2020 wird überall in Deutschland gegen COVID-19 geimpft. Innerhalb des ersten Monats wurden ca. zwei Millionen Impfungen injiziert, davon waren ca. 1,7 Millionen Erstimpfungen und ca. 300.000 Zweitimpfungen. Während der Impfstart etwas holprig verlief, steigt der Durchschnittswert stetig an. So wurden zuletzt in der Zeit vom 21. Januar bis zum 27. Januar innerhalb von sieben Tagen ca. 770.000 Dosen verimpft. Dies entspricht einem Durchschnittswert von 110.000 Impfdosen pro Tag. Der Anteil der Personen, die deutschlandweit mindestens eine Impfung erhalten haben, liegt nach einem Monat nach Angaben des Robert-Koch-Instituts (RKI) am 27. Januar 2020 bei 2,39 pro 100 Einwohner. Das Bundesland mit den meisten Impfungen in Deutschland bis dato ist Bayern mit knapp über 365.000 Injektionen. Die höchste Impfquote kann hingegen Mecklenburg-Vorpommern mit einem Wert von 3,86 Impfdosen pro 100 Einwohner vorweisen. Es bleibt zu hoffen, dass zeitnah noch mehr Impfdosen zur Verfügung stehen und das Impfgeschehen dementsprechend weiter zunimmt. Auf jeden Fall ist aber ein Licht am Ende des Tunnels zu erkennen, darauf gilt es aufzubauen.

Jedoch ist es auch weiterhin unerlässlich auf die Einhaltung der sog. „AHA+L+A“-Regel (**A**bstand halten, **H**ygiene beachten, **A**lltagsmaske (Mund-Nasen-Bedeckung) tragen, regelmäßiges **L**üften und die Nutzung der Corona-Warn-**A**pp) zu achten, um auch so zu einem Bruch der Infektionsdynamik beizutragen.

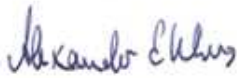
Um rechtliche Fragestellungen, die sich im Zusammenhang mit dem COVID-19-Virus ergeben, mit gewohnt größter Sorgfalt und höchster Qualität lösen zu können, wurde bereits zu Beginn der Pandemie kanzleiintern eine „Corona-Taskforce“ gegründet. Diese bestand ursprünglich aus dem Senior-Partner **Prof. Dr. iur. Dr. med. Alexander P.F. Ehlers**, seines Zeichens Fachanwalt für Medizinrecht und Facharzt für Allgemeinmedizin und den Partnern der Kanzlei **Dr. iur. Christian Rybak** (Rechtsanwalt und Wirtschaftsjurist) und **Julian Bartholomä** (Rechtsanwalt). Die bestehende Taskforce wurde zuletzt aufgrund des fortdauernden Pandemiegeschehens um die Partnerin der Kanzlei **Dr. iur. Melanie Arndt** (Rechtsanwältin sowie Fachanwältin für Medizinrecht und Fachanwältin für Verwaltungsrecht) und den Associate **Markus Börsting** (Rechtsanwalt) aus unserem Berliner Büro erweitert. Wir stehen Ihnen auch in diesen schwierigen Zeiten rund um die Uhr zur Verfügung, um Sie bei Ihren Anliegen und Fragestellungen mit dem gewohnten Engagement und exzellentem juristischen Know-How zu unterstützen.

Auch wir leisten im Rahmen unserer Möglichkeiten einen Beitrag zur Bekämpfung der Pandemie. So beraten wir derzeit nicht nur diverse Kliniken, Ärzte, medizinische Dienstleister und Unternehmen in Bezug auf verschiedene Fragestellungen, die sich rund um COVID-19 ergeben. Zu unseren Mandanten gehören ebenfalls eine Vielzahl von Unternehmen, die maßgeblich zur Bekämpfung des Coronavirus beitragen. Hier kann beispielhaft die Betreuung eines Unternehmens genannt werden, welches moderne und technisch verbesserte Beatmungsgeräte für den Einsatz bei COVID-19 Patienten entwickelt hat. Auch Impfstoffhersteller und Unternehmen, die feieberhaft an der Verbesserung von Antikörpertests und Antigentests arbeiten, zählen zu unseren Klienten. Darüber hinaus stehen wir im ständigen Austausch mit unseren internationalen Partnerkanzleien, um stets über die neuesten Entwicklungen informiert zu sein.

Gerne stehen wir Ihnen bei rechtlichen Fragestellungen im Gesundheitsbereich in der Zukunft als zuverlässiger Partner zur Verfügung, um die kommenden Herausforderungen gemeinsam zu bewältigen. Sie können sich dazu gerne per Telefon unter **089-2109690 (München) bzw. 030 – 8871260 (Berlin)** oder per E-Mail munich@eep-law.de bzw. berlin@eep-law.de an uns wenden.

Wir wünschen Ihnen nachträglich noch ein frohes und vor allem gesundes neues Jahr. Wir hoffen Sie, Ihre Familien und Mitarbeiter erfreuen sich weiterhin bester Gesundheit. Einer erfolgreichen gemeinsamen Zusammenarbeit auch im Jahre 2021 blicken wir mit großer Freude entgegen.

Mit freundlichen Grüßen



Prof. Dr. iur. Dr. med. Alexander P.F. Ehlers
Seniorpartner



Dr. iur. Christian Rybak
Partner



Dr. iur. Melanie Arndt
Partnerin



EHLERS, EHLERS & PARTNER RECHTSANWALTSGESELLSCHAFT MBB

Bei Rückfragen: newsletter@eep-law.de; berlin@eep-law.de
www.eep-law.de

Wie gewohnt, geben wir Ihnen im Weiteren einerseits einen kurzen Überblick über Maßnahmen, die durch die verantwortlichen Entscheidungsträger zur Bekämpfung der Pandemie im Gesundheitsbereich seit dem letzten COVID-19-Newsletter getroffen wurden. Andererseits möchten wir Sie in einem Ausblick über weitere interessante Themen im Bereich Medizinrecht und Life Science Law, die mit der Pandemie zusammenhängen, informieren.

Inhaltsverzeichnis

I. Ergriffene Maßnahmen

1. Verordnung zum Anspruch auf Testung in Bezug auf einen direkten Erregernachweis des Coronavirus SARS-CoV-2 (Coronavirus-Testverordnung –TestV)
2. Verordnung zur Änderung der Medizinprodukte-Abgabeverordnung im Rahmen der epidemischen Lage von nationaler Tragweite
3. Preisverordnung für SARS-CoV-2 Antigen-Tests zur patientennahen Anwendung (AntigenPreisV)
4. Verordnung zum Anspruch auf Schutzmasken zur Vermeidung einer Infektion mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 (Coronavirus-Schutzmasken-Verordnung –SchutzmV)
5. Verordnung zum Anspruch auf Schutzimpfung gegen das Coronavirus SARS-CoV-2 (Coronavirus-Impfverordnung–CoronalmpfV)
6. Verordnung zum Schutz vor einreisebedingten Infektionsgefahren in Bezug auf das Coronavirus SARS-CoV-2 nach Feststellung einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite durch den Deutschen Bundestag (Coronavirus-Einreiseverordnung – CoronaEinreiseV)
7. Verordnung zur Anpassung der Voraussetzungen für die Anspruchsberechtigung der Krankenhäuser nach § 21 Absatz 1a des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG)
8. Sicherstellung der pflegerischen Versorgung, Kostenerstattung für Pflegeeinrichtungen und Pflegebedürftige nach § 150 SGB XI: Kostenerstattung zur Vermeidung von durch das Coronavirus SARS-CoV-2 verursachten pflegerischen Versorgungsengpässen in der häuslichen Versorgung sowie der Erbringer von nach Landesrecht anerkannten Angeboten zur Unterstützung im Alltag

9. Verordnung zur molekulargenetischen Surveillance des Coronavirus SARS-CoV-2 (Coronavirus-Surveillanceverordnung – CorSurV)

II. Ausblick

1. Status quo Impfstoff
2. Status quo Medikamente
3. Testungen in Alten- und Pflegeheimen sowie entsprechende Besuchskonzepte – Praktische Umsetzung und Bedarf fortwährender Anpassung
4. Ausbrüche in Alten- und Pflegeheimen: Beginn der politischen und rechtlichen Aufarbeitung
5. Mögliche Weisungen an Arbeitnehmer: Masken, Tests, Impfungen
6. Mahn-/Rundschreiben durch „Impfskeptiker“

I. Ergriffene Maßnahmen

1. Verordnung zum Anspruch auf Testung in Bezug auf einen direkten Erregernachweis des Coronavirus SARS-CoV-2 (Coronavirus-Testverordnung – TestV)

Gemäß § 20i Absatz 3 Satz 2 Nummer 1 Buchstabe b und Nummer 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuches (SGB V) in der Fassung des Dritten Gesetzes zum Schutz der Bevölkerung bei einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite vom 18. November 2020 wird das Bundesministerium für Gesundheit ermächtigt, im Fall der Feststellung einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite durch den Deutschen Bundestag nach § 5 Absatz 1 Satz 1 des Infektionsschutzgesetzes (IfSG) nach Anhörung des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung durch Rechtsverordnung ohne Zustimmung des Bundesrates zu bestimmen, dass sowohl Versicherte der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) als auch Personen, die nicht in der GKV versichert sind, Anspruch auf bestimmte Testungen für den Nachweis des Vorliegens einer Infektion mit einem bestimmten Krankheitserreger, z.B. dem Coronavirus SARS-CoV-2, haben. Voraussetzung dafür ist, dass für die gesetzlich Versicherten nicht bereits ein Anspruch auf entsprechende Testungen aus einem anderen Rechtsgrund besteht. Sofern die Rechtsverordnung nach Satz 2 Regelungen für Personen enthält, die privat krankenversichert sind, ist vor Erlass der Rechtsverordnung auch der Verband der Privaten Krankenversicherung anzuhören.

Gemäß § 24 Satz 3 Nummer 2, Satz 4 und 5 des IfSG wird das Bundesministerium für Gesundheit zudem dazu ermächtigt, durch Rechtsverordnung festzulegen, dass auch ein Zahnarzt oder ein Tierarzt im Rahmen einer Labordiagnostik den direkten oder indirekten Nachweis von SARS-CoV-2 führen kann. Auch davon hat das BMG durch die vorliegende Verordnung Gebrauch gemacht.

Am 8. Juni 2020 machte das Bundesgesundheitsministerium mit der Verordnung zum Anspruch auf bestimmte Testungen für den Nachweis des Vorliegens einer Infektion mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 erstmalig von der oben genannten Ermächtigung Gebrauch. Die Verordnung wurde im Folgenden weiterentwickelt und dem Infektionsgeschehen angepasst. Zwar kann die Verfügbarkeit wirksamer Impfstoffe zum entscheidenden Faktor für die Eindämmung der Pandemie werden, dies muss jedoch weiterhin und gerade in der Anfangsphase durch eine stringente, effektive Strategie gezielter Testungen begleitet werden.

Derzeit hat sich das Infektionsgeschehens zwar weitestgehend stabilisiert, die Zahl der täglichen Neuinfektionen befindet sich jedoch weiterhin auf einem hohen Niveau. Die Gefahren für das Leben und die Gesundheit der Menschen in Deutschland sowie einer möglichen Überforderung des Gesundheitssystems besteht dementsprechend unverändert fort. Ausreichende Testkapazitäten sind weiterhin von immenser Bedeutung um die Pandemie einzudämmen. Ziel ist es, nicht nur umfassender als bisher, sondern auch einfacher insbesondere Personengruppen zu testen, bei denen noch keine Symptome für das Vorliegen einer Infektion mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 vorliegen, bei denen aber dennoch eine Infektion naheliegender erscheint oder bei denen eine hohe Gefahr besteht, dass sie oder andere Personen in ihrem Umfeld bei einer Infektion mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 besonders gefährdet wären.

Die Verordnung zum Anspruch auf Testung in Bezug auf einen direkten Erregernachweis des Coronavirus SARS-CoV-2 enthält insbesondere Weiterentwicklungen auf Grundlage der in den vergangenen Monaten des Pandemiegeschehens gemachten Erfahrungen und der neuesten

wissenschaftlichen Erkenntnisse. Nunmehr gilt Folgendes:

- Versicherte und Nichtversicherte haben nach Maßgabe der §§ 2 bis 5 in bestimmten Fällen einen Anspruch auf eine Testung in Bezug auf einen direkten Erregernachweis des Coronavirus SARS-CoV-2. Der Anspruch umfasst grundsätzlich das Gespräch mit der zu testenden Person im Zusammenhang mit der Testung, die Entnahme von Körpermaterial, die nach der Teststrategie des Bundesministeriums für Gesundheit empfohlene Diagnostik, die Ergebnismitteilung und die Ausstellung eines Zeugnisses über das Vorliegen oder Nichtvorliegen einer Infektion mit dem Coronavirus SARS-CoV-2. Der Anspruch in Bezug auf eine Diagnostik durch Antigen-Tests zur patientennahen Anwendung beschränkt sich auf Tests, welche die durch das Paul-Ehrlich-Institut (PEI) in Abstimmung mit dem Robert-Koch Institut (RKI) festgelegten Mindestkriterien für Antigen-Tests erfüllen. Das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) veröffentlicht auf seiner Internetseite eine Marktübersicht solcher Tests und schreibt diese fort.
- Die Leistungen im Rahmen dieser Verordnung werden durch die zuständigen Stellen des öffentlichen Gesundheitsdienstes der Länder und die von ihnen betriebenen Testzentren oder von ihnen als Leistungserbringer beauftragte Dritte sowie von Leistungserbringern, von den Kassenärztlichen Vereinigungen betriebene Testzentren und Arztpraxen erbracht. Als weitere Leistungserbringer gelten ausschließlich Ärzte, Zahnärzte, ärztlich oder zahnärztlich geführte Einrichtungen, medizinische Labore oder Apotheken. Hinsichtlich der Zahnärzte, zahnärztlich geführten Einrichtungen und Apotheken ist zu beachten, dass diese nur mit der Durchführung der PoC-Antigen-Tests beauftragt werden können.
- Ein Anspruch Einreisender aus Risikogebieten erlosch mit Ablauf des 15. Dezember 2020.
- Der Anwendungsbereich des § 4 (präventive Testungen) umfasst nunmehr auch Tageskliniken und Rettungsdienste. Tageskliniken haben kontinuierlich mit Patientinnen und Patienten zu tun, die einem erhöhten Risiko ausgesetzt sind und daher benötigt insbesondere das Personal häufiger Testungen. Präventive, regelmäßige Testungen des Personals von Rettungsdiensten erhalten die Einsatzfähigkeit der einzelnen Rettungsstellen.
- Zusätzlich zu den bisherigen Leistungserbringern wurden auch die nicht zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassenen Arztpraxen zur Testung und Abrechnung nach den Vorgaben dieser Rechtsverordnung berechtigt. Zum Zweck der Testung von eigenem Personal mittels PoC-Antigen-Tests sind nunmehr auch die Zahnarztpraxen sowie die Rettungsdienste zur Leistungserbringung und Abrechnung berechtigt.
- Die Vergütung für die Leistungen rund um den PCR-Test beträgt grundsätzlich 50,50 Euro je Test. Für Leistungen der Labordiagnostik mittels eines Antigennachweises beträgt die Vergütung 15 Euro je Test. Für die Vergütung der berechtigten ärztlichen und zahnärztlichen Leistungserbringer im Sinne des § 6 Abs. 1 S. 1 Nummer 2 und 3 der Verordnung ist ein Betrag von 15 Euro zu entrichten. Dies umfasst das Gespräch, die Entnahme von Körpermaterial, die Ergebnismitteilung und die Ausstellung eines Zeugnisses über das Vorliegen einer Infektion oder Nichtinfektion. Apotheken erhalten für die Durchführung eines Tests 9 Euro je Test.

Die Verordnung trat am 25. Januar 2021 in Kraft. Die Coronavirus-Testverordnung vom 30. November 2020, die durch eine Verordnung vom 15. Januar 2021 geändert wurde, tritt gleichzeitig außer Kraft.

2. Verordnung zur Änderung der Medizinprodukte-Abgabeverordnung im Rahmen der epidemischen Lage von nationaler Tragweite

Das Ausbruchsgeschehen von COVID-19 entwickelt sich weiterhin dynamisch und die Infektionszahlen befinden sich weltweit und auch innerhalb der Europäischen Union auf einem sehr hohen Niveau. Die Gefahr einer Verstärkung des Infektionsgeschehens mit erheblichen Folgen für Leben und Gesundheit der Bevölkerung und einer möglichen Überforderung des Gesundheitssystems besteht trotz der zugelassenen Impfstoffe in einem hohen Maße fort. Testungen sind weiterhin unerlässlich für die Nachverfolgung und Unterbrechung von Infektionsketten und um ein unkontrolliertes Ausbruchsgeschehen zu verhindern. So können neue, hoch-qualitative Antigen-Tests zur patientennahen Anwendung für den Nachweis einer Infektion mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 eine wichtige Ergänzung darstellen.

Das Risiko von Übertragungen in Schulen ist ebenfalls präsent, sobald die Schulen wieder geöffnet werden. Schulschließungen sollten grundsätzlich vermieden werden, auch im Interesse der Kinder und Jugendlichen. Um unkontrollierte Ausbrüche an Schulen zu vermeiden, wurden bereits verschiedene Maßnahmen der öffentlichen Gesundheit eingeleitet. u.a. die Maskenpflicht. Neben den bereits getroffenen Maßnahmen kann die Durchführung von Antigentests zur patientennahen Anwendung bei asymptomatischen Lehrern und Schülern eine Ergänzung darstellen, um frühzeitige Infektionsausbrüche zu erkennen und einzudämmen.

§ 5 Absatz 2 Satz 1 Nummer 4 Buchstabe f und Absatz 3 Satz 3 des Infektionsschutzgesetzes ermächtigt das Bundesministerium für Gesundheit, im Rahmen der epidemischen Lage von nationaler Tragweite durch Rechtsverordnung ohne Zustimmung des Bundesrates Maßnahmen zur Sicherstellung der Versorgung mit Medizinprodukten im Benehmen mit dem Bundesministerium für Wirtschaft und Energie zu treffen und insbesondere Regelungen zur Abgabe vorzusehen. Bereits in der Vergangenheit hat der Deutsche Bundestag mit Beschluss vom 25. März 2020 mit Wirkung zum 28. März 2020 eine epidemische Lage von nationaler Tragweite festgestellt. Mit dem Dritten Gesetz zum Schutz der Bevölkerung bei einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite vom 18. November 2020 wurde in § 24 Satz 2 IfSG geregelt, dass der Arztvorbehalt nicht für die Anwendung von In-vitro-Diagnostika gilt, die für patientennahe Schnelltests bei Testung auf das Coronavirus SARS-CoV-2 verwendet werden. Damit kann grundsätzlich jeder diese Tests anwenden, soweit die Voraussetzungen der Medizinprodukte-Betreiberverordnung erfüllt sind.

Die neue Verordnung zur Änderung der Medizinprodukte-Abgabeverordnung regelt ergänzend zum Bevölkerungsschutzgesetz, dass die Schnelltests künftig auch an Schulen und Kitas (damit sind alle sog. „Gemeinschaftseinrichtungen“ nach § 33 IfSG erfasst) abgegeben werden können. Dabei setzt der Bund nur den rechtlichen Rahmen. Die konkrete Organisation und Ausgestaltung der Testung des Personals und der Kinder von Gemeinschaftseinrichtungen, liegt hingegen in der Zuständigkeit der Länder. Es handelt sich hierbei ausdrücklich um Schnell- und nicht um Selbsttests. Die Änderung der Medizinprodukte-Abgabeverordnung bedeutet lediglich, dass z.B. eine Apotheke PoC-Antigentests auch an Schulen und Kitas abgegeben dürfen. Der gesamte Testablauf (Schutzkleidung, Einweisung etc.) muss im Detail von den Ländern vorgegeben werden.

Die Verordnung trat am 04. Dezember 2020 in Kraft. Eine Anpassung der Verordnung an die derzeitige Gesetzeslage wurde durch die „Zweite Verordnung zur Änderung der Medizinprodukte-Abgabeverordnung“ vom 15. Januar 2021 entsprechend vorgenommen.

3. Preisverordnung für SARS-CoV-2 Antigen-Tests zur patientennahen Anwendung (AntigenPreisV)

Auf Grundlage des § 5 Absatz 2 Satz 1 Nummer 4 Buchstabe f und Absatz 3 Satz 3 des Infektionsschutzgesetzes hat das Bundesministerium für Gesundheit im Benehmen mit dem Bundesministerium für Wirtschaft und Energie die Preisverordnung für SARS-CoV-2 Antigen-Tests zur patientennahen Anwendung, die sog. „AntigenPreisV“, erlassen.

Danach mussten Händler seit dem 09. Dezember 2020 einen Festzuschlag von 40 Cent zuzüglich Umsatzsteuer auf den tatsächlichen Abgabepreis des Herstellers erheben. Dies galt auch bei dem Verkauf an Apotheken. Die Apotheken selbst konnten pro Test einen Festzuschlag von 60 Cent zuzüglich Umsatzsteuer erheben. Zudem galt ein Bestandsschutz für bestehende Verträge, die vor dem 9. Dezember 2020 geschlossen wurden.

Die Preisregelung galt für Abgaben von Antigentests an berechnigte Leistungserbringer gemäß § 6 Absatz 1 Satz 1 und Absatz 3 Satz 1 der Coronavirus-Testverordnung – also insbesondere Testzentren, Arztpraxen und die in § 4 Absatz 2 Nummern 1 bis 4 genannten Einrichtungen mit eigenen Testkonzepten wie zum Beispiel Pflegeheime. Verkäufe an andere Empfänger als die in der Verordnung genannten „berechtigten Leistungserbringer“ unterlagen nicht der Antigen-Preisverordnung, so unter anderem auch die Abgabe an die in § 33 des Infektionsschutzgesetzes genannten Gemeinschaftseinrichtungen.

Die Verordnung trat zunächst am 09. Dezember 2020 in Kraft, wurde jedoch durch die Verordnung zur Aufhebung der Preisverordnung für SARS-CoV-2 Antigen-Tests zur patientennahen Anwendung durch das Bundesgesundheitsministerium mit Wirkung zum 31. Dezember 2020 wieder aufgehoben.

4. Verordnung zum Anspruch auf Schutzmasken zur Vermeidung einer Infektion mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 (Coronavirus-Schutzmasken-

Verordnung –SchutzmV)

Nach § 20i Absatz 3 Satz 2 Nummer 1 Buchstabe c und Nummer 2, Satz 5, 7, 9 bis 12 des Fünftes Buches Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Krankenversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477, 2482) in der Fassung des Dritten Gesetzes zum Schutz der Bevölkerung bei einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite vom 18. November 2020 wird das Bundesministerium für Gesundheit ermächtigt, sofern der Deutsche Bundestag nach § 5 Absatz 1 Satz 1 des Infektionsschutzgesetzes eine epidemische Lage von nationaler Tragweite festgestellt hat, durch Rechtsverordnung ohne Zustimmung des Bundesrates zu bestimmen, dass sowohl Versicherte der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) als auch Personen, die nicht in der GKV versichert sind, Anspruch auf bestimmte Schutzmasken haben, wenn sie zu einer in der Rechtsverordnung festzulegenden Risikogruppe mit einem signifikant erhöhten Risiko für einen schweren oder tödlichen Krankheitsverlauf nach einer Infektion mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 gehören. Damit soll das Risiko einer Ansteckung für besonders vulnerable Personengruppen mittels der Verwendung von Schutzmasken reduziert werden.

Seit 15. Dezember 2020 können sich nunmehr über 60-Jährige sowie Menschen mit bestimmten Vorerkrankungen oder Risikofaktoren drei kostenlose FFP2-Schutzmasken in der Apotheke abholen. Die Anspruchsberechtigten hatten bis zum 6. Januar 2021 Zeit, sich drei Schutzmasken in der Apotheke ihrer Wahl abzuholen. Dazu genügte die Vorlage des Personalausweises oder die nachvollziehbare Eigenauskunft über die Zugehörigkeit zu einer der Risikogruppen. Zur Abholung konnten auch Personen bevollmächtigt werden.

Ein Anspruch auf Schutzmasken bestand, wenn die Versicherten das 60. Lebensjahr vollendet hatten oder bei ihnen eine der folgenden Erkrankungen oder einer der folgenden Risikofaktoren vorlag:

- chronisch obstruktive Lungenerkrankung oder Asthma bronchiale,
- chronische Herzinsuffizienz,
- chronische Niereninsuffizienz Stadium ≥ 4 ,
- Demenz oder Schlaganfall,
- Diabetes mellitus Typ 2,
- aktive, fortschreitende oder metastasierte Krebserkrankung oder stattfindende Chemo- oder Radiotherapie, welche die Immunabwehr beeinträchtigen kann,
- stattgefundene Organ- oder Stammzellentransplantation,
- Trisomie 21,
- Risikoschwangerschaft.

Ab Januar 2021 werden berechnigte Patienten in einem zweiten Schritt mit weiteren Masken versorgt. Alle Berechnigten erhalten zwei fälschungssichere Coupons für jeweils sechs Masken von ihren Krankenkassen oder ihrer privaten Krankenversicherung. Diese können sie in zwei klar definierten Zeiträumen im Jahr 2021 ebenfalls in den Apotheken einlösen. Die Anspruchsberechnigten zahlen dann pro eingelöstem Coupon einen Eigenanteil von zwei Euro hinzu.

Die Verordnung trat am 15. Dezember 2020 in Kraft.

5. Verordnung zum Anspruch auf Schutzimpfung gegen das Coronavirus SARS-CoV-2 (Coronavirus-Impfverordnung–CoronalmpfV)

Die Zulassung mehrerer Impfstoffe gegen das Coronavirus SARS-CoV-2 wird sich entscheidend auf die weitere Entwicklung des Pandemie-Geschehens auswirken. Jedoch steht dieser, insbesondere in der ersten Zeit nach der Zulassung, nicht flächendeckend für alle impfbereiten Menschen zur Verfügung. Daher musste im Vorfeld des Impfbeginns eine Auswahlentscheidung darüber getroffen werden, wer zuerst geimpft werden soll.

Gemäß § 20i Absatz 3 Satz 2 Nummer 1 Buchstabe a und Nummer 2, Satz 3, 6 bis 8 sowie 10 bis 12 des Fünftes Buches Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Krankenversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477, 2482), der durch Artikel 4 Nummer 1 des Gesetzes vom 18. November 2020 geändert worden ist, in der Fassung des Dritten Gesetzes zum Schutz der Bevölkerung bei einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite vom 18. November 2020 kann das Bundesministerium für Gesundheit, im Fall der Feststellung einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite durch den Deutschen Bundestag nach § 5 Absatz 1 Satz 1 des Infektionsschutzgesetzes nach Anhörung des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen, der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV), der Ständigen Impfkommission beim Robert Koch-Institut (STIKO) und des Verbands der Privaten Krankenversicherung durch Rechtsverordnung ohne Zustimmung des Bundesrates bestimmen, dass sowohl Versicherte der gesetzlichen

Krankenversicherung (GKV) als auch Personen, die nicht in der GKV versichert sind, Anspruch auf bestimmte Schutzimpfungen, insbesondere gegen das Coronavirus SARS-CoV-2, haben. Unter einer Schutzimpfung in diesem Sinne versteht man die Gabe eines Impfstoffes mit dem Ziel, vor einer übertragbaren Krankheit zu schützen.

Von dieser Möglichkeit wurde mit der oben genannten Verordnung nunmehr Gebrauch gemacht.

Das Bundesgesundheitsministerium bat die STIKO, gemeinsam mit Expertinnen und Experten der Nationalen Akademie der Wissenschaften Leopoldina und des Deutschen Ethikrates Kriterien für eine Priorisierung von COVID-19-Impfstoffen vorzuschlagen. Zudem hat die STIKO zum Entwurf dieser Rechtsverordnung Stellung genommen, was ebenfalls umfassend berücksichtigt wurde. Der Verordnung wurde darüber hinaus insbesondere die STIKO-Empfehlung zur COVID-19-Impfung hinsichtlich der Priorisierungsentscheidungen zu Grunde gelegt.

Die Verordnung gewährt nunmehr Personen, die ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt in der Bundesrepublik Deutschland haben, und anderen Personen, die in der Bundesrepublik Deutschland gesetzlich oder privat krankenversichert sind, oder in einer Einrichtung nach den §§ 2 bis 4 behandelt, gepflegt, betreut werden oder tätig sind, unabhängig von ihrem Krankenversicherungsstatus, einen Anspruch auf Schutzimpfung gegen das Coronavirus SARS-CoV-2.

Einen Anspruch auf eine Schutzimpfung gegen das Coronavirus SARS-CoV-2 besteht prioritär für Personen, die aufgrund ihres Alters oder Gesundheitszustandes ein signifikant erhöhtes Risiko für einen schweren oder tödlichen Krankheitsverlauf haben, sowie für Personen, die solche Personen behandeln, betreuen oder pflegen. Als weitere prioritär zu impfende Personengruppe haben insbesondere diejenigen Personen einen Anspruch auf eine Schutzimpfung gegen das Coronavirus SARS-CoV-2, die in zentralen Bereichen der Daseinsvorsorge und für die Aufrechterhaltung zentraler staatlicher Funktionen eine Schlüsselstellung besitzen.

Die Verordnung trat am 15. Dezember 2020 in Kraft.

6. Verordnung zum Schutz vor einreisebedingten Infektionsgefahren in Bezug auf das Coronavirus SARS-CoV-2 nach Feststellung einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite durch den Deutschen Bundestag (Coronavirus-Einreiseverordnung – CoronaEinreiseV)

Wie bereits dargelegt ist die Dynamik der Pandemie weltweit weiterhin ungebrochen. In einigen Ländern, darunter das Vereinigte Königreich von Großbritannien, Nordirland, die Republik Irland und Südafrika, sind neue Virusvarianten (Mutationen) festgestellt worden, die sich nach dem derzeitigen Erkenntnisstand schneller als die bisher bekannte Variante verbreiten. Aufgrund der Mutationen kam es in den genannten Ländern zu einem sprunghaften Anstieg der Neuinfektionen, der die medizinischen Einrichtungen vor Ort zusätzlich belastet. Es kann nicht ausgeschlossen werden, dass insbesondere durch den Reiseverkehr aus weltweiten Risikogebieten das Infektionsgeschehen auch in Deutschland weiter zunimmt. In Ergänzung zu den bereits geltenden Quarantäneregelungen der Länder für Einreisende nach einem Aufenthalt in ausländischen Risikogebieten, wird eine bundesweit einheitliche Einreisetestpflicht eingeführt, damit bereits im Zusammenhang mit dem Einreisevorgang Informationen zur Infektiosität der einreisenden Personen vorliegen und dadurch unkontrollierte Einträge aus dem Ausland möglichst verhindert werden.

In § 36 Absatz 8 Satz 1 und Absatz 10 Satz 1 IfSG wurde nunmehr eine entsprechend den bisherigen Erfahrungen fortentwickelte Ermächtigungsgrundlage zur Regelung des grenzüberschreitenden Reiseverkehrs eingeführt. Die Bundesregierung wird ermächtigt, verschiedene Maßnahmen im Zusammenhang mit dem grenzüberschreitenden Reiseverkehr zu treffen, wenn die Möglichkeit besteht, dass die Einreisenden einem erhöhten Infektionsrisiko für das Coronavirus SARS-CoV-2 ausgesetzt waren, insbesondere, weil sie sich in einem entsprechenden Risikogebiet aufgehalten haben.

Die vorliegende Verordnung überführt und entwickelt die Regelungen der bisherigen Verordnung zur Testpflicht von Einreisenden aus Risikogebieten vom 4. November 2020 sowie die Anordnungen betreffend den Reiseverkehr nach Feststellung einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite durch den Deutschen Bundestag vom 5. November 2020 auf Basis der neuen Ermächtigungsgrundlage in § 36 Abs. 8 und 10 IfSG fort. Inhalt der vorliegenden Rechtsverordnung sind unter anderem zusätzliche Bestimmungen der Verordnung zum Schutz vor einreisebedingten Infektionsgefahren in Bezug auf neuartige Mutationen des Coronavirus SARSCoV-2 nach Feststellung einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite durch den Deutschen Bundestag

vom 21. Dezember 2020 (Coronavirus-Schutzverordnung – CoronaSchV). In dieser wurde seitens des Bundesministeriums für Gesundheit bis zum 20. Januar 2021 u.a. ein generelles Beförderungsverbot für Reisende aus Großbritannien, Nordirland und Südafrika verhängt.

Die neue Rechtsverordnung regelt nunmehr ergänzend zu den Quarantäneregelungen der Länder einheitlich Anmelde-, Test- und Nachweispflichten der Einreisenden sowie Pflichten von Verkehrsunternehmen und Mobilfunknetzbetreibern im Zusammenhang mit der Einreise in die Bundesrepublik Deutschland nach Aufenthalt in einem Risikogebiet.

Die im Folgenden dargelegten Maßnahmen gelten bei Einreisen nach Aufenthalt in einem Risikogebiet, um die Ziele der Eindämmung bzw. Verringerung des Infektionsrisikos durch eingetragene Infektionen verfolgen zu können:

- Entsprechend den überwiegend geltenden Bestimmungen der Länder sind Einreisende, die sich in den letzten zehn Tagen vor Einreise in einem Risikogebiet aufgehalten haben, grundsätzlich verpflichtet, sich nach der Einreise in Deutschland in Quarantäne zu begeben. Die Einreisenden sind ebenfalls dazu verpflichtet, eine digitale Einreiseanmeldung („DEA“) auszufüllen. Die zuständigen Behörden können auf die in der digitalen Einreiseanmeldung hinterlegten Daten digital zugreifen und die Einhaltung der häuslichen Quarantäne kontrollieren. Eine Ausnahme von der Einreisequarantänepflicht ist in bestimmten Fällen ebenfalls möglich.
- Kontrolle des Nachweises der DEA bei Einreisen aus einem Risikogebiet durch die Beförderer; falls Risikogebiet außerhalb des Schengen-Raumes, zusätzliche Kontrolle durch die Bundespolizei im Rahmen der Einreisekontrolle.
- Falls keine Möglichkeit zum Ausfüllen der DEA, z.B. im Falle einer technischen Störung, sind die Einreisenden verpflichtet, stattdessen eine Ersatzmitteilung auszufüllen.
- Bei fehlendem Nachweis der DEA oder Ersatzmitteilung, Untersagung der Beförderung dieser Reisenden.
- Bei Einreise in Bundesrepublik Deutschland und Aufenthalt in Risikogebiet in den letzten zehn Tagen vor der Einreise, Pflicht zum Nachweis einer nicht bestehenden Coronavirus-Infektion spätestens 48 Stunden nach ihrer Einreise; bei Anforderung durch zuständige Behörde im Sinne des Infektionsschutzgesetzes muss dieser vorgelegt werden. Der Nachweis kann durch ärztliches Zeugnis oder negatives Testergebnis erbracht werden

Neben dieser allgemeinen Test- und Nachweispflicht sind für Einreisen aus bestimmten Risikogebieten zudem besondere Maßnahmen vorgesehen. Bei einem Aufenthalt in einem Risikogebiet, für das durch das Bundesministerium für Gesundheit im Einvernehmen mit dem Auswärtigen Amt und dem Bundesministerium des Innern, für Bau und Heimat ein besonders hohes Risiko für eine Infektion mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 festgestellt wurde (verbreitet hohe Inzidenzen oder verbreitetes Auftreten gefährlicher Virusvarianten im Risikogebiet), besteht die Verpflichtung, bereits bei Einreise einen Nachweis über das Nichtvorliegen einer Infektion mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 mitzuführen und auf Anforderung der zuständigen Behörde oder der von ihr beauftragten Behörde vorzulegen; im Falle der Inanspruchnahme eines Beförderers ist der Nachweis außerdem dem Beförderer vor der Abreise vorzulegen. Wird der Nachweis gegenüber dem Beförderer nicht erbracht, ist eine Beförderung im Regelfall untersagt. Unabhängig von der Inanspruchnahme eines Beförderers ist der Nachweis der mit der polizeilichen Kontrolle des grenzüberschreitenden Verkehrs beauftragten Behörde im Rahmen der grenzpolizeilichen Aufgabenwahrnehmung vorzulegen, wenn sie diesen zum Zwecke der stichprobenhaften Überprüfung anfordert.

Darüber hinaus werden Verkehrsunternehmen weiterhin im Rahmen ihrer betrieblichen und technischen Möglichkeiten verpflichtet, Reisende über die geltenden Einreise- und Infektionsschutzbestimmungen und -maßnahmen in der Bundesrepublik Deutschland zu informieren.

Ebenfalls haben Betreiber öffentlicher Mobilfunknetze Reisende bei ihrer Einreise barrierefrei mittels Kurznachricht über die in der Bundesrepublik Deutschland geltenden Einreise- und Infektionsschutzbestimmungen im Zusammenhang mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 sowie die zu beachtenden Infektionsschutzmaßnahmen zur Verhinderung der Verbreitung des Coronavirus SARS-CoV-2 („Einreise-SMS“) zu informieren.

Die Geltung dieser Rechtsverordnung ist gemäß § 36 Abs. 12 IfSG – vorbehaltlich einer früheren Aufhebung im Zuge der fortlaufenden Beobachtung und Überprüfung – bis zum 31. März 2021

befristet.

7. Verordnung zur Anpassung der Voraussetzungen für die Anspruchsberechtigung der Krankenhäuser nach § 21 Absatz 1a des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG)

Das Bundesministerium für Gesundheit hat auf die aktuellen Entwicklungen der Pandemie reagiert und mit der oben genannten Verordnung den Zugang zu den sog. „Corona-Hilfen“ für Krankenhäuser modifiziert. Aufgrund der Ermächtigungsgrundlage in § 23 Absatz 2 Nummer 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes, der durch Artikel 2a Nummer 3 Buchstabe b des Gesetzes vom 18. November 2020 eingefügt worden ist, wurde seitens des Bundesgesundheitsministeriums die Verordnung zur Anpassung der Voraussetzungen für die Anspruchsberechtigung der Krankenhäuser nach § 21 Absatz 1a des Krankenhausfinanzierungsgesetzes erlassen. Demgemäß konnte die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde ab einer Sieben-Tage-Inzidenz von 200 je 100.000 Einwohner Kliniken bestimmen, die die Freihaltepauschale gemäß § 21 Absatz 1a KHG erhalten und zwar unabhängig von dem Anteil freier betreibbarer intensivmedizinischer Behandlungskapazitäten in dem Landkreis oder in der kreisfreien Stadt. Zudem konnten die Länder auch Krankenhäuser, die die Voraussetzungen für eine Notfallstufe erfüllen, die jedoch noch keine Zu- oder Abschläge für die Teilnahme oder Nichtteilnahme an der Notfallversorgung gemäß § 9 Absatz 1a Nummer 5 des Krankenhausentgeltgesetzes vereinbart hatten, benennen, die ebenfalls einen finanziellen Ausgleich erhalten.

Diese Modifikationen galten zunächst für seit dem 17. Dezember 2020. Die Verordnung trat am 23. Dezember 2020 in Kraft und wurde nunmehr durch die **erste Verordnung zur Änderung der Verordnung zur Anpassung der Voraussetzungen für die Anspruchsberechtigung der Krankenhäuser nach § 21 Abs.1a des KGH** weiter modifiziert. Unter anderem wurden die Fristen für die Ausgleichszahlungen gemäß § 21 Abs.1a KHG bis zum 28. Februar 2021 verlängert. Zudem wird die oben genannte Sonderregelung für den Zugang zu den „Corona-Hilfen“ bei einer besonders hohen Inzidenz bis zum 14. Januar befristet. Ab dem 15. Januar liegt der maßgebliche Sieben-Tage-Inzidenzwert nicht mehr bei 200, sondern nur noch bei 150. Des Weiteren können nunmehr auch Krankenhäuser Ausgleichszahlungen nach § 21 Abs.1a S.1 KHG in Anspruch nehmen, wenn beispielsweise ein oder mehrere Standorte des Krankenhauses entweder über einen pflegeintensiven Bereich der Kardiologie oder Herzchirurgie verfügen und diesen gemäß § 5 Abs.3 Satz 1 Nr.1 der Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung mitgeteilt haben oder über mindestens eine Fachabteilung der Pneumologie, Lungen- und Bronchialkunde, Thoraxchirurgie oder über eine Fachabteilung mit einem entsprechenden Schwerpunkt verfügen. Das Krankenhaus muss zudem in die Übersicht des Instituts für Entgeltsystem im Krankenhaus aufgenommen worden sein. Die Verordnung trat am 28. Januar 2021 in Kraft.

8. Sicherstellung der pflegerischen Versorgung, Kostenerstattung für Pflegeeinrichtungen und Pflegebedürftige nach § 150 SGB XI: Kostenerstattung zur Vermeidung von durch das Coronavirus SARS-CoV-2 verursachten pflegerischen Versorgungsengpässen in der häuslichen Versorgung sowie der Erbringer von nach Landesrecht anerkannten Angeboten zur Unterstützung im Alltag

Zentrale Norm in der Sicherstellung der pflegerischen Versorgung während der Pandemie ist der § 150 SGB XI.

Neben den verschiedenen Erstattungsmöglichkeiten für Einrichtungen der stationären und ambulanten Pflege die nach § 72 SGB XI zugelassen sind bestehen auch Erstattungsmöglichkeiten für Leistungen in der häuslichen Versorgung sowie für die nach dem jeweiligen Landesrecht anerkannten Leistungserbringer von Angeboten zur Unterstützung im Alltag (§ 45a Abs. 3 SGB XI).

Gegenwärtig lässt sich noch nicht sicher abschätzen, inwiefern die verschiedenen Mechanismen – so nicht zuletzt auch der problemträchtige Prämienanspruch nach § 150a SGB XI – weiter verlängert werden.

Das Jahressteuergesetz sieht bislang die verlängerte Möglichkeit der steuerfreien Prämienzahlung in

Höhe von bis zu 1.500,00 € bis zum 30.06.2021 vor. Dies gilt jedoch bislang lediglich für die erstmalige Prämienauszahlung. Hintergrund ist hier zunächst das nachgelagerte Nachweisverfahren mit Blick auf eine möglichst schnelle Möglichkeit der Auszahlung.

Die wesentlichen Regelungen des § 150 SGB XI gelten zunächst bis zum 31.03.2021.

Die weiteren Einzelheiten werden auch hier im Rahmen dieser Erstattungsfahren durch den Spitzenverband der Pflegekassen (GKV nach § 53 SGB XI) geregelt. Diese Festlegungen wurden zuletzt mit Datum vom 11.01.2021 entsprechend angepasst.

a) Erstattung nach § 150 Abs. 5 SGB XI bei Engpässen in der häuslichen Versorgung

Voraussetzung für eine Kostenerstattung ist hier zunächst die vorherige Antragsstellung durch den Pflegebedürftigen. In praktischer Konsequenz unterstützen jedoch viele Leistungserbringer die Personen bei der Antragstellung.

Die Vorschrift eröffnet den Pflegekassen einen Ermessensspielraum für eine Erstattung in Höhe der ambulanten Sachleistungsbeiträge nach § 36 SGB XI. Im Einzelfall können die Pflegekassen hiernach zur Vermeidung von pandemiebedingten pflegerischen Versorgungsengpässen im häuslichen Bereich eine Kostenerstattung gewähren, wobei von Pflegefachkräften geleitete Leistungserbringer vorrangig zu berücksichtigen sind. Zudem sind Maßnahmen des § 150 Abs. 1 S. 3 SGB XI vorrangig, das heißt es soll zunächst mit den Beteiligten versucht werden, freiliegende Personalkapazitäten einzusetzen bevor eine Kostenerstattung erfolgt. Damit besteht ein Vorrang des Personaleinsatzes vor der Übernahme von Sachkosten.

Neben den nach § 45a Abs. 3 SGB XI zugelassenen, kommen weiter folgende Leistungserbringer in Betracht:

- Zugelassene Betreuungsdienste nach § 71 Abs. 1 SGB XI, wobei gegebenenfalls die Erbringung von Leistungen der körperbezogenen Pflegemaßnahme das bisherige Angebot an pflegerischen Maßnahmen und Hilfen bei der Haushaltsführung ergänzt werden können,
- Medizinische Leistungserbringer (z.B. pflegerisches und medizinisches Fachpersonal aus Reha-Einrichtungen, Ergotherapeuten, Physiotherapeuten, Logopäden, Heilerzieher),
- Beratungspersonen i. S. d. § 37 Abs. 2, 7 und 8 SGB XI,
- Personen mit (sozial-) pädagogischer Qualifikation (z. B. Sozialarbeiter),
- Betreuungskräfte mit einer Weiterbildung nach § 53b SGB XI.

Die Versorgungsengpässe werden insbesondere im Bereich der körperbezogenen Pflegemaßnahmen festgestellt. Zudem können auch Versorgungsengpässe bei den pflegerischen Betreuungsmaßnahmen und den Hilfen bei der Haushaltsführung beobachtet werden. Anhaltspunkte für einen zu erwartenden Versorgungsengpass können sich daraus ergeben, dass die nach § 72 SGB XI zugelassene Pflegeeinrichtung der Pflegekasse gemäß § 150 Abs. 1 SGB XI eine wesentliche Beeinträchtigung der Leistungserbringung angezeigt hat. Die von der Pflegekasse und dem Leistungserbringer gemeinsam vorgenommenen Maßnahmen haben nicht zu einer Sicherstellung der pflegerischen Versorgung durch den Leistungserbringer geführt. Eine anderweitige Versorgung des Pflegebedürftigen durch z. B. andere ambulante Pflegedienste oder beispielsweise durch Angehörige ist nicht gegeben.

Nach den Empfehlungen des GKV-Spitzenverbandes vom 11.01.2021 wird klargestellt, dass im Sinne der effektiven Aufrechterhaltung der Versorgung mit steigender Versorgungsbeeinträchtigung das Verfahren entbürokratisiert und Kosten schnell erstattet werden sollen.

Da die Kostenerstattungszusage aus wichtigen Gründen jederzeit widerrufen werden kann, besteht hier sowohl für die Betroffenen als auch für die Leistungserbringer eine gewisse Rechtsunsicherheit.

b) Erstattung nach § 150 Abs. 5a SGB XI für nach Landesrecht anerkannte Leistungserbringer von Angeboten zur Unterstützung im Alltag

Die nach Landesrecht anerkannten Angebote zur Unterstützung im Alltag i. S. d. § 45a SGB XI, die infolge des Coronavirus SARS-CoV-2 anfallende außerordentliche Aufwendungen sowie in dem nach § 150 Abs. 5a Satz 2 SGB XI vorgesehenen und erstattungsfähigen Umfang Mindereinnahmen zu verzeichnen haben, die nicht anderweitig finanziert werden, haben einen Anspruch auf Erstattung der zunächst bis zum 31.03.2021 entstandenen Mehraufwendungen bzw. Mindereinnahmen gegenüber der Pflegeversicherung.

Inhaltlich handelt es sich bei den außerordentlichen Aufwendungen und den erstattungsfähigen Mindereinnahmen um die auch für Einrichtungen nach § 72 SGB XI geltenden Fallgruppen. Ausgenommen sind hier ebenfalls Positionen, die anderweitig erstattungsfähig sind (bspw. durch Versicherung, Entschädigungen nach dem Infektionsschutzgesetz, sonstige Unterstützungsleistungen des Bundes oder der Länder).

Die Zuständigkeit der jeweiligen Pflegekasse wurden durch die Landesverbände bestimmt. So ist beispielsweise für Berlin einheitlich die Pflegekasse der Barmer zuständig. In Flächenbundesländern wie Bayern besteht für jeden Regierungsbezirk eine eigenständige Zuständigkeit. Eine vorherige Antragsstellung ist hier nicht erforderlich. Jedoch müssen je nach Geltendmachung von Mindereinnahmen oder Mehraufwendungen entsprechend umfangreiche Nachweise erbracht werden. Gerade bei Anbietern verschiedener Betreuungs- und Entlastungsangebote muss hier im jeweiligen Fall eine genaue Prüfung der Erstattungsfähigkeit der einzelnen Positionen vorgenommen werden.

Zudem können sich mit Blick auf die Berechnung und insbesondere die Bildung des jeweiligen Referenzwertes Unterschiede für den jeweiligen Erstattungsanspruch ergeben.

9. Verordnung zur molekulargenetischen Surveillance des Coronavirus SARS-CoV-2 (Coronavirus-Surveillanceverordnung – CorSurV)

Im Rahmen molekularer Untersuchungen des Coronavirus SARS-CoV-2 werden regelmäßig genetische Veränderungen (Mutationen) entdeckt. Durch die Analyse der Genomsequenzdaten des Coronavirus SARS-CoV-2 können systematisch die Eigenschaften der verschiedenen Virusvarianten besser bestimmt und erforscht werden, sodass gezielte Maßnahmen zur Bekämpfung des Infektionsgeschehens ergriffen werden können. Besonders wichtig dabei ist, dass die Virusvarianten schnellstmöglich erkannt werden. In diversen Fällen stellen die Mutationen ein besonderes Risiko dar, z.B. hinsichtlich einer leichteren Übertragbarkeit oder anderen Eigenschaften, die die Infektionsausbreitung beschleunigen, die Krankheitsschwere verstärken, oder die durch Impfung oder durchgemachte Infektion erworbene Immunität abschwächen. Um die Verbreitung und Evolution des Coronavirus SARS-CoV-2 in Deutschland zu verfolgen und das Auftreten neuer Virusmutationen frühzeitig zu erkennen, ist es notwendig, eine ausreichend hohe Zahl von möglichst repräsentativ erhobenen Genomsequenzdaten an einer zentralen Stelle zu sammeln und zu analysieren. Um die erforderlichen Daten zu gewinnen ist die Durchführung von Vollgenomsequenzierungen in einer ausreichenden Anzahl von Nöten. Besondere Erkenntnisse können zudem durch die Verknüpfung der gewonnenen Informationen mit epidemiologischen Daten erzielt werden.

Diese Verordnung beinhaltet Folgendes:

- Zum einen werden Laboratorien und Einrichtungen nach § 23 Abs. 3 Satz 1 IfSG dazu verpflichtet, Untersuchungsmaterial und Isolate von Krankheitserregern in Bezug auf das Coronavirus zu untersuchen, damit einhergehend eine Vollgenomsequenzierung dieses Erregers vorzunehmen und die erhobenen Genomsequenzdaten an das RKI zum Zwecke der Krankheitserregersurveillance zu übermitteln.
- Zum anderen haben die sequenzierenden Laboratorien und Einrichtungen für die Übermittlung der Daten einen Anspruch auf eine Vergütung in Höhe von 220 Euro. Im Falle der Sequenzierung von im Rahmen der selbst durchgeführten Primärdiagnostik untersuchten Proben besteht für die Übermittlung der Daten ein Anspruch auf Vergütung für die Anzahl von Übermittlungen, die bis zu fünf Prozent der Proben entspricht, die von der Untersuchungsstelle in der jeweils vergangenen Kalenderwoche im Rahmen der Diagnostik mittels Nukleinsäureamplifikationstechnik in Bezug auf das Coronavirus SARS-CoV-2 positiv getestet wurden. Wenn die Zahl der Neuinfektionen in der Bundesrepublik Deutschland in der Kalenderwoche vor Durchführung der Diagnostik die Zahl von 70.000 nicht überschritten hat, erhöht sich dieser Anteil auf zehn Prozent. Andere Einrichtungen und Laboratorien, die die Diagnostik mittels der Nukleinsäureamplifikationstechnik hinsichtlich des Nachweises einer Infektion mit SARS-CoV-2 durchführen, jedoch selbst keine Vollgenomsequenzierung vornehmen, können bis zu fünf Prozent der positiv getesteten Proben in andere Laboratorien und Einrichtungen zur Durchführung der Sequenzierung einschicken. In diesem Fall werden Versandkosten in Höhe von 20 Euro pro eingesendeter Probe erstattet. Sollte die Zahl der Neuinfektionen in Deutschland in der Kalenderwoche vor Durchführung der Diagnostik die Zahl von 70.000 nicht überschritten haben, können bis zu zehn Prozent aller positiv getesteten Proben zur Sequenzierung eingeschickt werden. Im Zuge von durchgeführten Ausbruchsuntersuchungen, die von Landesgesundheitsbehörden oder dem RKI angeordnet wurden, kann eine Erstattung auch über den Anteil von fünf bzw. zehn Prozent der positiv getesteten Proben sowohl für die

Übermittlung der Daten als auch für die Einsendung der Proben erfolgen.

- Die dargelegte Vergütung sowie die oben genannten Versandkosten werden aus dem Bundeshaushalt gezahlt. Die sequenzierenden Laboratorien und Einrichtungen sowie die einsendenden Laboratorien und Einrichtungen rechnen jeweils mit der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) ab, in deren Bezirk sie ihren Sitz haben. Den KVen werden die dadurch entstehenden Verwaltungskosten erstattet.

Rechtsgrundlage dieser Verordnung bildet § 13 Absatz 4 Satz 2 und 3 IfSG. Sie trat am 19. Januar 2021 in Kraft und tritt am 31. Oktober 2021 wieder außer Kraft. Eine Datenübermittlung gemäß § 1 Absatz 1 an das RKI ist letztmalig zum 31. Juli 2021 zulässig.

II. Ausblick

1. Status quo Impfstoff

Die Impfstoffentwicklung konnte in den vergangenen Wochen große Erfolge erzielen. Während der Impfstoff von Biontech/Pfizer unter anderem in Großbritannien und den USA aufgrund einer Notfallzulassung bereits Anfang bzw. Mitte Dezember 2020 erstmals zur Anwendung kam, erteilte die Europäische Arzneimittelagentur (EMA) am 21. Dezember 2020 eine zwar bedingte aber dennoch ordentliche Zulassung für den genannten Impfstoff. In Deutschland und der europäischen Union wurde daraufhin am 27. Dezember mit der Impfung der Bevölkerung begonnen. Die Zulassung eines weiteren Impfstoffes im Kampf gegen das Coronavirus wurde am 06. Januar 2021 durch die EMA erteilt. So kann seitdem auch der Impfstoff des amerikanischen Pharmaunternehmens Moderna in der europäischen Union bzw. Deutschland verimpft werden. Eine dritte Zulassung seitens der EMA wurde vor kurzem dem Impfstoff des britisch-schwedischen Pharmakonzerns AstraZenca erteilt. Seitdem 29. Januar kann auch dieser Impfstoff an Personen ab 18 Jahren angewendet werden. Das Verhältnis zwischen AstraZenca und der EU gilt jedoch als äußerst angespannt. Grund dafür ist die Ankündigung des Pharmakonzerns, große Mengen des Impfstoffes voraussichtlich Wochen oder gar Monate später liefern zu können. Eine Einigung konnte bis dato noch nicht erzielt werden. Beide Seiten beharren auf ihren Positionen. Die rechtliche Situation ist insoweit unklar, da der wesentliche Inhalt der Verträge nicht bekannt ist. Insbesondere ist fraglich, ob in Bezug auf die Liefermenge und den Lieferzeitpunkt konkrete Vereinbarungen getroffen wurden oder ob der Vertragsinhalt „schwammig“ ausgestaltet wurde. Hier bleiben die weiteren Entwicklungen also zunächst abzuwarten.

In Deutschland verlief der Impfstart zunächst schleppend. Aufgrund der begrenzten Menge der Impfstoffe zu Beginn der Impfkampagne muss dementsprechend priorisiert werden. In der ersten Gruppe befinden sich Menschen, die den Impfstoff besonders dringend benötigen. Darunter fallen u.a. Menschen über 80 Jahre, Menschen in Pflegeheimen, Personal im Krankenhaus und den Intensivstationen sowie Pflegekräfte in ambulanten Pflegediensten. Die Impfung von Bewohnern in Alten- und Pflegeheimen erfolgt durch mobile Impfteams. Insgesamt umfasst die erste Gruppe ca. 8,6 Millionen Menschen. Wann mit der Impfung der zweiten Gruppe (insb. Menschen über 70 Jahre, Personen mit erhöhtem Ansteckungsrisiko (z.B. bei Demenz), Polizei- und Ordnungskräfte) begonnen werden klar ist indes unklar. Dies hängt maßgeblich davon ab, wie viel Impfdosen der Regierung in den kommenden Wochen tatsächlich zur Verfügung stehen. In den vergangenen Tagen gab es auch bei dem Impfstoff von Biontech/Pfizer immer wieder Lieferengpässe, sodass zeitweise nur Zweitimpfungen vorgenommen werden konnten. Vor kurzem wurde eine Kooperation zwischen dem französischen Pharmakonzern Sanofi und Biontech/Pfizer bekannt. Da sich die Impfstoffentwicklung von Sanofi in die Länge zieht, sind Produktionskapazitäten frei. In dem Werk in Frankfurt sollen so ab Juli bis Ende des Jahres 100 Millionen Dosen des Impfstoffes produziert werden können.

Für die Zukunft bleibt zu hoffen, dass mehr derartiger Kooperationen zu Stande kommen. Die Impfstoffproduktion muss hochgefahren werden, dass den Menschen weltweit schnellstmöglich ein Impfstoff zur Verfügung steht. Ob und wie schnell sich dies realisieren lässt bleibt abzuwarten.

2. Status quo Medikamente

Auch auf dem Gebiet der Medikamente läuft die Forschung nach einem wirksamen Präparat, das bei der Behandlung eines COVID-19-Patienten eingesetzt werden kann, auf Hochtouren. Ein bahnbrechender Erfolg konnte jedoch noch nicht erzielt werden, die Suche verläuft schleppend. Zu Beginn der Pandemie bestand die große Hoffnung, dass wirksame Medikamente für die Behandlung von COVID-19 Patienten schnell zugelassen werden können. Diese Hoffnung wurde jedoch nicht erfüllt. Diverse Studien, die diesbezüglich angestoßen wurden, fielen ernüchternd aus. So erwies sich z.B. ein Malaria-Mittel, welches zu Beginn der Pandemie als aussichtsreicher Kandidat auf eine Zulassung gehandelt wurde, als unwirksam. Eine in den USA erteilte Notfallzulassung wurde zwischenzeitlich wieder aufgehoben.

Nur ein paar wenige Arzneimittel konnten eine Wirksamkeit gegen das Coronavirus aufweisen. So kann beispielsweise ein Kortison-Mittel in der späten Phase der Erkrankung eingesetzt werden. Es reduziert die Tätigkeit des Immunsystems und bremst somit extreme Entzündungsreaktionen. Laut einer Studie der Universität Oxford konnte bei mechanisch beatmeten Patienten die Überlebenschance um ca. ein Drittel verbessert werden. Hingegen kann das Präparat in der Frühphase der Erkrankung nicht eingesetzt werden.

Hinsichtlich des Medikaments, welches ursprünglich zur Bekämpfung von Ebola entwickelt wurde, besteht Uneinigkeit. Während die WHO von dem Einsatz des Medikaments bei COVID-19 Patienten abrät, erhielt es in vielen Ländern der Welt, darunter die z.B. die USA und Japan, eine Zulassung. Mehrere klinische Studien seien zu dem Ergebnis gekommen, dass die Genesungszeit um wenige Tage verkürzt werden könne. Da es die Vermehrung der Viren hemmt, kann es nur in einer frühen Erkrankungsphase eingesetzt werden.

Als besonders vielversprechend gelten Antikörper-Wirkstoffe. Es sind Präparate mit „kopierten“ Antikörpern, die aus dem Blut von genesenen Corona-Patienten extrahiert werden. Vor kurzem hat die Bundesregierung von derartigen Arzneimitteln 200.000 Dosen eingekauft. Diese sollen vorwiegend bei Corona-Patienten eingesetzt werden, bei denen ein hohes Risiko für einen schweren Krankheitsverlauf besteht. Einer aktuellen Studie zufolge senkt ein derartiges Medikament eines amerikanischen Pharmaunternehmens das Risiko einer Erkrankung mit dem Coronavirus bei Pflegeheimbewohnern um 80 Prozent. Ein weiteres Antikörper-Präparat, das von der Bundesregierung erworben wurde, ist eine Kombination von zwei Antikörpern. Es soll Menschen mit leichten oder moderaten Symptomen helfen, die in der Gefahr stehen, schwerer zu erkranken. Das Bundesforschungsministerium stellt zur Unterstützung einiger weiterer Vorhaben mindestens 50 Millionen Euro an Förderung bereit.

Für die Zukunft bleibt also weiterhin abzuwarten, ob und vor allem wann ein nennenswerter Durchbruch bei der Forschung von Medikamenten zur Behandlung von COVID-19 Patienten erzielt werden kann.

3. Testungen in Alten- und Pflegeheimen sowie entsprechende Besuchskonzepte – Praktische Umsetzung und Bedarf fortwährender Anpassung

„Für Alten- und Pflegeheime sind besondere Schutzmaßnahmen zu treffen“ – Dies ist wohl eine der häufigsten Formulierungen, die seit Beginn der Pandemie nahezu mantraartig im Rahmen der jeweiligen Beschlüsse und der politischen Diskussionen zu hören sind.

a) Bedeutung der Testkonzepte nach Start der Impfkampagne

Die ersten Impfungen in diesen vulnerablen Bereichen laufen gegenwärtig zwar an. Bis jedoch die Einrichtungen eine entsprechende Immunität aufgebaut haben, kommen den Schnelltests beim Betreten der Einrichtung nach wie vor eine überragende Bedeutung beim Schutz der Risikogruppen zu. Zudem ist die Frage der Wirksamkeit der Impfstoffe bereits bezogen auf die bekannten Varianten nicht abschließend geklärt. Hinsichtlich der neuen Varianten (Mutanten) erscheint es nach aktuellem Stand damit wohl nur eine Frage der Zeit, bis die Impfstoffe angepasst werden und insoweit weiter differenziertere Immunisierungsmaßnahmen ergriffen werden müssen.

b) Praktische Umsetzung des Testauftrages

Auch im Rahmen des aktuellsten Beschlusses von Bund und Ländern zur Bekämpfung der Coronavirus-Pandemie vom 19.01.2021 wird klargestellt, dass die Einrichtungen in der Verantwortung sind, eine umfassende Umsetzung der Testanordnung sicherzustellen.

Dass dies personell eine massive Zusatzbelastung bedeutet und praktisch in vielen ohnehin schon am Rande der Belastung agierenden Einrichtungen ohne Unterstützung schlicht unmöglich ist, wird in den Beschlüssen deutlich. So wird beschrieben, dass Bund und Länder unterstützend und aufbauend auf bestehende Maßnahme der Länder eine gemeinsame Initiative starten, um kurzfristig Bundeswehrgesoldaten und im zweiten Schritt Freiwillige (insbesondere Studenten oder Mitarbeiter des MDK) vorübergehend zur Durchführung von umfangreichen Schnelltests in die Einrichtungen zu bringen. Die Hilfsorganisationen in Deutschland sollen die entsprechenden Schulungen übernehmen und die kommunalen Spitzenverbände koordinieren, um den regionalen Bedarf zu erfassen und die Bundesagentur für Arbeit soll die Vermittlung unterstützen.

Die konkrete Umsetzung birgt in der Praxis jedoch häufig Probleme und neben fehlender Planungssicherheit für die Einrichtungen auch die Gefahr rechtlicher Konsequenzen. Zudem müssen die Einrichtungen ein ausgewogenes und auch der jeweiligen Infektionssituation vor Ort Rechnung tragendes Besuchskonzept vorhalten, welches im engen Kontext mit der jeweiligen Teststrategie und Umsetzung der Testanordnungen steht.

c) Bedarfsanzeige gegenüber Behörden, Sicherstellung der personellen Kapazitäten

Dies beginnt häufig schon bei der Frage der Anzeige von Überlastungen bzw. des Bedarfs von Unterstützungskräfte gegenüber den zuständigen Behörden. Neben den praktischen Abläufen und Fragen wie die des richtigen Ansprechpartners, möglicher länderspezifischer Besonderheiten für die Bereitstellung von Unterstützungsleistungen zur Durchführung der gesetzlich vorgeschriebenen Tests und etwaigen Nachweisen spielt hier auch häufig die Frage nach der Erfüllung ordnungsrechtlicher Anzeige- und Mitteilungspflichten gegenüber den Behörden eine wichtige Rolle.

So können Heimaufsichtsbehörden beispielsweise eine verzögerte Anzeige des Bedarfs zur Gewährleistung der Testungen als Anlass nehmen, die Zuverlässigkeit der Einrichtungsleitung und der organisatorischen Abläufe in Zweifel zu ziehen. Vermehrt sind uns auch gerade Anzeigen an die Behörden durch Angehörige in diesem Kontext bekannt.

d) Praktische Lösungsansätze und Finanzierungsfrage

Zahlreiche Einrichtungen versuchen daher über verschiedene Lösungsansätze die notwendigen Kapazitäten für die Testungen zu gewährleisten. Vermehrt beginnen Kommunen auch die Einrichtungen durch den Erwerb von Gutscheinen für externe Testzentren zu unterstützen. Neben Freiwilligendiensten aus dem Gesundheitsbereich – teils auch von bereits pensionierten Ärzten und Angehörigen verschiedener Gesundheitsberufe – suchen viele Einrichtungen aber auch selbstständig die Kooperation mit externen Anbietern von Testkapazitäten. Auch hier stellt sich insbesondere die Frage der Erstattung der angefallenen Sach- und Personalkosten. Eine Problemstellung ist in diesem Zusammenhang auch, ob rechtzeitig eine Anzeige gegenüber der Behörde erfolgt ist und damit eine vollständige Kostenerstattung für die Beauftragung externer Anbieter in Frage kommt.

e) Zusammenfassung

Es bleibt dabei, dass für die Alten- und Pflegeheime die enorme Zusatzbelastung auf absehbare Zeit wohl nicht abnehmen wird. Vielmehr sind aufgrund der Pandemie zusätzlich erweiterte Aufgaben- und Pflichtenkreise der Einrichtungsträger zu beachten. Diese können nicht zuletzt als vertragliche Schutz- und Nebenpflicht relevant werden, jedoch auch die Einrichtungsbetreiber im ordnungsrechtlichen Kontext aufgrund der jeweiligen Heimgesetze der Länder treffen.

Auch die Koordinierung mit den zuständigen Behörden und die Finanzierungsfragen machen häufig eine Begleitung durch anwaltliche Fachkompetenz erforderlich.

4. Ausbrüche in Alten- und Pflegeheimen: Beginn der politischen und rechtlichen Aufarbeitung

Ausbruchsgeschehen in Alten- und Pflegeheimen sind spätestens seit den Oktobermonaten 2020 wieder fester Bestandteil der täglichen Berichterstattung. Das RKI dokumentierte zwischenzeitlich im Monat Dezember über 900 Ausbrüche von Corona-Infektionen in Einrichtungen.

Nachdem die jeweiligen Notfallmaßnahmen wie Kohortierung, Isolierung oder gar vollständige Räumung der Einrichtung durch die zuständigen Behörden veranlasst wurden, um die Bewohnerinnen und Bewohner im Sinne der Gefahrenabwehr umgehend und effektiv zu schützen, beginnt nunmehr zunehmend die Klärung von Schuldfragen und damit auch die Frühphase der

Aufarbeitung der einzelnen Ausbruchsgeschehen. Angehörige berichten schnell von vermeintlich seit langer Zeit bestehenden, schlechten Qualitätszuständen. So sei ohnehin immer zu wenig Personal vor Ort und auch möchte jeder schon einen Mitarbeiter in der Einrichtung ohne Maske gesehen haben. Die Politik verweist häufig auf vermeintliche Versäumnisse der Heimbetreiber, wenn angesichts erschütternder und häufig zweistelliger Todeszahlen nur in einer einzigen Einrichtung der öffentliche Erklärungs- und Aufarbeitungsdruck steigt.

Neben diesem meist noch lediglich medial ausgetragenen Austausch von Schuldzuweisungen beginnen die Strafverfolgungsbehörden – häufig auch unter dem Eindruck des öffentlichen Drucks und der Anzeigenerstattung durch Angehörige – zunehmend erste Ermittlungsverfahren einzuleiten. Gegenstand dieser umfassenden Aufarbeitungen ist so auch beispielsweise die Frage, ob Maßnahmen zur Einhaltung der Hygienevorschriften lediglich auf dem Papier festgehalten oder auch tatsächlich durchgeführt worden sind oder der Vorwurf des Organisationsverschuldens. Die Frage einer sorgfältigen und dezidierten Beweisführung erlangt hier wesentliche Bedeutung.

Sowohl in strafrechtlicher, aber auch zivilrechtlicher Hinsicht beginnt die Phase der Aufarbeitung gerade erst und wird in Zukunft wohl eine beträchtliche Anzahl von Verfahren zur Folge haben, welche die Gerichte mitunter in langjährigen Prozessen beschäftigen dürften.

Eine frühestmögliche anwaltliche Begleitung und Beratung ist hier unerlässlich, um derartige Verfahren bereits von Anfang mit der notwendigen Expertise führen zu können und auch möglichen ordnungsrechtlichen Maßnahmen im Vorfeld entgegenzuwirken.

5. Mögliche Weisungen an Arbeitnehmer: Masken, Tests, Impfungen

Mit den eben angedeuteten Haftungsrisiken vor Augen stellt sich die Frage, welche Sicherheitsmaßnahmen die Einrichtungsleitung ergreifen kann. Diejenigen, die in der organisatorischen Verantwortung stehen, müssen ihre Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter entsprechend - möglichst schriftlich - anweisen. Dabei das richtige und rechtlich erlaubte Maß zu finden, ist oft nicht einfach. Noch im Dezember mussten wir für einige unserer Mandanten das Recht erstreiten, Mitarbeiter anzuweisen, sich regelmäßig zu testen – inzwischen sind diese Testungen Pflicht.

a) Maskenpflicht und ärztliche Atteste

Dass im Umgang mit besonders vulnerablen Gruppen das Tragen eines geeigneten Mund-Nasen-Schutzes unerlässlich ist, ist inzwischen Konsens. Dennoch erreichen uns Meldungen, dass vermehrt ärztliche Atteste von Mitarbeitern auftauchen, die bescheinigen, dass ihnen das Tragen eines solchen unmöglich sei. Die Heimleitung sollte hier einen ruhigen Kopf bewahren. In der Regel ist ein zufriedenstellender Weg auch juristisch möglich, wenn die notwendigen Formalitäten gewahrt werden. Das haben jüngst der Kollege Willem Schulte und die Kollegin Johanna Charlotte Graf in einem rechtswissenschaftlichen Artikel vom 13.01.2021 für dieses Thema herausgearbeitet.

Grundsätzlich können die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, die keine Maske tragen können oder wollen, jedenfalls Tätigkeiten im unmittelbaren Umfeld vulnerabler Personen nicht ausführen. Das gilt umso mehr, wenn zuvor eine entsprechende arbeitsrechtliche Weisung gem. § 106 GewO erteilt wurde. Im Übrigen dürfte sich das bereits aus den entsprechenden Verordnungen auf Länderebene sowie aus § 15 ArbSchG ergeben.

Sofern Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer deshalb vom Dienst fernbleiben müssen und der begründete Verdacht besteht, dass ein entsprechendes Attest eher persönlich als gesundheitlich motiviert ausgestellt wurde, sollten die jeweiligen Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer nicht voreilig vom Dienst freigestellt werden. Sie können vielmehr hingewiesen werden, dass sie möglicherweise ihre Lohnansprüche verlieren, denn jedenfalls im Grundsatz gilt: „Ohne Arbeit kein Lohn“, § 326 BGB). Sie tragen insofern das Risiko, dass ein Gericht aufgrund eines unabhängigen Gutachtens zu einem anderen Ergebnis kommen könnte als der behandelnde Arzt, der das ursprüngliche Attest ausgestellt hat.

b) Keine Impfpflicht in der Pflege

Mit Spannung darf dabei auch die Entwicklung in Bezug auf eine mögliche arbeitsrechtliche Impfanweisung in der Pflegebranche abgewartet werden. Zwar hatte Bundesgesundheitsminister Jens Spahn eine Impfpflicht grundsätzlich abgelehnt. Bayerns Ministerpräsident Markus Söder hat nun aber eine Diskussion angeregt, diese Entscheidung im Pflegesektor zu überdenken. Tatsächlich dürfte diese Frage nicht allein politisch sein, sondern auch rechtlichen Vorgaben unterworfen sein. Denn das Recht auf körperliche Unversehrtheit aus Art. 2 Abs. 2 Satz 1 GG verlangt, dass eine

solche Impfpflicht allenfalls das letzte Mittel sein kann.

Das wird auch von den bald erwarteten wissenschaftlichen Erkenntnissen dazu abhängen, ob Geimpfte selbst noch Überträger des Virus sein können. Außerdem wäre hierfür wohl auch ein Tätigwerden des Gesetzgebers notwendig und vorher müssten alle mildereren Mittel wie Informationskampagnen ausgeschöpft sein. Außerdem bleibt zu hoffen, dass auch ohne eine Impfpflicht eine ausreichende Impfquote erreicht wird. Dafür sind allerdings ohnehin, ganz abgesehen von der Impfbereitschaft, mehr Impfdosen notwendig. Zunächst sollten die Verantwortlichen in der Pflege auf konsequente Aufklärung setzen. Ein anderer Ansatz ist in der CAREkonkret (Ausgabe 4/2021) im Thema der Woche nachzulesen: Eine Unternehmensgruppe von Pflegeeinrichtungen lockt mit einer Flasche Eierlikör für eine höhere Impfbereitschaft.

6. Mahn-/Rundschreiben durch „Impfskeptiker“

Für Verunsicherung sorgen teilweise auch krude Schreiben von selbstbezeichneten Impfskeptikern. Einige der Autorinnen und Autoren sind selbst Juristen und Rechtsanwältinnen beziehungsweise Rechtsanwälte. Teilweise wird in den Schreiben gedroht, man könne sich wegen Mittäterschaft oder Beihilfe zu Körperverletzung, Totschlag oder gar Morde schuldig machen. Auch mit der Presse wird in einigen der Schreiben gedroht.

Derartige Schreiben können gerade in diesen beispiellos aufwühlenden Zeiten für Verantwortliche in der Pflege beunruhigend wirken. Genau das wollen die Autoren mit diesen Schreiben bewirken. Aber auch hier gilt: Wer gewissenhaft arbeitet, hat in aller Regel nichts zu befürchten. Die Impfstoffe sind von der Europäischen Arzneimittel-Agentur (EMA) in einem regulären Verfahren zugelassen. Die impfenden Ärztinnen und Ärzte müssen ordnungsgemäß aufklären. Sofern nicht der begründete Verdacht besteht, dass die impfende Ärztin oder der impfende Arzt ihre/seine Sorgfaltspflicht grob missachtet, dürfen sich die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Pflegeeinrichtung auf die Rechtmäßigkeit der Impfungen verlassen. Bei Unsicherheit können sich Pflegebedürftige mit gesundheitlichen Problemen vorab von ihrem Haus- oder Facharzt beraten lassen.

Wer solche Schreiben erhält, kann sich damit an die zuständige Aufsichtsbehörde und das Gesundheitsamt wenden. Sollten solche Schreiben auch an Bewohnerinnen und Bewohner oder Betreuerinnen und Betreuer versendet werden, kann darüber nachgedacht werden, rechtlich dagegen vorzugehen. Denn oft werden die mit Paragrafen-Zeichen gespickten Schreiben durch Falschaussagen angereichert und es kann möglicherweise eine Gegendarstellung verlangt werden.

Ein Service der EHLERS, EHLERS & PARTNER RECHTSANWALTSGESELLSCHAFT MBB

Bei Rückfragen: newsletter@eep-law.de; berlin@eep-law.de
www.eep-law.de

Aus dem Team unserer Anwaltssozietät haben wir eine „Corona-Taskforce“ bestehend aus fünf Anwälten gebildet. Nachfolgend finden Sie deren Kontaktdaten:

Prof. Dr. iur. Dr. med. Alexander P. F. Ehlers

Telefon: 089 / 21 09 69 - 12
E-Mail: a.ehlers@eep-law.de

Dr. iur. Melanie Arndt

Telefon: 030 / 88 71 26 - 40
E-Mail: m.arndt@eep-law.de

Dr. iur. Christian Rybak

Telefon: 089 / 21 09 69 - 81
E-Mail: c.rybak@eep-law.de

Julian Bartholomä

Telefon: 089 / 21 09 69 - 17

E-Mail: j.bartholomae@eep-law.de

Markus Börsting

Telefon: 030 / 88 71 26 - 51

E-Mail: m.boersting@eep-law.de

Disclaimer

Die EHLERS, EHLERS & PARTNER RECHTSANWALTSGESELLSCHAFT MBB übernimmt für die Vollständigkeit und die Richtigkeit des Inhaltes dieser Nachrichten keinerlei Haftung. Die in diesen Nachrichten enthaltenen Inhalte sind ausschließlich zur Information bestimmt. Der Inhalt dieser Seiten ist urheberrechtlich geschützt. Die Nachrichten sind nur für die persönliche Information bestimmt.

Die EHLERS, EHLERS & PARTNER RECHTSANWALTSGESELLSCHAFT MBB haftet nicht für Schäden, die aufgrund von Handlungen die ausgehend von den auf dieser oder einer der nachfolgenden Seiten enthaltenen Informationen durchgeführt werden.

Die entsprechenden berufsrechtlichen Vorschriften (BRAO, BORA, FAO, und BRAGO) finden Sie unter der Rubrik (Angaben gemäß § 6 TDG) auf der Homepage der Bundesrechtsanwaltskammer unter www.brak.de. Trotz sorgfältiger inhaltlicher Kontrolle übernehmen wir für die Inhalte externer Links keine Haftung. Für den Inhalt der verlinkten Seiten sind ausschließlich deren Betreiber verantwortlich. Verantwortlich für den Inhalt:

EHLERS, EHLERS & PARTNER RECHTSANWALTSGESELLSCHAFT MBB

Widenmayerstraße 29
80538 München

Ehlers, Ehlers & Partner liegt die Sicherheit Ihrer Daten und der Schutz Ihrer Privatsphäre sehr am Herzen. Vor diesem Hintergrund haben wir unsere Datenschutzrichtlinie überarbeitet. Nähere Informationen können Sie auf unserer Homepage nachlesen.

ehlers-ehlers-und-partner.de/datenschutz/

Copyright © 2021 EHLERS, EHLERS & PARTNER
RECHTSANWALTSGESELLSCHAFT MBB,
All rights reserved.

Our mailing address is:
EHLERS, EHLERS & PARTNER RECHTSANWALTSGESELLSCHAFT MBB
Widenmayerstr. 29
München 80538
Germany

Wenn Sie diesen Newsletter nicht mehr erhalten möchten, können Sie sich hier [abmelden](#).