

Referentenentwurf

des Bundesministeriums für Gesundheit

Verordnung zum Anspruch auf Schutzimpfung gegen das Coronavirus SARS-CoV-2

(Coronavirus-Impfverordnung – CoronaimpfV)

A. Problem und Ziel

Die Zulassung mehrerer Impfstoffe gegen das Coronavirus SARS-CoV-2 wird sich entscheidend auf die weitere Entwicklung des Pandemie-Geschehens auswirken. Insbesondere in der ersten Zeit nach der Zulassung eines Impfstoffes wird dieser nicht flächendeckend allen impfbereiten Menschen zur Verfügung stehen. Diese anfängliche begrenzte Verfügbarkeit eines Impfstoffes gegen das Coronavirus SARS-CoV-2 erfordert Auswahlentscheidungen darüber, 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 Fünften 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 (BGBl. I S. 2397) geändert worden ist, in der Fassung des Dritten Gesetzes zum Schutz der Bevölkerung bei einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite vom 18. November 2020 (BGBl. I S. 2397) 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. Eine Schutzimpfung in diesem Sinne ist die Gabe eines Impfstoffes mit dem Ziel, vor einer übertragbaren Krankheit zu schützen.

B. Lösung

Das Bundesministerium für Gesundheit hat die STIKO gebeten, gemeinsam mit Expertinnen und Experten der Nationalen Akademie der Wissenschaften Leopoldina und des Deutschen Ethikrates Kriterien für eine Priorisierung von COVID-19-Impfstoffen vorzuschlagen. Die STIKO hat des Weiteren zum Entwurf dieser Rechtsverordnung Stellung genommen. Diese Stellungnahme wurde umfassend berücksichtigt. Insbesondere wurde die STIKO-Empfehlung zur COVID-19-Impfung hinsichtlich der Priorisierungsentscheidungen zu Grunde gelegt.

Die Verordnung gewährt 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.

Ein 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.

C. Alternativen

Keine.

D. Haushaltsausgaben ohne Erfüllungsaufwand

Bund, Länder und Gemeinden

Entsprechend den Vorgaben der Ermächtigungsgrundlage enthält die Verordnung keine Regelungen zur Kostentragung von Bund und Ländern. Kostenfolgen für Bund und Länder ergeben sich aus dem Beschluss der Gesundheitsministerkonferenz vom 6. November 2020. Danach beschafft und finanziert der Bund die Impfstoffe, die Länder beschaffen und finanzieren das notwendige Impfbereich und errichten eigenständig Impfzentren.

Gesetzliche und private Krankenversicherung

Die Kostenbelastung der GKV und der privaten Krankenversicherung hängt insbesondere von der Zahl der in den Ländern eingerichteten Impfzentren und mobilen Impfteams, der Vergütungshöhe des ärztlichen und nichtärztlichen Personals und den Infrastrukturkosten ab, die regional unterschiedlich ausfallen können. Eine Quantifizierung ist vor diesem Hintergrund nur beispielhaft möglich. Sofern sich die Personal- und Sachkosten eines durchschnittlichen Impfzentrums während der Gültigkeit dieser Verordnung (Annahme rund 100 Tage) beispielsweise auf eine Million Euro belaufen, ist je 100 Impfzentren mit einer Kostenbelastung der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds von 46,5 Millionen Euro und der privaten Krankenversicherungsunternehmen von 3,5 Millionen Euro zu rechnen.

Für die Entwicklung der Terminmanagement-Software der KBV entsteht der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds eine einmalige Mehrbelastung in noch nicht quantifizierbarer Höhe. Für den Betrieb der technischen Infrastruktur für die Terminmanagement-Software entstehen der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds laufende Kosten in noch nicht quantifizierbarer Höhe monatlich.

Hinzu kommen Kosten in nicht quantifizierbarer Höhe für die Vergütung der Ausstellung eines ärztlichen Zeugnisses in Höhe von bis 5,90 Euro im Rahmen der Impfberechtigung, die vollständig aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds finanziert werden.

E. Erfüllungsaufwand

E.1 Erfüllungsaufwand für Bürgerinnen und Bürger

Über den bereits im Zusammenhang mit dem Dritten Gesetz zum Schutz der Bevölkerung bei einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite entstandenen Erfüllungsaufwand

hinaus ergibt sich aus dieser Verordnung kein weiterer Erfüllungsaufwand für Bürgerinnen und Bürger.

E.2 Erfüllungsaufwand für die Wirtschaft

Für den Verband der Privaten Krankenversicherung entsteht Erfüllungsaufwand in nicht quantifizierbarer Höhe für die Abwicklung der Zahlungen von den privaten Krankenversicherungsunternehmen an die Länder sowie für die Übermittlung einer Aufstellung an das Bundesministerium für Gesundheit über die an die Länder ausgezahlten Beträge.

Des Weiteren und über den bereits im Zusammenhang mit dem Dritten Gesetz zum Schutz der Bevölkerung bei einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite entstandenen Erfüllungsaufwand hinaus ergibt sich aus dieser Verordnung kein weiterer Erfüllungsaufwand für die Wirtschaft.

Davon Bürokratiekosten aus Informationspflichten

Keine.

E.3 Erfüllungsaufwand der Verwaltung

Für die Länder entsteht Erfüllungsaufwand für die Datenübermittlung an das Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS) und an den Verband der Privaten Krankenversicherung im Zusammenhang mit der Abrechnung in nicht quantifizierbarer Höhe.

Für das BAS entsteht Erfüllungsaufwand für die Abwicklung der Zahlungen zwischen BAS und den Ländern, den Kassenärztlichen Vereinigungen und der KBV sowie zur Bestimmung der Einzelheiten zum Verfahren der Zahlungen aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds einschließlich der hierfür erforderlichen Datenmeldungen in Höhe von rund 25 000 Euro.

Für das Robert Koch-Institut (RKI) entsteht Erfüllungsaufwand für die Einrichtung eines elektronischen Melde- und Informationssystems und die Übermittlung der Anzahl der Schutzimpfungen je Impfzentrum je Monat an das Bundesministerium für Gesundheit und die Länder in nicht quantifizierbarer Höhe.

Der KBV entsteht durch die Festlegung der Vorgaben zur Abrechnung für das ärztliche Zeugnis sowie für die Datenübermittlung an das BAS im Zusammenhang mit der Abrechnung ein nicht quantifizierbarer Erfüllungsaufwand.

F. Weitere Kosten

Keine.

Bundesministerium für Gesundheit

Verordnung zum Anspruch auf Schutzimpfung gegen das Coronavirus SARS-CoV-2

(Coronavirus-Impfverordnung – CoronaimpfV)

Vom 18. Dezember 2020

Auf Grund des § 20i Absatz 3 Satz 2 Nummer 1 Buchstabe a und Nummer 2, Satz 3, 7 und 8 sowie 10 bis 11 des Fünften 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 (BGBl. I S. 2397) neu gefasst worden ist, und auf Grund des § 5 Absatz 2 Satz 1 Nummer 4 Buchstabe c und f des Infektionsschutzgesetzes (Artikel 1 des Gesetzes vom 20. Juli 2000, BGBl. I S. 1045), der zuletzt durch Artikel 1 Nummer 4 des Gesetzes vom 18. November 2020 (BGBl. I S. 2397) geändert worden ist, verordnet das Bundesministerium für Gesundheit im Benehmen mit dem Bundesministerium für Wirtschaft und Energie nach Anhörung des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen, der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, der Ständigen Impfkommission beim Robert Koch-Institut und des Verbands der Privaten Krankenversicherung:

Inhaltsübersicht

- § 1 Anspruch
- § 2 Schutzimpfungen mit höchster Priorität
- § 3 Schutzimpfungen mit hoher Priorität
- § 4 Schutzimpfungen mit erhöhter Priorität
- § 5 Folge- und Auffrischimpfungen
- § 6 Leistungserbringung
- § 7 Impfsurveillance
- § 8 Terminvergabe
- § 9 Vergütung der Ausstellung eines ärztlichen Zeugnisses und eines gegebenenfalls zu vergebenden Codes für die Terminvergabe
- § 10 Teilfinanzierung der Kosten der Impfzentren
- § 11 Verfahren für die Zahlung aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds
- § 12 Verfahren für die Zahlung von den privaten Krankenversicherungsunternehmen
- § 13 Evaluierung
- § 14 Inkrafttreten, Außerkrafttreten

§ 1

Anspruch

(1) Personen nach Satz 2 haben im Rahmen der Verfügbarkeit der vorhandenen Impfstoffe Anspruch auf Schutzimpfung gegen das Coronavirus SARS-CoV-2. Anspruchsberechtigt nach Satz 1 sind:

1. Personen, die in der Bundesrepublik Deutschland in der gesetzlichen oder privaten Krankenversicherung versichert sind,
2. Personen, die ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthaltsort in der Bundesrepublik Deutschland haben,
3. Personen, die in der Bundesrepublik Deutschland in einer in den §§ 2 bis 4 genannten Einrichtung oder in einem in den §§ 2 bis 4 genannten Unternehmen behandelt, gepflegt oder betreut werden oder tätig sind, und
4. Personen, die im Auftrag einer in den §§ 2 bis 4 genannten Einrichtung oder eines in den §§ 2 bis 4 genannten Unternehmens im Ausland tätig sind.

(2) Die Länder und der Bund sollen den vorhandenen Impfstoff so nutzen, dass die Anspruchsberechtigten in der folgenden Reihenfolge berücksichtigt werden:

1. Anspruchsberechtigte nach § 2,
2. Anspruchsberechtigte nach § 3,
3. Anspruchsberechtigte nach § 4 und
4. alle übrigen Anspruchsberechtigten nach Absatz 1.

Innerhalb der in Satz 1 genannten Gruppen von Anspruchsberechtigten können auf Grundlage der jeweils vorliegenden infektiologischen Erkenntnisse, der jeweils aktuellen Empfehlung der Ständigen Impfkommission beim Robert Koch-Institut und der epidemiologischen Situation vor Ort bestimmte Anspruchsberechtigte vorrangig berücksichtigt werden.

(3) Der Anspruch nach Absatz 1 Satz 1 umfasst die Aufklärung und Impfberatung der zu impfenden Person, die symptombezogene Untersuchung zum Ausschluss akuter Erkrankungen oder Allergien, die Verabreichung des Impfstoffes, die Beobachtung der sich an die Verabreichung des Impfstoffes unmittelbar anschließenden Nachsorgephase und erforderliche medizinische Intervention im Falle des Auftretens von Impfreaktionen. Die Aufklärung und Impfberatung der zu impfenden Person beinhalten:

1. die Information über den Nutzen der Schutzimpfung und die Coronavirus-Krankheit-2019 (COVID-19),
2. die Erhebung der Anamnese einschließlich der Impfanamnese sowie der Befragung über das Vorliegen möglicher Kontraindikationen,
3. die Feststellung der aktuellen Befindlichkeit zum Ausschluss akuter Erkrankungen oder Allergien,
4. Hinweise auf mögliche Nebenwirkungen und Komplikationen der Schutzimpfung,
5. die Informationen über den Eintritt und die Dauer der Schutzwirkung der Schutzimpfung,

6. Hinweise zu Folge- und Auffrischimpfungen,
7. Empfehlungen über Verhaltensmaßnahmen im Anschluss an die Schutzimpfung.

Der Anspruch nach Absatz 1 umfasst außerdem die Ausstellung einer Impfdokumentation nach § 22 des Infektionsschutzgesetzes. Die für die Durchführung der Schutzimpfung verantwortliche Person im Sinne von § 22 Absatz 2 Satz 1 Nummer 4 des Infektionsschutzgesetzes ist das Impfzentrum nach § 6 Absatz 1 Satz 1.

§ 2

Schutzimpfungen mit höchster Priorität

Folgende Personen haben mit höchster Priorität Anspruch auf Schutzimpfung:

1. Personen, die das 80. Lebensjahr vollendet haben,
2. Personen, die in stationären Einrichtungen zur Behandlung, Betreuung oder Pflege älterer oder pflegebedürftiger Menschen behandelt, betreut oder gepflegt werden oder tätig sind,
3. Personen, die im Rahmen ambulanter Pflegedienste regelmäßig ältere oder pflegebedürftige Menschen behandeln, betreuen oder pflegen,
4. Personen, die in Bereichen medizinischer Einrichtungen mit einem sehr hohen Expositionsrisiko in Bezug auf das Coronavirus SARS-CoV-2 tätig sind, insbesondere auf Intensivstationen, in Notaufnahmen, in Rettungsdiensten, als Leistungserbringer der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung, in den Impfzentren im Sinne von § 6 Absatz 1 Satz 1 sowie in Bereichen, in denen für eine Infektion mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 relevante aerosolgenerierende Tätigkeiten durchgeführt werden,
5. Personen, die in medizinischen Einrichtungen regelmäßig Personen behandeln, betreuen oder pflegen, bei denen ein sehr hohes Risiko für einen schweren oder tödlichen Krankheitsverlauf nach einer Infektion mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 besteht, insbesondere in der Onkologie oder Transplantationsmedizin.

§ 3

Schutzimpfungen mit hoher Priorität

Folgende Personen haben mit hoher Priorität Anspruch auf Schutzimpfung:

1. Personen, die das 70. Lebensjahr vollendet haben,
2. Personen, bei denen ein sehr hohes oder hohes Risiko für einen schweren oder tödlichen Krankheitsverlauf nach einer Infektion mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 besteht:
 - a) Personen mit Trisomie 21,
 - b) Personen mit einer Demenz oder mit einer geistigen Behinderung,
 - c) Personen nach Organtransplantation,
3. eine enge Kontaktperson

- a) von pflegebedürftigen Personen nach § 2 Nummer 1 und nach den Nummern 1 und 2, die von dieser Person oder von ihrem gesetzlichen Vertreter bestimmt wird,
 - b) von schwangeren Personen, die von dieser Person oder von ihrem gesetzlichen Vertreter bestimmt wird,
4. Personen, die in stationären Einrichtungen zur Behandlung, Betreuung oder Pflege geistig behinderter Menschen tätig sind oder im Rahmen ambulanter Pflegedienste regelmäßig geistig behinderte Menschen behandeln, betreuen oder pflegen,
 5. Personen, die in Bereichen medizinischer Einrichtungen mit einem hohen oder erhöhten Expositionsrisiko in Bezug auf das Coronavirus SARS-CoV-2 tätig sind, insbesondere Ärzte und sonstiges Personal mit regelmäßigem unmittelbarem Patientenkontakt, Personal der Blut- und Plasmaspendendienste und in SARS-CoV-2-Testzentren,
 6. Polizei- und Ordnungskräfte, die in Ausübung ihrer Tätigkeit zur Sicherstellung öffentlicher Ordnung, insbesondere bei Demonstrationen, einem hohen Infektionsrisiko ausgesetzt sind,
 7. Personen, die im öffentlichen Gesundheitsdienst oder in besonders relevanter Position zur Aufrechterhaltung der Krankenhausinfrastruktur tätig sind,
 8. Personen, die in Einrichtungen nach § 36 Absatz 1 Nummer 3 oder 4 des Infektionsschutzgesetzes untergebracht oder tätig sind.

§ 4

Schutzimpfungen mit erhöhter Priorität

Folgende Personen haben mit erhöhter Priorität Anspruch auf Schutzimpfung:

1. Personen, die das 60. Lebensjahr vollendet haben,
2. Personen, bei denen ein erhöhtes Risiko für einen schweren oder tödlichen Krankheitsverlauf nach einer Infektion mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 besteht:
 - a) Personen mit Adipositas (Personen mit Body-Mass-Index über 30),
 - b) Personen mit chronischer Nierenerkrankung,
 - c) Personen mit chronischer Lebererkrankung,
 - d) Personen mit Immundefizienz oder HIV-Infektion,
 - e) Personen mit Diabetes mellitus,
 - f) Personen mit einer Herzinsuffizienz, Arrhythmie, einem Vorhofflimmern, einer koronaren Herzkrankheit oder arterieller Hypertension,
 - g) Personen mit zerebrovaskulären Erkrankungen oder Apoplex,
 - h) Personen mit Krebserkrankungen,
 - i) Personen mit COPD oder Asthma bronchiale,
 - j) Personen mit Autoimmunerkrankungen oder rheumatischen Erkrankungen,

3. Personen, die in besonders relevanter Position in staatlichen Einrichtungen tätig sind, insbesondere in den Verfassungsorganen, in den Regierungen und Verwaltungen, bei den Streitkräften, bei der Polizei, beim Zoll, bei der Feuerwehr, beim Katastrophenschutz einschließlich Technisches Hilfswerk und in der Justiz,
4. Personen, die in besonders relevanter Position in weiteren Einrichtungen und Unternehmen der Kritischen Infrastruktur tätig sind, insbesondere im Apothekenwesen, in der Pharmawirtschaft, in der Ernährungswirtschaft, in der Wasser- und Energieversorgung, in der Abwasserentsorgung und Abfallwirtschaft, im Transport- und Verkehrswesen sowie in der Informationstechnik und im Telekommunikationswesen,
5. Personen, die in Bereichen medizinischer Einrichtungen mit niedrigem Expositionsrisiko in Bezug auf das Coronavirus SARS-CoV-2 tätig sind, insbesondere in Laboren, und Personal, welches keine Patientinnen oder Patienten mit Verdacht auf Infektionskrankheiten betreut,
6. Personen, die im Lebensmitteleinzelhandel tätig sind,
7. Personen, die als Erzieher oder Lehrer tätig sind,
8. Personen, mit prekären Arbeits- oder Lebensbedingungen.

§ 5

Folge- und Auffrischimpfungen

Die §§ 2 bis 4 gelten entsprechend für Folge- und Auffrischimpfungen, die für ein vollständiges Impfschema im Rahmen der Zulassung vorgesehen sind. Die Vervollständigung der Impfserie bei Personen, die bereits eine erste Schutzimpfung erhalten haben, hat Priorität vor dem Beginn der Schutzimpfung weiterer Personen, die noch keine Schutzimpfung erhalten haben.

§ 6

Leistungserbringung

(1) Leistungen nach § 1 Absatz 1 werden in Impfzentren und durch mobile Impfteams, die den Impfzentren angegliedert sind, erbracht. Die Impfzentren werden von den Ländern oder im Auftrag der Länder errichtet und betrieben. Der Bund kann zur Durchführung von Schutzimpfungen bei den Beschäftigten des Bundes, insbesondere bei Personen, die als Funktionsträger in relevanter Position tätig sind, eigene Impfzentren betreiben.

(2) Die obersten Landesgesundheitsbehörden und die von ihnen bestimmten Stellen bestimmen im Rahmen ihrer Zuständigkeit das Nähere zur Organisation der Erbringung der Schutzimpfungen. Dies umfasst insbesondere auch die Organisation der Terminvergabe. Die Länder und der Bund sowie die Länder untereinander stimmen sich hinsichtlich der Organisation der Erbringung der Schutzimpfungen in geeigneter Weise untereinander ab. Das Bundesministerium für Gesundheit regelt das Nähere zur Durchführung von Schutzimpfungen bei den Beschäftigten des Bundes.

(3) Die zuständigen Stellen können hinsichtlich der Errichtung, Organisation und des Betriebs der Impfzentren einschließlich der mobilen Impfteams mit den Kassenärztlichen Vereinigungen und anderen geeigneten Dritten zusammenarbeiten und hierüber Vereinbarungen schließen; geeignete Dritte im Rahmen der Organisation von mobilen Impfteams

können insbesondere Krankenhäuser und Betriebsärzte sein. Die Kassenärztlichen Vereinigungen sind, sofern das Land es bestimmt, zur Mitwirkung bei der Errichtung, Organisation und dem Betrieb der Impfzentren und der mobilen Impfteams verpflichtet; dies gilt nicht für die Organisation der Terminvergabe.

(4) Zum Nachweis der Anspruchsberechtigung und zur Prüfung der Priorisierung nach § 1 Absatz 2 haben die anspruchsberechtigten Personen vor der Schutzimpfung gegenüber dem Impfzentrum oder dem mobilen Impfteam Folgendes vorzulegen:

1. ihren Personalausweis oder einen anderen Lichtbildausweis, aus dem der Wohnort oder gewöhnliche Aufenthaltsort hervorgeht; das gilt nicht für Personen, die in einer in den §§ 2 bis 4 genannten Einrichtung oder in einem in den §§ 2 bis 4 genannten Unternehmen behandelt, gepflegt oder betreut werden, sowie
2. bei Personen, die in einer in den §§ 2 bis 4 genannten Einrichtung oder in einem in den §§ 2 bis 4 genannten Unternehmen behandelt, gepflegt oder betreut werden oder tätig sind, eine Bescheinigung der Einrichtung oder des Unternehmens oder
3. die in § 3 Nummer 2 und § 4 Nummer 2 genannten Personen, bei denen krankheitsbedingt ein sehr hohes, hohes oder erhöhtes Risiko für einen schweren oder tödlichen Krankheitsverlauf nach einer Infektion mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 nach §§ 3 und 4 besteht, ein ärztliches Zeugnis über das Vorliegen dieser Erkrankung oder
4. bei engen Kontaktpersonen im Sinne von § 3 Nummer 3, eine Bestätigung der in § 3 Nummer 3 Buchstabe a und b genannten Person oder ihres gesetzlichen Vertreters.

(5) Die in § 3 Nummer 2 und § 4 Nummer 2 genannten Personen haben Anspruch auf Ausstellung eines ärztlichen Zeugnisses. Der Anspruch nach Satz 1 umfasst auch einen mit dem ärztlichen Zeugnis gegebenenfalls zu vergebenden Code für die Terminvergabe. Die Arztpraxen sind zur Ausstellung eines Nachweises nach Absatz 4 Nummer 3 berechtigt. Sofern der Anspruchsberechtigte aufgrund früherer Behandlung dem Arzt unmittelbar persönlich bekannt ist, können das ärztliche Zeugnis sowie der gegebenenfalls zu vergebende Code auch telefonisch angefordert und postalisch versandt werden.

§ 7

Impfsurveillance

(1) Die Impfzentren und die bei ihnen angegliederten mobilen Impfteams haben täglich folgende Angaben nach § 13 Absatz 5 Satz 1 des Infektionsschutzgesetzes an das Robert Koch-Institut zu übermitteln:

1. Patienten-Pseudonym,
2. Geburtsmonat und -jahr,
3. Geschlecht,
4. fünfstellige Postleitzahl und Landkreis der zu impfenden Person,
5. Kennnummer und Landkreis des Impfzentrums,
6. Datum der Schutzimpfung,
7. Beginn oder Abschluss der Impfserie (Erst- oder Folgeimpfung),
8. impfstoffspezifische Dokumentationsnummer (Impfstoff-Produkt bzw. Handelsname),

9. Chargennummer,

10. Grundlage der Priorisierung nach §§ 2 bis 4.

(2) Für die Datenübermittlung nach Absatz 1 ist das elektronische Melde- und Informationssystem nach § 14 des Infektionsschutzgesetzes zu nutzen. Das Robert Koch-Institut bestimmt nach § 13 Absatz 5 Satz 2 des Infektionsschutzgesetzes die technischen Übermittlungsstandards für die im Rahmen der Impfsurveillance und der Pharmakovigilanz zu übermittelnden Daten sowie das Verfahren zur Bildung des Patienten-Pseudonyms nach Absatz 1 Nummer 1.

(3) Die aufgrund von Absatz 1 erhobenen Daten dürfen vom Robert Koch-Institut nur für Zwecke der Feststellung der Inanspruchnahme von Schutzimpfungen und von Impffekten (Impfsurveillance) und vom Paul-Ehrlich-Institut nur für Zwecke der Überwachung der Sicherheit von Impfstoffen (Pharmakovigilanz) verarbeitet werden. Das Robert Koch-Institut stellt dem Paul-Ehrlich-Institut diese Daten zur Verfügung.

§ 8

Terminvergabe

(1) Die Kassenärztliche Bundesvereinigung entwickelt und betreibt ein standardisiertes Modul zur telefonischen und digitalen Vereinbarung von Terminen in den Impfbüros, das den Ländern zur Organisation der Terminvergabe zur Verfügung gestellt wird. Die bundesweit einheitliche Telefonnummer im Sinne von § 75 Absatz 1a Satz 2 erster Halbsatz des Fünften Buches Sozialgesetzbuch kann zur Steuerung der Anrufe in die Callcenter, die von den Ländern oder von durch die Länder beauftragten Dritten zur Vereinbarung der Termine betrieben werden, genutzt werden. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung und die von ihr beauftragte Organisation sind berechtigt, zu den in Satz 1 genannten Zwecken personenbezogene Daten der Terminsuchenden zu verarbeiten und insbesondere an die zuständigen Callcenter und Impfbüros zu übermitteln. Die zuständigen Callcenter und Impfbüros dürfen auf das Modul nach Satz 1 zugreifen, um die Daten der Terminsuchenden in ihrem Zuständigkeitsbereich abzurufen. Sie dürfen die Daten nur zu dem in Satz 1 genannten Zweck verarbeiten.

(2) Die notwendigen Kosten, die der Kassenärztlichen Bundesvereinigung für die wirtschaftliche Entwicklung und den Betrieb des Moduls nach Absatz 1 Satz 1 einschließlich der Nutzung der bundesweit einheitlichen Telefonnummer nach Absatz 1 Satz 2 entstehen, werden der Kassenärztlichen Bundesvereinigung aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds erstattet.

(3) Die Kassenärztliche Bundesvereinigung ist verpflichtet, die für die Erstattung nach Absatz 2 rechnungsbegründenden Unterlagen bis zum 31. Dezember 2024 unverändert zu speichern oder aufzubewahren.

§ 9

Vergütung der Ausstellung eines ärztlichen Zeugnisses und eines gegebenenfalls zu vergebenden Codes für die Terminvergabe

(1) Die Vergütung der Arztpraxen für die Leistung nach § 6 Absatz 4 Nummer 3 in Verbindung mit Absatz 5 beträgt je Anspruchsberechtigten pauschal 5 Euro zuzüglich 90 Cent, sofern ein postalischer Versand des ärztlichen Zeugnisses erfolgt.

(2) Die Arztpraxen rechnen die Leistung nach Absatz 1 quartalsweise oder monatlich bis spätestens zum Ende des dritten auf den Abrechnungszeitraum folgenden Monats mit der Kassenärztlichen Vereinigung ab, in deren Bezirk die Arztpraxis ihren Sitz hat. Die für die Abrechnung zu übermittelnden Angaben dürfen keinen Bezug zu der Person aufweisen, für die das ärztliche Zeugnis ausgestellt wurde. Vertragsärztliche Leistungserbringer können für die Abrechnung der Leistung den Abrechnungsweg über den Datensatz KVDT nutzen. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung legt mit Wirkung vom 15. Dezember 2020 hierzu das Nähere einschließlich des jeweiligen Verwaltungskostenersatzes fest.

(3) Die Arztpraxen und die Kassenärztlichen Vereinigungen sind verpflichtet, die von ihnen nach § 6 Absatz 4 Nummer 3 in Verbindung mit Absatz 5 erbrachten Leistungen zu dokumentieren und die nach Absatz 2 für die Abrechnung übermittelten Angaben bis zum 31. Dezember 2024 unverändert zu speichern oder aufzubewahren.

§ 10

Teilfinanzierung der Kosten der Impfzentren

(1) Die notwendigen Kosten für die Errichtung, Vorhaltung ab dem 15. Dezember 2020 und den laufenden Betrieb von Impfzentren einschließlich der mobilen Impfteams, die von den Ländern oder im Auftrag der Länder errichtet, vorgehalten oder betrieben werden, werden nach Maßgabe der Absätze 2 bis 4 in der entstandenen Höhe zu 46,5 Prozent aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds und zu 3,5 Prozent von den privaten Krankenversicherungsunternehmen erstattet. Die Impfzentren einschließlich der mobilen Impfteams sind wirtschaftlich zu betreiben, insbesondere hinsichtlich der Ausstattung mit Personal- und Sachmitteln, der genutzten Räumlichkeiten sowie der Dauer des Betriebs.

(2) Notwendige Kosten nach Absatz 1 Satz 1 sind die Personal- und Sachkosten zur Errichtung, Vorhaltung ab dem 15. Dezember 2020 und zum Betrieb des Impfzentrums einschließlich der mobilen Impfteams. Dies umfasst auch die Kosten der für die Terminvergabe durch die Länder oder durch beauftragte Dritte betriebenen Callcenter.

(3) Von der Erstattung ausgeschlossen sind:

1. die Kosten von eigenem Personal des Bundes, der Länder, der obersten Landesbehörden und Kommunen einschließlich des öffentlichen Gesundheitsdienstes, mit Ausnahme von Personal der Verwaltung der Länder und Kommunen, welches in den Impfzentren eingesetzt wird,
2. die Kosten von Einrichtungen des Gesundheitswesens, die durch die Impfung der jeweiligen eigenen Beschäftigten entstehen,
3. die Kosten der vom Bund beschafften Impfstoffe und ihrer Lieferung zu den von den Ländern benannten Standorten sowie die Kosten des Weitertransportes des Impfstoffes zu den Impfzentren,
4. die Kosten für ein gesondertes Einladungsmanagement,
5. die Kosten für Impfbesteck und -zubehör,
6. die Kosten, die im Rahmen der Amtshilfe durch die Bundeswehr entstehen, und
7. weitere Kosten, soweit diese bereits aufgrund eines Gesetzes vergütet oder erstattet werden.

(4) Die Leistungserbringer nach § 6 Absatz 1 sind verpflichtet, die für die Erstattung nach Absatz 1 Satz 1 rechnungsbegründenden Unterlagen bis zum 31. Dezember 2024 unverändert zu speichern oder aufzubewahren.

§ 11

Verfahren für die Zahlung aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds

(1) Jedes Land übermittelt monatlich oder quartalsweise die folgenden Angaben an das Bundesamt für Soziale Sicherung:

1. den sich für jedes Impfzentrum ergebenden Gesamtbetrag der erstattungsfähigen Kosten nach § 10 Absatz 1 Satz 1 einschließlich der Kennnummer des Impfzentrums und des Landkreises, in dem sich das Impfzentrum befindet, differenziert nach Sach- und Personalkosten und
2. den sich für das Land ergebenden Gesamtbetrag nach Nummer 1.

Sachliche oder rechnerische Fehler in den nach Satz 1 übermittelten Angaben sind durch das Land in der nächsten Übermittlung zu berichtigen. Das Bundesamt für Soziale Sicherung zahlt 46,5 Prozent des nach Satz 1 Nummer 2 übermittelten Gesamtbetrags aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds an das Land. Das Land kann ab dem 21. Dezember 2020 beim Bundesamt für Soziale Sicherung für jeden Monat oder für jedes Quartal eine Abschlagszahlung in Höhe von bis zu 50 Prozent des voraussichtlichen Gesamtbetrags nach Satz 1 Nummer 2 für den Monat oder für das Quartal beantragen. Übersteigt die Abschlagszahlung 46,5 Prozent des sich für den Monat oder das Quartal ergebenden Gesamtbetrags, der nach Satz 1 Nummer 2 durch das Land übermittelt wird, ist der Überschreibungsbetrag durch das Land an die Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds zu zahlen.

(2) Jede Kassenärztliche Vereinigung übermittelt monatlich oder quartalsweise den Betrag der sich nach § 9 Absatz 2 Satz 1 ergebenden Abrechnung an das Bundesamt für Soziale Sicherung. Sachliche oder rechnerische Fehler in dem nach Satz 1 übermittelten Betrag sind durch die jeweilige Kassenärztliche Vereinigung in der nächsten Übermittlung zu berichtigen. Das Bundesamt für Soziale Sicherung zahlt den Betrag aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds an die Kassenärztliche Vereinigung.

(3) Die Kassenärztliche Bundesvereinigung übermittelt quartalsweise den Betrag der nach § 8 Absatz 2 erstattungsfähigen Kosten an das Bundesamt für Soziale Sicherung. Sachliche oder rechnerische Fehler in dem nach Satz 1 übermittelten Betrag sind durch die Kassenärztliche Bundesvereinigung in der nächsten Übermittlung zu berichtigen. Das Bundesamt für Soziale Sicherung zahlt den Betrag aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds an die Kassenärztliche Bundesvereinigung.

(4) Das Bundesamt für Soziale Sicherung bestimmt das Nähere zum Verfahren nach den Absätzen 1 bis 3. Es informiert den Verband der Privaten Krankenversicherung über das nach Satz 1 bestimmte Verfahren der Übermittlung nach Absatz 1 Satz 1 und 2.

(5) Das Bundesamt für Soziale Sicherung übermittelt dem Bundesministerium für Gesundheit monatlich eine Aufstellung der nach Absatz 1 Satz 3 und 4, Absatz 2 Satz 3 und Absatz 3 Satz 3 ausgezahlten Beträge und die Angaben nach Absatz 1 Satz 1.

(6) Das Robert Koch-Institut übermittelt dem Bundesministerium für Gesundheit und den Ländern monatlich für jeden Kalendermonat die Anzahl der Schutzimpfungen je Impfzentrum.

§ 12

Verfahren für die Zahlung von den privaten Krankenversicherungsunternehmen

(1) Jedes Land übermittelt monatlich oder quartalsweise die folgenden Angaben an den Verband der Privaten Krankenversicherung:

1. den sich für jedes Impfzentrum ergebenden Gesamtbetrag der erstattungsfähigen Kosten nach § 10 Absatz 1 Satz 1 einschließlich der Kennnummer des Impfzentrums und des Landkreises, in dem sich das Impfzentrum befindet, differenziert nach Sach- und Personalkosten und
2. den sich für das Land ergebenden Gesamtbetrag nach Nummer 1.

Sachliche oder rechnerische Fehler in den nach Satz 1 übermittelten Angaben sind durch das Land in der nächsten Übermittlung zu berichtigen. Der Verband der Privaten Krankenversicherung zahlt 3,5 Prozent des nach Satz 1 Nummer 2 übermittelten Gesamtbetrages innerhalb von vier Wochen an das jeweilige Land.

(2) Die Länder übermitteln die Angaben nach Absatz 1 Satz 1 und 2 an den Verband der Privaten Krankenversicherung in der vom Bundesamt für Soziale Sicherung nach § 11 Absatz 4 bestimmten Form.

(3) Die privaten Krankenversicherungsunternehmen zahlen die sich nach Absatz 1 Satz 3 ergebenden Beträge an den Verband der Privaten Krankenversicherung. Der Verband der Privaten Krankenversicherung bestimmt das Nähere zur Zahlung dieser Beträge der privaten Krankenversicherungsunternehmen.

(4) Der Verband der Privaten Krankenversicherung übermittelt dem Bundesministerium für Gesundheit monatlich eine Aufstellung der nach Absatz 1 Satz 3 an die Länder ausgezahlten Beträge.

§ 13

Evaluierung

Diese Verordnung wird insbesondere auf Grundlage der jeweils vorliegenden infektiologischen Erkenntnisse, der jeweils aktuellen Empfehlung der Ständigen Impfkommission beim Robert Koch-Institut und der Versorgungslage mit Impfstoffen fortlaufend evaluiert.

§ 14

Inkrafttreten, Außerkrafttreten

Diese Verordnung tritt mit Wirkung vom 15. Dezember 2020 in Kraft; sie tritt mit der Aufhebung der Feststellung der epidemischen Lage von nationaler Tragweite durch den Deutschen Bundestag nach § 5 Absatz 1 Satz 2 des Infektionsschutzgesetzes (Artikel 1 des Gesetzes vom 20. Juli 2000, BGBl. I S. 1045), der zuletzt durch Artikel 1 Nummer 4 des Gesetzes vom 18. November 2020 (BGBl. I S. 2397) geändert worden ist, außer Kraft, ansonsten spätestens mit Ablauf des 31. März 2021.

Begründung

A. Allgemeiner Teil

I. Zielsetzung und Notwendigkeit der Regelungen

Gemäß § 20i Absatz 3 Satz 2 Nummer 1 Buchstabe a und Nummer 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) in der Fassung des Dritten Gesetzes zum Schutz der Bevölkerung bei einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite vom 18. November 2020 (BGBl. I S. 2397) 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 (IfSG), nach Anhörung des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen, der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV), der Ständigen Impfkommision 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. Eine Schutzimpfung in diesem Sinne ist die Gabe eines Impfstoffes mit dem Ziel, vor einer übertragbaren Krankheit zu schützen.

II. Wesentlicher Inhalt des Entwurfs

Die Verordnung gewährt 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.

Ein 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.

III. Alternativen

Keine.

IV. Regelungskompetenz

Die Regelungskompetenz ergibt sich aus § 20i Absatz 3 Satz 2 Nummer 1 Buchstabe a und Nummer 2 des Fünften 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 (BGBl. I S. 2397) geändert worden ist.

V. Vereinbarkeit mit dem Recht der Europäischen Union und völkerrechtlichen Verträgen

Die Verordnung ist mit dem Recht der Europäischen Union vereinbar.

VI. Regelungsfolgen

1. Rechts- und Verwaltungsvereinfachung

Keine.

2. Nachhaltigkeitsaspekte

Die Verordnung steht im Einklang mit dem Leitprinzip der Bundesregierung zur nachhaltigen Entwicklung hinsichtlich Gesundheit, Lebensqualität, sozialem Zusammenhalt und sozialer Verantwortung, gerade in Zeiten einer Pandemie.

3. Haushaltsausgaben ohne Erfüllungsaufwand

Bund, Länder und Gemeinden

Entsprechend den Vorgaben der Ermächtigungsgrundlage enthält die Verordnung keine Regelungen zur Kostentragung von Bund und Ländern. Kostenfolgen für Bund und Länder ergeben sich aus dem Beschluss der Gesundheitsministerkonferenz vom 6. November 2020. Danach beschafft und finanziert der Bund die Impfstoffe, die Länder beschaffen und finanzieren das notwendige Impfbereich und errichten eigenständig Impfzentren.

Gesetzliche und private Krankenversicherung

Die Kostenbelastung der gesetzlichen und der privaten Krankenversicherung hängt insbesondere von der Zahl der in den Ländern eingerichteten Impfzentren und mobilen Impfteams, der Vergütungshöhe des ärztlichen und nichtärztlichen Personals und den Infrastrukturkosten ab, die regional unterschiedlich ausfallen können. Eine Quantifizierung ist vor diesem Hintergrund nur beispielhaft möglich. Sofern sich die Personal- und Sachkosten eines durchschnittlichen Impfzentrums während der Gültigkeit dieser Verordnung (Annahme rund 100 Tage) beispielsweise auf 1 Mio. Euro belaufen, ist je 100 Impfzentren mit einer Kostenbelastung der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds von 46,5 Mio. Euro und der privaten Krankenversicherungsunternehmen von 3,5 Mio. Euro zu rechnen.

Für die Entwicklung der Terminmanagement-Software der KBV entsteht der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds eine einmalige Mehrbelastung in noch nicht quantifizierbarer Höhe. Für den Betrieb der technischen Infrastruktur für die Terminmanagement-Software entstehen der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds laufende Kosten in noch nicht quantifizierbarer Höhe monatlich.

Hinzu kommen Kosten in nicht quantifizierbarer Höhe für die Vergütung der Ausstellung eines ärztlichen Zeugnisses in Höhe von bis 5,90 Euro im Rahmen der Impfberechtigung, die vollständig aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds finanziert werden.

4. Erfüllungsaufwand

Für die Länder entsteht Erfüllungsaufwand für die Datenübermittlung an das Bundesamt für Soziale Sicherheit (BAS) und an den Verband der Privaten Krankenversicherung im Zusammenhang mit der Abrechnung in nicht quantifizierbarer Höhe.

Für das BAS entsteht Erfüllungsaufwand für die Abwicklung der Zahlungen zwischen BAS und den Ländern, den Kassenärztlichen Vereinigungen und der KBV sowie zur Bestimmung

der Einzelheiten zum Verfahren der Zahlungen aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds einschließlich der hierfür erforderlichen Datenmeldungen in Höhe von rund 25 000 Euro.

Für den Verband der Privaten Krankenversicherung entsteht Erfüllungsaufwand in nicht quantifizierbarer Höhe für die Abwicklung der Zahlungen von den privaten Krankenversicherungsunternehmen an die Länder sowie für die Übermittlung einer Aufstellung an das Bundesministerium für Gesundheit über die an die Länder ausgezahlten Beträge.

Für das Robert Koch-Institut (RKI) entsteht Erfüllungsaufwand für die Einrichtung eines elektronischen Melde- und Informationssystems und die Übermittlung der Anzahl der Schutzimpfungen je Impfzentrum je Monat an das Bundesministerium für Gesundheit und die Länder in nicht quantifizierbarer Höhe.

Der KBV entsteht durch die Festlegung der Vorgaben zur Abrechnung für das ärztliche Zeugnis sowie für die Datenübermittlung an das Bundesamt für Soziale Sicherung im Zusammenhang mit der Abrechnung ein nicht quantifizierbarer Erfüllungsaufwand.

5. Weitere Kosten

Keine.

6. Weitere Regelungsfolgen

Keine.

VII. Befristung; Evaluierung

Die Verordnung wird im Rahmen der epidemischen Lage von nationaler Tragweite erlassen. Rechtsverordnungen, die das Bundesministerium für Gesundheit im Rahmen der epidemischen Lage von nationaler Tragweite erlässt, treten gemäß § 20i Absatz 3 Satz 13 SGB V mit der Aufhebung der Feststellung der epidemischen Lage von nationaler Tragweite, spätestens aber zum 31. März 2021 außer Kraft.

B. Besonderer Teil

Zu § 1 (Anspruch)

Es wird vorgesehen, dass Personen mit Wohnsitz oder gewöhnlichem Aufenthalt in der Bundesrepublik Deutschland sowie andere Personen, die in der Bundesrepublik Deutschland in der gesetzlichen oder privaten Krankenversicherung versichert sind, oder die in einer Einrichtung oder einem Unternehmen in der Bundesrepublik Deutschland nach den §§ 2 bis 4 behandelt, gepflegt, betreut werden oder tätig sind, oder für eine solche Einrichtung oder für ein solches Unternehmen im Ausland tätig sind, im Rahmen der Verfügbarkeit der vorhandenen Impfstoffe Anspruch auf Schutzimpfung gegen das Coronavirus SARS-CoV-2 haben (Absatz 1). Der Anspruch gilt damit unter anderem auch für Grenzpendlerinnen und Grenzpendler, die zwar weder ihren Wohnsitz noch ihren gewöhnlichen Aufenthalt in Deutschland haben, aber in einer der genannten Einrichtungen oder Unternehmen tätig sind. Der Anspruch gilt auch für Personen, die weder ihren Wohnsitz noch ihren gewöhnlichen Aufenthalt in Deutschland haben, aber in Deutschland in der GKV versichert sind oder eine private Krankheitskostenversicherung bei einem in Deutschland zum Geschäftsbetrieb zugelassenen Versicherungsunternehmen abgeschlossen haben. Der Anspruch nach Absatz 1 beinhaltet nicht das Recht, den Impfstoff eines bestimmten Herstellers oder den Ort der Leistungserbringung zu wählen.

Aufgrund der insbesondere in der ersten Zeit nach der Zulassung nur begrenzt zur Verfügung stehenden Impfstoffkapazitäten wird eine Priorisierung der Anspruchsberechtigten festgelegt (Absatz 2). Diese basiert im Wesentlichen auf der STIKO-Stellungnahme zur COVID-19-Impfung. Absatz 2 Satz 2 ermöglicht es, auch innerhalb der Personengruppen nach den §§ 2, 3 und 4 eine konkretere, auf die epidemiologische Situation vor Ort abgestimmte Priorisierung vorzunehmen. Die Entscheidung ist auf Grundlage der jeweils vorliegenden infektiologischen Erkenntnisse sowie der jeweils aktuellen Empfehlung der STIKO zu treffen.

Der Anspruch umfasst nach Absatz 3 die Aufklärung und Impfberatung der zu impfenden Person, gegebenenfalls die symptombezogene Untersuchung zum Ausschluss akuter Erkrankungen oder Allergien, die Verabreichung des Impfstoffes sowie die Ausstellung einer Impfdokumentation nach § 22 des Infektionsschutzgesetzes. Zur Impfung zählt nicht nur die Verabreichung des Impfstoffes selbst, sondern auch die sich hieran unmittelbar anknüpfende notwendige Nachbeobachtungsphase und gegebenenfalls erforderliche medizinische Intervention im Falle des Auftretens einer allergischen oder anaphylaktischen Reaktion bei der geimpften Person. Derartige Reaktionen können bei Impfungen in seltenen Fällen auftreten. Hierauf wird in der Regel im Rahmen der Aufklärung, in der Begleitdokumentation, bzw. den Zulassungsbedingungen und Anwendungshinweisen besonders hingewiesen.

Bei einer Schutzimpfung gegen das Coronavirus SARS-CoV-2 handelt es sich um eine Leistung im Sinne des § 60 Absatz 1 Satz 1 SGB V, so dass für Versicherte der GKV Fahrkosten zu einem Impfzentrum gemäß § 60 SGB V bei Vorliegen der Voraussetzungen übernommen werden.

Die Erstattung der Fahrkosten für Versicherte der privaten Krankenversicherungsunternehmen richtet sich nach dem vereinbarten Tarif mit den zugehörigen Tarifbedingungen.

Zu § 2 (Schutzimpfungen mit höchster Priorität)

§ 2 bestimmt die Personengruppen mit der höchsten Priorität bezüglich des Anspruchs auf Schutzimpfung gegen das Coronavirus SARS-CoV-2. Hierzu zählen insbesondere Personen, die das 80. Lebensjahr vollendet haben, Personen, die in stationären Einrichtungen oder ambulanten Wohngruppen zur Behandlung, Betreuung oder Pflege älterer, oder pflegebedürftiger Menschen behandelt, betreut oder gepflegt werden oder tätig sind sowie Personen, die in Bereichen medizinischer Einrichtungen mit sehr hohem Expositionsrisiko in Bezug auf das Coronavirus SARS-CoV-2 tätig sind. Ambulant betreute Wohngruppen für ältere, pflegebedürftige Menschen stellen ein der genannten stationären Versorgung vergleichbares Versorgungsumfeld dar.

Zur letztgenannten Gruppe gehören auch die Beschäftigten der Koordinierungsstelle nach § 11 des Transplantationsgesetzes. Die Koordinatoren der Koordinierungsstelle nach § 11 Transplantationsgesetz haben eine Schlüsselstellung für die postmortale Organspende und damit für die transplantationsmedizinische Versorgung. Durch ihre Tätigkeit auf den Intensivstationen in den Entnahmekrankenhäusern sind sie einem erhöhten Expositionsrisiko ausgesetzt.

Zu § 3 (Schutzimpfungen mit hoher Priorität)

Die genannten Personengruppen haben – nachrangig zu den in § 2 genannten Personengruppen – mit hoher Priorität Anspruch auf Schutzimpfung gegen das Coronavirus SARS-CoV-2. Nach § 3 haben insbesondere Personen Anspruch auf Schutzimpfung, wenn diese das 70. Lebensjahr vollendet haben oder ein sehr hohes oder hohes Risiko für einen schweren oder tödlichen Krankheitsverlauf nach einer Infektion mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 besteht.

Demenzkranke Personen werden im Elften Buch Sozialgesetzbuch (SGB XI, z.B. § 14 SGB XI) als Menschen mit kognitiven oder psychischen Beeinträchtigungen erfasst; sie sind insofern hier als pflegebedürftige Menschen inbegriffen.

Zu § 4 (Schutzimpfungen mit erhöhter Priorität)

Die Personengruppen des § 4 haben – nachrangig zu den Personengruppen der §§ 2 und 3 – mit erhöhter Priorität Anspruch auf Schutzimpfung gegen das Coronavirus SARS-CoV-2. Dies trifft insbesondere auf Personen zu, die das 60. Lebensjahr vollendet haben sowie für Personen, die in besonders relevanter Position in staatlichen Institutionen oder weiteren Einrichtungen und Unternehmen der kritischen Infrastruktur tätig sind zu.

Unter Nummer 3 fallen insbesondere auch Personen, die in deutschen Auslandsvertretungen an Dienstorten mit unzureichender gesundheitlicher Versorgung tätig sind.

Zu § 5 (Folge- und Auffrischimpfungen)

Die Priorisierung in den §§ 2 bis 4 gelten entsprechend für Folge- und Auffrischimpfungen, die gegebenenfalls erforderlich sind, um einen vollständigen Impfschutz zu gewährleisten.

Nach Satz 2 hat die Vervollständigung der Impfserie bei Personen, die bereits eine erste Schutzimpfung erhalten haben, Priorität vor dem Beginn der Schutzimpfung weiterer Personen, die noch keine Schutzimpfung erhalten haben.

Zu § 6 (Leistungserbringung)

Zu Absatz 1

Schutzimpfungen gegen das Coronavirus SARS-CoV-2 werden aufgrund ihrer begrenzten Verfügbarkeit, der erforderlichen Priorisierung in der Bevölkerung sowie der besonderen Sicherheits- und Lagerungsbedingungen zumindest zunächst in besonderen Impfzentren und durch mobile Impfteams erbracht (Satz 1). Durch die mobilen Impfteams soll sichergestellt werden, dass auch anspruchsberechtigte Personen mit eingeschränkter Mobilität, insbesondere in stationären Pflegeeinrichtungen oder im häuslichen Umfeld, geimpft werden können. Die Länder sind grundsätzlich für die Errichtung und den Betrieb der Impfzentren zuständig (Satz 2). Zur Durchführung von Schutzimpfungen bei den Beschäftigten des Bundes kann der Bund jedoch auch eigene Impfzentren betreiben (Satz 3).

Zu Absatz 2

Die obersten Landesgesundheitsbehörden oder die von ihnen bestimmten Stellen können als zuständige Stellen das Nähere zur Organisation der Erbringung der Schutzimpfungen bestimmen. Eine Abstimmung zwischen Bund und Ländern wie auch zwischen den Ländern, unter anderem zur Regelung von grenzüberschreitenden Sachverhalten (beispielsweise Pendler), ist zielführend und erforderlich. Das Bundesministerium für Gesundheit regelt das Nähere zur Durchführung von Schutzimpfungen bei den Beschäftigten des Bundes.

Zu Absatz 3

Die zuständigen Stellen können hinsichtlich der Errichtung, der Organisation und dem Betrieb der Impfzentren einschließlich der mobilen Impfteams mit den Kassenärztlichen Vereinigungen und anderen geeigneten Dritten zusammenarbeiten und hierzu Vereinbarungen schließen. Solche Vereinbarungen sind beispielsweise hinsichtlich der Bereitstellung von Räumen, Sachgegenständen, Personal und Logistik möglich.

Im Rahmen der Organisation von mobilen Impfteams können insbesondere Krankenhäuser und Betriebsärztinnen und Betriebsärzte geeignete Dritte sein. Dies ermöglicht die sinnvolle

Nutzung vorhandener Ressourcen und Infrastruktur. Die grundsätzlich in der jeweiligen Verantwortung der Länder (oder ausnahmsweise des Bundes) stehenden Impfzentren und mobilen Impfteams sind ausreichend gegen Haftpflichtansprüche zu versichern.

Nach Satz 2 sind die Kassenärztlichen Vereinigungen, sofern das Land es bestimmt, zur Mitwirkung bei der Errichtung, der Organisation und dem Betrieb der Impfzentren und der mobilen Impfteams verpflichtet. Auf diese Weise wird sichergestellt, dass bei Bedarf auch geeignete vorhandene Strukturen der vertragsärztlichen Regelversorgung genutzt werden können. Eine Möglichkeit, die Kassenärztlichen Vereinigungen auch zur Mitwirkung bei der Organisation der Terminvergabe zu verpflichten, besteht hingegen nicht. Davon unberührt bleibt die Möglichkeit einer Beteiligung an der Organisation der Terminvergabe auf Grundlage einer Vereinbarung nach Satz 1.

Zu Absatz 4

Absatz 4 regelt die erforderlichen Nachweise zur Vorlage gegenüber Impfzentren inklusive der mobilen Impfteams. Anhand dieser Nachweise wird auch die Priorisierung nach § 1 Absatz 2 geprüft. Hierzu haben alle anspruchsberechtigten Personen vor der Schutzimpfung gegenüber dem Impfzentrum oder dem mobilen Impfteam nach Nummer 1 ihren Personalausweis oder einen anderen Lichtbildausweis, aus dem der Wohnort oder gewöhnliche Aufenthaltsort hervorgeht, vorzulegen. Dies gilt nicht für Personen, die in einer Einrichtung oder einem Unternehmen nach den §§ 2 bis 4 behandelt, gepflegt oder betreut werden. Für Personen, die nach § 2 Nummer 1, § 3 Nummer 1 oder § 4 Nummer 1 aufgrund ihres Alters anspruchsberechtigt sind, gilt mit der Vorlage des Personalausweises oder eines anderen Lichtbildausweises der Nachweis der Anspruchsberechtigung als erbracht.

Personen, die in einer Einrichtung oder einem Unternehmen nach den §§ 2 bis 4 behandelt, gepflegt, betreut werden oder tätig sind, haben nach Nummer 2 zusätzlich zum Nachweis nach Nummer 1 eine Bescheinigung der Einrichtung oder des Unternehmens nach §§ 2 bis 4 vorzulegen.

Nach Nummer 3 haben Personen, bei denen krankheitsbedingt ein sehr hohes, hohes oder erhöhtes Risiko für einen schweren oder tödlichen Krankheitsverlauf nach einer Infektion mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 besteht, zusätzlich zum Nachweis nach Nummer 1 ein ärztliches Zeugnis über diese Erkrankung vorzulegen. Dies kann auch ein der Patientin oder dem Patienten bereits vorliegender Arztbrief sein, der das Vorliegen der Erkrankung bestätigt.

Personen, die enge Kontaktpersonen nach § 3 Nummer 3 sind, haben nach Nummer 4 zusätzlich zum Nachweis nach Nummer 1 eine Bestätigung der in § 3 Nummer 3 Buchstabe a und b genannten Personen oder ihrer gesetzlichen Vertreterin oder ihres gesetzlichen Vertreters vorzulegen.

Zu Absatz 5

Absatz 5 Satz 1 gewährt einen Anspruch auf Ausstellung eines ärztlichen Zeugnisses nach Absatz 4 Nummer 3. Nach Satz 3 sind die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringer sowie die privatärztlich tätigen Ärztinnen und Ärzte (Arztpraxen) zur Ausstellung dieses Nachweises berechtigt. Es ist anzunehmen, dass ein großer Teil der nach den §§ 3 und 4 prioritär zu impfenden Personengruppen das ärztliche Zeugnis bei der jeweiligen Hausärztin bzw. dem jeweiligen Hausarzt oder der behandelnden Fachärztin bzw. dem behandelnden Facharzt anfordert. Sofern die Person der jeweiligen Ärztin oder dem jeweiligen Arzt bereits bekannt ist, kann das ärztliche Zeugnis auch telefonisch angefordert und postalisch versandt werden. Die Vergütung richtet sich nach § 9.

Zu § 7 (Impfsurveillance)

§ 7 sieht auf Grundlage der gesetzlichen Datenerhebungs- und Übermittlungsvorschriften eine Surveillance, also eine Überwachung der Schutzimpfungen gegen das Coronavirus SARS-CoV-2 vor.

Zu Absatz 1

Um eine systematische Überwachung zu gewährleisten, haben die Impfzentren täglich Angaben wie beispielweise ein Patienten-Pseudonym, Ort und Datum der Schutzimpfung sowie impfstoffspezifische Daten an das RKI zu übermitteln. Hierfür übermitteln die mobilen Impfteams ihre Daten an die zuständigen Impfzentren. Die Rechtsgrundlage zur Datenverarbeitung bildet § 13 Absatz 5 IfSG.

Zu Absatz 2

Um die Daten für Zwecke der Impfsurveillance und der Pharmakovigilanz nach § 13 Abs. 5 IfSG zu verarbeiten, nutzt das RKI das elektronische Melde- und Informationssystem nach § 14 IfSG. Ab dem 1. Januar 2021 haben die zuständigen Behörden der Länder das elektronische Melde- und Informationssystem nach § 14 Absatz 8 Satz 1 IfSG zu nutzen. Das RKI bestimmt nach § 13 Absatz 5 Satz 2 IfSG die technischen Übermittlungsstandards für die im Rahmen der Impfsurveillance und der Pharmakovigilanz zu übermittelnden Daten sowie das Verfahren zur Bildung des Patienten-Pseudonyms nach Satz 1 Nummer 1.

Zu Absatz 3

Das RKI stellt dem Paul-Ehrlich-Institut die aufgrund von Absatz 1 erhobenen Daten für Zwecke der Überwachung der Sicherheit von Impfstoffen (Pharmakovigilanz) zur Verfügung.

Zu § 8 (Terminvergabe)

Zu Absatz 1

Die Durchführung von Schutzimpfungen in Impfzentren und durch mobile Impfteams stellt besondere Anforderungen an die Organisation der Terminvergabe. Die KBV entwickelt und betreibt daher ein standardisiertes Modul, welches den Ländern für die telefonische und digitale Terminvergabe in den Impfzentren zur Verfügung gestellt wird. Bestandteil des Moduls ist auch die Vergabe eines Terminbestätigungs-Codes, der im Impfzentrum zusätzlich zum Nachweis der Terminbuchung genutzt werden kann. Ein Einsatz des Moduls für die Vergabe von Terminen der mobilen Impfteams ist aufgrund der hierfür erforderlichen individuellen Planung und notwendiger vorheriger Absprachen mit entsprechenden Einrichtungen (u. a. zur Anzahl der zu impfenden Personen, besondere zeitliche Anforderungen, Berücksichtigung besonderer Aufklärungs- und Einwilligungsanforderungen) nicht möglich. Die Länder betreiben selbst oder in Kooperation mit den Kassenärztlichen Vereinigungen oder anderen geeigneten Dritten zum Zwecke der Terminvereinbarung Callcenter. Diese können auch durch eine Nutzung der bundesweit einheitlichen Rufnummer nach § 75 Absatz 1a Satz 1 SGB V (116 117) über eine hierfür eingerichtete telefonische Weiche erreicht werden. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung leitet im Rahmen des Betriebs die eingehenden Terminanfragen an die jeweils regional zuständigen Callcenter und Impfzentren weiter und ermöglicht den Zugriff auf die TerminiDaten. Sie ist berechtigt, dafür die hierfür erforderlichen personenbezogenen Daten der Terminsuchenden (z. B. Telefonnummer, Anschrift) zu verarbeiten. Die Verarbeitungsbefugnis erstreckt sich auch auf die kv.digital, die im Auftrag der KBV die Aufgaben nach Satz 1 umsetzt.

Zu 2

Die notwendigen Kosten, die der KBV für die wirtschaftliche Entwicklung und den Betrieb eines standardisierten Moduls zur Terminvereinbarung in Impfzentren einschließlich der hierzu erforderlichen Nutzung der Rufnummer 116 117 entstehen, werden aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds erstattet.

Zu 3

Die KBV ist verpflichtet, die für die Erstattung nach Absatz 2 rechnungsbegründenden Unterlagen bis zum 31. Dezember 2024 unverändert zu speichern oder aufzubewahren. Hierdurch wird ermöglicht zu überprüfen, ob die Anforderung von Finanzmitteln den rechtlichen Vorgaben entspricht. Die Verpflichtung zur Datenspeicherung und -aufbewahrung für diesen Zweck ist notwendig, um die rechtmäßige Verwendung der Mittel aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds überprüfen zu können.

Zu § 9 (Vergütung der Ausstellung eines ärztlichen Zeugnisses und eines gegebenenfalls zu vergebenden Codes für die Terminvergabe)

Zu Absatz 1

Die an die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringer sowie an die privatärztlich tätigen Ärztinnen und Ärzte (Arztpraxen) zu zahlende Vergütung für die Ausstellung eines ärztlichen Zeugnisses als Nachweis für eine Impfberechtigung nach § 6 Absatz 4 Nummer 3 in Verbindung mit Absatz 5 einschließlich eines, sofern genutzt, zu vergebenden Codes für die Terminvergabe beträgt je Ausstellung pauschal 5 Euro. Die tatsächliche und abschließende Prüfung der Impfberechtigung erfolgt im Impfzentrum oder durch das mobile Impfteam.

Die Vergütung wird pauschal und unabhängig vom Versicherungsstatus der Patientin oder des Patienten auf 5 Euro festgelegt. Es ist anzunehmen, dass ein großer Teil der Personengruppen der jeweiligen Ärztin oder dem jeweiligen Arzt bereits bekannt sind. Die pauschale Vergütung gilt auch für den Fall, dass die Anforderung des ärztlichen Zeugnisses telefonisch erfolgt und postalisch versandt wird. Für den postalischen Versand können dann zusätzlich 90 Cent abgerechnet werden.

Eine Anwendung der Gebührenordnung für Ärzte für die Vergütung dieser Leistung und eine private Liquidation gegenüber der Patientin oder dem Patienten ist damit ausgeschlossen.

Zu Absatz 2

Die Arztpraxen rechnen die von ihnen erbrachten Leistungen nach Absatz 1 quartalsweise oder monatlich bis spätestens zum Ende des dritten auf den Abrechnungszeitraum folgenden Monats mit der jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigung ab. Die jeweilige Kassenärztliche Vereinigung übermittelt sodann nach § 11 Absatz 2 die jeweiligen Beträge an das BAS. Für die Abrechnung sind die Vorgaben der KBV anzuwenden, die hierzu das Nähere einschließlich des jeweiligen Verwaltungskostenersatzes mit Wirkung vom 15. Dezember 2020 regelt. In den Vorgaben sind neben dem gegebenenfalls differenzierten Verwaltungskostenersatz insbesondere die notwendigen Angaben für die Dokumentation der Ärztin bzw. des Arztes, die notwendigen Angaben und deren Form für die Abrechnung sowie die entsprechenden Pflichten der betroffenen Ärztinnen und Ärzte und der Kassenärztlichen Vereinigungen festzulegen. Die übermittelten Angaben dürfen keinen Bezug zu der Person aufweisen, für die das ärztliche Zeugnis ausgestellt wurde. Vertragsärztliche Leistungserbringer können für die Abrechnung der Leistung den Abrechnungsweg über den Datensatz KVDT nutzen.

Zu Absatz 3

Die Arztpraxen und die Kassenärztlichen Vereinigungen sind verpflichtet, die jeweiligen (rechnungsbegründenden) Unterlagen bis zum 31. Dezember 2024 aufzubewahren. Hierdurch wird ermöglicht zu überprüfen, ob die Anforderung von Finanzmitteln für die Abrechnung den rechtlichen Vorgaben entsprach. Die Verpflichtung zur Datenspeicherung und -aufbewahrung für diesen Zweck ist notwendig, um die rechtmäßige Verwendung der Mittel aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds überprüfen zu können.

Zu § 10 (Teilfinanzierung der Kosten der Impfzentren)

Nach Absatz 1 werden die notwendigen Kosten für die Errichtung, Vorhaltung ab dem 15. Dezember 2020 und den laufenden Betrieb von Impfzentren einschließlich mobiler Impfteams, die von den Ländern oder im Auftrag der Länder errichtet, vorgehalten oder betrieben werden, in der entstandenen Höhe von der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds und von den privaten Krankenversicherungsunternehmen erstattet. GKV und private Krankenversicherung tragen gemeinsam die Hälfte der notwendigen Kosten nach Absatz 1. Von diesem hälftigen Betrag tragen die privaten Krankenversicherungsunternehmen gemäß § 20i Absatz 3 Satz 6 SGB V 7 Prozent. Somit entspricht die Finanzierungsbeteiligung der privaten Krankenversicherungsunternehmen an den gesamten Kosten nach Absatz 1 3,5 Prozent.

Die Impfzentren einschließlich mobiler Impfteams sind dabei wirtschaftlich zu betreiben, insbesondere hinsichtlich der Ausstattung mit Personal- und Sachmitteln, der genutzten Räumlichkeiten sowie der Dauer des Betriebs. Die Länder schließen hierfür die notwendigen Vereinbarungen gemäß § 6 und rechnen eigenständig mit den von ihnen beauftragten geeigneten Dritten ab.

Notwendige Kosten nach Absatz 1 Satz 1 sind die Personal- und Sachkosten zur Errichtung, Vorhaltung und zum Betrieb des Impfzentrums einschließlich der Leistungserbringung durch mobile Impfteams (Absatz 2 Satz 1). Zu den Personalkosten gehören insbesondere die ärztlichen Leistungen (z. B. Aufklärung, Prüfung der Impffähigkeit und Durchführung der Impfung, die gegebenenfalls delegiert wird) und die nichtärztlichen Personalkosten einschließlich der Kosten für Verwaltungsleistungen sowie die notwendigen Sachkosten z. B. für Räumlichkeiten, Lagerhaltung und Sicherheits- und Bewachungsdienstleistungen. Umfasst sind darüber hinaus auch die Kosten für die Teilnahme des Impfzentrums vor Ort am Impfquotenmonitoring, an der Impfsurveillance sowie der Pharmakovigilanz. Nach Absatz 2 Satz 2 können auch die Kosten für die Einrichtung und den Betrieb von Callcentern zur Terminvergabe erstattet werden. Für die Terminvergabe stellt die KBV den Ländern gemäß § 8 Absatz 1 Satz 1 ein standardisiertes Modul zur Verfügung. Die notwendigen Kosten für die wirtschaftliche Entwicklung und den Betrieb dieses Moduls durch die Kassenärztliche Bundesvereinigung werden nach § 11 Absatz 3 separat gegenüber dieser erstattet.

Absatz 3 regelt die Kosten, die von der Erstattung ausgeschlossen sind. Dazu gehören insbesondere Kosten von eigenem Personal des Bundes, der Länder, der obersten Landesbehörden und Kommunen einschließlich des öffentlichen Gesundheitsdienstes mit Ausnahme von Personal der Verwaltung der Länder und Kommunen, welches in den Impfzentren eingesetzt wird. Zudem sind ausgeschlossen, die Kosten in Einrichtungen des Gesundheitswesens, z. B. in Krankenhäusern und Arztpraxen, die durch die Impfung der jeweils eigenen Beschäftigten entstehen. Weiterhin ausgeschlossen sind die Kosten der vom Bund beschafften Impfstoffe und deren Auslieferung an die Standorte, die die Länder dem Bund nach dem Beschluss der 93. Gesundheitsministerkonferenz vom 6. November 2020 benannt haben, die Kosten für den Weitertransport zu den Impfzentren und die Kosten eines gesonderten Einladungsmanagements im Vorfeld der Terminvergabe (beispielsweise Informations- und Einladungsschreiben der Länder an impfberechtigte Personen). Ebenfalls ausgeschlossen sind die Kosten für Impfbestock und -zubehör einschließlich dieser für mobile Impfteams. Zum nicht abrechenbaren Impfbestock und -zubehör gehören insbesondere

Kochsalzlösung, Spritzen, Kanülen sowie weitere Mittel wie z. B. zur Hautdesinfektion sowie Pflaster, Tupfer und Abwurfbehälter. Nach Absatz 3 Nummer 7 sind von der Abrechnung ebenso ausgeschlossen Kosten, soweit diese bereits aufgrund eines Gesetzes vergütet oder erstattet werden. Dieser Ausschluss kommt z. B. dann zum Tragen, wenn z. B. das Impfzentrum in Verbindung mit einem Testzentrum oder einer Teststation betrieben wird oder z. B. die Räumlichkeiten bereits über andere Vergütungen und Erstattungen (z. B. nach § 105 Absatz 3 SGB V) finanziert werden. Dies gilt entsprechend, sofern das Impfzentrum räumlich an ein Krankenhaus angegliedert ist.

Die rechnungsbegründenden Unterlagen der Abrechnung der Kosten der Impfzentren einschließlich der mobilen Impfteams mit den Ländern sind bis zum 31. Dezember 2024 aufzubewahren (Absatz 4). Hierdurch wird ermöglicht zu überprüfen, ob die Anforderung von Finanzmitteln für die Abrechnung den rechtlichen Vorgaben entspricht. Die Verpflichtung zur Datenspeicherung und -aufbewahrung für diesen Zweck ist notwendig, um die rechtmäßige Verwendung der Mittel aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds und der Mittel der privaten Krankenversicherungsunternehmen überprüfen zu können.

Zu § 11 (Verfahren für die Zahlung aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds)

Zu Absatz 1

Absatz 1 bestimmt das Verfahren, mit dem den Ländern die für die Errichtung, die Vorhaltung ab dem 15. Dezember 2020 und den laufenden Betrieb der Impfzentren nach § 10 erstattungsfähigen Kosten anteilig aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds erstattet werden.

Die Länder melden nach Satz 1 Nummer 1 die nach § 10 erstattungsfähigen Kosten je Impfzentrum, die für die Errichtung, die Vorhaltung und den Betrieb des Impfzentrums einschließlich angegliederter mobiler Impfteams im Meldezeitraum entstanden sind, differenziert nach Sach- und Personalkosten. Jedes Impfzentrum wird durch seine Kennnummer und den Landkreis seines Standortes näher bezeichnet. Diese Meldung dient dazu, Transparenz hinsichtlich der Kosten der Impfzentren zu schaffen. Zudem übermittelt das Land nach Satz 1 Nummer 2 den Gesamtbetrag der erstattungsfähigen Kosten für alle Impfzentren des Landes.

Rechnerische und sachliche Fehler in der Mittelanforderung sind in der nächsten Datenmeldung durch die Länder zu korrigieren.

Nach Satz 3 überweist das BAS 46,5 Prozent des nach Satz 1 Nummer 2 übermittelten Betrags an das Land.

Die Länder können nach Satz 4 Abschlagszahlungen im Sinne einer Vorauszahlung der finanziellen Mittel, bevor die erstattungsfähigen Kosten der Impfzentren feststehen oder die Rechnungslegung erfolgen kann, beim BAS beantragen. Diese sind an einer Schätzung des zu erwartenden Gesamtbetrages für den Monat oder für das Quartal, in dem Abschlagszahlungen beantragt werden, zu orientieren. Um das Verfahren zu vereinfachen, können die Abschlagszahlungen bis zu 50 Prozent des Gesamtbetrages nach Satz 1 Nummer 2 für einen Monat oder für ein Quartal ohne Berücksichtigung des Erstattungsverfahrens nach § 12 betragen. Die Länder erhalten damit eine weitreichende Ausgestaltungshoheit und Flexibilität bei der Mittelanforderung für die Impfzentren. Sie können monatlich oder quartalsweise die erstattungsfähigen Kosten übermitteln und sie können vor dieser Übermittlung für jeden Monat oder für jedes Quartal Abschlagszahlungen beantragen.

Überschreiten die Vorauszahlungen an die Länder die Summe von 46,5 Prozent des nach Satz 1 Nummer 2 zu übermittelnden Gesamtbetrags für die Impfzentren, ist der Überschrei-

tungsbetrag nach Satz 5 an das BAS zugunsten der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds zu erstatten. Dies kann auch im Wege der Verrechnung mit den Zahlungen nach Satz 3 erfolgen.

Zu Absatz 2

Absatz 2 bestimmt das Verfahren, mit dem den Kassenärztlichen Vereinigungen die für die Abrechnung nach § 9 Absatz 2 Satz 1 benötigten Mittel aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds zur Verfügung gestellt werden. Die Kassenärztlichen Vereinigungen melden nach Satz 1 die jeweiligen Summen, die für einen Abrechnungszeitraum von den Arztpraxen in ihrem Zuständigkeitsbereich für die Ausstellung einer Bescheinigung als Nachweis der Impfberechtigung in Rechnung gestellt wurden und abgerechnet werden sollen, an das BAS. Dabei haben sie die Wahl, ob sie für einen Monat oder für ein Quartal Mittel für die Abrechnung nach § 9 Absatz 2 Satz 1 anfordern.

Rechnerische und sachliche Fehler in der Mittelanforderung sind in der nächsten Datenmeldung durch die Kassenärztlichen Vereinigungen zu korrigieren.

Das BAS überweist auf Grundlage der Meldung nach Satz 1 die jeweiligen Beträge an die Kassenärztlichen Vereinigungen.

Zu Absatz 3

Absatz 3 bestimmt das Verfahren, mit dem der KBV die nach § 8 Absatz 2 erstattungsfähigen Kosten aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds erstattet werden. Die KBV meldet nach Satz 1 die erstattungsfähigen Kosten quartalsweise an das BAS. Rechnerische und sachliche Fehler in der Mittelanforderung sind in der nächsten Datenmeldung durch die KBV zu korrigieren. Das BAS überweist auf Grundlage der Meldung nach Satz 1 den jeweiligen Betrag an die KBV.

Zu Absatz 4

Das BAS erhält die Befugnis, das Nähere zu den Verfahren der Übermittlung und Zahlung (auch der Abschlagszahlungen) nach den Absätzen 1 bis 3 zu regeln. Im Rahmen dieser Befugnis kann es unter anderem die Melde- und Überweisungszeitpunkte unter Berücksichtigung der Aufgaben der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds festlegen. Das BAS teilt dem Verband der Privaten Krankenversicherung das festgelegte Verfahren zur Übermittlung der Angaben nach Absatz 1 Satz 1 und 2 mit. Nach § 12 Absatz 2 übermitteln die Länder dem Verband der Privaten Krankenversicherung die nach § 12 Absatz 1 erforderlichen Angaben in gleicher Form wie in dem vom BAS festgelegten Verfahren.

Zu Absatz 5

Die Regelung in Absatz 5 dient dazu, Transparenz hinsichtlich der Auszahlungen an die Länder, die Kassenärztlichen Vereinigungen und die KBV durch das BAS zu erhalten, um die Auswirkungen auf die Liquiditätssituation des Gesundheitsfonds beurteilen zu können.

Zu Absatz 6

Die Regelung in Absatz 6 dient in Verbindung mit der Übermittlung nach Absatz 1 Nummer 1 dazu, Transparenz hinsichtlich der Kosten je Impfung je Impfzentrum zu schaffen.

Zu § 12 (Verfahren für die Zahlung von den privaten Krankenversicherungsunternehmen)

Zu Absatz 1

Absatz 1 bestimmt das Verfahren, mit dem den Ländern die für die Errichtung, die Vorhaltung ab dem 15. Dezember 2020 und den laufenden Betrieb der Impfzentren nach § 10 erstattungsfähigen Kosten anteilig von den privaten Krankenversicherungsunternehmen erstattet werden.

Die Länder melden nach Satz 1 Nummer 1 dem Verband der Privaten Krankenversicherung die nach § 10 erstattungsfähigen Kosten je Impfzentrum, die für die Errichtung, die Vorhaltung und den Betrieb des Impfzentrums einschließlich angegliederter mobiler Impfteams im Meldezeitraum entstanden sind, differenziert nach Sach- und Personalkosten. Jedes Impfzentrum wird durch seine Kennnummer und den Landkreis seines Standortes näher bezeichnet. Diese Meldung dient dazu, Transparenz hinsichtlich der Kosten der Impfzentren zu schaffen. Zudem übermittelt das Land nach Satz 1 Nummer 2 dem Verband der Privaten Krankenversicherung den Gesamtbetrag der erstattungsfähigen Kosten für alle Impfzentren des Landes. Rechnerische und sachliche Fehler in der Mittelanforderung sind in der nächsten Datenmeldung durch die Länder zu korrigieren.

Nach Satz 3 überweist der Verband der Privaten Krankenversicherung 3,5 Prozent des nach Satz 1 Nummer 2 übermittelten Betrags an das Land.

Zu Absatz 2

Das BAS erhält nach § 11 Absatz 4 die Befugnis, das Nähere zu den Verfahren der Übermittlung der Angaben zu regeln. Das festgelegte Verfahren wird dem Verband der Privaten Krankenversicherung vom BAS nach § 11 Absatz 4 mitgeteilt. Die Länder sollen das festgelegte Verfahren in gleicher Form auch für die Übermittlung der Angaben an den Verband der Privaten Krankenversicherung anwenden.

Zu Absatz 3

Die privaten Krankenversicherungsunternehmen zahlen dem Verband der Privaten Krankenversicherung die nach Absatz 1 zu zahlenden Beträge. Der Verband der Privaten Krankenversicherung wird ermächtigt, das Nähere zum Verfahren zur Zahlung der Beträge von den privaten Krankenversicherungsunternehmen zu bestimmen.

Zu Absatz 4

Die Regelung in Absatz 4 dient dazu, Transparenz hinsichtlich der Auszahlungen an die Länder durch den Verband der Privaten Krankenversicherung zu erhalten.

Zu § 13 (Evaluierung)

Die Verordnung wird nach § 13 insbesondere auf Grundlage der jeweils vorliegenden infektiologischen Erkenntnisse, der jeweils aktuellen Empfehlung der Ständigen Impfkommission beim Robert Koch-Institut und der Versorgungslage mit Impfstoffen fortlaufend evaluiert.

Zu § 14 (Inkrafttreten, Außerkrafttreten)

Diese Verordnung tritt mit Wirkung vom 15. Dezember 2020 in Kraft. Sie tritt gemäß § 20i Absatz 3 Satz 13 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch mit der Aufhebung der Feststellung der epidemischen Lage von nationaler Tragweite durch den Deutschen Bundestag nach § 5 Absatz 1 Satz 2 des Infektionsschutzgesetzes außer Kraft, ansonsten spätestens mit Ablauf des 31. März 2021.