

Referentenentwurf

des Bundesministeriums für Gesundheit

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

(Coronavirus-Impfverordnung – CoronalmpfV)

A. Problem und Ziel

Mit der Coronavirus-Impfverordnung (CoronalmpfV) hat das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) auf Grundlage der Verordnungsermächtigungen in § 20i Absatz 3 Satz 2 Nummer 1 Buchstabe a und Nummer 2, Satz 3, 7, 8, 10, 11 und 12 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) sowie des § 5 Absatz 2 Satz 1 Nummer 4 Buchstabe f in Verbindung mit Absatz 3 Satz 3 des Infektionsschutzgesetzes (IfSG) bestimmt, dass für einen bestimmten Personenkreis ein Anspruch auf Schutzimpfungen gegen das Coronavirus SARS-CoV-2 besteht und die notwendige Regelungen zur Priorisierung von bestimmten Personen getroffen: Ein Anspruch auf eine Schutzimpfung gegen das Coronavirus 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 diese Schutzimpfung, die in zentralen Bereichen der Daseinsvorsorge und für die Aufrechterhaltung zentraler staatlicher Funktionen eine Schlüsselstellung besitzen. Die anfängliche begrenzte Verfügbarkeit der Impfstoffe gegen das Coronavirus SARS-CoV-2 erfordert auch weiterhin Auswahlentscheidungen darüber, welche Personengruppen mit welcher Priorität geimpft werden sollen. Durch die immer besser werdende Verfügbarkeit der Impfstoffe ist es möglich, nunmehr auch Arztpraxen stärker einzubeziehen und im Weiteren auch Betriebsärztinnen und Betriebsärzte sowie überbetriebliche Dienste von Betriebsärzten mit der Durchführung der Schutzimpfungen zu beauftragen. Die Impfstoffe können in allen Altersgruppen eingesetzt werden, für die sie zugelassen sind.

B. Lösung

Die vorliegende Neufassung der CoronalmpfV löst die bisherige CoronalmpfV vom 10. März 2021 ab und entwickelt diese im Lichte der Erfahrungen mit den Coronaschutzimpfungen, der unterschiedlichen zugelassenen Impfstoffe und den Aktualisierungen der STIKO-Empfehlungen sowie insbesondere im Hinblick auf die stärkere Einbeziehung der Arztpraxen und perspektivisch auch der Betriebsärztinnen und Betriebsärzte sowie der überbetrieblichen Dienste von Betriebsärzten in die Impfstrategie fort.

Ein Anspruch auf eine Schutzimpfung gegen das Coronavirus SARS-CoV-2 besteht auch weiterhin 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 beruflich einem sehr hohen Expositionsrisiko ausgesetzt sind und jene, die in zentralen Bereichen der Daseinsvorsorge und für die Aufrechterhaltung zentraler staatlicher Funktionen eine Schlüsselstellung besitzen.

Der Nutzen der CoronalmpfV liegt vor allem in der Bekämpfung der COVID-19-Pandemie und dem damit verbundenen Gesundheitsschutz der Bevölkerung.

Geändert gegenüber der CoronalmpfV vom 10. März 2021 wird insbesondere:

- Als weiterer bedeutender Lieferweg für Arztpraxen, die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, dienen nunmehr auch Apotheken sowie der dazugehörige Großhandel. Hierfür wird eine Vergütung festgelegt. Die Vergütung wird über die Rechenzentren abgerechnet und aus Bundesmitteln refinanziert.
- Die Überwachung der Impfquoten in den Arztpraxen wird sichergestellt.

C. Alternativen

Keine.

D. Haushaltsausgaben ohne Erfüllungsaufwand

Bund, Länder und Gemeinden

Dem Bund entstehen Kosten für ärztliche Leistungen im Zusammenhang mit der Impfung in Arztpraxen sowie durch beauftragte Betriebsärzte. Je eine Million Impfungen in Arztpraxen und bei beauftragten Betriebsärzten entstehen Kosten für den Bund in Höhe von 20 Millionen Euro, sofern die impfende Ärztin oder der impfende Arzt die Verpflichtung zur Teilnahme an der Impfsurveillance erfüllt. Sofern bei einer Millionen Impfungen beispielsweise 10 Prozent der zu impfenden Personen aufgesucht werden und hiervon wiederum die Hälfte der Personen weitere aufgesuchte Personen in derselben sozialen Gemeinschaft oder Einrichtung sind, entstehen zusätzliche Kosten in Höhe von 2,5 Millionen Euro (50 000 x 35 Euro + 50 000 x 15 Euro) für den Bund. Für den Transport des Impfstoffes durch den Großhandel entstehen Kosten in Höhe von 1,2 Millionen bzw. 1,5 Millionen Euro zuzüglich Umsatzsteuer je eine Million Impfungen. Für die Abgabe an Arztpraxen, die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, durch Apotheken entstehen Kosten in Höhe von rund 900 000 Euro zuzüglich Umsatzsteuer je eine Million Impfungen.

Hinzu kommen Kosten in nicht quantifizierbarer Höhe für die Vergütung der Ausstellung eines ärztlichen Zeugnisses nach § 6 Absatz 4 Nummer 3 CoronalmpfV in Höhe von bis zu 5,90 Euro im Rahmen der Impfberechtigung sowie für die ärztliche Vergütung der ausschließlichen Impfberatung ohne nachfolgende Schutzimpfung in Höhe von 10 Euro. Je 100 000 ausgestellte ärztliche Zeugnisse entsteht eine Kostenbelastung für den Bund in Höhe von bis zu 590 000 Euro, je 100 000 ausschließliche Impfberatungen eine Kostenbelastung von 1 Million Euro.

Weitere 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 Impfbehör für die Impfzentren und errichten eigenständig Impfzentren.

Gesetzliche und private Krankenversicherung

Die Kostenbelastung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) und der privaten Krankenversicherungsunternehmen 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 weiterhin nur beispielhaft möglich. Sofern sich die Personal- und Sachkosten eines durchschnittlichen Impfzentrums

beispielsweise auf rund 300 000 Euro je Monat belaufen, ist für die derzeit bestehenden rund 430 Impfzentren mit einer monatlichen Kostenbelastung der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds von rund 60 Millionen Euro und der privaten Krankenversicherungsunternehmen von rund 4,5 Millionen Euro zu rechnen.

Für die Entwicklung der Terminmanagement-Software der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (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.

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 vom 18. November 2020 (BGBl. I S. 2397) entstandenen Erfüllungsaufwand hinaus ergibt sich auch aus dieser CoronaimpfV 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. Im Zusammenhang mit der Durchführung der Schutzimpfungen insbesondere für Beschäftigte in Unternehmen kann für die Fachärzte für Arbeitsmedizin und Ärzte mit der Zusatzbezeichnung „Betriebsmedizin“ und deren Arbeitgeber in Abhängigkeit von der Inanspruchnahme der Beauftragung Erfüllungsaufwand in nicht quantifizierbarer Höhe entstehen. Für den Großhandel und die Apotheken entsteht durch die Belieferung und Abgabe der COVID-19-Impfstoffe Erfüllungsaufwand, der durch die jeweils geregelten Vergütungen abgegolten ist.

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 auch aus dieser CoronaimpfV 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, der Kassenärztlichen Bundesver-

einigung (KBV) und den Rechenzentren sowie zur Bestimmung der Einzelheiten zum Verfahren der Zahlungen aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds einschließlich der hierfür erforderlichen Datenmeldungen in Höhe von rund 30 000 Euro.

Für das Robert Koch-Institut 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 ärztlicher Leistungen sowie für die Datenübermittlung an das BAS im Zusammenhang mit der Abrechnung ein nicht quantifizierbarer Erfüllungsaufwand.

Im Hinblick auf die Information der Versicherten durch die gesetzlichen Krankenkassen und die privaten Krankenversicherungsunternehmen (§ 6 Absatz 7 CoronaimpfV) entstehen diesen durch das Identifizieren von Versicherten sowie durch das Drucken und den Versand des Informationsschreibens ein Erfüllungsaufwand in Höhe von 1 Euro je Informationsschreiben. Es ist nach Schätzungen davon auszugehen, dass bis zu 25 Millionen Informationsschreiben von den Krankenkassen und den privaten Krankenversicherungsunternehmen an die Versicherten verschickt werden, wenn alle Krankenkassen und alle privaten Krankenversicherungsunternehmen bundesweit von der Befugnis Gebrauch machen. Im Ergebnis ist mit einem Erfüllungsaufwand von höchstens 25 Millionen Euro zu rechnen.

Dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen entsteht im Zusammenhang mit der Aufgabe, das Nähere zur Ermittlung der betroffenen Versicherten zu bestimmen und dazu eine Zuordnung zwischen den Diagnoseschlüsseln zu den in § 3 Absatz 1 Nummer 2 Buchstaben a bis j und § 4 Absatz 1 Nummer 2 Buchstabe a bis h CoronaimpfV aufgeführten Erkrankungen zu erstellen, ein Erfüllungsaufwand von etwa 12 800 Euro. Dieser Betrag ergibt sich aus den Annahmen, dass insgesamt eine Arbeitszeit von fünf Tagen von drei höher qualifizierten Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern benötigt wird; also etwa 200 Stunden zu einem Stundensatz von 64 Euro.

F. Weitere Kosten

Keine.

Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit

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

(Coronavirus-Impfverordnung – CoronalmpfV)

Vom

Das Bundesministerium für Gesundheit verordnet auf Grund des

- § 20i Absatz 3 Satz 2 Nummer 1 Buchstabe a und Nummer 2, Satz 3 bis 5, 9, 10 und 12 bis 14 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, dessen Absatz 3 Satz 2 Nummer 1 Buchstabe a durch Artikel 3 Nummer 1 Buchstabe a des Gesetzes vom 29. März 2021 (BGBl. I S. 370) geändert worden ist, dessen Absatz 3 Satz 2 Nummer 2 und Satz 3 durch Artikel 4 Nummer 1 Buchstabe a des Gesetzes vom 18. November 2020 (BGBl. I S. 2397) neu gefasst worden ist und dessen Absatz 3 Satz 4, 5, 9, 10 und 12 bis 14 durch Artikel 3 Nummer 1 Buchstabe b und c des Gesetzes vom 29. März 2021 (BGBl. I S. 370) geändert worden ist, nach Anhörung des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen, der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, der Ständigen Impfkommission beim Robert Koch-Institut und des Verbands der Privaten Krankenversicherung,
- § 5 Absatz 2 Satz 1 Nummer 4 Buchstabe f in Verbindung mit Absatz 3 Satz 3 des Infektionsschutzgesetzes, dessen Absatz 2 Satz 1 Nummer 4 zuletzt durch Artikel 1 Nummer 1 Buchstabe b Doppelbuchstabe aa des Gesetzes vom 29. März 2021 (BGBl. I S. 370) geändert worden ist und dessen Absatz 3 Satz 3 durch Artikel 1 Nummer 3 Buchstabe b des Gesetzes vom 19. Mai 2020 (BGBl. I S. 1018) eingefügt worden ist, im Benehmen mit dem Bundesministerium für Wirtschaft und Energie
- § 13 Absatz 5 Satz 2 des Infektionsschutzgesetzes, der durch Artikel 1 Nummer 1c Buchstabe b des Gesetzes vom 29. März 2021 (BGBl. I S. 370) eingefügt worden ist:

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 ärztlicher Leistungen
- § 10 Teilfinanzierung der Kosten der Impfbereitstellungen
- § 11 Großhandelsvergütung für Impfstoffe
- § 12 Apothekenvergütung für Impfstoffe
- § 13 Abrechnung der Großhandels- und Apothekenvergütung durch die Apotheken

- § 14 Verfahren für die Zahlung aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds
- § 15 Verfahren für die Finanzierung aus Bundesmitteln
- § 16 Verfahren für die Zahlung von den privaten Krankenversicherungsunternehmen
- § 17 Datenübermittlung zu Lagerbeständen
- § 18 Evaluierung
- § 19 Übergangsvorschriften
- § 20 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,
4. Personen, die enge Kontaktperson im Sinne von § 3 Absatz 1 Nummer 3 oder § 4 Absatz 1 Nummer 3 sind, und
5. Personen nach § 3 Absatz 1 Nummer 6 bis 8 und § 4 Absatz 1 Nummer 4, die im Ausland tätig sind, und ihre mitausgereisten Familienangehörigen.

(2) Die in § 6 Absatz 1 Satz 1 genannten Leistungserbringer haben den vorhandenen Impfstoff so zu 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 Impfkommision beim Robert Koch-Institut und der epidemiologischen Situation vor Ort bestimmte Anspruchsberechtigte vorrangig berücksichtigt werden. Sofern Impfstoffe von der Ständigen Impfkommision beim Robert Koch-Institut für bestimmte Personengruppen empfohlen werden, sollen diese Personengruppen vorrangig mit diesen Impfstoffen versorgt werden.

(3) Von der Reihenfolge nach Absatz 2 Satz 1 kann abgewichen werden, wenn dies für eine effiziente Organisation der Schutzimpfungen oder eine zeitnahe Verwendung vorhandener Impfstoffe notwendig ist, insbesondere um einen Verwurf von Impfstoffen zu vermeiden. Von der Reihenfolge nach Absatz 2 Satz 1 kann zudem abgewichen werden, um eine dynamische Ausbreitung des Coronavirus SARS-CoV-2 aus hochbelasteten Grenzregionen sowie in oder aus Gebieten mit besonders hohen Inzidenzen in der Bundesrepublik Deutschland zu verhindern.

(4) 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 Fall 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 der jeweilige Leistungserbringer nach § 6 Absatz 1 Satz 1.

§ 2

Schutzimpfungen mit höchster Priorität

(1) Folgende Personen haben mit höchster Priorität Anspruch auf Schutzimpfung:

1. Personen, die das 80. Lebensjahr vollendet haben,
2. Personen, die in stationären oder teilstationären Einrichtungen sowie in ambulant betreuten Wohngruppen zur Behandlung, Betreuung oder Pflege älterer oder pflegebedürftiger Menschen behandelt, betreut oder gepflegt werden oder tätig sind,
3. Personen, die im Rahmen ambulanter Dienste regelmäßig ältere oder pflegebedürftige Menschen behandeln, betreuen oder pflegen, sowie Personen, die im Rahmen der ambulanten Pflege Begutachtungs- oder Prüftätigkeiten ausüben,

4. Personen, die regelmäßig Schutzimpfungen gegen das Coronavirus SARS-CoV-2 durchführen oder 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 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 oder im Rahmen der Behandlung schwer immunsupprimierter Patienten.

(2) Personen nach Absatz 1 Nummer 1 können getrennt nach Geburtsjahrgängen, beginnend mit den ältesten Jahrgängen, zeitversetzt zur Schutzimpfung eingeladen werden.

§ 3

Schutzimpfungen mit hoher Priorität

(1) Folgende Personen haben mit hoher Priorität Anspruch auf Schutzimpfung:

1. Personen, die das 70. Lebensjahr vollendet haben,
2. folgende 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 oder einer Conterganschädigung,
 - b) Personen nach Organtransplantation,
 - c) Personen mit einer Demenz oder mit einer geistigen Behinderung oder mit schwerer psychiatrischer Erkrankung, insbesondere bipolare Störung, Schizophrenie oder schwere Depression,
 - d) Personen mit behandlungsbedürftigen Krebserkrankungen,
 - e) Personen mit interstitieller Lungenerkrankung, COPD, Mukoviszidose oder einer anderen, ähnlich schweren chronischen Lungenerkrankung,
 - f) Personen mit Muskeldystrophien oder vergleichbaren neuromuskulären Erkrankungen,
 - g) Personen mit Diabetes mellitus mit Komplikationen,
 - h) Personen mit Leberzirrhose oder einer anderen chronischen Lebererkrankung,
 - i) Personen mit chronischer Nierenerkrankung,
 - j) Personen mit Adipositas (Personen mit Body-Mass-Index über 40),
 - k) Personen, bei denen nach individueller ärztlicher Beurteilung aufgrund besonderer Umstände im Einzelfall ein sehr hohes oder hohes Risiko für einen schweren oder

tödlichen Krankheitsverlauf nach einer Infektion mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 besteht,

3. bis zu zwei enge Kontaktpersonen
 - a) von einer nicht in einer Einrichtung befindlichen pflegebedürftigen Person nach den Nummern 1 und 2 und nach § 2 Absatz 1 Nummer 1, die von dieser Person oder von einer sie vertretenden Person bestimmt werden,
 - b) von einer schwangeren Person, die von dieser Person oder von einer sie vertretenden Person bestimmt werden,
4. Personen, die in stationären oder teilstationären Einrichtungen zur Behandlung, Betreuung oder Pflege geistig oder psychisch behinderter Menschen tätig sind oder im Rahmen ambulanter Dienste regelmäßig geistig oder psychisch behinderte Menschen behandeln, betreuen oder pflegen,
5. Personen, die in Bereichen medizinischer Einrichtungen oder im Rahmen der Ausübung eines Heilberufes 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 Personen, die regelmäßig zum Zwecke der Diagnostik des Coronavirus SARS-CoV-2 Körpermaterial entnehmen,
6. Polizei- und Einsatzkräfte, die in Ausübung ihrer Tätigkeit zur Sicherstellung der öffentlichen Ordnung, insbesondere bei Demonstrationen, einem hohen Infektionsrisiko ausgesetzt sind, sowie Soldatinnen und Soldaten, die bei Einsätzen im Ausland einem hohen Infektionsrisiko ausgesetzt sind,
7. Personen, die in Auslandsvertretungen der Bundesrepublik Deutschland oder für das Deutsche Archäologische Institut an Dienstorten mit unzureichender gesundheitlicher Versorgung tätig und infolgedessen einem hohen Infektionsrisiko ausgesetzt sind,
8. Personen, die im Ausland für deutsche politische Stiftungen oder Organisationen und Einrichtungen mit Sitz in der Bundesrepublik Deutschland in den Bereichen Krisenprävention, Stabilisierung, Konfliktnachsorge, Entwicklungszusammenarbeit oder auswärtige Kultur- und Bildungspolitik oder als deutsche Staatsangehörige in internationalen Organisationen an Orten mit unzureichender gesundheitlicher Versorgung tätig und infolgedessen einem hohen Infektionsrisiko ausgesetzt sind,
9. Personen, die in Kinderbetreuungseinrichtungen, in der Kindertagespflege, in Grundschulen, Sonderschulen oder Förderschulen tätig sind,
10. Personen, die im öffentlichen Gesundheitsdienst oder in besonders relevanter Position zur Aufrechterhaltung der Krankenhausinfrastruktur tätig sind,
11. Personen, die in Einrichtungen nach § 36 Absatz 1 Nummer 3 oder Nummer 4 des Infektionsschutzgesetzes oder in sonstigen Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe oder in Frauenhäusern untergebracht oder tätig sind,
12. Personen, die im Rahmen der nach Landesrecht anerkannten Angebote zur Unterstützung im Alltag im Sinne des § 45a des Elften Buches Sozialgesetzbuch regelmäßig bei älteren oder pflegebedürftigen Menschen tätig sind.

(2) Für Personen nach Absatz 1 Nummer 1 gilt § 2 Absatz 2 entsprechend.

Schutzimpfungen mit erhöhter Priorität

(1) Folgende Personen haben mit erhöhter Priorität Anspruch auf Schutzimpfung:

1. Personen, die das 60. Lebensjahr vollendet haben,
2. folgende 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 behandlungsfreien in Remission befindlichen Krebserkrankungen,
 - b) Personen mit Immundefizienz oder HIV-Infektion, Autoimmunerkrankungen oder rheumatologische Erkrankungen,
 - c) Personen mit einer Herzinsuffizienz, Arrhythmie, einem Vorhofflimmern, einer koronaren Herzkrankheit oder arterieller Hypertonie,
 - d) Personen mit zerebrovaskulären Erkrankungen, Apoplex oder einer anderen chronischen neurologischen Erkrankung,
 - e) Personen mit Asthma bronchiale,
 - f) Personen mit chronisch entzündlicher Darmerkrankung,
 - g) Personen mit Diabetes mellitus ohne Komplikationen,
 - h) Personen mit Adipositas (Personen mit Body-Mass-Index über 30),
 - i) Personen, bei denen nach individueller ärztlicher Beurteilung aufgrund besonderer Umstände im Einzelfall ein erhöhtes Risiko für einen schweren oder tödlichen Krankheitsverlauf nach einer Infektion mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 besteht,
3. bis zu zwei enge Kontaktpersonen von einer nicht in einer Einrichtung befindlichen pflegebedürftigen Person nach den Nummern 1 und 2, die von dieser Person oder von einer sie vertretenden Person bestimmt werden,
4. Personen,
 - a) die Mitglieder von Verfassungsorganen sind,
 - b) die in besonders relevanter Position in den Verfassungsorganen, in den Regierungen und Verwaltungen, bei der Bundeswehr, bei der Polizei, beim Zoll, bei der Feuerwehr, beim Katastrophenschutz einschließlich des Technischen Hilfswerks, in der Justiz und Rechtspflege tätig sind,
 - c) die in besonders relevanter Position im Ausland bei den deutschen Auslandsvertretungen, für deutsche politische Stiftungen oder Organisationen und Einrichtungen mit Sitz in der Bundesrepublik Deutschland in den Bereichen Krisenprävention, Stabilisierung, Konfliktnachsorge, Entwicklungszusammenarbeit oder auswärtige Kultur- und Bildungspolitik oder als deutsche Staatsangehörige in internationalen Organisationen tätig sind, oder
 - d) die als Wahlhelfer tätig sind,

5. Personen, die in besonders relevanter Position in weiteren Einrichtungen und Unternehmen der Kritischen Infrastruktur tätig sind, insbesondere im Apothekenwesen, in der Pharmawirtschaft, im Bestattungswesen, in der Ernährungswirtschaft, in der Wasser- und Energieversorgung, in der Abwasserentsorgung und Abfallwirtschaft, im Transport- und Verkehrswesen sowie in der Informationstechnik und im Telekommunikationswesen,
 6. Personen, die in Bereichen medizinischer Einrichtungen mit niedrigem Expositionsrisiko in Bezug auf das Coronavirus SARS-CoV-2 tätig sind, insbesondere in Laboren, und Personal, das keine Patientinnen oder Patienten betreut,
 7. Personen, die im Lebensmitteleinzelhandel tätig sind,
 8. Personen, die in Einrichtungen und Diensten der Kinder- und Jugendhilfe und in Schulen, die nicht von § 3 Absatz 1 Nummer 9 erfasst sind, tätig sind,
 9. sonstige Personen, bei denen aufgrund ihrer Arbeits- oder Lebensumstände ein deutlich erhöhtes Risiko einer Infektion mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 besteht.
- (2) Für Personen nach Absatz 1 Nummer 1 gilt § 2 Absatz 2 entsprechend.

§ 5

Folge- und Auffrischimpfungen

(1) § 1 Absatz 2 bis 4 und die §§ 2 bis 4 gelten entsprechend für Folge- und Auffrischimpfungen, die für ein vollständiges Impfschema im Rahmen der Empfehlung der Ständigen Impfkommission beim Robert Koch-Institut vorgesehen sind. Folge- und Auffrischimpfungen müssen mit dem gleichen Impfstoff erfolgen wie die Erstimpfung.

(2) Der von der Ständigen Impfkommission beim Robert Koch-Institut empfohlene Abstand zwischen Erst- und Folgeimpfung beim mRNA-Impfstoff Comirnaty von BioNTech von sechs Wochen, beim mRNA-Impfstoff COVID-19-Vaccine von Moderna von sechs Wochen und beim Vektorviren-Impfstoff Vaxzevria von AstraZeneca von zwölf Wochen soll eingehalten werden. Am 8. März 2021 bereits vereinbarte oder noch in Vereinbarung befindliche Termine für die Zweitimpfung bleiben davon unberührt. Letzteres gilt auch für Termine, die bis zur technischen Umstellung der Terminvergabesysteme vereinbart werden.

(3) Wird der empfohlene Abstand im Einzelfall aus wichtigem Grund überschritten, soll das Impfschema auf Grundlage der Empfehlungen der Ständigen Impfkommission beim Robert Koch-Institut fortgesetzt werden. Das Ziel der Vervollständigung der Impfserie bei Personen, die bereits eine Erstimpfung erhalten haben, ist im Hinblick auf den Beginn der Schutzimpfung weiterer Personen, die noch keine Schutzimpfung erhalten haben, angemessen zu berücksichtigen.

§ 6

Leistungserbringung

- (1) Leistungen nach § 1 Absatz 1 und 4 werden erbracht
1. durch Impfzentren und durch mobile Impfteams, die einem bestimmten Impfzentrum angegliedert sind,

2. durch Arztpraxen, die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, und
3. durch die als an einem bestimmten Impfzentrum angegliedert geltende
 - a) beauftragte Fachärzte für Arbeitsmedizin und Ärzte mit der Zusatzbezeichnung „Betriebsmedizin“ (Betriebsärzte),
 - b) beauftragte überbetriebliche Dienste von Betriebsärzten und
 - c) beauftragte Arztpraxen, die nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen.

Die Impfzentren werden von den Ländern oder im Auftrag der Länder errichtet und betrieben. Der Bund kann zur Durchführung von Schutzimpfungen bei den Mitgliedern der Verfassungsorgane des Bundes und bei den Beschäftigten des Bundes, insbesondere bei Personen, die als Funktionsträger in relevanter Position tätig sind, eigene Impfzentren betreiben. Solange der Bund keine eigenen Impfzentren betreibt, werden Leistungen für die in Satz 3 genannten Anspruchsberechtigten durch die Leistungserbringer nach § 6 Absatz 1 Satz 1 erbracht. Leistungserbringer nach Satz 1 Nummer 2 erhalten die Impfstoffe und das Impfbesteck- und zubehör unentgeltlich über Apotheken. Leistungserbringer nach Satz 1 Nummer 3 gelten als beauftragt, sobald ihnen vom Bund oder einem Land Impfstoff zur Verfügung gestellt wird.

(2) Die obersten Landesgesundheitsbehörden und die von ihnen bestimmten Stellen bestimmen für die Länder und das Bundesministerium für Gesundheit bestimmt für den Bund im Rahmen ihrer Zuständigkeit das Nähere zur Organisation der Erbringung der Schutzimpfungen. Sie bestimmen insbesondere das Nähere

1. zum Verfahren nach § 1 Absatz 2 Satz 2 und Absatz 3,
2. zur Angliederung der Leistungserbringer nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 an ein Impfzentrum, und
3. zur Terminvergabe der Leistungserbringer nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 1.

Die Länder und der Bund sowie die Länder untereinander stimmen sich hinsichtlich der Organisation der Erbringung der Schutzimpfungen in geeigneter Weise ab.

(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 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. Die zuständigen Stellen können auch hinsichtlich der Organisation der Leistungserbringung durch Leistungserbringer nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 und 3 mit den Kassenärztlichen Vereinigungen zusammenarbeiten und mit ihnen hierüber Vereinbarungen schließen.

(4) Zum Nachweis der Anspruchsberechtigung und zur Prüfung der Priorisierung nach § 1 Absatz 2 haben die anspruchsberechtigten Personen vor der Schutzimpfung gegenüber dem Leistungserbringer nach Absatz 1 Satz 1 vorzulegen:

1. Personen, die nicht in einer in den §§ 2 bis 4 genannten Einrichtung oder in einem in den §§ 2 bis 4 genannten Unternehmen behandelt, gepflegt oder betreut werden:

- a) ihren Personalausweis oder einen anderen Lichtbildausweis, aus dem der Wohnort oder der gewöhnliche Aufenthaltsort hervorgeht, und
 - b) Personen, die ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthaltsort nicht in der Bundesrepublik Deutschland haben, eine Bescheinigung über ihre gesetzliche oder private Krankenversicherung in der Bundesrepublik Deutschland, sowie
2. 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,
 3. die in § 3 Absatz 1 Nummer 2 Buchstabe a bis j und § 4 Absatz 1 Nummer 2 Buchstabe a bis h 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 besteht, ein ärztliches Zeugnis nach Absatz 5 über das Vorliegen der in § 3 Absatz 1 Nummer 2 Buchstabe a bis j und § 4 Absatz 1 Nummer 2 Buchstabe a bis h genannten Erkrankung oder,
 4. die in § 3 Absatz 1 Nummer 2 Buchstabe k und § 4 Absatz 1 Nummer 2 Buchstabe i genannten Personen, ein ärztliches Zeugnis nach Absatz 6 über das Vorliegen eines sehr hohen, hohen oder erhöhten Risikos für einen schweren oder tödlichen Krankheitsverlauf nach einer Infektion mit dem Coronavirus SARS-CoV-2, oder
 5. enge Kontaktpersonen im Sinne von § 3 Absatz 1 Nummer 3 oder § 4 Absatz 1 Nummer 3 eine Bestätigung der in § 3 Absatz 1 Nummer 3 oder in § 4 Absatz 1 Nummer 3 genannten Person oder der sie vertretenden Person.

Die Vorlage eines ärztlichen Zeugnisses nach Satz 1 Nummer 3 ist nicht erforderlich, sofern die Schutzimpfung durch eine Arztpraxis erbracht wird, in der die in § 3 Absatz 1 Nummer 2 Buchstabe a bis j und § 4 Absatz 1 Nummer 2 Buchstabe a bis h genannte Person in Behandlung ist. Die Arztpraxis hat das Vorliegen einer Erkrankung nach § 3 Absatz 1 Nummer 2 Buchstabe a bis j und § 4 Absatz 1 Nummer 2 Buchstabe a bis h vor der Durchführung der Schutzimpfung festzustellen.

(5) Die in § 3 Absatz 1 Nummer 2 Buchstabe a bis j und § 4 Absatz 1 Nummer 2 Buchstabe a bis h genannten Personen haben Anspruch auf Ausstellung eines ärztlichen Zeugnisses nach Absatz 4 Satz 1 Nummer 3. 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 ärztlichen Zeugnisses nach Absatz 4 Satz 1 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.

(6) Zur Ausstellung des ärztlichen Zeugnisses über das Vorliegen eines sehr hohen, hohen oder erhöhten Risikos für einen schweren oder tödlichen Krankheitsverlauf nach einer Infektion mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 bei Personen nach § 3 Absatz 1 Nummer 2 Buchstabe k sowie Personen nach § 4 Absatz 1 Nummer 2 Buchstabe i sind ausschließlich die Einrichtungen berechtigt, die von den obersten Landesgesundheitsbehörden oder den von ihnen bestimmten Stellen mit der Wahrnehmung dieser Aufgabe beauftragt wurden.

(7) Die Krankenkassen und die privaten Krankenversicherungsunternehmen können

1. anhand der bei ihnen gespeicherten Daten die bei ihnen versicherten Personen ermitteln, bei denen im Rahmen der Abrechnung ambulanter ärztlicher und stationärer Leistungen von den Leistungserbringern seit dem 1. Juli 2019 eine oder mehrere der in §

3 Absatz 1 Nummer 2 Buchstabe a bis j oder § 4 Absatz 1 Nummer 2 Buchstabe a bis h genannten Erkrankungen dokumentiert wurde oder wurden und somit ein möglicher Anspruch auf eine priorisierte Schutzimpfung nach §§ 3 oder 4 vorliegt, und

2. die ermittelten Versicherten mit von den Ländern bereitgestellten Informationen zur Inanspruchnahme der Schutzimpfung gegen das Coronavirus SARS-CoV-2 versichertenbezogen darüber informieren, dass sie möglicherweise zu einer Priorisierungsstufe nach § 3 oder § 4 gehören.

Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen bestimmt bis zum 18. März 2021 das Nähere zur Ermittlung der Versicherten. Er erstellt eine Zuordnung der Diagnoseschlüssel aus der Abrechnung ambulanter ärztlicher und stationärer Leistungen zu den in § 3 Absatz 1 Nummer 2 Buchstabe a bis j und § 4 Absatz 1 Nummer 2 Buchstabe a bis h genannten Erkrankungen. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen informiert den Verband der Privaten Krankenversicherung über die getroffenen Bestimmungen zur Ermittlung der Versicherten. Die oberste Landesgesundheitsbehörde kann bestimmen, dass die versichertenbezogene Information als ärztliches Zeugnis nach Absatz 4 Satz 1 Nummer 3 gilt. Macht die oberste Landesgesundheitsbehörde von ihrer Befugnis nach Satz 5 Gebrauch, teilt sie dies dem Landesverband der Krankenkassen und der Ersatzkassen, dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen, dem Verband der Privaten Krankenversicherung sowie der Kassenärztlichen Vereinigung unverzüglich mit. Ist die Mitteilung erfolgt, muss in der versichertenbezogenen Information der Krankenkassen und der privaten Krankenversicherungsunternehmen darauf hingewiesen werden, dass die versichertenbezogene Information als ärztliches Zeugnis nach Absatz 4 Satz 1 Nummer 3 gilt.

§ 7

Impfsurveillance

(1) Die in § 6 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 und 3 genannten Leistungserbringer oder die durch Landesrecht bestimmte Stelle 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, oder des Leistungserbringers nach § 6 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 oder 3,
6. Datum der Schutzimpfung,
7. Beginn oder Abschluss der Impfserie (Erst- oder Folgeimpfung),
8. impfstoffspezifische Dokumentationsnummer (Impfstoff-Produkt oder Handelsname),
9. Chargennummer,
10. Grundlage der Priorisierung nach den §§ 2 bis 4.

Die in § 6 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 genannten Leistungserbringer haben täglich in aggregierter Form nur die in Satz 1 Nummer 5 bis 8 genannten Angaben sowie Angaben zur

Zugehörigkeit zur Altersgruppe über 60 Jahre (aufgegliedert nach Erst- und Folgeimpfung) nach dem Verfahren nach Absatz 3 an das Robert Koch-Institut zu übermitteln. Das Robert Koch-Institut bestimmt nach § 13 Absatz 5 Satz 4 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 Satz 1 Nummer 1.

(2) Für die Datenübermittlung nach Absatz 1 Satz 1 ist das elektronische Melde- und Informationssystem nach § 14 des Infektionsschutzgesetzes zu nutzen.

(3) Für die Datenübermittlung nach Absatz 1 Satz 2 ist das elektronische Meldesystem der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zur Übermittlung an die zuständige Kassenärztliche Vereinigung zu nutzen; die Übermittlung der Daten durch die Kassenärztlichen Vereinigungen erfolgt an die Kassenärztliche Bundesvereinigung und an das jeweilige Land. Die von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zusammengeführten Daten der Kassenärztlichen Vereinigungen werden von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung an das Robert Koch-Institut und das Paul-Ehrlich-Institut elektronisch übermittelt

(4) 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.

(5) Die in § 6 Absatz 1 Nummer 2 genannten Leistungserbringer übermitteln die Daten nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 bis 10 unbeschadet des Absatzes 1 Satz 2 an die Kassenärztliche Vereinigung, in deren Bezirk der Leistungserbringer seinen Sitz hat, monatlich oder quartalsweise im zeitlichen Zusammenhang mit der Abrechnung nach § 9 Absatz 5. Die Kassenärztlichen Vereinigungen übermitteln diese Daten im Rahmen der Impfsurveillance gemäß § 13 Absatz 5 des Infektionsschutzgesetzes für ab dem 1. April 2021 durchgeführte Schutzimpfungen an das Robert Koch-Institut. Absatz 1 Satz 3 und Absatz 4 gelten entsprechend.

§ 8

Terminvergabe

(1) Die Kassenärztliche Bundesvereinigung entwickelt und betreibt ein standardisiertes Modul zur telefonischen und digitalen Vereinbarung von Terminen in den Impfzentren, 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 Terminalsuchenden zu verarbeiten und insbesondere an die zuständigen Callcenter und Impfzentren zu übermitteln. Die zuständigen Callcenter und Impfzentren dürfen auf das Modul nach Satz 1 zugreifen, um die Daten der Terminalsuchenden 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 ärztlicher Leistungen

(1) Die Vergütung der in § 6 Absatz 1 Satz 1 genannten Arztpraxen für die Leistungen nach § 1 Absatz 4 beträgt je Anspruchsberechtigten und je Impfung 20 Euro. Eine Vergütung setzt neben der Erbringung der in § 1 Absatz 4 genannten Leistungen auch die Erfüllung der Verpflichtung zur Teilnahme an der Impfsurveillance nach § 7 Absatz 1 und 5 voraus. Sofern das Aufsuchen einer Person für die Impfung notwendig ist, werden zuzüglich 35 Euro vergütet; für das Aufsuchen jeder weiteren Person in derselben sozialen Gemeinschaft oder Einrichtung werden zuzüglich jeweils weitere 15 Euro vergütet. Eine Abrechnung von Vergütungen nach Satz 1 oder Satz 3 neben der Vergütung nach Absatz 2 ist ausgeschlossen.

(2) Die Vergütung der in § 6 Absatz 1 Satz 1 genannten Arztpraxen für eine abschließliche Impfberatung zum Coronavirus SARS-CoV-2 ohne nachfolgende Schutzimpfung beträgt je Anspruchsberechtigten einmalig 10 Euro. Die Impfberatung kann auch telefonisch oder im Rahmen eines Videosprechstundenkontaktes erfolgen. Eine Abrechnung von Vergütungen nach Satz 1 neben der Vergütung nach Absatz 1 Satz 1 oder Satz 3 ist ausgeschlossen.

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

(4) Die Vergütung der beauftragten Betriebsärzte und der beauftragten überbetrieblichen Dienste von Betriebsärzten für die Leistungen nach § 1 Absatz 4 erfolgt entsprechend Absatz 1 Satz 1. Eine Vergütung setzt neben der Erbringung der in § 1 Absatz 4 genannten Leistungen auch die Erfüllung der Verpflichtung zur Teilnahme an der Impfsurveillance nach § 7 Absatz 1 voraus. Ein Vergütungsanspruch eines Betriebsarztes besteht nicht, wenn der Betriebsarzt die Leistungen nach § 1 Absatz 4 im Rahmen eines Beschäftigungsverhältnisses in einem Betrieb oder im Rahmen einer Tätigkeit für einen überbetrieblichen Dienst von Betriebsärzten erbringt. Ein Vergütungsanspruch eines überbetrieblichen Dienstes besteht nicht, soweit ihm Leistungen im Sinne des § 1 Absatz 4 bereits anderweitig im Wege seiner Beauftragung durch ein Unternehmen vergütet werden.

(5) Die in den Absätzen 1 bis 4 genannten Leistungserbringer rechnen die Leistungen nach den Absätzen 1 bis 4 monatlich oder quartalsweise bis spätestens zum Ende des dritten auf den Abrechnungszeitraum folgenden Monats mit der Kassenärztlichen Vereinigung ab, in deren Bezirk der Leistungserbringer seinen Sitz hat. Die für die Abrechnung zu übermittelnden Angaben dürfen keinen Bezug zu der Person aufweisen, für die die Leistungen erbracht worden sind. Vertragsärztliche Leistungserbringer nutzen für die Abrechnung der Leistung den Abrechnungsweg über den Datensatz KVDT. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung legt mit Wirkung vom 1. April 2021 hierzu das Nähere einschließlich des jeweiligen Verwaltungskostenersatzes fest.

(6) Die in den Absätzen 1 bis 4 genannten Leistungserbringer und die Kassenärztlichen Vereinigungen sind verpflichtet, die von ihnen nach § 6 Absatz 4 Satz 1 Nummer 3 in

Verbindung mit Absatz 5 sowie nach den Absätzen 1, 2 und 4 erbrachten Leistungen zu dokumentieren und die nach Absatz 5 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. Umfasst sind auch die notwendigen Kosten für die Ausstellung eines ärztlichen Zeugnisses nach § 6 Absatz 6.

(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,
7. weitere Kosten, soweit diese bereits aufgrund eines Gesetzes vergütet oder erstattet werden und
8. Kosten von Leistungen, die nach § 9 abgerechnet und vergütet werden.

(4) Die in § 6 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 und 3 genannten Leistungserbringer sind verpflichtet, die für die Erstattung nach Absatz 1 Satz 1 rechnungsbegründenden Unterlagen bis zum 31. Dezember 2024 unverändert zu speichern oder aufzubewahren.

Großhandelsvergütung für Impfstoffe

(1) Für den im Zusammenhang mit der Abgabe von Impfstoffen durch den Großhandel an Apotheken entstehenden Aufwand, insbesondere für den Transport, die Konfektionierung und die Organisation, erhält der Großhändler für den Zeitraum vom 1. April 2021 bis zum Ablauf des 9. Mai 2021 eine Vergütung je abgegebene kühlpflichtige Durchstechflasche in Höhe von 9,65 Euro zuzüglich Umsatzsteuer und je abgegebene ultra- oder tiefkühlpflichtige Durchstechflasche in Höhe von 11,55 Euro zuzüglich Umsatzsteuer. Ab dem 10. Mai 2021 erhält der Großhändler je an die Apotheke abgegebene Durchstechflasche des Impfstoffes eine Vergütung in Höhe von 6,55 Euro zuzüglich Umsatzsteuer.

(2) Für die Abgabe von durch den Großhändler selbst beschafftem Impfbestock und -zubehör an Apotheken erhält der Großhändler zusätzlich eine Vergütung in Höhe von 1,65 Euro zuzüglich Umsatzsteuer je abgegebene Durchstechflasche.

(3) Die Vergütung nach Absatz 1 wird von den Apotheken unter Angabe der BUND-Pharmazentralnummer für den Großhandel nach § 13 abgerechnet.

(4) Der Bundesverband des pharmazeutischen Großhandels e. V. hat dem Bundesministerium für Gesundheit bis zum 15. Juni 2021 eine Aufstellung der tatsächlichen Aufwände nach den Absätzen 1 und 2 zu übermitteln. Die Vergütung nach den Absätzen 1 und 2 kann aufgrund der Aufstellung angepasst werden.

Apothekenvergütung für Impfstoffe

Für den den Apotheken im Zusammenhang mit der Abgabe von Impfstoff an die in § 6 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 genannten Leistungserbringer entstehenden Aufwand, insbesondere für die Organisation und die bedarfsgerechte Bereitstellung, erhalten die Apotheken eine Vergütung je abgegebene Durchstechflasche in Höhe von 6,58 Euro zuzüglich Umsatzsteuer. Die Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände e. V. hat dem Bundesministerium für Gesundheit bis zum 17. Mai 2021 eine Aufstellung des tatsächlichen Aufwandes nach Satz 1 zu übermitteln. Die Vergütung kann aufgrund der Aufstellung angepasst werden.

Abrechnung der Großhandels- und Apothekenvergütung durch die Apotheken

(1) Die Apotheken rechnen monatlich spätestens bis zum Ende des dritten auf den Abrechnungszeitraum folgenden Monats die sich nach den §§ 11 und 12 ergebende Vergütung unter Angabe der BUND-Pharmazentralnummer mit dem jeweiligen Rechenzentrum im Sinne von § 300 Absatz 2 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch ab. Sie leiten die an sie ausgezahlte Vergütung nach § 11 an den Großhandel weiter.

(2) Der Großhandel und die Apotheken sind verpflichtet, die für den Nachweis der korrekten Abrechnung erforderlichen rechnungsbegründenden Unterlagen bis zum 31. Dezember 2024 unverändert zu speichern oder aufzubewahren. Die Rechenzentren sind verpflichtet, die ihnen nach Absatz 1 Satz 1 übermittelten Angaben und die von ihnen nach § 14 Absatz 2 Satz 1 Nummer 2 übermittelten Angaben bis zum 31. Dezember 2024 unverändert zu speichern oder aufzubewahren.

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 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) An das Bundesamt für Soziale Sicherung übermittelt:

1. jede Kassenärztliche Vereinigung monatlich oder quartalsweise den Betrag, der sich aus der Abrechnung nach § 9 Absatz 5 Satz 1 in Verbindung mit § 9 Absatz 1 bis 4 jeweils ergibt und
2. jedes Rechenzentrum im Sinne von § 300 Absatz 2 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch monatlich den sich für die Apotheken, die das Rechenzentrum in Anspruch nehmen, ergebenden Gesamtbetrag der Abrechnungen nach § 13 Absatz 1 Satz 1.

Sachliche oder rechnerische Fehler in den nach Satz 1 übermittelten Beträgen sind durch die jeweilige Kassenärztliche Vereinigung und durch das jeweilige Rechenzentrum in der nächsten Übermittlung zu berichtigen. Das Bundesamt für Soziale Sicherung zahlt aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds die nach Satz 1 Nummer 1 übermittelten Beträge an die jeweilige Kassenärztliche Vereinigung und die nach Satz 1 Nummer 2 übermittelten Beträge an das jeweilige Rechenzentrum. Die Rechenzentren leiten den sich aus der Abrechnung nach § 13 Absatz 1 Satz 1 ergebenden Betrag an die Apotheken weiter.

(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.

(7) Jede Kassenärztliche Vereinigung übermittelt dem Bundesministerium für Gesundheit monatlich für jeden Kalendermonat die Anzahl der Schutzimpfungen.

(8) Die durch die Kassenärztlichen Vereinigungen gemäß § 11 Absatz 2 Satz 1 der Coronavirus-Impfverordnung vom 18. Dezember 2020 (BAnz AT 21.12.2020 V3) und gemäß § 11 Absatz 2 Satz 1 der Coronavirus-Impfverordnung vom 8. Februar 2021 (BAnz AT 08.02.2021 V1) übermittelten Beträge werden durch das Bundesamt für Soziale Sicherung aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds an die Kassenärztlichen Vereinigungen ausgezahlt, soweit die Zahlung noch nicht erfolgt ist. Für die nach Satz 1 übermittelten Beträge gilt § 11 Absatz 2 Satz 2 der Coronavirus-Impfverordnung vom 8. Februar 2021 (BAnz AT 08.02.2021 V1) entsprechend.

§ 15

Verfahren für die Finanzierung aus Bundesmitteln

Das Bundesamt für Soziale Sicherung übermittelt dem Bundesministerium für Gesundheit unverzüglich nach der Vornahme von Zahlungen nach § 14 Absatz 2 Satz 3 eine Aufstellung der an die Kassenärztlichen Vereinigungen gezahlten Beträge und der an die Rechenzentren gezahlten Beträge. Der Bund erstattet die Beträge an die Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds innerhalb von einer Woche nach der Übermittlung der Aufstellung nach Satz 1.

§ 16

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 § 14 Absatz 4 Satz 1 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.

§ 17

Datenübermittlung zu Lagerbeständen

Auf Anforderung des Paul-Ehrlich-Instituts haben Arzneimittelgroßhandlungen zur Abwendung von versorgungsrelevanten Lieferengpässen der Impfstoffe Daten zum Bezug, zur Abgabe und zu verfügbaren Beständen mitzuteilen.

§ 18

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.

§ 19

Übergangsvorschriften

Vereinbarungen nach § 6 Absatz 3 Satz 1 der Coronavirus-Impfverordnung vom 18. Dezember 2020 (BAnz AT 21.12.2020 V3), nach § 6 Absatz 3 Satz 1 Coronavirus-Impfverordnung vom 8. Februar 2021 (BAnz AT 08.02.2021 V1) und nach § 6 Absatz 3 Satz 1 der Coronavirus-Impfverordnung vom 10. März 2021 (BAnz AT 11.03.2021 V1) gelten fort. Arztpraxen, die auf Grundlage der Coronavirus-Impfverordnung vom 18. Dezember 2020 (BAnz AT 21.12.2020 V3), vom 8. Februar 2021 (BAnz AT 08.02.2021 V1) und vom 10. März 2021 (BAnz AT 11.03.2021 V1) mit der Leistungserbringung beauftragt worden sind, können Leistungen nach § 1 Absatz 1 und 4 weiterhin als beauftragte Arztpraxen auf Basis der bisher geltenden Regelungen erbringen.

§ 20

Inkrafttreten, Außerkrafttreten

Diese Verordnung tritt am 1. April 2021 in Kraft; sie tritt nach § 20i Absatz 3 Satz 15 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch und § 5 Absatz 4 Satz 1 des Infektionsschutzgesetzes außer Kraft. Die Coronavirus-Impfverordnung vom 10. März 2021 (BAnz AT 11.03.2021 V1) tritt mit Ablauf des 31. März 2021 außer Kraft.

Begründung

A. Allgemeiner Teil

I. Zielsetzung und Notwendigkeit der Regelungen

Mit der Coronavirus-Impfverordnung (CoronalmpfV) hat das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) auf Grundlage der Verordnungsermächtigungen in § 20i Absatz 3 Satz 2 Nummer 1 Buchstabe a und Nummer 2, Satz 3, 7, 8, 10, 11 und 12 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) sowie des § 5 Absatz 2 Satz 1 Nummer 4 Buchstabe c und f in Verbindung mit Absatz 3 Satz 3 des Infektionsschutzgesetzes (IfSG) bestimmt, dass für einen bestimmten Personenkreis ein Anspruch auf Schutzimpfungen gegen das Coronavirus SARS-CoV-2 besteht und die notwendigen Regelungen zur Priorisierung von bestimmten Personen getroffen: Ein Anspruch auf eine Schutzimpfung gegen das Coronavirus 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 diese Schutzimpfung, die in zentralen Bereichen der Daseinsvorsorge und für die Aufrechterhaltung zentraler staatlicher Funktionen eine Schlüsselstellung besitzen. Die anfängliche begrenzte Verfügbarkeit der Impfstoffe gegen das Coronavirus SARS-CoV-2 erfordert auch weiterhin Auswahlentscheidungen darüber, welche Personengruppen mit welcher Priorität geimpft werden sollen. Durch die immer besser werdende Verfügbarkeit der Impfstoffe ist es möglich, nunmehr auch Arztpraxen stärker einzubeziehen und im Weiteren auch Betriebsärztinnen und Betriebsärzte mit der Durchführung der Schutzimpfungen zu beauftragen. Die Impfstoffe können in allen Altersgruppen eingesetzt werden, für die sie zugelassen sind.

II. Wesentlicher Inhalt des Entwurfs

Die vorliegende Neufassung der CoronalmpfV löst die bisherige CoronalmpfV vom 10. März 2021 ab und entwickelt diese im Lichte der Erfahrungen mit den Coronaschutzimpfungen, der unterschiedlichen zugelassenen Impfstoffe und den Aktualisierungen der STIKO-Empfehlung fort.

Ein Anspruch auf eine Schutzimpfung gegen das Coronavirus SARS-CoV-2 besteht auch weiterhin 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 beruflich einem sehr hohen Expositionsrisiko ausgesetzt sind und jene, die in zentralen Bereichen der Daseinsvorsorge und für die Aufrechterhaltung zentraler staatlicher Funktionen eine Schlüsselstellung besitzen.

Geändert gegenüber der CoronalmpfV vom 10. März 2021 wird insbesondere:

- Als weiterer bedeutender Lieferweg für Arztpraxen, die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, dienen nunmehr auch Apotheken sowie der dazugehörige Großhandel. Hierfür wird eine Vergütung festgelegt. Die Vergütung wird über die Rechenzentren abgerechnet und aus Bundesmitteln refinanziert.

- Die Überwachung der Impfquoten in den Arztpraxen wird sichergestellt.

III. Alternativen

Keine.

IV. Regelungskompetenz

Die Regelungskompetenz ergibt sich aus § 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.

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

Die Verordnung ist mit dem Recht der Europäischen Union und den völkerrechtlichen Verträgen, die die Bundesrepublik Deutschland abgeschlossen hat, 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

Dem Bund entstehen Kosten für ärztliche Leistungen im Zusammenhang mit der Impfung in Arztpraxen sowie durch beauftragte Betriebsärzte. Je eine Million Impfungen in Arztpraxen und bei beauftragten Betriebsärzten entstehen Kosten für den Bund in Höhe von 20 Millionen Euro, sofern die impfende Ärztin oder der impfende Arzt die Verpflichtung zur Teilnahme an der Impfsurveillance erfüllt. Sofern bei einer Million Impfungen beispielsweise 10 Prozent der zu impfenden Personen aufgesucht werden und hiervon wiederum die Hälfte der Personen weitere aufgesuchte Personen in derselben sozialen Gemeinschaft oder Einrichtung sind, entstehen zusätzliche Kosten in Höhe von 2,5 Millionen Euro (50 000 x 35 Euro + 50 000 x 15 Euro) für den Bund.

Hinzu kommen Kosten in nicht quantifizierbarer Höhe für die Vergütung der Ausstellung eines ärztlichen Zeugnisses nach § 6 Absatz 4 Nummer 3 CoronaimpfV in Höhe von bis zu 5,90 Euro im Rahmen der Impfberechtigung sowie für die ärztliche Vergütung der abschließlichen Impfberatung ohne nachfolgende Schutzimpfung in Höhe von 10 Euro. Je

100 000 ausgestellte ärztliche Zeugnisse entsteht eine Kostenbelastung für den Bund in Höhe von bis zu 590 000 Euro, je 100 000 ausschließliche Impfberatungen eine Kostenbelastung von 1 Million Euro. Für den Transport des Impfstoffes durch den Großhandel entstehen Kosten in Höhe von rund 1,2 Millionen bzw. 1,5 Millionen Euro zuzüglich Umsatzsteuer je eine Million Impfungen. Für die Abgabe an Arztpraxen, die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, durch Apotheken entstehen Kosten in Höhe von rund 900 000 Euro zuzüglich Umsatzsteuer je eine Million Impfungen.

Weitere 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 Impfbehör für die Impfzentren und errichten eigenständig Impfzentren.

Gesetzliche und private Krankenversicherung

Die Kostenbelastung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) und der privaten Krankenversicherungsunternehmen 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 beispielsweise auf rund 300 000 Euro je Monat belaufen, ist für die derzeit bestehenden rund 430 Impfzentren mit einer monatlichen Kostenbelastung der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds von rund 60 Millionen Euro und der privaten Krankenversicherungsunternehmen von rund 4,5 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.

4. Erfüllungsaufwand

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 vom 18. November 2020 (BGBl. I S. 2397) entstandenen Erfüllungsaufwand hinaus ergibt sich auch aus dieser CoronaimpfV kein weiterer Erfüllungsaufwand für Bürgerinnen und Bürger.

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. Im Zusammenhang mit der Durchführung der Schutzimpfungen insbesondere für Beschäftigte in Unternehmen kann für die Fachärzte für Arbeitsmedizin und Ärzte mit der Zusatzbezeichnung „Betriebsmedizin“ und deren Arbeitgeber in Abhängigkeit von der Inanspruchnahme der Beauftragung Erfüllungsaufwand in nicht quantifizierbarer Höhe entstehen. Für den Großhandel und die Apotheken entsteht durch die Belieferung und Abgabe der COVID-19-Impfstoffe Erfüllungsaufwand, der durch die jeweils geregelten Vergütungen abgegolten ist.

Erfüllungsaufwand der Verwaltung

Für die Länder entsteht Erfüllungsaufwand für die Datenübermittlung an das 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, der KBV und den Rechenzentren sowie zur Bestimmung der Einzelheiten zum Verfahren der Zahlungen aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds einschließlich der hierfür erforderlichen Datenmeldungen in Höhe von rund 30 000 Euro.

Für das Robert Koch-Institut 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.

Im Hinblick auf die Information der Versicherten durch die gesetzlichen Krankenkassen und die privaten Krankenversicherungsunternehmen (§ 6 Absatz 7 CoronaimpfV) entstehen diesen durch das Identifizieren von Versicherten sowie durch das Drucken und den Versand des Informationsschreibens ein Erfüllungsaufwand in Höhe von 1 Euro je Informationsschreiben. Es ist nach Schätzungen davon auszugehen, dass bis zu 25 Millionen Informationsschreiben von den Krankenkassen und den privaten Krankenversicherungsunternehmen an die Versicherten verschickt werden, wenn alle Krankenkassen und alle privaten Krankenversicherungsunternehmen bundesweit von der Befugnis Gebrauch machen. Im Ergebnis ist mit einem Erfüllungsaufwand von höchstens 25 Millionen Euro zu rechnen.

Dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen entsteht im Zusammenhang mit der Aufgabe, das Nähere zur Ermittlung der betroffenen Versicherten zu bestimmen und dazu eine Zuordnung zwischen den Diagnoseschlüsseln zu den in § 3 Absatz 1 Nummer 2 Buchstabe a bis j und § 4 Absatz 1 Nummer 2 Buchstaben a bis h CoronaimpfV aufgeführten Erkrankungen zu erstellen, ein Erfüllungsaufwand von etwa 12 800 Euro. Dieser Betrag ergibt sich aus den Annahmen, dass insgesamt eine Arbeitszeit von fünf Tagen von drei höher qualifizierten Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern benötigt wird; also etwa 200 Stunden zu einem Stundensatz von 64 Euro.

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 nach § 20i Absatz 3 Satz 13 SGB V außer Kraft.

Die 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.

B. Besonderer Teil

Zu § 1 (Anspruch)

Wie bereits mit der CoronalmpfV vom 8. Februar 2021 und 10. März 2021 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 im Rahmen der Verfügbarkeit der vorhandenen Impfstoffe Anspruch auf Schutzimpfung gegen das Coronavirus SARS-CoV-2 haben (Absatz 1). Dazu kommen Personen, die enge Kontaktperson im Sinne von § 3 Absatz 1 Nummer 3 oder § 4 Absatz 1 Nummer 3 sind und Personen nach § 3 Absatz 1 Nummer 6 bis 8 und § 4 Absatz 1 Nummer 4, die im Ausland tätig sind, und ihre mitausgereisten Familienangehörigen. Hierzu zählen auch nichteheliche Partner.

Der Anspruch gilt auch weiterhin 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. Anspruchsberechtigte ohne Meldeadresse in der Bundesrepublik Deutschland, die insofern keinem Bundesland zugeordnet werden können, können die Schutzimpfung gegen das Coronavirus SARS-CoV-2 in einem Bundesland ihrer Wahl in Anspruch nehmen. Im Übrigen haben Anspruchsberechtigte nicht das Recht, den Ort der Leistungserbringung zu wählen. Darüber hinaus beinhaltet der Anspruch auf Schutzimpfung gegen das Coronavirus SARS-CoV-2 nicht das Recht, den Impfstoff eines bestimmten Herstellers zu wählen.

Aufgrund der weiterhin nur begrenzt zur Verfügung stehenden Impfstoffkapazitäten wird mit Absatz 2 Satz 1 eine Priorisierung der Anspruchsberechtigten festgelegt. Diese basiert im Wesentlichen auf der STIKO-Stellungnahme zur COVID-19-Impfung und der STIKO-Empfehlung einschließlich der Aktualisierungen. Nach Absatz 2 Satz 1 haben die Leistungserbringer nach § 6 Absatz 1 den vorhandenen Impfstoff so zu nutzen, dass die Anspruchsberechtigten in der vorgesehenen Reihenfolge nach den §§ 2, 3 und 4 berücksichtigt werden.

Absatz 2 Satz 2 ermöglicht es zudem weiterhin, 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.

Nach Absatz 2 Satz 3 sollen bestimmte Personengruppen vorrangig mit einem Impfstoff versorgt werden, wenn die STIKO für diese Personengruppe bestimmte Impfstoffe empfohlen hat. Damit ist jedoch ein Ausschluss mit der Versorgung mit anderen Impfstoffen nicht verbunden.

Von der Reihenfolge nach Absatz 2 Satz 1 kann gem. Absatz 3 Satz 1 abgewichen werden, wenn dies für eine effiziente Organisation der Schutzimpfungen und eine zeitnahe Verwendung vorhandener Impfstoffe im Interesse einer beschleunigten Durchimpfung der Bevölkerung sinnvoll ist, auch um einen Verwurf von Impfstoffen zu vermeiden. Von der Reihenfolge nach Absatz 2 Satz 1 kann zudem abgewichen werden, wenn zum Schutz der Bevölkerung und des Landesinneren im Hinblick auf die Bewältigung des Eintrags insbesondere aus hochbelasteten ausländischen Regionen in Grenzgebieten erforderlich ist. Dies gilt auch für inländische Regionen, in denen der Eintrag aus ausländischen Hochinzidenzgebieten (Gebiete mit einer Inzidenz, die ein Mehrfaches über derjenigen von Deutschland

liegt, mindestens aber >200 Fälle/ 100.000/ Einwohner/ 7 Tage) beträgt und eine inländischen Ausbreitung verhindert werden soll. Insofern kann zur Unterbindung von Transmissionsketten und zum Schutz vulnerabler Personengruppen in diesen Regionen von der Priorisierung nach den §§ 2 bis 4 abgewichen werden. Auch unter dieser Maßgabe gilt jedoch, dass soweit wie möglich die Priorisierungsreihenfolge, wie sie die CoronaimpfV vorsieht, eingehalten werden muss.

Der Anspruch umfasst nach Absatz 4 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.

Der Anspruch nach Absatz 1 umfasst darüber hinaus die Ausstellung einer Impfdokumentation nach § 22 des Infektionsschutzgesetzes. Die für die Durchführung der Impfung verantwortliche Person im Sinne von § 22 Absatz 2 Satz 1 Nummer 4 des Infektionsschutzgesetzes ist der jeweilige Leistungserbringer nach § 6 Absatz 1 Satz 1.

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 oder teilstationären Einrichtungen 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.

Zu den Einrichtungen nach Absatz 1 Nummer 2 zählen insbesondere voll- und teilstationäre Pflegeeinrichtungen, Hospize, gerontopsychiatrische Stationen der Zentren für Psychiatrie, geriatrische Einrichtungen sowie Einrichtungen für die Kurzzeitpflege. Neu aufgenommen wurden ambulant betreute Wohngruppen. Ambulant betreute Wohngruppen für ältere, pflegebedürftige Menschen stellen ein der genannten stationären Versorgung vergleichbares Versorgungsumfeld dar. Zu den Personen, die in den unter Absatz 1 Nummer 2 fallenden Einrichtungen tätig sind, können insbesondere Ärztinnen und Ärzte, Pflegekräfte, Medizinprodukteberaterinnen und -berater bei der Operationsbegleitung, im stationären Bereich tätige Prüf- und Begutachtungskräfte der Medizinischen Dienste, Seelsorgerinnen und Seelsorger, Betreuungsrichterinnen und -richter, Fußpflegerinnen und Fußpfleger, Heilmittelerbringer sowie Friseurinnen und Friseure zählen.

Unter Absatz 1 Nummer 3 fallen beispielsweise Mitarbeitende ambulanter Pflegedienste, Heilmittelerbringer sowie Mitarbeitende in der Spezialpflege, z. B. Stoma- oder Wundversorgung und Beschäftigte die im Rahmen einer persönlichen Assistenz oder Einzelfallhilfe

pflegebedürftige oder geistig behinderte Menschen ambulant pflegen und betreuen sowie Pflege- und Betreuungskräfte, die im Rahmen des persönlichen Budgets direkt bei den Pflegebedürftigen angestellt sind. Zudem zählen im ambulanten Bereich tätige Prüf- und Begutachtungskräfte der Medizinischen Dienste zu den Personen, die mit höchster Priorität einen Anspruch auf Schutzimpfung haben.

Medizinische Einrichtungen nach Absatz 1 Nummer 4 können beispielsweise Krankenhäuser, Arztpraxen oder Medizinische Versorgungszentren sein. Zu den Personen, die unter Nummer 4 fallen, zählt insbesondere das Personal in Intensivstationen, Notaufnahmen, Rettungsdiensten (auch First-Responder, Intensivtransporte, Flugrettung inkl. Piloten, Werkrettungsdienste, Bergwacht), Leistungserbringer in der spezialisierten ambulanten Palliativ-Versorgung (SAPV), Arztpraxen und Impfzentren. Zu den Personen, die unter Nummer 4 fallen, 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. Unter Absatz 1 Nummer 4 fallen auch Personen, die regelmäßig Schutzimpfungen gegen COVID-19 durchführen.

Zu den in Absatz 1 Nummer 4 genannten Bereichen, gehören Beschäftigte, die aerosolgenerierende Tätigkeiten an COVID-19 Patientinnen und Patienten (z. B. Bronchoskopie, Laryngoskopie, Abnahme von Sputumproben, In- und Extubation, zahnärztliche Tätigkeiten) durchführen. Hierzu zählen beispielsweise Corona-Schwerpunkt-Praxen und die Tätigkeit als Versorgungsassistentin oder Versorgungsassistent auf Quarantäneverweigererstationen.

Unter Absatz 1 Nummer 5 fällt insbesondere Personal in der Onkologie, in Dialyseeinrichtungen und der Transplantationsmedizin, oder Personen die im Rahmen der Behandlung schwer immunsupprimierter Patienten tätig sind.

§ 2 Absatz 2 regelt, dass Personen nach Absatz 1 Nummer 1, d.h. Personen, die das 80. Lebensjahr vollendet haben, getrennt nach Geburtsjahrgängen, beginnend mit den ältesten Jahrgängen, zeitversetzt zur Schutzimpfung eingeladen werden können. Diese Regelung ist für die aufgrund ihres Alters priorisiert anspruchsberechtigten Personen in den §§ 3 und 4 entsprechend anwendbar.

Termine zur Schutzimpfung gegen das Coronavirus SARS-CoV-2, die bereits auf Grundlage der CoronaimpfV vom 8. Februar 2021 und vom 10. März 2021 vereinbart wurden, können auch in Abweichung der Vorgaben nach Absatz 2 durchgeführt werden.

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 Absatz 1 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. Hierzu zählen insbesondere Personen, mit nach § 3 Absatz 1 Nummer 2 a) bis j) aufgeführten Erkrankungen und Behinderungen.

Absatz 1 Nummer 2 benennt Personen, die unter anderem nach den STIKO-Empfehlungen ein besonders hohes Risiko für einen schweren Krankheitsverlauf haben.

In Absatz 1 Nummer 2 Buchstabe a) wurden Personen mit einer Conterganschädigung aufgenommen.

Demenzkranke Personen werden im Elften Buch Sozialgesetzbuch (SGB XI, z.B. § 14 SGB XI) als Menschen mit kognitiven oder psychischen Beeinträchtigungen erfasst. In Absatz 1 Nummer 2 Buchstabe c werden neben Menschen mit einer Demenz oder mit einer geistigen Behinderung nunmehr auch Personen mit schweren psychiatrischen Erkrankungen, wie insbesondere bipolaren Störungen, Schizophrenie oder schweren Depressionen, aufgenommen. Diese Personen tragen ein erhöhtes Risiko für Hospitalisierung sowie für einen schweren oder tödlichen Krankheitsverlauf. Außerdem fällt es ihnen oft besonders schwer, die Schutzmaßnahmen wie Abstand halten und Maske tragen umzusetzen.

Absatz 1 Nummer 2 Buchstabe d priorisiert Personen mit behandlungsbedürftigen Krebserkrankungen. Diese Gruppe umfasst Personen mit Krebserkrankungen, die ein sehr hohes oder hohes Risiko für einen schweren oder tödlichen Krankheitsverlauf nach einer Infektion mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 haben. Zu dieser Gruppe gehören auch Personen, die ein hohes Schutzbedürfnis aufgrund einer laufenden, geplanten oder sich im Krankheitsverlauf ergebenden notwendigen und/oder zeitkritischen Krebsbehandlung haben, die im Falle einer Infektion oder eines positiven Testes aufgeschoben oder abgebrochen werden müsste, wodurch deren Überlebens- oder Heilungsprognose und/oder deren Lebensqualität kurz-, mittel- und langfristig erheblich beeinträchtigt werden könnte. Personen in dieser Gruppe können insbesondere anhand einer krebsbezogenen ICD-Diagnose mit dem Zusatzkennzeichen „G“ (Gesicherte Diagnose) identifiziert werden.

Nach Absatz 1 Nummer 2 Buchstabe f haben Personen mit Muskeldystrophien oder vergleichbaren neuromuskulären Erkrankungen mit hoher Priorität Anspruch auf Schutzimpfung.

Da es Krankheiten gibt, die in den STIKO-Empfehlungen aufgrund derzeit fehlender wissenschaftlicher Erkenntnisse nicht gesondert aufgeführt werden, die aber ein medizinisch begründet ebenso hohes Risiko für einen schweren Krankheitsverlauf einer Covid-19-Erkrankung haben können, ermöglicht Absatz 1 Nummer 2 Buchstabe k nach individueller ärztlicher Beurteilung aufgrund besonderer Umstände Einzelfallentscheidungen. Absatz 1 Nummer 2 Buchstabe k stellt eine Ausnahme zu den anderen Varianten des § 3 Absatz 1 Nummer 2 dar. Der besondere Ausnahmecharakter wird auch durch die Einschränkung in § 6 Absatz 6 deutlich. Durch die Regelung sollen beispielweise Fälle erfasst werden, in denen eine Nichtbehandlung der Grunderkrankung zu dem genannten Risiko führt oder auch pflegebedürftige Personen, die ambulant und bzw. oder durch Angehörige gepflegt werden.

Nicht in einer Einrichtung befindliche pflegebedürftige Personen nach § 2 Absatz 1 Nummer 1 und nach Absatz 1 Nummer 1 und 2 sowie schwangere Personen haben die Möglichkeit, bis zu zwei enge Kontaktpersonen zu bestimmen, die sich einer Schutzimpfung gegen das Coronavirus SARS-CoV-2 unterziehen können (Absatz 1 Nummer 3). Kontaktpersonen können auch Personen sein, die regelmäßig als Betreuungsperson im Haushalt von Pflegebedürftigen leben.

Unter Absatz 1 Nummer 4 fallen Personen, die in teilstationären oder stationären Einrichtungen oder in ambulanten Diensten regelmäßig geistig oder psychisch behinderte Menschen behandeln, betreuen oder pflegen.

Unter medizinische Einrichtungen mit einem hohen oder erhöhten Expositionsrisiko in Bezug auf das Coronavirus SARS-CoV-2 (Absatz 1 Nummer 5) können neben Krankenhäusern, Praxen und Medizinischen Versorgungszentren insbesondere auch Praxen von Heilmittelerbringern fallen. Unter Absatz 1 Nummer 5 fallen insbesondere Ärztinnen und Ärzte, Truppenärztinnen und Truppenärzte der Bundeswehr, Praxispersonal mit unmittelbarem Patientenkontakt, Klinikpersonal (Ärztinnen und Ärzte, Pflegepersonal, Heilmittelerbringer, Hebammen), Personal der Blut- und Plasmaspendendienste, SARS-CoV-2-Testzentren, Mitarbeitende der Einsatzdienste von Hausnotrufanbietern, Personal in Justizvollzugsanstalten, Personal in Abstrichzentren, Forensische Psychiatrie sowie Personal in der stationären

Suchtbehandlung bzw. –rehabilitation. Umfasst sind jeweils auch Auszubildende und Studierende mit unmittelbarem Patientenkontakt. Neu aufgenommen wurden Personen, die im Rahmen der Ausübung eines Heilberufs tätig sind. Hierunter fallen beispielsweise freiberufliche Hebammen.

Nach Absatz 1 Nummer 6 haben Polizei- und Einsatzkräfte, die in Ausübung ihrer Tätigkeit zur Sicherstellung öffentlicher Ordnung, insbesondere bei Demonstrationen, einem hohen Infektionsrisiko ausgesetzt sind, mit hoher Priorität Anspruch auf Schutzimpfung. Dies betrifft insbesondere Kräfte, die im Außendienst tätig sind. Ein direkter Personenkontakt ist zur Erfüllung der Aufgaben teilweise unvermeidlich. Gleiches gilt für Soldatinnen und Soldaten, insbesondere in Gebieten mit Virusvarianten oder Hochinzidenzgebieten, da auch Einzelinfektionen durch die danach notwendigen Infektionsschutzmaßnahmen unmittelbare Auswirkung auf die Erfüllung des militärischen Auftrags haben.

Unter Absatz 1 Nummer 7 fallen Personen, die in Auslandsvertretungen der Bundesrepublik Deutschland oder für das Deutsche Archäologische Institut an Dienstorten mit unzureichender gesundheitlicher Versorgung tätig und infolgedessen einem hohen Infektionsrisiko ausgesetzt sind (insbesondere, wenn es sich bei dem Dienstort um ein Gebiet mit Virusvarianten oder ein Hochinzidenzgebiet handelt). Die erhöhte Fürsorgepflicht des Bundes gegenüber den besonderen Belastungen und Gefährdungen im Ausland gemäß § 15 Absatz 1 GAD sowie die aus § 15 Absatz 2 Satz 1 GAD abzuleitende Verpflichtung des Bundes zur Vermeidung von Nachteilen aus der weltweiten Verwendungsbereitschaft (§ 14 Absatz 1 GAD) gegenüber den Beschäftigten des Auswärtigen Dienstes und ihren mitausreisenden Familienangehörigen erfordern in derartigen Situationen einen Anspruch auf Schutzimpfung mit hoher Priorität. Als Ausdruck der besonderen Fürsorgeverantwortung besteht der Anspruch auf Schutzimpfung mit hoher Priorität bereits im Vorfeld einer dienstlich veranlassten Ausreise an den Auslandsdienstort. Absatz 1 Nummer 7 erfasst auch Personen, die für das Deutsche Archäologische Institut im Ausland tätig sind und ihre mitausgereisten Familienangehörigen. Hierzu zählen auch nichteheliche Partner.

Hinzu kommen nach Absatz 1 Nummer 8 Personen, die im Ausland für deutsche politische Stiftungen oder Organisationen und Einrichtungen mit Sitz in der Bundesrepublik Deutschland in den Bereichen Krisenprävention, Stabilisierung, Konfliktnachsorge, Entwicklungszusammenarbeit oder auswärtige Kultur- und Bildungspolitik oder als deutsche Staatsangehörige in internationalen Organisationen an Orten mit unzureichender gesundheitlicher Versorgung tätig und infolgedessen einem hohen Infektionsrisiko ausgesetzt sind, und ihre mitausgereisten Familienangehörigen. Hierzu zählen auch nichteheliche Partner. Absatz 1 Nummer 8 erfasst auch von der Zentralstelle für das Auslandsschulwesen vermittelte Auslandslehrkräfte.

Durch die Erste Verordnung zur Änderung der Coronavirus-Impfverordnung vom 24. Februar 2021 (BAnz AT 24.02.2021 V1) wurden Personen, die in Kinderbetreuungseinrichtungen, in der Kindertagespflege und in Grundschulen, Sonderschulen oder Förderschulen tätig sind, in § 3 Absatz 1 Nummer 9 aufgenommen. Umfasst sind neben Erzieherinnen und Erziehern sowie Lehrerinnen und Lehrern, auch Personen mit anderen Berufsausbildungsabschlüssen, beispielsweise Kinderpflegerinnen und Kinderpfleger, Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen, Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter sowie Heilpädagoginnen und Heilpädagogen. Des Weiteren sind auch Auszubildende und Studierende in diesen Bereichen entsprechend zu berücksichtigen. Dieses Personal spielt eine zentrale Rolle als Garant des Rechts der Kinder und Jugendlichen auf Bildung, Teilhabe, Förderung und Betreuung.

Zu den Personen, die unter Absatz 1 Nummer 10 fallen, zählen beispielsweise Mitarbeitende im öffentlichen Gesundheitsdienst, Krankenhaus-IT/EDV, Krankenhaus-, Medizintechnik, Mitarbeitende an der Pforte, Hauswirtschaftspersonal, Küchenpersonal, angeschlossene Wäschereien, Apothekenmitarbeitende, Personal in der Verwaltung, Sterilgutversorgung, Außendienst-Technikerinnen und -Techniker (von z. B. Beatmungsgeräten).

Unter Absatz 1 Nummer 11 fallen Personen in Obdachlosenunterkünften sowie in Einrichtungen zur gemeinschaftlichen Unterbringung von Asylbewerbern, vollziehbar Ausreisepflichtigen, Flüchtlingen und Spätaussiedlern, also insbesondere dort untergebrachte Personen, Verwaltungspersonal, Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, Therapeutinnen und Therapeuten und Küchenpersonal. Personen, die in sonstigen Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe oder in Frauenhäusern untergebracht oder tätig sind fallen nunmehr ebenfalls unter Absatz 1 Nummer 11.

Unter Absatz 1 Nummer 12 werden Helfende von nach Landesrecht anerkannten Angeboten zur Unterstützung im Alltag im Sinne des § 45a SGB XI erfasst, sofern sie bei älteren oder pflegebedürftigen Menschen regelmäßig tätig sind.

§ 3 Absatz 2 regelt, dass § 2 Absatz 2 für Personen nach Absatz 1 Nummer 1 entsprechend gilt. Dies bedeutet, dass Personen nach § 3 Absatz 1 Nummer 1, d.h. Personen, die das 70. Lebensjahr vollendet haben, getrennt nach Geburtsjahrgängen, beginnend mit den ältesten Jahrgängen, zeitversetzt zur Schutzimpfung eingeladen werden können.

Termine zur Schutzimpfung gegen das Coronavirus SARS-CoV-2, die bereits auf Grundlage der CoronaimpfV vom 8. Februar 2021 und vom 10. März 2021 vereinbart wurden, können auch in Abweichung der Vorgaben nach Absatz 2 durchgeführt werden.

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. Zudem zählen hierzu insbesondere Personen, mit nach § 4 Absatz 1 Nummer 2 Buchstabe a bis h aufgeführten Erkrankungen.

Absatz 1 Nummer 2 benennt Personen, die nach der STIKO-Empfehlung ein erhöhtes Risiko für einen schweren oder tödlichen Krankheitsverlauf haben.

Absatz 1 Nummer 2 Buchstabe a priorisiert gemäß den STIKO-Empfehlungen Personen mit Krebserkrankungen in behandlungsfreier Remission, die ein erhöhtes Risiko für einen schweren oder tödlichen Krankheitsverlauf haben, bei denen das Risiko aber geringer ist als bei den unter § 3 Absatz 1 Nummer 2 Buchstabe d genannten Personen mit Krebserkrankungen. Nicht in diese Gruppe gehören Personen mit geheilten Krebserkrankungen nach Ende der Heilungsbewährung. Personen in dieser Gruppe können insbesondere anhand einer krebsbezogenen ICD-Diagnose mit dem Zusatzkennzeichen „Z“ ((symptomloser) Zustand nach der betreffenden Diagnose) identifiziert werden.

Da es Krankheiten gibt, die in den STIKO-Empfehlungen aufgrund derzeit fehlender wissenschaftlicher Erkenntnisse nicht gesondert aufgeführt werden, die aber ein medizinisch begründet ebenso erhöhtes Risiko für einen schweren Krankheitsverlauf einer Covid-19-Erkrankung haben können, ermöglicht Absatz 1 Nummer 2 Buchstabe i nach individueller ärztlicher Beurteilung aufgrund besonderer Umstände Einzelfallentscheidungen. Absatz 1 Nummer 2 Buchstabe i stellt eine Ausnahme zu den anderen Varianten des § 4 Absatz 1 Nummer 2 dar. Der besondere Ausnahmecharakter wird auch durch die Einschränkung in § 6 Absatz 6 deutlich. Durch die Regelung sollen beispielweise Fälle erfasst werden, in denen eine Nichtbehandlung der Grunderkrankung zu dem genannten Risiko führt oder auch pflegebedürftige Personen, die ambulant und bzw. oder durch Angehörige gepflegt werden.

Nicht in einer Einrichtung befindliche pflegebedürftige Personen nach Absatz 1 Nummer 1 und 2 haben die Möglichkeit, bis zu zwei enge Kontaktpersonen zu bestimmen, die sich

einer Schutzimpfung gegen das Coronavirus SARS-CoV-2 unterziehen können (Absatz 1 Nummer 3). Kontaktpersonen können auch Personen sein, die regelmäßig als Betreuungsperson im Haushalt von Pflegebedürftigen leben. Dies dient dem Schutz der pflegebedürftigen Person.

Unter Absatz 1 Nummer 4 fallen Personen, die Mitglieder von Verfassungsorganen sind (Buchstabe a) oder in besonders relevanter Position in den Verfassungsorganen, in den Regierungen und Verwaltungen, bei der Bundeswehr, bei der Polizei, beim Zoll, bei der Feuerwehr, beim Katastrophenschutz einschließlich des Technischen Hilfswerks, in der Justiz und Rechtspflege (Buchstabe b) oder im Ausland bei den deutschen Auslandsvertretungen, für deutsche politische Stiftungen oder Organisationen und Einrichtungen mit Sitz in der Bundesrepublik Deutschland in den Bereichen Krisenprävention, Stabilisierung, Konfliktnachsorge, Entwicklungszusammenarbeit oder auswärtige Kultur- und Bildungspolitik oder als deutsche Staatsangehörige in internationalen Organisationen tätig sind (Buchstabe c). Unter den Begriff Rechtspflege fallen insbesondere auch Rechtsanwältinnen und Rechtsanwälte sowie Notarinnen und Notare. Ebenfalls aufgenommen – neben Buchstabe c – wurden Personen, die als Wahlhelferinnen oder Wahlhelfer tätig sind.

Unter Absatz 1 Nummer 5 können auch Personen der Medizinprodukteindustrie und im medizinischen Großhandel für Medizinprodukte fallen.

Unter Absatz 1 Nummer 6 fallen Personen in Bereichen medizinischer Einrichtungen mit einem niedrigen Expositionsrisiko, also regelmäßig Verwaltungspersonal. Der Anwendungsbereich bezieht sich insbesondere auf Personen, die keine Patientinnen und Patienten betreuen.

Zum Lebensmitteleinzelhandel (Absatz 1 Nummer 7) gehören insbesondere Supermärkte, Verbrauchermärkte, Discounter und Drogeriemärkte. Beschäftigte im Einzelhandel für Lebensmittel und Drogeriewaren zählen zu den Personen, die auch während der Pandemie und während Zeiten weitreichender Schließungen in anderen Bereichen konstant weiter an ihrem angestammten Arbeitsplatz arbeiten und entsprechend Kontakt zu zahlreichen Menschen haben müssen. Sie leisten einen wichtigen Beitrag zur Aufrechterhaltung des öffentlichen Lebens.

Nach Absatz 1 Nummer 8 haben Personen, die in Einrichtungen und Diensten der Kinder- und Jugendhilfe, mit erhöhter Priorität Anspruch auf Schutzimpfung. Derselbe Anspruch steht auch Personen zu, die in Schulen, die nicht von § 3 Absatz 1 Nummer 9 erfasst sind, tätig sind.

Unter Absatz 1 Nummer 9 fallen nunmehr Personen, bei denen aufgrund ihrer Arbeits- oder Lebensumstände ein deutlich erhöhtes Risiko einer Infektion mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 besteht. Hierunter können beispielweise Inhaftierte, Saisonarbeiterinnen und -arbeiter, Mitarbeitende in der fleischverarbeitenden Industrie, Personal in Verteilzentren von Paketdiensten sowie Personal an Arbeitsplätzen mit vielen Personen in unzureichend mit Frischluft versorgten Räumen, in denen Abstand halten schwierig oder unmöglich ist, fallen.

§ 4 Absatz 2 regelt, dass § 2 Absatz 2 entsprechend gilt. Dies bedeutet, dass Personen nach § 4 Absatz 1 Nummer 1, d. h. Personen, die das 60. Lebensjahr vollendet haben, getrennt nach Geburtsjahrgängen, beginnend mit den ältesten Jahrgängen, zeitversetzt zur Schutzimpfung eingeladen werden können.

Termine zur Schutzimpfung gegen das Coronavirus SARS-CoV-2, die bereits auf Grundlage der CoronalmpfV vom 8. Februar 2021 und vom 10. März 2021 vereinbart wurden, können auch in Abweichung der Vorgaben nach Absatz 2 durchgeführt werden.

Zu § 5 (Folge- und Auffrischimpfungen)

Die Priorisierung in § 1 Absatz 2 und 4 sowie den §§ 2 bis 4 gelten entsprechend für Folge- und Auffrischimpfungen, die gegebenenfalls nach den Empfehlungen der Ständigen Impfkommission beim Robert Koch-Institut erforderlich sind, um einen vollständigen Impfschutz zu gewährleisten (Absatz 1).

Absatz 2 regelt, dass der von der Ständigen Impfkommission beim Robert Koch-Institut empfohlene Abstand zwischen Erst- und Zweitimpfung beim mRNA-Impfstoff Comirnaty von BioNTech sechs Wochen, beim mRNA-Impfstoff COVID-19-Vaccine von Moderna sechs Wochen und beim Vektorviren-Impfstoff Vaxzevria von AstraZeneca zwölf Wochen eingehalten werden soll. Am 8. März 2021 bereits vereinbarte oder noch in Vereinbarung befindliche Termine für die Zweitimpfung sind davon unbenommen. Letzteres gilt auch für Termine, die bis zur technischen Umstellung der Terminvergabesysteme vereinbart werden.

Absatz 3 regelt, dass das Ziel der Vervollständigung der Impfserie bei Personen, die bereits eine Erstimpfung erhalten haben, im Hinblick auf den Beginn der Schutzimpfung weiterer Personen, die noch keine Schutzimpfung erhalten haben, angemessen zu berücksichtigen ist. Wird der empfohlene maximale Abstand nach Absatz 2 im Einzelfall aus wichtigem Grund überschritten, soll das Impfschema auf Grundlage der Empfehlungen der Ständigen Impfkommission beim Robert Koch-Institut dennoch fortgesetzt werden.

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 insbesondere in Impfzentren und durch mobile Impfteams erbracht, die einem bestimmten Impfzentrum angegliedert sind (Satz 1 Nummer 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. Daneben werden Leistungen nach § 1 Absatz 1 und 4 auch durch Arztpraxen und Betriebsärztinnen und Betriebsärzte und ihre überbetrieblichen Dienste erbracht. Arztpraxen sind die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringer sowie die ambulant privatärztlich tätigen Ärztinnen und Ärzte.

Arztpraxen, die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, sind nunmehr ohne ausdrückliche Beauftragung Leistungserbringer nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 2. Diese Leistungserbringer erhalten nach Satz 5 den Impfstoff und das Impfbesteck- und zubehör über den regulären Weg der Apotheken.

Um eine flächendeckende Einbeziehung von Arztpraxen, die nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, der in und für Betriebe tätigen Ärztinnen und Ärzte sowie ihrer überbetrieblichen Dienste als Leistungserbringer zu ermöglichen, ohne dass hierzu eine gesonderte vertragliche Vereinbarung erforderlich ist, ist nunmehr vorgesehen, dass neben Arztpraxen, die nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, auch Fachärztinnen und Fachärzte für Arbeitsmedizin und Ärztinnen und Ärzte mit der Zusatzbezeichnung „Betriebsmedizin“ (Betriebsärztinnen und Betriebsärzte) sowie überbetriebliche Dienste von Betriebsärztinnen und Betriebsärzten Leistungserbringer sein können, soweit ihnen Impfstoff durch den Bund oder die Länder zur Verfügung gestellt wird (vgl. Satz 6). Sie gelten als an einem Impfzentrum angegliedert (Satz 1 Nummer 3). Zu Beginn der Impfungen durch die Arztpraxen im April 2021 wird von der GMK und der MPK empfohlen, schwerpunktmäßig innerhalb der jeweiligen Prioritätsgruppen zunächst immobile Patientinnen und Patienten in der Häuslichkeit sowie Personen gemäß § 3 Absatz 1 Nummer 2 bzw. § 4 Absatz 1

Nummer 2 zu impfen. Diese Empfehlung zielt darauf ab, die spezifische Kompetenz und Patientennähe der Arztpraxen zu nutzen, immobile Patientinnen und Patienten in allen Priorisierungsgruppen besser zu erreichen, Patientinnen und Patienten mit Vorerkrankungen zu identifizieren und in ihrem gewohnten Umfeld über die Impfung zu beraten und zu impfen. Damit wird die Arbeit der Impfzentren und der mobilen Impfteams sinnvoll ergänzt, gerade wenn bestimmte Personengruppen durch Impfzentren und mobile Impfteams nicht ausreichend erreicht werden. Zudem können damit Patientinnen und Patienten mit Vorerkrankungen im Rahmen ihrer ohnehin erforderlichen Arztbesuche geimpft werden und daher zusätzliche Arztbesuche für die Ausstellung des Nachweises der Impfberechtigung nach § 6 Absatz 4 Nummer 4 sowie für die Impfung selbst vermieden werden.

Die Länder sind grundsätzlich für die Errichtung und den Betrieb der Impfzentren zuständig (Satz 2). Zur Durchführung von Schutzimpfungen bei den Mitgliedern der Verfassungsorgane des Bundes und den Beschäftigten des Bundes kann der Bund jedoch auch eigene Impfzentren betreiben (Satz 3). Satz 4 sieht eine Sonderregelung für den Fall vor, dass der Bund (noch) keine eigenen Impfzentren betreibt. Im Bereich der Bundeswehr erfolgt die den Arztpraxen entsprechende Leistungserbringung durch die ambulanten truppenärztlichen Behandlungseinrichtungen sowie den betriebsärztlichen Dienst der Bundeswehr. Die Impfstoffbelieferung erfolgt über Bundeswehraphotheken.

Die Leistungserbringung durch Arztpraxen und Betriebsärztinnen und Betriebsärzte ist kein Unterfall der Tätigkeiten in einem Impfzentrum, sodass § 130 SGB IV (sonstige nicht beitragspflichtige Einnahmen aus ärztlichen Tätigkeiten in Corona-Impfzentren) nicht anwendbar ist.

Zu Absatz 2

Die obersten Landesgesundheitsbehörden oder die von ihnen bestimmten Stellen für die Länder sowie das Bundesgesundheitsministerium für den Bund können als zuständige Stellen das Nähere zur Organisation der Erbringung der Schutzimpfungen bestimmen. Dies umfasst insbesondere Näheres zum Verfahren nach § 1 Absatz 2 Satz 2 und Absatz 3, zur Angliederung der Leistungserbringer nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 an ein Impfzentrum und zur Terminvergabe. Eine Abstimmung zwischen Bund und Ländern wie auch zwischen den Ländern, unter anderem zur Regelung von grenzüberschreitenden Sachverhalten (beispielsweise Pendler), ist zielführend und erforderlich.

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.

Insbesondere Krankenhäuser können 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 Grund-

lage einer Vereinbarung nach Satz 1. Die Kassenärztlichen Vereinigungen können die Länder zudem bei der Organisation der Leistungserbringung durch Arztpraxen und beauftragte Betriebsärztinnen und Betriebsärzte nach Absatz 1 Satz 1 unterstützen. Die zuständigen Stellen schließen hierzu mit den Kassenärztlichen Vereinigungen entsprechende Vereinbarungen.

Zu Absatz 4

Absatz 4 regelt die erforderlichen Nachweise zur Vorlage gegenüber den Leistungserbringern nach Absatz 1 Satz 1. Anhand dieser Nachweise wird auch die Priorisierung nach § 1 Absatz 2 geprüft. Hierzu hat jede anspruchsberechtigte Person vor der Schutzimpfung gegenüber 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 (vgl. für diese Personen Nummer 2) und für Personen, die ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthaltsort nicht in der Bundesrepublik Deutschland haben, die aber eine Bescheinigung über eine Krankenversicherung in Deutschland vorlegen können. Für Personen, die nach § 2 Absatz 1 Nummer 1, § 3 Absatz 1 Nummer 1 oder § 4 Absatz 1 Nummer 1 aufgrund ihres Alters anspruchsberechtigt sind, gilt mit der Vorlage des Personalausweises oder eines anderen Lichtbildausweises der Nachweis der Anspruchsberechtigung als erbracht.

Satz 1 Nummer 1 Buchstabe b regelt den Nachweis der Impfberechtigung für Personen, die im Ausland wohnen, aber in Deutschland in der gesetzlichen oder privaten Krankenversicherung versichert sind. Für diese Personengruppe erfolgt der Nachweis gegenüber den Impfzentren mittels einer Bescheinigung über ihre gesetzliche oder private Krankenversicherung in der Bundesrepublik Deutschland. Da diese Personengruppe keine Meldeadresse in der Bundesrepublik Deutschland hat und somit keinem Bundesland zugeordnet werden kann, können sich diese Anspruchsberechtigten an ein Bundesland ihrer Wahl wenden.

Personen, die in einer Einrichtung oder einem Unternehmen nach den §§ 2 bis 4 behandelt, gepflegt, betreut werden oder tätig sind, haben nach Satz 1 Nummer 2 zusätzlich zum Nachweis nach Nummer 1 eine Bescheinigung der Einrichtung oder des Unternehmens nach §§ 2 bis 4 vorzulegen. Liegt eine solche Bescheinigung vor, ist kein ärztliches Zeugnis erforderlich. Es reicht aus, wenn einer, der alternativ zueinander stehenden Nachweise nach den Nummern 2 bis 5 vorliegt.

Wahlhelferinnen und Wahlhelfer nach § 4 Absatz 1 Nummer 4 Buchstabe d erbringen den Nachweis durch Vorlage des amtlichen Schreibens der Gemeinde zur Berufung als Wahlhelferin oder Wahlhelfer.

Nach Satz 1 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. Dabei reicht es aus, wenn das ärztliche Zeugnis das Vorliegen einer in § 3 Absatz 1 Nummer 2 Buchstabe a bis j oder in § 4 Absatz 1 Nummer 2 Buchstabe a bis h aufgelisteten Erkrankung bescheinigt und die Erkrankung nicht ausdrücklich benennt. Darüber hinaus ist ein zum Nachweis geeignetes ärztliches Zeugnis auch ein der Patientin oder dem Patienten bereits vorliegender Arztbrief, aus dem das Vorliegen einer in § 3 Absatz 1 Nummer 2 Buchstabe a bis j oder in § 4 Absatz 1 Nummer 2 Buchstabe a bis h genannten Erkrankung hervorgeht. Dem ärztlichen Zeugnis kann nach dem neuen Absatz 7 eine Information der Krankenkassen und der privaten Krankenversicherungsunternehmen gleichstehen, sofern die oberste Landesgesundheitsbehörde dies bestimmt.

Nach dem Satz 2 ist kein Nachweis durch ein ärztliches Zeugnis erforderlich, sofern die Schutzimpfung von einer Arztpraxis nach Absatz 1 erbracht wird, bei der die Person, bei der eine Erkrankung nach § 3 Absatz 1 Nummer 2 Buchstabe a bis j und § 4 Absatz 1 Nummer 2 Buchstabe a bis h vorliegt, in Behandlung und die Erkrankung daher bekannt ist. Dies kann sowohl die die Erkrankung behandelnde Fachärztin oder der die Erkrankung behandelnde Facharzt, als auch die behandelnde Hausärztin oder der behandelnde Hausarzt sein. Hiervon unberührt bleibt die Pflicht der Arztpraxis zur Prüfung der Priorisierung nach § 1 Absatz 2. Vor Durchführung der Schutzimpfung hat die Arztpraxis daher das Vorliegen einer Erkrankung nach § 3 Absatz 1 Nummer 2 Buchstabe a bis j oder § 4 Absatz 1 Nummer 2 Buchstabe a bis h festzustellen.

Nach Satz 1 Nummer 4 haben Personen nach § 3 Absatz 1 Nummer 2 Buchstabe k sowie Personen nach § 4 Absatz 1 Nummer 2 Buchstabe i ein ärztliches Zeugnis nach Absatz 6 über das Vorliegen eines sehr hohen, hohen oder erhöhten Risikos für einen schweren oder tödlichen Krankheitsverlauf nach einer Infektion mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 vorzulegen.

Personen, die enge Kontaktpersonen nach § 3 Absatz 1 Nummer 3 und nach § 4 Absatz 1 Nummer 3 sind, haben nach Satz 1 Nummer 5 zusätzlich zum Nachweis nach Satz 1 Nummer 1 eine Bestätigung der in § 3 Absatz 1 Nummer 3 Buchstabe a und b oder in § 4 Nummer 2 genannten Personen oder von einer sie vertretenden Person (Eltern, Betreuer etc.) vorzulegen.

Zu Absatz 5

Absatz 5 Satz 1 gewährt einen Anspruch auf Ausstellung eines ärztlichen Zeugnisses nach Absatz 4 Satz 1 Nummer 3. Dabei reicht es aus, wenn das ärztliche Zeugnis das Vorliegen einer in § 3 Absatz 1 Nummer 2 Buchstabe a bis j oder in § 4 Absatz 1 Nummer 2 Buchstabe a bis h aufgelisteten Erkrankung bescheinigt und die Erkrankung nicht ausdrücklich benennt. Die im Einzelfall vorliegende Erkrankung ist hier, auch aus Gründen des Datenschutzes, nicht aufzuführen. 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 Absatz 6

Absatz 6 gestaltet die Möglichkeit der Einzelfallentscheidung nach individueller ärztlicher Beurteilung aufgrund besonderer Umstände in § 3 Absatz 1 Nummer 2 Buchstabe k sowie § 4 Absatz 1 Nummer 2 Buchstabe h aus. Aufgrund des Ausnahmecharakters der genannten Regelungen sind zur Ausstellung solcher ärztlichen Zeugnisse ausschließlich die Einrichtungen berechtigt, die von den obersten Landesgesundheitsbehörden oder den von ihnen bestimmten Stellen mit der Wahrnehmung dieser Aufgabe beauftragt wurden. In Betracht kommen hierfür beispielsweise Impfzentren und Schwerpunktpraxen. Diese haben auch sicherzustellen, dass Personen, die etwa aus Gründen einer Mobilitätseinschränkung ein Impfzentrum oder eine Schwerpunktpraxis nicht aufsuchen können, nicht benachteiligt werden.

Zu Absatz 7

Absatz 7 regelt die Information der Versicherten durch ihre Krankenkasse oder ihr privates Krankenversicherungsunternehmen über das mögliche Vorliegen einer Erkrankung, die zu einer Schutzimpfung gegen das Coronavirus SARS-CoV-2 mit einer hohen (§ 3 Absatz 1

Nummer 2 Buchstaben a bis j) oder einer erhöhten Priorität (§ 4 Absatz 1 Nummer 2 Buchstaben a bis h) berechtigen würde. Die Krankenkassen sind zu dieser versichertenbezogenen Information nach § 20i Absatz 4 Satz 2 SGB V befugt. Für die private Krankenversicherung wird mit dieser Regelung zudem die notwendige Rechtsgrundlage geschaffen, damit die privaten Krankenversicherungsunternehmen die ihnen vorliegenden Daten ihrer Versicherten nutzen können, um anspruchsberechtigte Versicherte zu identifizieren und zu informieren. Für die Postbeamtenkrankenkasse und die Krankenversorgung der Bundesbahnbeamten als verbundene Einrichtungen des Verbands der Privaten Krankenversicherung gelten die Regelungen des Absatzes 7 entsprechend.

Für die Information der Versicherten nutzen die Krankenkassen und die privaten Krankenversicherungsunternehmen von den Ländern bereitgestellte Informationen zur Inanspruchnahme der Schutzimpfungen gegen das Coronavirus SARS-CoV-2. Dabei kann es sich insbesondere um Kontaktinformationen zu den Stellen handeln, an die sich die Versicherten im jeweiligen Land zur Abstimmung eines konkreten Impftermins wenden können oder um die Anerkennung des Informationsschreibens als Ersatz für ein ärztliches Zeugnis nach Absatz 4 Satz 1 Nummer 3.

An der Identifizierung und der nachfolgenden Information dieser Versicherten durch die Krankenkassen und die privaten Krankenversicherungsunternehmen besteht im Rahmen der Bekämpfung der Pandemie ein erhebliches öffentliches Interesse, weil das Verfahren der prioritätsgruppengesteuerten Verimpfung unterstützt und beschleunigt werden kann.

Grundlage für die Ermittlung der zu informierenden Versicherten nach Satz 1 ist, dass eine oder mehrere von den Leistungserbringern dokumentierte Abrechnungsdiagnosen vorliegen, die auf eine Erkrankung hinweisen, die für eine Schutzimpfung mit erhöhter oder hoher Priorität berechtigen würde. Relevant sind die Diagnoseschlüssel, die im Rahmen der Abrechnung ambulanter ärztlicher und stationärer Leistungen ab dem 1. Juli 2019 dokumentiert worden sind. Damit dürften den Krankenkassen Abrechnungsdiagnosen zu zwei vollen Quartalen vorliegen. Die Diagnoseschlüssel beruhen auf der Internationalen Klassifikation der Krankheiten in der jeweiligen vom Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit herausgegebenen deutschen Fassung.

Diese Abrechnungsdiagnosen lassen nicht in allen Fällen zuverlässig auf das aktuelle Vorliegen dieser Erkrankungen schließen. Es ist mit Unter- oder Übererfassungen zu rechnen. Bei der Information nach Satz 1 handelt es sich insoweit nur um die Information über das mögliche Vorliegen eines Anspruches auf eine Schutzimpfung mit hoher oder erhöhter Priorität. Mit der versichertenbezogenen Information können die Krankenkassen und privaten Krankenversicherungsunternehmen den Versicherten aber angesichts möglicher Fehlerfassungen auch empfehlen, sich an die behandelnden Ärztinnen und Ärzte zu wenden, um sich gegebenenfalls ein ärztliches Zeugnis nach Absatz 5 ausstellen zu lassen.

Im Hinblick auf eine mögliche Untererfassung von Versicherten besteht unabhängig von der Information durch die Krankenkasse und die privaten Krankenversicherungsunternehmen für die Versicherten auch die Möglichkeit des Nachweises der Anspruchsberechtigung durch ein ärztliches Zeugnis nach Absatz 5. Damit wird gewährleistet, dass Versicherte auch dann die Möglichkeit haben, ihre Anspruchsberechtigung auf eine Schutzimpfung mit hoher oder erhöhter Priorität aufgrund bestehender Erkrankungen nachzuweisen, wenn sie aufgrund der den Krankenkassen oder den privaten Krankenversicherungsunternehmen vorliegenden Abrechnungsdiagnosen nicht identifiziert werden konnten.

Die Information durch die Krankenkassen und die privaten Krankenversicherungsunternehmen erfolgt unter Beachtung des Sozialdatenschutzes und der Vorgaben der Datenschutzgrundverordnung nur für den Zweck der versichertenbezogenen Information und nur an die betroffenen Versicherten. Die versichertenbezogene Information enthält aus Gründen der Datenminimierung nur die Angabe, dass eine oder mehrere der in § 3 Absatz 1 Nummer 2 Buchstaben a bis j (Schutzimpfung mit hoher Priorität) oder eine oder mehrere in § 4 Absatz

1 Nummer 2 Buchstaben a bis h (Schutzimpfung mit erhöhter Priorität) aufgeführten Erkrankungen als Abrechnungsdiagnosen von den Leistungserbringern dokumentiert worden sind, aber nicht welche konkreten Erkrankungen oder Erkrankungsgruppen. Liegen Angaben zu beiden Prioritätsgruppen vor, ist dies ebenfalls mitzuteilen.

Mit Satz 2 wird der Spitzenverband Bund der Krankenkassen beauftragt, bis zum 18. März 2021 ein einheitlich anwendbares Verfahren zur Ermittlung der betroffenen Versicherten auf Grundlage der vorliegenden Abrechnungsdiagnosen zu erarbeiten und den Krankenkassen zur Verfügung zu stellen. Dazu legt er nach Satz 3 in einer Zuordnungstabelle fest, welche Diagnoseschlüssel jeweils als Hinweise auf eine der in § 3 Absatz 1 Nummer 2 Buchstaben a bis j und § 4 Absatz 1 Nummer 2 Buchstaben a bis h aufgeführten Erkrankungen zu werten sind. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen teilt dem Verband der Privaten Krankenversicherung nach Satz 4 das festgelegte Verfahren mit und der Verband der Privaten Krankenversicherung stellt dieses Mitgliedsunternehmen zur Verfügung.

Diese Zuordnung ist von den Krankenkassen und den privaten Krankenversicherungsunternehmen für die versichertenbezogene Information nach Satz 1 anzuwenden, um ein einheitliches und transparentes Verfahren zu gewährleisten.

Satz 5 regelt die Befugnis der obersten Landesgesundheitsbehörden, im Rahmen ihrer Zuständigkeit für die Organisation der Schutzimpfungen und damit auch für die Umsetzung der Prüfung der Priorisierung zu bestimmen, dass die versichertenbezogene Information nach Satz 1 als ärztliches Zeugnis nach Absatz 4 Satz 1 Nummer 3 gilt. Dies ermöglicht den Ländern, die Priorisierung und damit das Verfahren zur Verimpfung in eigener Verantwortung zu beschleunigen.

Mit Satz 6 wird für den Fall, dass die oberste Landesgesundheitsbehörde von ihrer Befugnis nach Satz 5 Gebrauch macht, vorgegeben, dass sie dies unverzüglich den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen, dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen, dem Verband der Privaten Krankenversicherung sowie den zuständigen Kassenärztlichen Vereinigungen mitteilt. Dies ist bezüglich der Krankenkassen und der privaten Krankenversicherungsunternehmen erforderlich, um sicherzustellen, dass in den versichertenbezogenen Informationen auf diese Festlegung des Landes hingewiesen werden kann. Denn die Versicherten benötigen in diesen Fällen kein ärztliches Zeugnis nach Absatz 4 Satz 1 Nummer 3. Die Information der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigungen erfolgt aus Gründen der Transparenz.

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 Leistungserbringer nach § 6 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 und 3 täglich Angaben wie beispielweise ein Patienten-Pseudonym, Ort und Datum der Schutzimpfung sowie impfstoffspezifische Daten an das RKI zu übermitteln. Die Übermittlung an das RKI kann auch eine durch Landesrecht bestimmte Stelle übernehmen (die insoweit Aufgaben des Impfzentrums wahrnimmt). Die Rechtsgrundlage zur Datenverarbeitung bildet § 13 Absatz 5 IfSG.

Leistungserbringer nach § 6 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 haben täglich in aggregierter Form nur die in Satz 1 Nummer 5 bis 8 genannten Angaben zur Zugehörigkeit zu einer Altersgruppe über 60 Jahre (aufgegliedert nach Erst- und Folgeimpfung) nach dem Verfahren nach Absatz 3 an das Robert Koch-Institut zu übermitteln.

Das Robert Koch-Institut bestimmt nach § 13 Absatz 5 Satz 4 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 Satz 1 Nummer 1.

Zu Absatz 2

Um die Daten für Zwecke der Impfsurveillance und der Pharmakovigilanz nach § 13 Absatz 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. Für die Datenübermittlung nach Absatz 1 Satz 1 bestimmt das Land oder der Bund ein Impfzentrum über das die Datenübermittlung stattfindet.

Zu Absatz 2

Für die Übermittlung der aggregierten Daten nach Absatz 1 Satz 2 an die zuständigen Kassenärztlichen Vereinigungen nutzen die vertragsärztlichen Arztpraxen das elektronische Meldesystem der Kassenärztlichen Bundesvereinigung. Die Kassenärztlichen Vereinigungen übermitteln die aggregierten Daten dann an die Kassenärztliche Bundesvereinigung und das jeweilige Land. Die Übermittlung auch an das jeweilige Land basiert auf dem Beschluss der MPK vom 10. März 2021 und dient der raschen Information der Länder über das jeweilige Impfgeschehen. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung führt die ihr von den Kassenärztlichen Vereinigungen übermittelten aggregierten Daten zusammen und übermittelt die zusammengeführten Daten elektronisch an das Robert Koch-Institut und das Paul-Ehrlich-Institut.

Zu Absatz 4

Die aufgrund von Absatz 1 erhobenen Daten dürfen vom Robert Koch-Institut nur für Zwecke der Feststellung der Inanspruchnahme von Schutzimpfungen und von Impfeffekten (Impfsurveillance) und vom Paul-Ehrlich-Institut nur für Zwecke der Überwachung der Sicherheit von Impfstoffen (Pharmakovigilanz) verarbeitet werden (Satz 1). Das RKI stellt nach Satz 2 dem Paul-Ehrlich-Institut die aufgrund von Absatz 1 erhobenen Daten für Zwecke der Überwachung der Sicherheit von Impfstoffen (Pharmakovigilanz) zur Verfügung (soweit keine direkte Übermittlung nach Absatz 3 erfolgt ist).

Zu Absatz 5

Neben den täglich zu übermittelnden reduzierten Daten zum Impfquoten-Monitoring nach § 7 Absatz 1 Satz 2 sind Angaben nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 bis 10 durch die vertragsärztlichen Leistungserbringer zu den erbrachten Schutzimpfungen an die Kassenärztlichen Vereinigungen monatlich oder quartalsweise im Zusammenhang mit der Abrechnung nach § 9 Absatz 5 zu übermitteln, wobei der Datensatz KVDT genutzt werden kann. Die Kassenärztlichen Vereinigungen übermitteln diese Daten an das RKI. Diese detaillierten aber zeitverzögerten Daten zum Impfquoten-Monitoring sind zur Überwachung der Wirksamkeit und Sicherheit der Impfstoffe durch das Robert Koch-Institut und das Paul-Ehrlich-Institut nötig.

Absatz 1 Satz 3 und Absatz 4 gelten für diese Datenübermittlung entsprechend.

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 Absatz 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 Absatz 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 ärztlicher Leistungen)

Zu Absatz 1

Die Vergütung der Arztpraxen nach § 6 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 und Nummer 3 für die Leistungen nach § 1 Absatz 4 beträgt je Anspruchsberechtigtem und je Impfung 20 Euro. Eine gegebenenfalls im Einzelfall erforderliche medizinische Intervention im Fall des Auftretens von Impfreaktionen ist dabei Teil der Krankenbehandlung. Sofern das Aufsuchen einer Person für die Impfung notwendig ist, können zuzüglich 35 Euro abgerechnet werden, für das Aufsuchen jeder weiteren Person in derselben sozialen Gemeinschaft oder Einrichtung können zuzüglich jeweils weitere 15 Euro abgerechnet werden. Darin enthalten ist auch eine entsprechende Wegegeldvergütung. Eine Abrechnung der Vergütungen nach Satz 1 oder 3 dieses Absatzes neben der Vergütung nach Absatz 2 ist ausgeschlossen. Die selbe soziale Gemeinschaft sind zum Beispiel die gemeinsame Häuslichkeit in einer Wohnung, betreute Wohngruppen oder Senioren-Wohngemeinschaften. Die selbe Einrichtung sind zum Beispiel stationäre Pflegeeinrichtungen, Altenheime oder beschützende Wohnheime bzw. Einrichtungen.

Die Vergütungen umfassen auch die Kosten der mit der Impfung verbundenen Impfsurveillance durch die jeweilige Ärztin, den Arzt sowie die Prüfung und Feststellung der Impfberechtigung und der entsprechenden Priorisierung. Die Erfüllung der Verpflichtung zur Teilnahme an der Impfsurveillance ist als Teil der zu erbringenden Gesamtleistung anzusehen und damit Voraussetzung einer Vergütung.

In den Vergütungen nicht enthalten sind die Kosten für Impfbesteck und –zubehör (Spritzen, Kanülen und ggf. Kochsalzlösung).

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

Zu Absatz 2

Die Vergütung der Arztpraxen für eine ausschließliche Impfberatung zum Coronavirus SARS-CoV-2 ohne nachfolgende Schutzimpfung beträgt je Anspruchsberechtigten bzw. sofern notwendig (zum Beispiel bei bestimmten Erkrankungen und Kindern) bezogen auf die jeweilige Bezugsperson bzw. Bezugspersonen einmalig 10 Euro. Die Impfberatung kann auch telefonisch oder im Rahmen eines Videosprechstundenkontaktes erfolgen. Eine Abrechnung neben den Vergütungen nach Absatz 1 Satz 1 oder 3 ist ausgeschlossen.

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 3

Die an die Arztpraxen zu zahlende Vergütung für die Ausstellung eines ärztlichen Zeugnisses als Nachweis für eine Impfberechtigung nach § 6 Absatz 4 Satz 1 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 beim entsprechenden Leistungserbringer, z. B. im Impfzentrum, durch das mobile Impfteam oder in der Arztpraxis, die eine Impfung durchführt.

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 4

Die Vergütung für beauftragte Betriebsärzte und überbetriebliche Dienste von Betriebsärzten wird analog zu den Arztpraxen nach Absatz 1 verankert. Damit soll auch für Betriebsärzte ein finanzieller Anreiz zur Beteiligung an der nationalen Impfkampagne bewirkt werden. Der Vergütungsanspruch besteht hingegen nicht bei den Betriebsärzten in Betrieben, die im Rahmen eines Beschäftigungsverhältnisses diese Vergütung bereits auf der Grundlage arbeitsrechtlicher Entgeltvereinbarungen als abhängig Beschäftigter oder als Freiberufler mit dem Arbeitgeber eine Vergütung erhalten. Dies kommt insbesondere bei großen Unternehmen zum Tragen, die über eigene Betriebs-/Werksärzte verfügen und dabei über die notwendigen strukturellen und organisatorischen Voraussetzungen für eine Verimpfung in dem Unternehmen verfügen.

Soweit überbetriebliche Dienste von Betriebsärzten im Auftrag des Arbeitgebers in den Betrieben impfen, steht der Vergütungsanspruch grundsätzlich dem überbetrieblichen Dienst zu, sofern und soweit die Vergütung nicht Bestandteil der Beauftragung durch den Arbeitgeber ist.

Zu Absatz 5

Die in den Absätzen 1 bis 4 genannten Leistungserbringer rechnen die von ihnen erbrachten Leistungen nach Absatz 1 bis 4 monatlich oder quartalsweise bis spätestens zum Ende des dritten auf den Abrechnungszeitraum folgenden Monats mit der jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigung ab. Die jeweilige Kassenärztliche Vereinigung übermittelt sodann die jeweiligen Beträge an das BAS. Für die Abrechnung sind die Vorgaben der KBV anzuwenden, die hierzu das Nähere einschließlich des jeweiligen Verwaltungskostenersatzes 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 die ärztlichen Leistungen jeweils erbracht wurden. Vertragsärztliche Leistungserbringer nutzen für die Abrechnung der Leistung den Abrechnungsweg über den Datensatz KVDT.

Zu Absatz 6

Die in den Absätzen 1 bis 4 genannten Leistungserbringer 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 entspricht. Die Verpflichtung zur Datenspeicherung und -aufbewahrung für diesen Zweck ist notwendig, um die rechtmäßige Verwendung der Mittel aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds und dem Bundeshaushalt 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 anteilig 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. Sofern der Deutsche Bundestag gemäß § 5 IfSG eine epidemische Lage von nationaler Tragweite feststellt, werden die notwendigen Kosten der Impfzentren bis mindestens zum 30. September 2021 erstattet. Die zeitliche Ergänzung im Vergleich zur CoronaimpfV vom 10. März 2021 erfolgt in Umsetzung des Beschlusses der Konferenz der Bundeskanzlerin mit den Regierungschefinnen und Regierungschefs der Länder vom 19. März 2021, welcher auf Empfehlung eines gemeinsamen Beschlusses der Gesundheitsministerkonferenz und dem Bundesminister für Gesundheit erfolgte.

Die Impfzentren einschließlich mobiler Impfteams sind dabei vor dem Hintergrund der sich entwickelnden Durchimpfungsrate 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. Zu den notwendigen Kosten zählen darüber hinaus auch diejenigen Kosten, die für die Ausstellung eines ärztlichen Zeugnisses nach § 6 Absatz 6 entstehen sowie gegebenenfalls entstehende Gebärdendolmetscherkosten gemäß § 17 Absatz 2 SGB I.

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 Impfbesteck und -zubehör einschließlich dieser für mobile Impfteams. Zum nicht abrechenbaren Impfbesteck 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. Mit dem Ziel, Doppelzahlungen zu vermeiden, wird gegenüber der CoronaimpfV vom 10. März 2021 neu ergänzt, dass Kosten für Leistungen, die nach § 9 dieser Verordnung abgerechnet und vergütet werden, von der Erstattung im Rahmen der Teilfinanzierung der Kosten der Impfzentren ausgeschlossen sind.

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 (Großhandelsvergütung für Impfstoffe)

Zu Absatz 1

In Absatz 1 wird die Vergütung des Großhandels für die Verteilung der COVID-19-Impfstoffe in die Fläche und an die Apotheken geregelt. Eine gesonderte Vergütungsregelung ist notwendig, da die Regelungen der Arzneimittelpreisverordnung keine Anwendung finden. Die Höhe der Vergütung richtet sich nach dem anzunehmenden Aufwand, der insbesondere bei der Annahme, dem möglichen Auseinander/Konfektionieren und dem Weitertransport an die Apotheken entsteht. Der im Vergleich zu einfach zu kühlenden Impfstoffen deutlich aufwendigere Transport der ultra- und tiefkühlpflichtigen Impfstoffe bedingt eine höhere Vergütung. Für den Zeitraum bis zum Ablauf des 9. Mai 2021 erhält der Großhandel eine höhere und nach den Anforderungen an den Transport der Impfstoffe differenzierte Vergütung. Diese Vergütung ist erforderlich, um sicherzustellen, dass die zunächst geringen Mengen Impfstoff wirtschaftlich vom Großhandel an Apotheken verteilt werden können. Mit der höheren Vergütung sollen insbesondere auch Aufbauprozesse beim Großhandel vergütet werden, die einen reibungslosen Ablauf des Impfens in Arztpraxen sicherstellen sollen.

Zu Absatz 2

Zudem wird eine Vergütung für die Beschaffung von Impfbesteck und -zubehör festgelegt, die sich an den angenommenen Einkaufspreisen des Großhandels orientiert. Die Vergütung kann bei der Belieferung zusätzlich zur Vergütung für die Belieferung des Impfstoffes abgerechnet werden.

Zu Absatz 3

Um die Abrechnung der Vergütungen für den Großhandel und die Apotheken für das Bundesamt für Arbeit und Soziales (BAS) zu vereinfachen, rechnen Großhändler ihre Vergütung nicht direkt mit dem BAS, sondern über die Apotheken bzw. die von ihnen beauftragten Rechenzentren ab.

Zu Absatz 4

Absatz 4 regelt, dass die für die Interessenvertretung des pharmazeutischen Großhandels maßgebliche Spitzenorganisation dem Bundesministerium für Gesundheit bis zum 15. Juni 2021 eine Aufstellung der tatsächlichen Aufwände beim Transport der Impfstoffe und der Beschaffung des Impfbestecks nach Absatz 2 zu übermitteln hat. Auf der Grundlage dieser Aufstellung können anschließend die in § 11 genannten Vergütungen angepasst werden.

Zu § 12 (Apothekenvergütung für Impfstoffe)

Es wird die Vergütung der Apotheken für die Abgabe der COVID-19-Impfstoffe an Arztpraxen, die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, geregelt. Aufgrund des zu erwartenden Mehraufwandes insbesondere bei der Organisation der Bestellung und der Abgabe gegenüber der Abgabe von bspw. saisonalen Grippeimpfstoffen, wird die Vergütung auf 6,58 Euro je Durchstechflasche zuzüglich Umsatzsteuer festgelegt.

Zudem wird geregelt, dass die für die Interessenvertretung der Apotheken maßgebliche Spitzenorganisation dem Bundesministerium für Gesundheit bis zum 17. Mai 2021 eine Aufstellung des tatsächlichen Aufwandes zu übermitteln hat, auf dessen Grundlage die Vergütung für die Abgabe der Impfstoffe angepasst werden kann.

Zu § 13 (Abrechnung der Großhandels- und Apothekenvergütung durch die Apotheken)

Zu Absatz 1

In Absatz 1 wird das Nähere zur Abrechnung durch die Apotheken festgelegt. Apotheken rechnen über ihre jeweiligen Rechenzentren ab und leiten die ebenfalls abgerechnete Großhandelsvergütung an diesen weiter.

Zu Absatz 2

Der Großhandel, die Apotheken und die Rechenzentren sind verpflichtet, die rechnungsbe gründenden Unterlagen bis zum 31. Dezember 2024 unverändert zu speichern oder aufzu bewahren. Hierdurch wird ermöglicht zu überprüfen, ob die Anforderung von Finanzmitteln den rechtlichen Vorgaben entspricht. Die Verpflichtung zur Datenspeicherung und -aufbe wahrung für diesen Zweck ist notwendig, um die rechtmäßige Verwendung der Mittel aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds bzw. dem Bundeshaushalt überprüfen zu kön nen.

Zu § 14 (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 Vorhal tung ab dem 15. Dezember 2020 und den laufenden Betrieb der Impfzentren nach § 10 erstattungsfähigen Kosten anteilig aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds erstat tet 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 ein schließlich angegliederter mobiler Impfteams im Meldezeitraum entstanden sind, differen ziert 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 Impfzen tren des Landes.

Rechnerische und sachliche Fehler in der Mittelanforderung sind in der nächsten Daten meldung 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 Ab schlagszahlungen beantragt werden, zu orientieren. Um das Verfahren zu vereinfachen, können die Abschlagszahlungen bis zu 50 Prozent des Gesamtbetrages nach Satz 1 Num mer 2 für einen Monat oder für ein Quartal ohne Berücksichtigung des Erstattungsverfah rens nach § 16 betragen. Die Länder erhalten damit eine weitreichende Ausgestaltungsho heit und Flexibilität bei der Mittelanforderung für die Impfzentren. Sie können monatlich oder quartalsweise die erstattungsfähigen Kosten übermitteln und sie können vor dieser Über mittlung 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 Überschreibungsbetrag 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 5 in Verbindung mit § 9 Absatz 1 bis 4 benötigten Mittel sowie den Rechenzentren die für die Abrechnung nach § 13 Absatz 1 benötigten Mittel aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds zur Verfügung gestellt werden.

Die Kassenärztlichen Vereinigungen melden nach Satz 1 Nummer 1 die jeweiligen Beträge, die für einen Abrechnungszeitraum von den Arztpraxen in ihrem Zuständigkeitsbereich für ihre ärztlichen Leistungen in Rechnung gestellt wurden und abgerechnet werden sollen, getrennt nach den Abrechnungsverfahren des § 9 Absatz 1 bis 4, an das BAS. Die für Betriebsärzte abgerechneten Beträge sind dabei separat auszuweisen. Dabei haben die Kassenärztlichen Vereinigungen die Wahl, ob sie für einen Monat oder für ein Quartal Mittel für die Abrechnung nach § 9 Absatz 1 bis 5 anfordern.

Die Rechenzentren melden quartalsweise nach Satz 1 Nummer 2 die jeweiligen Beträge, die für einen Abrechnungszeitraum von Apotheken und Großhandel in ihrem Zuständigkeitsbereich für die Abgabe von COVID-19-Impfstoffe und für die Abgabe von Impfbestock und –zubehör in Rechnung gestellt wurden und abgerechnet werden sollen, getrennt nach den Abrechnungsverfahren des § 13 Absatz 1 in Verbindung mit § 11 Absatz 1 und 2 sowie des § 13 Absatz 1 in Verbindung mit § 12, an das BAS.

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

Das BAS überweist auf Grundlage der Meldung nach Satz 1 Nummer 1 den jeweiligen Gesamtbetrag an die Kassenärztlichen Vereinigungen sowie auf Grundlage der Meldung nach Satz 1 Nummer 2 den jeweiligen Gesamtbetrag an die Rechenzentren. Die Rechenzentren leiten den erhaltenen Betrag an die Apotheken weiter.

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 § 16 Absatz 2 übermitteln die Länder dem Verband der Privaten Krankenversicherung die nach § 16 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, die KBV und die Rechenzentren durch das BAS zu erhalten, um die Auswirkungen auf die Liquiditätssituation des Gesundheitsfonds beurteilen zu können. Die nach Absatz 1 Satz 3 und 4 und die nach Absatz 2 Satz 3 ausgezahlten Beträge sind jeweils getrennt nach den Nummern 1 und 2 zu übermitteln. Die nach Absatz 2 Satz 3 in Verbindung mit Nummer 1 ausgezahlten Beträge sind zudem getrennt nach den gemäß § 9 Absatz 5 in Verbindung mit den Absätzen 1 bis 4 geregelten Abrechnungsverfahren zu übermitteln. Die für Betriebsärzte abgerechneten Beträge sind dabei separat auszuweisen. Die nach Absatz 2 Satz 3 in Verbindung mit Nummer 2 ausgezahlten Beträge sind getrennt nach den gemäß § 13 Absatz 1 Satz 1 in Verbindung mit § 11 Absatz 1 und 2 sowie § 12 geregelten Abrechnungsverfahren zu übermitteln.

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 Absatz 7

Die Regelung in Absatz 7 dient in Verbindung mit der Übermittlung nach Absatz 2 Satz 1 Nummer 3 dazu, Transparenz hinsichtlich der Kosten je Impfung zu schaffen.

Zu Absatz 8

Mit der Regelung nach Absatz 8 Satz 1 wird sichergestellt, dass die Kassenärztlichen Vereinigungen für alle ihre Mittelanforderungen Zahlungen erhalten. Satz 2 bestimmt, dass eine doppelte Anforderung von Mitteln für die identischen Rechnungsbeträge nicht zulässig und daher zu korrigieren ist. § 15 ist nicht anwendbar.

Zu § 15 (Verfahren für die Finanzierung aus Bundesmitteln)

Der Bundeshaushalt wird die Ausgaben für die Vergütung der ärztlichen Leistungen, die Vergütung für die Abgabe von COVID-19-Impfstoffen durch Großhandel und Apotheken sowie die Vergütung für die Abgabe von Impfbestock und –zubehör durch den Großhandel, die in der Coronavirus-Impfverordnung geregelt werden, an die Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds erstatten.

§ 15 bestimmt das Verfahren zur Erstattung aus Bundesmitteln für diese Kosten.

Das BAS teilt dem Bundesministerium für Gesundheit (BMG) unverzüglich nach Auszahlung die Höhe der nach § 14 Absatz 2 Satz 3 an die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Rechenzentren überwiesenen Beträge mit. Der Bund erstattet die Beträge an das BAS zu Gunsten der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds. Dies hat innerhalb von einer Woche nach der Mitteilung des BAS an das BMG zu erfolgen.

Zu § 16 (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 § 14 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 § 14 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 § 17 (Datenübermittlung zu Lagerbeständen)

Um einen Überblick über die verfügbare Menge an COVID-19-Impfstoffen zu erhalten, kann das Paul-Ehrlich-Institut entsprechende Daten bei den Arzneimittelgroßhandlungen anfordern. Die angeforderten Daten sollen dazu beitragen, dass die Impfstoffe in der Fläche gleichmäßig verteilt und regionale Lieferengpässe vermieden werden.

Zu § 18 (Evaluierung)

Die 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.

Zu § 19 (Übergangsvorschrift)

Vereinbarungen nach § 6 Absatz 3 Satz 1 der Coronavirus-Impfverordnung vom 18. Dezember 2020 (BAnz AT 21.12.2020 V3), nach § 6 Absatz 3 Satz 1 Coronavirus-Impfverordnung vom 8. Februar 2021 (BAnz AT 08.02.2021 V1) und nach § 6 Absatz 3 Satz 1 der Coronavirus-Impfverordnung vom 10. März 2021 (BAnz AT 11.03.2021 V1) gelten fort.

Mit der Regelung in Satz 2 wird gewährleistet, dass Beauftragungen von Arztpraxen auf Basis vorhergehender Fassungen der CoronaimpfV und bisheriger Regelungen weitergeführt werden können.

Zu § 20 (Inkrafttreten, Außerkrafttreten)

Diese Verordnung tritt zum 1. April 2021 in Kraft. Sie tritt nach § 20i Absatz 3 Satz 15 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch und § 5 Absatz 4 Satz 1 des Infektionsschutzgesetzes außer Kraft. Die Coronavirus-Impfverordnung vom 10. März 2021 (BAnz AT 11.03.2021 V1) tritt mit Ablauf des 31. März 2021 außer Kraft.