

# Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände



Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände  
Hausvogteiplatz 1 · 10117 Berlin

5.5.2020

Deutscher Bundestag  
Ausschuss für Gesundheit  
Herrn Vorsitzenden  
Erwin Rüdgel, MdB

Bearbeitet von  
Jörg Freese/DLT

Telefon: 030 590097-340  
Telefax: 030 590097-430

per Mail: Jasmin.Holder@bundestag.de

E-Mail:  
Joerg.Freese@Landkreistag.de

Deutscher Bundestag  
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache  
**19(14)160(9)**  
gel. VB zur öAnh am 11.5.2020 - 2.  
Bevölk.schutzg.  
5.5.2020

Aktenzeichen  
V-520-00/1

## Entwurf eines Zweiten Gesetzes zum Schutz der Bevölkerung bei einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite

Sehr geehrter Herr Rüdgel,

vielen Dank für die Möglichkeit zur Stellungnahme zu dem o. g. Gesetzentwurf. Die kommunalen Spitzenverbände äußern sich hierzu in den als **Anlagen** beigefügten Stellungnahmen des Deutschen Landkreistages, des Deutschen Städtetages und des Deutschen Städte- und Gemeindebundes. Für die Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände wird der Unterzeichner an der Anhörung teilnehmen.

Mit freundlichen Grüßen  
In Vertretung

Jörg Freese  
Beigeordneter des Deutschen Landkreistages

Anlagen

Deutscher Landkreistag · Postfach 11 02 52 · 10832 Berlin

Deutscher Bundestag  
Ausschuss für Gesundheit  
Herrn Vorsitzenden  
Erwin Rüdgel, MdB

per Mail: [Jasmin.Holder@bundestag.de](mailto:Jasmin.Holder@bundestag.de)

Ulrich-von-Hassell-Haus  
Lennéstraße 11  
10785 Berlin

Tel.: 030 590097-332  
Fax: 030 590097-430

E-Mail:  
[Miriam.Elsaesser@Landkreistag.de](mailto:Miriam.Elsaesser@Landkreistag.de)

AZ: V-520-00/1

Datum: 5.5.2020

## Entwurf eines Zweiten Gesetzes zum Schutz der Bevölkerung bei einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite

Sehr geehrter Herr Rüdgel,

wir bedanken uns für die Möglichkeit, schriftlich und mündlich zum Entwurf eines Zweiten Gesetzes zum Schutz der Bevölkerung bei einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite gegenüber dem Ausschuss für Gesundheit des Deutschen Bundestages Stellung nehmen zu können.

Nach dem Entwurf soll der öffentliche Gesundheitsdienst (ÖGD), dessen Träger zum größten Teil die Landkreise sind, durch Maßnahmen des Bundes während der epidemischen Lage von nationaler Tragweite unterstützt werden. Hierfür sind sowohl Finanz- als auch Amtshilfen vorgesehen. Beides lehnen wird im Rahmen der vorgeschlagenen Ausgestaltung aufgrund von verfassungsrechtlichen und praktischen Gründen ab, wie wir im Folgenden darlegen:

### Finanzhilfen für den ÖGD

Nach § 5 Abs. 2 Nr. 9 IfSG-E soll das BMG ermächtigt werden, Finanzhilfen gemäß Art. 104b Abs. 1 Satz 2 GG für Investitionen der Länder, Gemeinden und Gemeindeverbände zur technischen Modernisierung der Gesundheitsämter und zum Anschluss dieser an das elektronische Melde- und Informationssystem nach § 14 IfSG zur Verfügung zu stellen. Gerechnet wird mit Mehraufwendungen in Höhe von ca. 50 Mio. Euro, wenn an jedes der 375 Gesundheitsämter ca. 100.000 bis 150.000 fließen sollen.

Auch wenn es grundsätzlich zu begrüßen ist, dass der Bund die Länder mit ihren Kommunen angesichts der besonderen Herausforderungen der Corona-Krise finanziell unterstützen will, sind die vorgeschlagenen Finanzhilfen in ihrer konkreten Ausgestaltung abzulehnen. Sie sind bereits verfassungsrechtlich unzulässig, weil die Voraussetzungen des Art. 104b Abs. 1 Satz 2 GG – anders als vom Wortlaut des § 5 Abs. 2 Nr. 9 IfSG suggeriert – nicht vorliegen.

Nach Art. 104b Abs. 1 Satz 1 GG kann der Bund, soweit das Grundgesetz ihm Gesetzgebungsbefugnisse verleiht, den Ländern Finanzhilfen für besonders bedeutsame Investitionen der Länder, Gemeinden und Gemeindeverbände gewähren, die zur Abwehr einer Störung des

gesamtwirtschaftlichen Gleichgewichts (Nr. 1) oder zum Ausgleich unterschiedlicher Wirtschaftskraft im Bundesgebiet (Nr. 2) oder zur Förderung des wirtschaftlichen Wachstums (Nr. 3) erforderlich sind. Art. 104b Abs. 1 Satz 2 GG erweitert die Finanzierungsbefugnis des Bundes insoweit – aber auch nur insoweit – als dieser Finanzhilfen im Falle von Naturkatastrophen oder außergewöhnlichen Notsituationen auch in Handlungsfeldern gewähren kann, für die ihm keine Gesetzgebungskompetenzen zustehen.

Das aktuelle Ausbruchsgeschehen stellt zwar fraglos eine Naturkatastrophe im Sinne dieser Vorschrift dar; die übrigen Voraussetzungen für eine Finanzhilfe des Bundes liegen aber nicht vor. Investitionen zur technischen Modernisierung der Gesundheitsämter und zum Anschluss dieser an ein elektronisches Meldesystem sind weder „besonders bedeutsam“ noch tragen sie – schon wegen ihrer geringen Höhe – dazu bei, die gesamtwirtschaftlichen Folgen einer Krise durch eine gesteigerte Investitionstätigkeit der öffentlichen Hand abzumildern oder zielgerichtet auf die Angleichung unterschiedlicher Wirtschaftsverhältnisse im Bundesgebiet hinzuwirken.

Geboten sind im Übrigen nicht solche punktuellen Finanzhilfen, auch wenn darin eine wertschätzende Anerkennung des Bundes für die Leistungen der Landkreise als Träger des öffentlichen Gesundheitsdienstes liegt. Erforderlich ist vielmehr eine dauerhafte, aufgabenangemessene Finanzierung der kommunalen Ebene und damit im Ergebnis auch des öffentlichen Gesundheitsdienstes. Insoweit stehen zwar in erster Linie die Länder in der Verantwortung. Der Bund ist aber seinerseits gefordert, in einer Situation wie der vorliegenden einer Erhöhung des Umsatzsteueranteils der Länder zuzustimmen, um diese in die Lage zu versetzen, ihrer Verantwortung gerecht zu werden.

#### Amtshilfe für den ÖGD

Der Entwurf sieht in § 4 Abs. 1 IfSG-E die Einrichtung einer „Kontaktstelle für den öffentlichen Gesundheitsdienst“ beim RKI vor, die insbesondere auch die Aufgabe haben soll, Amtshilfe des RKI gegenüber den Ländern (und damit auch den Kommunen) zu koordinieren. Die Behörden des öffentlichen Gesundheitsdienstes der Länder werden darüber hinaus verpflichtet, das RKI unverzüglich zu informieren, wenn im Rahmen einer epidemischen Lage von nationaler Bedeutung die Durchführung notwendiger Ermittlungen oder Schutzmaßnahmen nicht mehr gewährleistet ist (§ 5 Abs. 7 IfSG-Entwurf). Zeitgleich mit der Einführung einer solchen Pflicht, das eigene Unvermögen zu melden, hat der Bund erklärt, 105 mobile Teams zur Unterstützung der Gesundheitsämter bereit zu stellen. Dieses Vorhaben ist abzulehnen. Es begegnet verfassungsrechtlichen Bedenken und zudem hilft es in der Praxis nicht:

Nach der Zuständigkeitsordnung des Bundes ist der Vollzug des IfSG grundsätzlich Sache der Länder. Das schließt zwar nicht aus, dass das RKI als Bundesoberbehörde Amtshilfe leistet. Verfassungsrechtlich jedenfalls bedenklich ist aber, dass sich das RKI mit der Einstellung von „Containment Scouts“, die es nicht zur Erfüllung eigener Aufgaben benötigt, bereits seit März gezielt auf eine solche Amtshilfe vorbereitet hat. Ein solches Vorgehen, das prinzipiell auch auf andere Handlungsfelder übertragen werden könnte, ist dazu geeignet, die grundgesetzliche Zuständigkeitsordnung zu untergraben. Das gilt selbst dann, wenn es – was allerdings unverzichtbar ist – der Initiative der Gesundheitsbehörden der Länder und der Gesundheitsämter als zuständigen Behörden vor Ort überlassen bleibt, ob sie bei Bedarf auf solche mobilen Einheiten des Bundes zugreifen, deren Einsatz sie auch steuern können müssen.

Im Übrigen sehen wir auch keinen grundsätzlichen Bedarf für eine solche Form der Amtshilfe des Bundes. Vielmehr hat sich auch in dieser Krise erneut gezeigt, dass die Landkreise sehr schnell in der Lage sind, Personal aus anderen Bereichen ihrer Verwaltung für Aufgaben der Gesundheitsämter wie etwa die Kontaktnachverfolgung einzusetzen.

Selbst wenn in besonderen Belastungssituationen der Bedarf einmal nicht landkreisintern oder durch Unterstützung des Landes gedeckt werden kann, ist es sinnvoller, vor Ort nach

entsprechenden Mitarbeitern zu suchen und sie direkt (befristet) bei den Landkreisen zu beschäftigen. Mobile Teams des Bundes müssten dagegen erst mühsam mit den Verhältnissen vor Ort vertraut gemacht und ggf. auch noch untergebracht werden. Zudem ist die Zusammenarbeit zwischen den Landesbehörden und den Kreisen und Städten im öffentlichen Gesundheitsdienst eingeübt und über den engeren Gesundheitsdienst hinaus bewährt und komplikationsarm. Das ist mit einer unmittelbaren Zusammenarbeit zwischen Kommunen und Bund nicht möglich. Es steht zu erwarten, dass zusätzliche Komplikationen und Doppelarbeit entstehen.

Deshalb sollte sich die Tätigkeit des RKI – einschließlich der Amtshilfe – auch künftig vor allem in Gebieten geleistet werden, auf denen bundesweites Agieren sinnvoll ist, namentlich in der Forschung und Wissensvermittlung im medizinisch-epidemiologischen Bereich. Der administrative Vollzug des IfSG ist dagegen besser bei den Gesundheitsämtern aufgehoben.

### Meldepflichten des ÖGD

Der Entwurf sieht vor, die Meldepflichten der Gesundheitsämter erheblich auszuweiten. Hier ist unbedingt darauf zu achten, dass Aufwand und Ertrag in einem vernünftigen Verhältnis stehen: Es muss sichergestellt werden, dass die - trotz aller Unterstützung begrenzten - Kapazitäten des ÖGD stets sinnvoll für die Bekämpfung der Epidemie eingesetzt werden. Dies erscheint uns in dem Entwurf nicht gewährleistet. Die zusätzlichen Meldepflichten sind dringend auf das zur Überwindung der Pandemie zwingend Notwendige zu begrenzen.

Das Meldewesen in Bezug auf Infektionen mit SARS-CoV-2 soll flächendeckend digitalisiert werden. Derzeit ist für uns nicht hinreichend erkennbar, dass die bislang etablierten Meldewege im aktuellen Infektionsgeschehen nicht funktioniert hätten und nachgebessert werden müssten. Die kommunale Ebene ist zu weiteren technischen Verbesserungen in diesem Bereich durchaus bereit. Dies sollte aber nicht überstürzt erfolgen. So ist die Vielfalt der im ÖGD genutzten Fachanwendungsprogramme, die u. a. das Meldewesen, aber auch weitere Aufgaben des ÖGD unterstützen, unseres Wissens nach recht groß. Die Implementierung neuer technischer Lösungen ist erfahrungsgemäß häufig mit Umsetzungs- und Anlaufschwierigkeiten verbunden und mitten in einer laufenden Krise sehr dosiert und durchdacht vorzunehmen, um unnötige Reibungsverluste und zusätzliche Probleme zu vermeiden. Dabei sind Fragen der Datenmigration aus bestehenden Fachanwendungen und der Funktionalität von Schnittstellen zwischen verschiedenen Systemen zu bedenken. Hier sollte zeitnah ein gemeinsames Vorgehen von BMG, kommunalen Spitzenverbänden unter Einbindung der relevanten Akteure wie dem RKI aber auch Fachverfahrensherstellern u.a. initiiert werden, um zu interoperablen und flächendeckend kompatiblen Lösungen zu gelangen. So kann der Gesundheitsbereich ein Treiber für eine föderal integrierte Digitalisierung in Deutschland insgesamt werden. .

### Testung auf COVID-19

Dass die Testung auf COVID-19 auch symptomunabhängig Bestandteil der Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung wird, ist nachdrücklich zu begrüßen. Dabei müssen alle Testverfahren und Leistungen davon umfasst sein. Auch die Abrechnungsmöglichkeit für die Gesundheitsämter ist sinnvoll und erforderlich. Unklar ist aber noch, wie die Abrechnung der Testung gegenüber den Krankenkassen erfolgen soll. Wünschenswert wäre auch die Regelung einer rückwirkenden Kostenübernahme seit Beginn der Pandemie. Zudem muss auch für die Krankenhäuser eine außerhalb der Fallpauschalen stehende Kostenerstattung ermöglicht werden.

All diese Regelungen sind in die Zukunft gerichtet. Uns wäre aber auch sehr daran gelegen, dass bereits durchgeführte Testungen in den Leistungskatalog der GKV aufgenommen werden. Die vorgetragenen Argumente treffen ja auch für bereits durchgeführte Testungen zu. Dies würde ermöglichen, dass bspw. bereits durchgeführte Untersuchungen in Alten- und Pflegeheimen zur Abrechnung gebracht werden können.

## Zu einzelnen Regelungen

### Zu § 9 IfSG-E:

Die Meldung über eine eingetretene Genesung dürfte nach allem, was über die Erkrankung derzeit bekannt ist, schwierig werden. Die tatsächliche Genesung ist nur schwer festzustellen. Oft steht der zu erwartende personelle Einsatz hier nach unserer Ansicht auch nicht im Verhältnis zum Erkenntnisgewinn. Zudem muss insgesamt bedacht werden, dass ohne die bisher nicht flächendeckend und vollständig umgesetzten elektronischen Meldewege eine Flut von Meldungen bei den Gesundheitsämtern eintreffen werden; auch und gerade mit Blick auf die zu erwartende Ausbreitung der Erkrankung und die Meldung von Verdachtsfällen einer Erkrankung mit extrem unspezifischer Symptomatik.

Die Übermittlung des Immunstatus dürfte zudem angesichts der zukünftigen Durchführung von Antikörpertests zu nicht unerheblichen Meldepflichten führen, die in der aktuellen digitalen Vernetzung nur schwerlich vorständig automatisiert ablaufen können. Hieran dürfte sich auch kurzfristig nichts ändern lassen.

### Zu § 14 IfSG-E:

Die Verordnungsermächtigung sieht kein Zustimmungserfordernis des Bundesrates vor. Dies ist aus unserer Sicht nachdrücklich abzulehnen. Gerade im Bereich des öffentlichen Gesundheitsdienstes ist angesichts ihrer zentralen Kompetenz eine Mitwirkung der Länder an den entsprechenden Vorschriftensetzungen zwingend erforderlich.

### Zu § 19 IfSG-E:

Ausweislich der Begründung des Gesetzentwurfs zu § 19 IfSG-E sollen durch die Gesundheitsämter auch Beratungen und Untersuchungen angeboten werden. Dies mag im Einzelfall notwendig und geeignet sein. Eine solche Zuständigkeit ist dem bisherigen Infektionsschutz aber fremd. Die Behandlung ist Sache der niedergelassenen Ärzte und der Krankenhäuser. Bürger dürfen nicht zu der Erwartung gebracht werden, dass eine Behandlung durch das Gesundheitsamt erfolgt. Auch lassen die Erfahrungen in der Zusammenarbeit mit den Kassenärztlichen Vereinigungen befürchten, dass aufgrund einer solchen Regelung noch stärker auf die Gesundheitsämter verwiesen würde, ohne dass dies tatsächlich umsetzbar wäre.

### Zu § 43 IfSG-E:

Es ist nicht ersichtlich, warum es ermöglicht werden soll, die Belehrung der Gesundheitsämter in Bezug auf Tätigkeiten mit Nahrungsmitteln durch eine vom Arbeitgeber oder Dienstherrn erteilte Belehrung zu ersetzen. Insbesondere wegen der Qualitätssicherung im Bereich der Hygiene sollte diese Aufgabe bei den Gesundheitsämtern verbleiben. Entgegen den Ausführungen der Begründung haben die Gesundheitsämter die Durchführung der Belehrungen nach unserer Kenntnis nicht eingestellt. Vielmehr übernehmen in vielen Landkreisen aktuell Veterinäre diese Aufgabe, wodurch der in der Begründung aufgeführte Bedarf an Erstbelehrungsbescheinigungen durch die Unternehmer gedeckt sein sollte. Diese Regelung sollte deswegen gestrichen werden.

### Zu § 149 SGB XI-E:

Die Nutzung von Einrichtungen der Kurzzeitpflege und von stationären Rehabilitations- und Vorsorgeeinrichtungen für die pflegerische Versorgung von Pflegebedürftigen, die coronabedingt nicht in ihrem Pflegeheim bleiben können, trägt den Belangen der Praxis Rechnung und wird begrüßt.

### Zu § 150 SGB XI-E:

Die Einbeziehung der Hospize in die Erstattungsregelung des § 150 SGB XI ist richtig. Dies gilt auch für die bis 30.9.2020 vorgesehenen Regelungen für die Angebote nach § 45a SGB XI und für die erleichterte Nutzung des Entlastungsbetrags und des Pflegeunterstützungsgeldes.

Zu § 150a SGB XI-E:

Wir können den politischen Willen nachvollziehen, Pflegekräfte für die besondere Belastung während der Corona-Pandemie durch eine finanzielle Anerkennung zu würdigen. Wir geben aber zum einen zu bedenken, dass auch andere Berufsgruppen derzeit außergewöhnlichen Belastungen ausgesetzt sind, und die Hervorhebung eines Berufsstandes zu neuen Ungerechtigkeiten gegenüber anderen Berufsgruppen führt. Eine Prämie auch für andere Berufsgruppen einzuführen, wäre dabei keine Lösung, da dies nicht finanzierbar ist. Insofern führt eine solche Regelung insgesamt zu Ungerechtigkeiten, die wir für nicht vertretbar halten. Zudem werden ob der dramatischen finanziellen Belastungen der Kommunen auch und gerade in Folge des Corona-Geschehens nur die wenigsten Kommunen in der Lage sein, derartige Prämien zu leisten.

Mit freundlichen Grüßen  
In Vertretung

Freese

Deutscher Städtetag · Gereonstraße 18 - 32 · 50670 Köln

Deutscher Bundestag  
Ausschuss für Gesundheit  
Frau Mechthild Surholt  
Platz der Republik 1  
11011 Berlin

E-Mail: [jasmin.holder@bundestag.de](mailto:jasmin.holder@bundestag.de)  
[gesundheitsausschuss@bundestag.de](mailto:gesundheitsausschuss@bundestag.de)

**Gesetzentwurf der Fraktionen der CDU/CSU und SPD  
Zweites Gesetz zum Schutz der Bevölkerung bei einer epidemischen Lage  
von nationaler Tragweite**

Hier: Ihr Zeichen PA – 14 – 5410-90

Sehr geehrte Damen und Herren,

seitens des Deutschen Städtetages nehmen wir sehr kurzfristig zum Gesetzentwurf wie folgt Stellung. An dieser Stelle möchten wir unsere Verwunderung darüber deutlich machen, dass wir als Interessensvertretung von über 200 Städten, darunter alle Großstädte mit eigenem Gesundheitsamt, nicht als Sachverständige benannt wurden. Wir bitten dies bei künftigen Gesetzgebungsvorhaben insbesondere den Bereich des öffentlichen Gesundheitswesens betreffend zu berücksichtigen. Im Übrigen bitten wir um Berücksichtigung unserer Rückmeldung.

**I. Grundsätzliches**

Wir begrüßen, dass mit dem Gesetz zeitnah gesetzliche Anpassungen an aktuelle Erfordernisse in der Coronapandemie erfolgen sollen. Von Bund und den Ländern vorgesehene Stärkungen des öffentlichen Gesundheitsdienstes und der Krankenhäuser sind notwendig und richtig. Im Detail dürfen aber keine neuen erheblichen Mehraufwände für die unteren Gesundheitsbehörden in den Ländern entstehen, ohne dass hierfür eine Kompensation vorgesehen ist.

- Die Weiterentwicklung des Infektionsschutzgesetzes ist grundsätzlich zu begrüßen. Das eine gesetzliche Meldepflicht in Bezug zu COVID-19 und SARS-CoV-2 verankert wird, ist positiv. Für die Auswertungen und

05.05.2020/rem

Kontakt  
Lutz Decker  
[lutz.decker@staedtetag.de](mailto:lutz.decker@staedtetag.de)  
Gereonstraße 18 - 32  
50670 Köln  
Telefon 0221 3771-305  
Telefax 0221 3771-409

Aktenzeichen  
53.06.14 D

Avenue des Nerviens 9 - 31  
1040 Bruxelles  
Belgien  
Telefon +32 2 74016-20  
Telefax +32 2 74016-21

[www.staedtetag.de](http://www.staedtetag.de)

Analysen sowie ein Pandemie- und Exit-Management erscheinen die neu eingeführten Meldepflichten hinsichtlich des Behandlungsergebnisses und bei negativen Labortests erscheinen epidemiologisch grundsätzlich sinnvoll. Allerdings fehlen Begriffsklärungen, etwa zur Genesung, die als Begriff in der Begründung auftaucht. Vor allem entstehen aber bei den nun vorgesehenen deutlich erweiterten Ermittlungs- und Meldeaufgaben der Gesundheitsämter auch dementsprechende neue Aufwände, die gerade im Moment zusätzlich extrem herausfordernd sind. Wenn sie gleichwohl etabliert werden sollen, muss auch die direkte Ressourcenkompensation (unabhängig von den anderen ÖGD-Stärkungsmaßnahmen) zeitgleich stattfinden. Wir erhielten z. B. eine erste Schätzung aus einer Großstadt zum Mehraufwand, die von 2 Stellen pro 100.000 Einwohner für die neu vorgesehenen Maßnahmen ausgeht.

- Zu begrüßen ist, dass die Testungen in Bezug auf COVID-19 - auch die des öffentlichen Gesundheitsdienstes - nun symptomunabhängig von der GKV finanziert werden sollen. Hier gilt es die Regelungen so auszugestalten, dass die Gesamtaufwände der kommunalen Gesundheitsbehörden auch sachgerecht, abgebildet werden. Keine Regelung findet sich bislang leider für zahlreiche Testzentren, in denen zwar gegenüber der GKV abrechnungsbefugte Ärzte der Kassenärztlichen Vereinigungen tätig sind, bei denen aber für sonstige logistische Aufwände (u. a. Herrichtungskosten für das Zentrum, Hilfspersonal etc.) Kommunen angesprochen werden.
- Eine Unterstützung der kommunalen Gesundheitsbehörden durch Maßnahmen des Bundes ist richtig und notwendig. Wir begrüßen in diesem Zusammenhang insbesondere auch die Unterstützungsleistungen des Bundes zur Etablierung von technischer Infrastruktur pro Gesundheitsamt, die in Höhe von jeweils 100.000 Euro bis 150.000 Euro in Aussicht gestellt werden. In der Umsetzung sollte eine Staffelung nach Größe der Ämter erfolgen.

Die bislang vorgesehenen Maßnahmen sind ein Schritt in die richtige Richtung. Die Notwendigkeit der Unterstützung kommunaler Gesundheitsbehörden ist damit aber entsprechend ihrer aktuellen Bedarfe keinesfalls erledigt. Mittel- und langfristig bedarf es vieler weiterer Maßnahmen, die auch den Bereich der Ausbildung von Ärztinnen und Ärzten betreffen.

- Längerfristig sollte eine umfassende Überarbeitung des IfSG auf Basis, der während der Coronapandemie gewonnenen Erfahrungen und Erkenntnisse erfolgen. Die aktuellen, schnellen Regelungen können eine solch umfassende Reform nicht ersetzen.
- Die Änderungen im Bereich des SGB XI (Pflege) sind grundsätzlich zu begrüßen. Allerdings ergeben sich weiterhin Regelungslücken bei der Finanzierung notwendiger Maßnahmen im Zusammenhang mit Corona.
- Für den Bereich der Krankenhäuser haben wir zu den Einzelbestimmungen zu Artikel 3 des Gesetzes detailliert Stellung bezogen.
- Zu begrüßen ist, dass der Bund die Kosten für europäische Intensivpatienten übernehmen möchte. Wichtig wäre in diesem Zusammenhang jedoch, dass die Details für die Finanzierung transparent sind. So muss z. B. deutlich sein, ob nur die reine Intensivbehandlung oder ggf. ein sich daran anschließender Aufenthalt in der Klinik übernommen wird oder auch wie die Nachweispflichten aussehen.



## II. Näheres zu Einzelbestimmungen

### Zu Artikel 1, Änderungen des Infektionsschutzgesetzes

- Eine Verbesserung der Klarheit von Begriffen, etwa durch eine Kodifizierung der in der Corona-Krise (erstmals) zum Einsatz gekommenen Maßnahmen „Ausgangsbeschränkung“, „Versammlungsverbot“ etc. - ist im Gesetzentwurf nicht enthalten. Gerade eine solche wäre aber im Sinne der Rechtsklarheit und angesichts der absehbaren gesamtgesellschaftlichen Folgen dieser Maßnahmen erstrebenswert.
- Nicht vorgesehen ist eine Pflicht der Ärzteschaft, den Laboren immer auch die Kontaktdaten der Probanden (d.h. insbesondere eine telefonische oder elektronische Erreichbarkeit) zu übermitteln, um die Labore in die Lage zu versetzen, diese an das Gesundheitsamt weiter zu melden. Die Aufnahme einer solchen Pflicht wäre aber unabdingbare Voraussetzung, um die Gesundheitsämter in die Lage zu versetzen, ohne zeitlichen Verzug nach Erhalt der Meldung positiver Laborergebnisse Indexpersonen unmittelbar kontaktieren und die Kontaktpersonenermittlung aufnehmen zu können.
- Enthalten ist eine nichtnamentliche Meldepflicht der Labore in Bezug auf Corona-Untersuchungsergebnisse. Wichtig erscheint hier die Nichtnamentlichkeit der Meldepflicht, da die Gesundheitsämter so nicht in Zugzwang geraten, anstelle der Ärzteschaft negative Ergebnisse den Probanden mitteilen zu müssen.
- (§ 9 Absatz 1 Nummer 1 k) sowie analog in § 10)  
Nunmehr sollen auch wahrscheinliche Infektionswege etc. zu melden sein. Die Relevanz dieser Information erscheint zwar grundsätzlich nachvollziehbar. Gleichwohl muss die geplante Regelung den momentan tatsächlich vorhandenen knappen Ressourcen gegenübergestellt werden. Wir bitten Sie um eine gute Abwägung und praxistaugliche Regelung.
- In § 9 Absatz 1 Nummer 1 n) (entsprechend auch in § 11 Absatz 1 Satz 1 Nr. 1 j) ist nun die Meldung des Behandlungsergebnisses vorgesehen. Ein Vorentwurf sprach hier von ‚Genesung‘. Dieser Begriff findet sich auch noch in der jetzigen Begründung dieser Vorschrift. Insoweit weiter hierauf abgezielt wird, wirft dies die Frage auf, ab wann von einer Genesung gesprochen werden kann. Ein negativer Abstrich, der initial positiv war, eine Symptombefreiheit, der Nachweis von Antikörpern - eine Genesung ist derzeit nicht allgemein gültig definiert. Es gibt eine gewisse Anzahl von Personen, die positiv getestet wurden, sich in häuslicher Quarantäne befinden, niemals Symptome entwickelt haben, und die positiv bleiben. Noch gibt es für diese Patienten keinen eindeutigen Antikörpertiter, der als Beweis herangezogen werden kann, dass diese Person einen protektiven Antikörpertiter hat und auch nicht mehr infektiös ist. Es gibt auch immer wieder Patienten, die ein- oder mehrmals im Abstrich negativ sind, die aber trotzdem aufgrund ihrer Symptome sowie eines typischen CT-Thorax-Bildes weiter als COVID-19 positiv laufen. Um diese Patienten als „genesen“ einzustufen, müsste ggf. jedes Mal ein Thorax-CT gemacht werden, um die Entwicklung der Lungenveränderung nachzuvollziehen. Wenn ein Patient als genesen definiert werden soll, wenn er keine Symptome mehr aufweist, dann sollte dies im Gesetz auch so bezeichnet werden. Hier ist eine klare Definition erforderlich. Der zwar erfolgte Austausch des im Vorentwurf verwendeten Begriffs ‚Genesung‘ durch ‚Behandlungsergebnis‘ räumt hier nicht alle Unklarheiten aus, zumal in der Begründung wieder auf die Genesung verwiesen wird.
- Zu begrüßen ist die Neuregelung des § 19 IfSG, welcher nunmehr auch COVID-19-Testungen durch das Gesundheitsamt sowie ihre Abrechnung bei den Krankenkassen ermöglichen soll, dies auch, wenn zur Durchführung Dritte beauftragt werden. Nach wie vor ist die Testung auf SARS-CoV-2 als eine Möglichkeit zur Einschätzung der Verbreitung des Virus in der Bevölkerung zu betrachten. Es muss im Rahmen der Verantwortlichkeit des Einzelnen für die eigene und die Gesundheit der Allgemeinheit die

Möglichkeit bestehen, einen Test auf SARS-CoV-2 vornehmen zu lassen. Eine Erweiterung der Kostenübernahme auch für die Privaten Krankenversicherungen muss ebenfalls sichergestellt werden. Zudem muss klargestellt werden, dass eine vollumfängliche Erstattung der Aufwände für Personal- und Material- bzw. Laborkosten incl. aller Begleitleistungen der unteren Gesundheitsbehörden erfolgt. Dies dürfte in der Regel der im niedergelassenen Bereich möglichen Abrechnungsziffern erfolgen. Die Abrechnung kann auch pauschaliert werden.

Testungen finden zudem im originär zuständigen Bereich der kassenärztlichen Vereinigungen bzw. der niedergelassenen Ärzte statt. Teilweise in Behandlungszentren oder Schwerpunktpraxen. Für diesen Bereich muss besser sichergestellt werden, dass diese Aufgaben als Teil des Sicherstellungsauftrages der Kassenärztlichen Vereinigungen grundsätzlich aber auch hinsichtlich notwendiger Nebenaufwände von dort realisiert und finanziert werden. Städte berichten von derzeitigen Verabredungen und Gesprächen mit der niedergelassenen Ärzteschaft und es werden auch viele praktische Zusammenarbeiten vereinbart, damit der Situation bedarfsgerecht und schnell begegnet werden kann. Allerdings ist es nicht Aufgabe der Städte, die dort anfallenden Kosten, auch nicht die für Schutz, Desinfektion, Reinigung, Sicherheit etc. zu übernehmen. Es gibt Anlass, die Zuständigkeiten des niedergelassenen Bereiches hier deutlicher herauszustellen.

- § 30 IfSG soll künftig nicht mehr „Quarantäne“ überschrieben sein, sondern mit „Absonderung“. Hier wäre zu prüfen, auch im Übrigen im IfSG so zu verfahren und in § 69 Abs. 1 Nr. 10 IfSG und § 69 Abs. 3 IfSG jeweils das Wort „Quarantänemaßnahme“ durch „Absonderungsmaßnahme“ zu ersetzen.

### **Zu Artikel 3, Änderungen des Krankenhausfinanzierungsgesetzes**

Alle Regelungen, die die Krankenhäuser in diesen schweren Zeiten entlasten, wie zum Beispiel das Verschieben der Einführung des Prüfquotensystems oder die Vereinfachung der Abrechnungsprüfung hinsichtlich der Einhaltung bestimmter Mindestmerkmale aus den OP'S bei Behandlung von COVID-19 Erkrankten sind zu begrüßen.

Denn die Krankenhäuser leisten einen immens hohen Beitrag, der Pandemie entgegenzuwirken und die Erkrankten bestmöglich zu versorgen. Dabei stoßen die Krankenhäuser aber tagtäglich an ihre Grenzen, sei es personell, aber insbesondere auch wirtschaftlich, da hohe Einnahmeeinbußen drohen, da unter anderem die planbaren Operationen verschoben werden mussten oder die Ambulanzen geschlossen sind.

Das COVID-19 Krankenhausentlastungsgesetz beinhaltet gute Ansätze, die Krankenhäuser wirtschaftlich zu unterstützen. Doch wird zunehmend deutlich, dass die dort getroffenen Maßnahmen nicht ausreichend sein werden. Es ist nachvollziehbar, dass aussagekräftige Informationen zur Bewertung und Überprüfung der Auswirkungen der mit dem COVID-19 Krankenhausentlastungsgesetz beschlossenen Maßnahmen benötigt werden. Jedoch erscheint die zeitliche Schiene für die Überprüfung der Auswirkungen viel zu lang. Wir würden mehrere kleine Schritte der Überprüfung und eine darauf aufbauende unmittelbare Nachjustierung bevorzugen, um schneller drohenden Insolvenzen der Krankenhäuser entgegenwirken zu können. Denn die Auswertung der Daten, die erstmals bis Mitte Juni zu liefern sind, wird Zeit kosten, ebenso wie das Eruiieren möglicher daraus resultierender Maßnahmen.

Kleinere Schritte bei der Datensammlung sind auch unter dem Aspekt zu bevorzugen, dass die gesetzten Fristen in § 24 Abs. 2 von zwei Wochen für die Übermittlung von Daten mehrerer Monate viel zu kurz sind. Aufgrund diverser Feiertage stehen den Krankenhäusern z. B. bis Mitte Juni nur wenige Werktage zur Verfügung, die vollständige und korrekte Kodierung aller Fälle sicherzustellen. Dies erscheint uns in Anbetracht der aktuellen Belastungssituation nicht angemessen.

Nicht angemessen erscheint uns zudem die Regelung der Sanktionszahlungen. Die Krankenhäuser sind derzeit immens (wirtschaftlich) belastet und leisten einen hohen Beitrag zur Bekämpfung der Pandemie. An einer zeitnahen Überprüfung der Maßnahmen des COVID-19 Krankenhausentlastungsgesetzes haben auch die Krankenhäuser ein großes Interesse. Sanktionszahlungen stellen ein falsches Signal in Richtung der Krankenhäuser dar.

Hinsichtlich der auszuwertenden Daten und Überprüfung der Gesetzesregelungen müssen aus Sicht des Deutschen Städtetages umfassende und belastbare Informationen eingeholt werden, um ein eindeutiges Bild der wirtschaftlichen Situation der Krankenhäuser zu erhalten. Dazu gehören zum Beispiel auch das Erheben der zusätzlichen Kosten, wie Sicherheitspersonal, oder die übrigen Einnahmeausfälle, aber auch die tatsächlichen Kosten für die umfangreichen Testungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter.

#### Finanzierung von Behelfskrankenhäuser

Um die Covid-19 Erkrankten optimal zu versorgen und ausreichend Behandlungskapazitäten zu schaffen, planen einige Städte die Errichtung von Behelfskrankenhäusern bzw. haben schon mit deren Aufbau begonnen. Finanzierungsfragen hinsichtlich der Errichtung und der Kosten der Behandlung sind jedoch bisher offengeblieben. Die Finanzierung derartiger Behelfskrankenhäuser muss ebenfalls dringend geregelt werden.

Mit der Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes sollte zudem die bisherige Regelungslücke hinsichtlich der diesjährigen Budgetverhandlungen geschlossen werden. Das Fallpauschalensystem muss aus Sicht des Deutschen Städtetages für das Jahr 2020 aufgrund der Corona-Pandemie und damit einhergehenden Auswirkungen und Fallzahlenrückgang auf die Krankenhäuser zwingend ausgesetzt werden. Bei den Budgetvereinbarungen für das Jahr 2020 dürfte ansonsten nur das Budget aus dem Jahr 2019 als Grundlage dienen (plus Veränderungsrate).

#### Weitere ausstehende Regelungen für die Krankenhäuser

Um die Krankenhäuser weiter zu entlasten, sind aus Sicht der kommunalen Krankenhäuser noch weitere Lösungen notwendig, wie zum Beispiel Regelungen zur Krankschreibung von immungeschwächten Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern (Arbeitsunfähigkeit wegen Risiko der COVID-19 Infektion) oder Regelungen, die die Höchstüberlassungsdauer im AÜG für Krankenhäuser abschaffen bzw. weitere Erleichterungen hinsichtlich Arbeitszeiten.

### **Zu Artikel 5, Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch**

Zu § 149 SGB XI: Es wird nunmehr klargestellt, dass die Aufnahme in einer Rehaklinik für pflegebedürftige Menschen als Notmaßnahme zur Sicherstellung von Maßnahmen zum Infektionsschutz auch dann als Kurzzeitpflege zu finanzieren ist, wenn die pflegebedürftige Person bereits stationäre Pflege In Anspruch nimmt. Dies ist zu begrüßen. Allerdings verbleibt eine Regelungslücke für Pflegebedürftige, die aufgrund notwendiger Maßnahmen des Infektionsschutzes (Quarantäne) in anderen kurzfristig eingerichteten Unterbringungsmöglichkeiten gepflegt werden. In Kommunen, in denen Plätze in Rehakliniken nicht zur Verfügung stehen, werden zum Teil freie Plätze in Tagespflegeeinrichtungen genutzt oder „Noteinrichtungen“ geschaffen. Auch in diesen Fällen muss eine Finanzierung über die Kurzzeitpflege möglich sein.

Die grundsätzliche Begrenzung auf eine Inanspruchnahme von zwei Wochen ist plausibel, da Quarantäne-Maßnahmen grundsätzlich auf die Dauer von zwei Wochen beschränkt sind. Es muss jedoch sichergestellt sein, dass eine mehrfache Inanspruchnahme dieser zwei Wochen im Jahresverlauf möglich ist, wenn bei derselben pflegebedürftigen Person eine neue Quarantänemaßnahme in einer anderen Einrichtung nötig wird.

Es ist im Übrigen sicherzustellen, dass eine Inanspruchnahme von Kurzzeitpflege die Finanzierung einer aufgrund von Corona notwendigen Maßnahme nicht ausschließt. Die Finanzierung hat damit unabhängig von den Regelungen des § 42 und 39c SGB XI zu erfolgen.

Mit freundlichen Grüßen  
In Vertretung

Stefan Hahn



**DStGB**

Deutscher Städte-  
und Gemeindebund

**Uwe Lübking**  
Beigeordneter

Marienstraße 6  
12207 Berlin

Telefon: 030-77307-245  
Telefax: 030-77307-255

Internet: [www.dstgb.de](http://www.dstgb.de)  
E-Mail: [dstgb@dstgb.de](mailto:dstgb@dstgb.de)

Herrn  
Herrn Erwin Rüdell, MdB  
Vorsitzender des Ausschusses für Gesundheit  
Paul-Löbe-Haus  
Konrad-Adenauer-Str. 1  
10557 Berlin

per Mail: [gesundheitsausschuss@bundestag.de](mailto:gesundheitsausschuss@bundestag.de)  
[jasmin.holder@bundestag.de](mailto:jasmin.holder@bundestag.de)

Datum  
05. Mai 2020

Aktenzeichen  
I/2

Bearbeiter/Durchwahl/E-Mail  
Referatsleiterin Ursula Krickl /-244

**Gesetzentwurf der Fraktionen der CDU/CSU und SPD  
Zweites Gesetz zum Schutz der Bevölkerung bei einer epidemischen Lage  
von nationaler Tragweite**

Sehr geehrter Herr Vorsitzender,

für die Möglichkeit der Stellungnahme zum o.g. Gesetzentwurf „Zweites Gesetz zum Schutz der Bevölkerung bei einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite“ bedanken wir uns. Der Deutsche Städte- und Gemeindebund begrüßt, dass der Bund den Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD) während der epidemischen Lage von nationaler Tragweite unterstützen möchte. Der ÖGD nimmt im Rahmen des sogenannten Containments durch Kontaktnachverfolgung und Unterbrechung der Infektionsketten eine wesentliche Rolle zur Eindämmung der Corona-Epidemie in Deutschland wahr, die im Zuge der schrittweisen Lockerungen der Maßnahmen zur Einschränkung des Infektionsgeschehens noch an Bedeutung gewinnen wird. Die allein mit dieser wichtigen Aufgabe verbundenen zusätzlichen Leistungen und finanziellen Aufwendungen der kommunalen Gesundheitsbehörden sind immens und bedürfen dringend der Unterstützung. Eingriffe in die Regelungskompetenz und Organisationshoheit der Länder und Kommunen haben dabei allerdings zu unterbleiben.

Mit Blick auf die Änderungen des Krankenhausentlastungsgesetzes und der Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch schließen wir uns grundsätzlich den Ausführungen der Deutschen Krankenhausgesellschaft an. Dies gilt auch für die Vorschläge der DKG zur ambulanten Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Coronavirus (COVID-19) durch Krankenhäuser.

Im Einzelnen

#### Errichtung einer Kontaktstelle beim Robert-Koch-Institut (Art. 1 Nr. 2)

Die Errichtung einer Kontaktstelle beim Robert Koch-Institut kann einen zusätzlichen Beitrag leisten, um das Vorgehen der Verantwortlichen vor Ort mit dem RKI noch besser zu verzahnen. Darüber hinaus möchten wir bei dieser Gelegenheit nochmals in aller Deutlichkeit darauf hinweisen, dass wir bereits im Zusammenhang mit der vorangegangenen Beschlussfassung zwischen Bund und Ländern bei verschiedenen Gesprächen unsere großen Vorbehalte gegen die Vorgabe vorgetragen haben, kurzfristig pro 20.000 Einwohner mindestens ein Kontaktnachverfolgungsteam von fünf Personen zum Einsatz zu bringen. Die vorgesehene Bemessung der nötigen Personalausstattung anhand der Einwohnerzahlen berücksichtigt nicht die individuelle Situation und Betroffenheit vor Ort, die regional unterschiedlich ist. Eine solche starre Vorgabe von Personalstandards wird den tatsächlichen Erfordernissen im Rahmen des Infektionsgeschehens nicht gerecht und führt vielerorts zu unnötigen Erschwernissen. Sachgerecht und zielführend ist aus unserer Sicht vielmehr eine Personalbemessung auf der Zahlenbasis der tatsächlich aktuell infizierten Personen.

#### Finanzhilfen des Bundes für Investitionen zur technischen Modernisierung der Gesundheitsämter (Art. 1 Nr. 3 Doppelbuchstabe ee)

Die Finanzhilfen des Bundes für Investitionen zur technischen Modernisierung und für eine verbesserte digitale Ausstattung der Gesundheitsämter werden ausdrücklich begrüßt.

#### Ausweitungen der Meldepflichten für den Öffentlichen Gesundheitsdienst (Art. 1 Nr. 5 Buchstabe b)

Abstand genommen werden sollte von neuen Meldepflichten der Gesundheitsämter über sog. Negativbefunde, wenn dies nicht automatisch erfolgt, z.B. über eine DEMIS-Schnittstelle. Sollte die automatische Meldung eingerichtet sein, kann das sicher erledigt werden. Anderenfalls sind eine händische Eintragung und Meldung der Negativbefunde in der gegenwärtigen Situation für die Gesundheitsämter nicht leistbar.

In § 6 Absatz 2 IfSG-E wird neu geregelt, dass auch die Genesung nach einer Erkrankung an COVID-19 dem Gesundheitsamt gemeldet werden soll. Da derzeit unklar ist, wann eine Person als genesen gilt (negativer PCR-Test, Antikörpernachweis) und vor allem, wie lange eine erworbene Immunität anhält, ist dies nicht aussagefähig und kann eher zu einer falschen Sicherheit der betroffenen Personen führen, wenn sie davon ausgehen, dass das Virus ihnen nun nicht mehr gefährlich werden kann.

Mit freundlichen Grüßen  
In Vertretung

Uwe Lübking