

Deutscher Bundestag  
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache  
**19(14)160(32)**  
gel. ESV zur öAnh am 11.5.2020 -  
2. Bevolk.schutzg.  
11.5.2020

Dr. Michael Ziemons

An den  
Deutschen Bundestag  
Ausschuss für Gesundheit  
c/o Sekretariat PA 14

Per Mail

Aachen, 11.05.2020

***Schriftliche Stellungnahme zur öffentlichen Anhörung des Gesundheitsausschusses des Deutschen Bundestages am 11.06.2020 zum Gesetzentwurf der Fraktionen der CDU/CSU und SPD: „Zweites Gesetz zum Schutz der Bevölkerung bei einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite“***

Als zur Anhörung geladener Einzelsachverständiger bedanke ich mich für die Einladung und nehme wie folgt Stellung:

**I. Artikel 1: Änderung des IfSG, hier: 4. Änderung des §6 und 8. Änderung des §11, aaa):  
Meldung der Verdachtsfälle an das RKI**

Betrachtet man exemplarisch die Stadt und StädteRegion Aachen wird ein Kapazitätsproblem deutlich. Dort können allein seitens der Kommune max. 2000 Tests pro Tag ausgewertet werden. In der höchsten Phase wurden allein in den Kommunalen Abstrichzentren und den mobilen Teams der StädteRegion bis zu 1500 Tests durchgeführt und ausgewertet. Hinzu kamen die Tests der niedergelassenen Ärzte und eher noch der Krankenhäuser. Wenn zu allen diesen Tests (auch mit negativem Ergebnis) Eingaben in die Meldesoftware ISGA gemacht werden müssen, stellt das eine Überforderung der Unteren Gesundheitsbehörde dar. Dieses Problem löst sich erst auf, wenn das vom RKI schon lange angekündigte DEMIS für alle Beteiligten kommt ([https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/IfSG/DEMIS/DEMIS\\_node.html](https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/IfSG/DEMIS/DEMIS_node.html)) und mit ISGA zusammen funktioniert. Dann erst wären alle Beteiligten, inkl. der meldenden Einrichtungen am System angebunden, und könnten dort die Daten der zu testenden Personen eintragen. Für die unteren Gesundheitsbehörden wäre das dann mit äußerst geringem Aufwand vertretbar. Zusätzlich hätten die Gesundheitsämter die zugehörigen Befunddaten aus den Laboren nach Testung automatisiert im System, da die Labore ebenfalls angeschlossen werden (siehe auch Nr. 10 Buchstabe a Seite 59).

Kommt diese digitale Lösung nicht zeitnah, müssen alle Daten händisch eingegeben werden. Außerdem kann gerade bei Reihentestungen (in Heimen, Schlachthöfen etc.) eher nicht davon ausgegangen werden, dass eine eGK ausgelesen werden kann. Eine händische Eingabe eines Falles in ISGA dauert ca. 10 Minuten. Bei 1500 - 2000 Tests am Tag entsteht so ein enormer zeitlicher Aufwand, zumal die Unteren Gesundheitsbehörden den Daten der Personen, die von den niedergelassenen Ärzten und den Krankenhäusern negativ getestet werden, zusätzlich mit enormen Aufwand nachspüren müssten. Ohne digitale Lösung wird die sinnvolle Maßnahme der zusätzlichen Ausstattung mit Personal in den Ämtern (zur Verbesserung der Kontaktpersonennachverfolgung!) konterkariert.

## **II. Artikel 4: Änderung des SGB V, 4b) Änderung des §20i: Kostenübernahme von Testungen durch die Krankenversicherung**

Die Kostenübernahme ist unbedingt rückwirkend zum ersten März notwendig, da einige Kommunen schon sehr früh betroffen waren und unter Handlungszwang standen. Bereits Anfang März 2020, deutlich früher als in anderen Teilen der Bundesrepublik, wurden beispielsweise Stadt und StädteRegion Aachen durch die örtlichen Kassenärztlichen Vereinigungen dringend aufgefordert, die niedergelassenen Ärzte von den Testungen auf eine Infektion mit dem SARS-CoV-2 zu entlasten, da „selbst gut vorbereitete Praxen bereits am Ende ihrer Leistungsfähigkeit“ waren. Die rasche, exponentielle Ausbreitung in der Region mit der direkten Nachbarschaft zu Heinsberg und den zahlreichen Großereignissen rund um Karneval (mehrere „Superspreader“ mit ausschweifenden Aktivitäten) machten es notwendig, die Testungen nicht mehr den längst überlaufenden Praxen zuzumuten, die - damals noch ohne ausreichende PSA und bei einer zeitgleichen Grippewelle - die notwendigen Testungen nicht mehr leisten konnten. Anderen Kommunen ging es ähnlich. Leider werden die Kosten der Kommunen für diese ersten Wochen bis heute nicht über die KV abgerechnet und auch nicht von den Krankenkassen anerkannt, obwohl hier mit einer strengen Auslese (5-10% der Testwilligen wurden getestet) nur Menschen MIT Symptomatik UND Kontakt zu Infizierten gemäß RKI-Richtlinien getestet wurden.

Sehr schnell wurde nach ersten großen Ausbrüchen in Pflegeeinrichtungen deutlich, dass dort ein virulentes Problem entstehen würde durch die Übertragung des Virus durch symptomloses Pflegepersonal. In der Folge wurde schnell und effizient auf eine Infektion bei Alten- und Pflegepersonal getestet und die Ausbrüche gerade in den Pflegeheimen konnten eingedämmt werden, was den Menschen eindeutig zugutekam, und einerseits die Kapazitäten in den Intensivstationen schonte, andererseits teure Behandlungen ersparte, da Infektionen frühzeitig verhindert werden konnten. Die Testung von Pflegepersonal erwies sich als medizinisch richtig und ökonomisch sinnvoll zugleich. Die Kosten werden bis heute weder von den Krankenkassen noch von den Berufsgenossenschaften anerkannt. Der Streit zwischen verschiedenen Kostenträgern blockiert die Lösungsfindung dauerhaft, die Kosten werden bislang der Kommune und damit dem Steuerzahler zugemutet. Eine Rechtsverordnung des BMG ist daher eine sinnvolle, zweckmäßige, medizinisch wie ökonomisch vertretbare Lösung und muss zwingend rückwirkend ab dem 1. März greifen, wenn es nicht zu einer Ungleichbehandlung kommen soll.

## **III. Artikel 5: Änderung des SGB XI, 3. Änderung des §149**

Die Versorgung von Menschen in Kurzzeitpflege in einer Rehaeinrichtung soll sich lt. Entwurf nach dem durchschnittlichen Vergütungssatz der Rehaeinrichtung richten. Dies führt zu einer Ungleichbehandlung der Einrichtungen. Während eine geriatrische Reha etwa 220€ als durchschnittlichen Satz berechnen kann, liegt der bei einer orthopädischen Reha bei etwa 125€. Der „normale“ Kurzzeitpflegesatz liegt bei 175€. Ein Unterschied in der Kostenstruktur ist nicht in gleicher Weise zu erkennen. Ziel muss es sein, hier mindestens die Sätze der regulären Kurzzeitpflege festzulegen.

Mit freundlichen Grüßen  
gez. Dr. Michael Ziemons