



## Wortprotokoll der 90. Sitzung

### Ausschuss für Gesundheit

Berlin, den 11. Mai 2020, 09:00 Uhr  
Marie-Elisabeth-Lüders-Haus, Saal 3 101, Adele-  
Schreiber-Krieger-Straße 1, 10557 Berlin

Vorsitz: Erwin Rüdell, MdB

## Tagesordnung - Öffentliche Anhörung

### Tagesordnungspunkt

Seite 8

- a) Gesetzentwurf der Fraktionen der CDU/CSU und SPD

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

**BT-Drucksache 19/18967**

#### Federführend:

Ausschuss für Gesundheit

#### Mitberatend:

Ausschuss für Inneres und Heimat  
Ausschuss für Recht und Verbraucherschutz  
Ausschuss für Wirtschaft und Energie  
Ausschuss für Ernährung und Landwirtschaft  
Ausschuss für Arbeit und Soziales  
Ausschuss für Familie, Senioren, Frauen und Jugend  
Ausschuss für Bildung, Forschung und Technikfolgenab-  
schätzung  
Ausschuss Digitale Agenda  
Ausschuss für die Angelegenheiten der Europäischen  
Union  
Haushaltsausschuss (mb und § 96 GO)

#### Berichterstatter/in:

Abg. Rudolf Henke [CDU/CSU]  
Abg. Sabine Dittmar [SPD]  
Abg. Detlev Spangenberg [AfD]  
Abg. Dr. Andrew Ullmann [FDP]  
Abg. Dr. Achim Kessler [DIE LINKE.]  
Abg. Kordula Schulz-Asche [BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN]



- b) Antrag der Abgeordneten Detlev Spangenberg, Dr. Robby Schlund, Jörg Schneider, weiterer Abgeordneter und der Fraktion der AfD

**Deutschland auf zukünftige Pandemien besser vorbereiten – Effektivität der Coronavirus-Maßnahmen wissenschaftlich auswerten**

**BT-Drucksache 19/18975**

**Federführend:**

Ausschuss für Gesundheit

**Mitberatend:**

Ausschuss für Bildung, Forschung und Technikfolgenabschätzung

**Berichterstatter/in:**

Abg. Rudolf Henke [CDU/CSU]

Abg. Sabine Dittmar [SPD]

Abg. Detlev Spangenberg [AfD]

Abg. Dr. Andrew Ullmann [FDP]

Abg. Dr. Achim Kessler [DIE LINKE.]

Abg. Kordula Schulz-Asche [BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN]

- c) Antrag der Abgeordneten Detlev Spangenberg, Paul Viktor Podolay, Dr. Robby Schlund, weiterer Abgeordneter und der Fraktion der AfD

**Verordnungsermächtigung des Bundesministeriums für Gesundheit einschränken – Feststellung der epidemischen Lage von nationaler Tragweite aufheben**

**BT-Drucksache 19/18999**

**Federführend:**

Ausschuss für Gesundheit

**Berichterstatter/in:**

Abg. Rudolf Henke [CDU/CSU]

Abg. Sabine Dittmar [SPD]

Abg. Detlev Spangenberg [AfD]

Abg. Dr. Andrew Ullmann [FDP]

Abg. Dr. Achim Kessler [DIE LINKE.]

Abg. Kordula Schulz-Asche [BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN]

- d) Antrag der Abgeordneten Martin Sichert, Jürgen Pohl, Jörg Schneider, weiterer Abgeordneter und der Fraktion der AfD

**Häusliche Pflege stärken**

**BT-Drucksache 19/18717**

**Federführend:**

Ausschuss für Gesundheit

**Mitberatend:**

Ausschuss für Arbeit und Soziales

**Berichterstatter/in:**

Abg. Rudolf Henke [CDU/CSU]

Abg. Sabine Dittmar [SPD]

Abg. Detlev Spangenberg [AfD]

Abg. Dr. Andrew Ullmann [FDP]

Abg. Dr. Achim Kessler [DIE LINKE.]

Abg. Kordula Schulz-Asche [BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN]

- e) Antrag der Abgeordneten Detlev Spangenberg, Dr. Robby Schlund, Jörg Schneider, weiterer Abgeordneter und der Fraktion der AfD

**Bekämpfung der Seuchenausbreitung in Deutschland**

**BT-Drucksache 19/17128**

**Federführend:**

Ausschuss für Gesundheit

**Mitberatend:**

Ausschuss für Inneres und Heimat

Ausschuss für Verkehr und digitale Infrastruktur

Ausschuss für Tourismus

**Berichterstatter/in:**

Abg. Rudolf Henke [CDU/CSU]

Abg. Sabine Dittmar [SPD]

Abg. Detlev Spangenberg [AfD]

Abg. Dr. Andrew Ullmann [FDP]

Abg. Dr. Achim Kessler [DIE LINKE.]

Abg. Kordula Schulz-Asche [BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN]



- f) Antrag der Abgeordneten Joana Cotar, Uwe Schulz, Dr. Michael Espendiller, weiterer Abgeordneter und der Fraktion der AfD

**Corona digital bekämpfen – Förderprogramme im Bereich digitaler Gesundheit und digitaler Pflege beschleunigen und ausbauen**

**BT-Drucksache 19/18716**

**Federführend:**

Ausschuss für Gesundheit

**Mitberatend:**

Ausschuss für Wirtschaft und Energie  
Ausschuss Digitale Agenda

**Berichterstatter/in:**

Abg. Rudolf Henke [CDU/CSU]  
Abg. Sabine Dittmar [SPD]  
Abg. Detlev Spangenberg [AfD]  
Abg. Dr. Andrew Ullmann [FDP]  
Abg. Dr. Achim Kessler [DIE LINKE.]  
Abg. Kordula Schulz-Asche [BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN]

- g) Antrag der Abgeordneten Joana Cotar, Uwe Schulz, Dr. Michael Espendiller, weiterer Abgeordneter und der Fraktion der AfD

**Corona digital bekämpfen – Deutsches Elektronisches Melde- und Informationssystem für den Infektionsschutz (DEMIS) zur Dokumentation und Überwachung von Infektionskrankheiten unverzüglich fertigstellen**

**BT-Drucksache 19/18721**

**Federführend:**

Ausschuss für Gesundheit

**Mitberatend:**

Ausschuss Digitale Agenda

**Berichterstatter/in:**

Abg. Rudolf Henke [CDU/CSU]  
Abg. Sabine Dittmar [SPD]  
Abg. Detlev Spangenberg [AfD]  
Abg. Dr. Andrew Ullmann [FDP]  
Abg. Dr. Achim Kessler [DIE LINKE.]  
Abg. Kordula Schulz-Asche [BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN]

- h) Antrag der Abgeordneten Joana Cotar, Uwe Schulz, Dr. Michael Espendiller, weiterer Abgeordneter und der Fraktion der AfD

**Corona digital bekämpfen: Innovationspotentiale zur Vermeidung von Ansteckung und Unterstützung der Genesung konsequent ausschöpfen**

**BT-Drucksache 19/18723**

**Federführend:**

Ausschuss für Gesundheit

**Mitberatend:**

Ausschuss Digitale Agenda

**Berichterstatter/in:**

Abg. Rudolf Henke [CDU/CSU]  
Abg. Sabine Dittmar [SPD]  
Abg. Detlev Spangenberg [AfD]  
Abg. Dr. Andrew Ullmann [FDP]  
Abg. Dr. Achim Kessler [DIE LINKE.]  
Abg. Kordula Schulz-Asche [BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN]

- i) Antrag der Abgeordneten Jens Maier, Thomas Seitz, Roman Johannes Reusch, weiterer Abgeordneter und der Fraktion der AfD

**Verfügbarkeit von medizinischen Produkten über gewerbliche Wettbewerbsrechte stellen**

**BT-Drucksache 19/18724**

**Federführend:**

Ausschuss für Gesundheit

**Mitberatend:**

Ausschuss für Recht und Verbraucherschutz  
Ausschuss für Wirtschaft und Energie

**Berichterstatter/in:**

Abg. Rudolf Henke [CDU/CSU]  
Abg. Sabine Dittmar [SPD]  
Abg. Detlev Spangenberg [AfD]  
Abg. Dr. Andrew Ullmann [FDP]  
Abg. Dr. Achim Kessler [DIE LINKE.]  
Abg. Kordula Schulz-Asche [BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN]



- j) Antrag der Abgeordneten Nicole Westig, Michael Theurer, Nicole Bauer, weiterer Abgeordneter und der Fraktion der FDP

**Soforthilfe für pflegende Angehörige während der COVID-19-Pandemie**

**BT-Drucksache 19/18676**

**Federführend:**

Ausschuss für Gesundheit

**Berichterstatter/in:**

Abg. Rudolf Henke [CDU/CSU]

Abg. Sabine Dittmar [SPD]

Abg. Detlev Spangenberg [AfD]

Abg. Dr. Andrew Ullmann [FDP]

Abg. Dr. Achim Kessler [DIE LINKE.]

Abg. Kordula Schulz-Asche [BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN]

- k) Antrag der Abgeordneten Dr. Andrew Ullmann, Till Mansmann, Ulrich Lechte, weiterer Abgeordneter und der Fraktion der FDP

**Vom Reagieren zum Agieren – Pandemievorber-  
eitung schon jetzt beginnen**

**BT-Drucksache 19/18950**

**Federführend:**

Ausschuss für Gesundheit

**Mitberatend:**

Ausschuss für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Ent-  
wicklung

Ausschuss für die Angelegenheiten der Europäischen  
Union

**Berichterstatter/in:**

Abg. Rudolf Henke [CDU/CSU]

Abg. Sabine Dittmar [SPD]

Abg. Detlev Spangenberg [AfD]

Abg. Dr. Andrew Ullmann [FDP]

Abg. Dr. Achim Kessler [DIE LINKE.]

Abg. Kordula Schulz-Asche [BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN]

- l) Antrag der Abgeordneten Dr. Wieland Schinnen-  
burg, Michael Theurer, Grigorios Aggelidis, weite-  
rer Abgeordneter und der Fraktion der FDP

**Eine verlässliche Datenlage zur Ausbreitung von  
COVID-19 in Deutschland schaffen**

**BT-Drucksache 19/18952**

**Federführend:**

Ausschuss für Gesundheit

**Mitberatend:**

Ausschuss für Bildung, Forschung und Technikfolgenab-  
schätzung

**Berichterstatter/in:**

Abg. Rudolf Henke [CDU/CSU]

Abg. Sabine Dittmar [SPD]

Abg. Detlev Spangenberg [AfD]

Abg. Dr. Andrew Ullmann [FDP]

Abg. Dr. Achim Kessler [DIE LINKE.]

Abg. Kordula Schulz-Asche [BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN]

- m) Antrag der Abgeordneten Pia Zimmermann,  
Susanne Ferschl, Doris Achelwilm, weiterer Abge-  
ordneter und der Fraktion DIE LINKE.

**Häusliche Pflege und pflegende Angehörige unter-  
stützen**

**BT-Drucksache 19/18749**

**Federführend:**

Ausschuss für Gesundheit

**Mitberatend:**

Ausschuss für Arbeit und Soziales

Ausschuss für Familie, Senioren, Frauen und Jugend

**Berichterstatter/in:**

Abg. Rudolf Henke [CDU/CSU]

Abg. Sabine Dittmar [SPD]

Abg. Detlev Spangenberg [AfD]

Abg. Dr. Andrew Ullmann [FDP]

Abg. Dr. Achim Kessler [DIE LINKE.]

Abg. Kordula Schulz-Asche [BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN]



- n) Antrag der Abgeordneten Kordula Schulz-Asche, Maria Klein-Schmeink, Dr. Kirsten Kappert-Gonther, weiterer Abgeordneter und der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN

**Wertschätzung für Pflege- und Gesundheitsberufe ausdrücken – Corona-Prämie gerecht ausgestalten**

**BT-Drucksache 19/18940**

**Federführend:**

Ausschuss für Gesundheit

**Mitberatend:**

Ausschuss für Arbeit und Soziales  
Haushaltsausschuss

**Berichterstatter/in:**

Abg. Rudolf Henke [CDU/CSU]  
Abg. Sabine Dittmar [SPD]  
Abg. Detlev Spangenberg [AfD]  
Abg. Dr. Andrew Ullmann [FDP]  
Abg. Dr. Achim Kessler [DIE LINKE.]  
Abg. Kordula Schulz-Asche [BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN]

- o) Antrag der Abgeordneten Maria Klein-Schmeink, Dr. Kirsten Kappert-Gonther, Kordula Schulz-Asche, weiterer Abgeordneter und der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN

**Die ambulante medizinisch-therapeutische Versorgung von besonders vulnerablen Gruppen sichern – Die Leistungserbringer unter den Schutzschirm nehmen**

**BT-Drucksache 19/18956**

**Federführend:**

Ausschuss für Gesundheit

**Mitberatend:**

Ausschuss für Familie, Senioren, Frauen und Jugend

**Mitglieder des Ausschusses**

	<b>Ordentliche Mitglieder</b>	<b>Stellvertretende Mitglieder</b>
CDU/CSU	Henke, Rudolf Hennrich, Michael Irlstorfer, Erich Kippels, Dr. Georg Krauß, Alexander Kühne, Dr. Roy Maag, Karin Monstadt, Dietrich Pilsinger, Stephan Riebsamen, Lothar Rüddel, Erwin Schmidtke, Dr. Claudia Sorge, Tino Zeulner, Emmi	Albani, Stephan Brehmer, Heike Freudenstein, Dr. Astrid Hauptmann, Mark Knoerig, Axel Lezius, Antje Nüßlein, Dr. Georg Pantel, Sylvia Schummer, Uwe Stracke, Stephan Tiemann, Dr. Dietlind Weiß (Emmendingen), Peter Zimmer, Dr. Matthias
SPD	Baehrens, Heike Dittmar, Sabine Franke, Dr. Edgar Heidenblut, Dirk Mattheis, Hilde Moll, Claudia Müller, Bettina Stamm-Fibich, Martina Völlers, Marja-Liisa	Bahr, Ulrike Baradari, Nezahat Bas, Bärbel Freese, Ulrich Katzmarek, Gabriele Steffen, Sonja Amalie Tack, Kerstin Westphal, Bernd Ziegler, Dagmar
AfD	Podolay, Paul Viktor Schlund, Dr. Robby Schneider, Jörg Spangenberg, Detlev Witt, Uwe	Braun, Jürgen Gehrke, Dr. Axel Oehme, Ulrich Wildberg, Dr. Heiko Wirth, Dr. Christian
FDP	Aschenberg-Dugnus, Christine Helling-Plahr, Katrin Schinnenburg, Dr. Wieland Ullmann, Dr. Andrew Westig, Nicole	Alt, Renata Kober, Pascal Nölke, Matthias Theurer, Michael Willkomm, Katharina
DIE LINKE.	Gabelmann, Sylvia Kessler, Dr. Achim Weinberg, Harald Zimmermann, Pia	Krellmann, Jutta Movassat, Niema Schreiber, Eva-Maria Wagner, Andreas
BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN	Hoffmann, Dr. Bettina Kappert-Gonther, Dr. Kirsten Klein-Schmeink, Maria Schulz-Asche, Kordula	Dörner, Katja Kurth, Markus Rottmann, Dr. Manuela Rüffer, Corinna



Die Anwesenheitslisten liegen dem Originalprotokoll bei.



Beginn der Sitzung: 09:08 Uhr

Der **Vorsitzende**, Abg. **Erwin Rüdgel** (CDU/CSU): Ich darf Sie ganz herzlich begrüßen hier im Saal und die Experten über Video und die Öffentlichkeit, die über Video an dieser 90. Sitzung des Ausschusses für Gesundheit in Form einer öffentlichen Anhörung teilnimmt. Es ist eine Form von Sitzung, wie wir sie noch nicht durchgeführt haben, und zwar eine Mischung aus Präsenzsitzung und Online-Meeting. Die Sachverständigen sind über WebEx zugeschaltet. Ich darf die Experten und Sachverständigen und Kolleginnen und Kollegen bitten, dass Sie sich mit Ihrem Namen anmelden, weil wir überprüfen werden, ob alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer eine Berechtigung haben, an dieser Anhörung teilzunehmen. Das ist nur möglich, wenn wir wissen, wer am anderen Ende der Leitung ist. Ich darf Sie bitten, die Mikrofone vorerst stummzuschalten. Die im Saal anwesenden Abgeordneten bitte ich, sich mit einem Endgerät Ihrer Wahl in die Sitzung einzuwählen und dieses Gerät stumm zu schalten. Ihre Fragen stellen Sie über die Tischmikrofone. Zum weiteren Verfahren komme ich gleich zurück. Wir beschäftigen uns heute in dieser öffentlichen Anhörung mit dem Gesetzentwurf der Bundesregierung „Entwurf eines Zweiten Gesetzes zum Schutz der Bevölkerung bei einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite“ und einem Änderungsantrag der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN. Außerdem sind acht Anträge der Fraktion der AfD, drei der Fraktion der FDP, ein Antrag der Fraktion DIE LINKE. und zwei Anträge der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN Gegenstand der Anhörung. Ich werde diese Anträge aus Zeitgründen im Text nicht alle vorlesen. Meine Damen und Herren, mit dem „Zweiten Gesetz zum Schutz der Bevölkerung bei einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite“ sollen weitere Maßnahmen getroffen werden, um zum einen das Funktionieren des Gesundheitswesens in einem die gesamte Bundesrepublik betreffenden pandemischen Notfall sicherzustellen. Zum anderen sollen die negativen finanziellen Auswirkungen auf die Gesundheitsversorgung, die mit den in einer pandemischen Situation erforderlichen Maßnahmen verbunden sind, abgemildert werden. Darüber hinaus haben die vier Oppositionsfraktionen insgesamt 14 Anträge vorgelegt, über die wir heute ebenfalls beraten werden. Bevor wir anfangen, will ich den Ablauf der Anhörung erklären. Uns stehen für

diese Anhörung insgesamt 90 Minuten zur Verfügung. Diese 90 Minuten wurden auf die Fraktionen entsprechend ihrer Stärke verteilt. Die genaue Verteilung entnehmen Sie bitte dem Plan, der vor Ihnen liegt beziehungsweise Ihnen zugegangen ist. Ich darf sowohl die Fragenden als auch die Sachverständigen bitten, sich möglichst kurz zu fassen, damit wir viele Fragen stellen und Antworten erhalten können. Ich bitte die aufgerufenen Sachverständigen, vor der Beantwortung der Fragen daran zu denken, ihr Mikrofon und ihre Kamera freizuschalten und sich mit Namen und Verband vorzustellen. Sobald Sie Ihren Redebeitrag beginnen, sind Sie für uns auf dem Videowürfel im Saal zu sehen und zu hören. Des Weiteren bitte ich alle im Saal Anwesenden, ihre Mobiltelefone wie immer auszuschalten. Ein Klingeln kostet fünf Euro für einen guten Zweck. Ich weise darauf hin, dass die Anhörung live auf der Internetseite des Deutschen Bundestages und im Parlamentsfernsehen gezeigt wird. Außerdem können Sie sich die Anhörung im Nachgang in der Mediathek des Deutschen Bundestages anschauen. Das Wortprotokoll der Anhörung wird auf der Internetseite des Ausschusses veröffentlicht. An dieser Stelle möchte ich denjenigen Sachverständigen danken, die eine schriftliche Stellungnahme vorgelegt haben. Dann kommen wir jetzt zum Beginn der Anhörung und ich darf der Fraktion CDU/CSU als erstes das Wort geben.

Abg. **Karin Maag** (CDU/CSU): Meine erste Frage geht an den Einzelsachverständigen ESV Prof. Dr. Ferdinand Wollenschläger. Es wird derzeit kontrovers über die Frage der Ermächtigung der Regierung durch das Parlament diskutiert, entsprechende Rechtsverordnungen zu erlassen. Inwieweit halten Sie die zeitlich begrenzte Ermächtigung der Exekutive im derzeitigen Pandemiefall für rechtskonform?

ESV **Prof. Dr. Ferdinand Wollenschläger**: Ich nehme zu den Rechtsverordnungsbefugnissen, die in sehr weitem Umfang in dem Gesetzesentwurf enthalten sind, Stellung. In grundsätzlicher Hinsicht ist zu sagen, dass das Grundgesetz keine Sonderverordnungsbefugnisse für den Fall eines Gesundheitsnotstands kennt, sondern sich die Verordnungsbefugnis nach der allgemeinen Regel des Artikels 80 GG richtet. Hier wird die Delegation von Rechtssetzungsbefugnissen gestattet, diese aber





gleichzeitig begrenzt. Diese Begrenzung findet namentlich im Bestimmtheitsgebot des Artikel 80 Absatz 1 Satz 2 seinen Ausdruck. Diese enge Anbindung der exekutiven Rechtssetzung an das Parlamentsgesetz hat sehr gute Gründe, nicht nur negative historische Erfahrungen mit zu weitreichenden exekutiven Rechtssetzungsbefugnissen zu Weimarer Zeiten, sondern auch harte verfassungsrechtliche Anforderungen der Gewaltenteilung der Demokratie und des Rechtsstaates. Vor diesem Hintergrund liegt es auf der Hand, dass die verfassungsrechtliche Brisanz von Verordnungsermächtigungen in dem Ausmaß steigt, mit dem der Exekutive Regelungsbefugnisse zugesprochen werden. Dieses Ausmaß ist in unserem Kontext beträchtlich. Hinzu kommt, dass die hier im Mittelpunkt stehende Ermächtigung gestattet, in rechtsverordnungs- und parlamentsgesetzlichen Regelungen abzuweichen. Auch das mag angesichts der Gesetzesbindung der Verwaltung Bedenken begründen. Gleichwohl ist festzuhalten, dass das BVerfG derartige Verordnungsbefugnisse genauso wie das überwiegende Schrifttum für grundsätzlich zulässig erachtet. Das BVerfG hat hierbei insbesondere herausgearbeitet, dass dadurch nicht der Vorrang des Gesetzes ausgehebelt wird, weil sich der Gesetzgeber darauf beschränkt, seinen eigenen Normen einen nur subsidiären Charakter zu geben. Gleichwohl ist die Einräumung derartiger Ausweichungsbefugnisse nur in den Grenzen des Bestimmtheitsgebots von Artikel 80 Absatz 1 Satz 2 zulässig, das dem wesentlichen, die Gesetzesbindung konkretisierenden verfassungsrechtlichen Prüfungsmaßstab darstellt. Welche Anforderungen aus dem Bestimmtheitsgebot konkret folgen, hängt zum einen von der Grundrechtsrelevanz und zum anderen von der Eigenart des zu regelnden Sachverhalts ab. Allgemein kann man sagen, dass die Vielgestaltigkeit, Komplexität und Dynamik der Materie Bestimmtheitsanforderungen reduziert, genauso wie im Übrigen die sachlichen und zeitlichen Grenzen der Regelungsbefugnisse im Gesetzentwurf das Erfordernis einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite, die der Bundestag feststellt. Was eine konkrete verfassungsrechtliche Bewertung betrifft, so ist zu sagen, dass eine solche nicht pauschal möglich ist, sondern nur in Auseinandersetzung mit den einzelnen Verordnungsermächtigungen. Es war mir im Rahmen dieser kurzfristigen Stellungnahme leider nicht möglich, hier umfassend und im Detail jede Verordnungsermächtigung zu beleuchten. Ich habe

mich in meiner Stellungnahme auf die Verordnungsermächtigung zu Gesundheitsberufen konzentriert, insbesondere weil diese erstmals mit diesem Gesetzesentwurf und nicht bereits in dem ersten Gesetz Eingang in § 5 IfSG gefunden hat. Ich komme bei einer überschlägigen verfassungsrechtlichen Prüfung zum Ergebnis, dass diese Verordnungsermächtigung verfassungskonform ist. Ich habe in meiner Stellungnahme aber gleichzeitig Empfehlungen für eine Präzisierung des Wortlautes abgegeben. Man darf nicht verkennen, dass insbesondere die auf das erste Gesetz zurückgehenden Verordnungsermächtigungen generell, insbesondere die Nummer 3, weiterreicht. Ein letzter Punkt: unabhängig von verfassungsrechtlichen Grenzen ist zu sehen, dass Rechtssetzungsbefugnisse der Exekutive auf eine Ermessensentscheidung des Parlaments beruhen und damit die Delegationsentscheidung auch verfassungspolitisch vom Parlament zu verantworten ist. Hier stellt sich die Frage, wie man sich grundsätzlich hinsichtlich der Verteilung von Rechtssetzungskompetenzen zwischen Parlament und Exekutive in Krisensituationen positioniert. Entscheidend erscheint mir die Bewertung, ob in der aktuellen Situation ein entsprechendes Flexibilitätsbedürfnis für den Verordnungserlass gegeben ist. Man kann auch erwägen, ob Informationspflichten und Mitwirkungsrechte wie zum Beispiel Zustimmung- oder Aufhebungsbefugnisse des Bundestages eingeräumt werden sollen, die eine entsprechende Kontrolle und einen entsprechenden Einfluss ermöglichen. Dabei ist zu sehen, dass in gewisser Weise Mitwirkungsrechte immer auch das Flexibilisierungs- und Beschleunigungsziel einer Delegation etwas schwächen, sodass insoweit eine Abwägung zu treffen ist.

Abg. **Dr. Georg Kippels** (CDU/CSU): Die Frage richtet sich an die Gesellschaft für Virologie oder falls diese nicht im System vertreten sein sollte, hilfsweise an die Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlich Medizinischen Fachgesellschaften. Die Meldepflichten werden dahingehend erweitert, dass unter anderem auch negative Testergebnisse, Angaben zum Behandlungsergebnis und zum Sero-Status in Bezug auf Covid-19 gemeldet werden müssen. Wie bewerten Sie diese Erweiterung mit Blick auf bessere wissenschaftliche Erkenntnisse und mögliche Einschätzungen für die Zukunft?



Sve **Prof. Dr. Sandra Ciesek** (Gesellschaft für Virologie e. V. (GfV)): Wir haben gestern als Fachgesellschaft eine Stellungnahme abgegeben und gehen dabei auf die Meldepflicht ein. Ein Teil betrifft bei PCR-Testung auch das negative Ergebnis zu melden. Das sehen wir als wichtig an, weil nur so epidemiologische Entscheidungen getroffen werden können und nur so eine wirkliche Kumulation zu den positiven Befunden erfolgen kann. Das ist für eine Pandemiekontrolle wichtig. Wir sehen aber auch so, dass das Übermitteln der Datenfenster vereinheitlicht und digitalisiert sein sollte. Dies sollte möglichst auf ein Minimum der Information beschränkt werden, weil sehr viele Informationen von den Laboren abgefragt werden. Wenn man sich überlegt, dass wir die PCR-Testung in Altenheimen, an Flughäfen oder in öffentlichen Orten erhöhen wollen, dann wäre es schwierig, wenn man sehr viele Informationen abfragt. Dann zum Immunstatus. Da haben wir oder habe ich eine klare Meinung. Bisher wissen wir sehr wenig darüber, was Immunität bei dieser Erkrankung bedeutet. Da gibt es eine Warnung auch von der WHO. Wir gehen davon aus, dass ein Mensch, der eine Infektion nachweislich hatte, eine gewisse Immunität hat, aber wie lange, wie viele Wochen, Monate oder Jahre, das weiß im Moment keiner. Diese Tests, mit denen wir Antikörper bestimmen, sind einfach nicht 100 Prozent zuverlässig. Wenn Sie zum Beispiel große Screenings in der Bevölkerung durchführen würden und einen positiven Nachweis dieses Tests hätten, also Antikörper finden, ohne dass vorher bekannt war, dass diese Person eine Infektion hatte, dann gibt es falsch-positive Befunde. Das heißt, es kann sein, dass diese Person eine andere Corona-Virus-Erkrankung hatte und es zu einer Kreuzreaktion gekommen ist. Deshalb finde ich es zum Beispiel schwierig, einen Immunitätspass auszustellen. Man darf daraus keine Konsequenzen ziehen, wenn ein positiver Nachweis festgestellt wurde. Das gilt zum Beispiel dafür, dass eine Krankenschwester ungeschützt mit Covid-Patienten in Kontakt treten dürfte. Deswegen würde ich das so sehen, dass wir noch nicht soweit sind zu verstehen, was Immunität bei dieser Erkrankung bedeutet und sehe das eher kritisch.

Abg. **Lothar Rietsamen** (CDU/CSU): Meine Frage richtet sich an die Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände und den BVÖGD. Ich möchte aber, bevor ich die Frage stelle, klarstellen,

dass es keinen Immunitätsausweis oder Immunitätspass geben soll. Nun aber zu meiner Frage. Der Gesetzentwurf sieht vor, dass der Bund zur Unterstützung des ÖGD für jedes der rund 375 Gesundheitsämter Finanzmittel in Höhe von 100 000 und 150 000 Euro zur technischen Modernisierung der Gesundheitsämter und zum Anschluss an das Deutsche Elektronische Melde- und Informationssystem für den Infektionsschutz (DEMIS) bereitstellt. Kann durch diese Finanzierung das Meldewesen nachhaltig verbessert werden?

SV **Jörg Freese** (Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände (BVkom)): Sie werden der Stellungnahme entnommen haben, dass die grundsätzliche Einschätzung der Finanzhilfen vom Deutschen Städtetag etwas positiver ist als vom Deutschen Landkreistag. Deswegen haben wir insoweit getrennt Stellung genommen. Worin wir uns einig sind, ist, dass es eine Daueraufgabe ist, Meldketten zu organisieren und durchzuführen, so dass alles wesentlich besser elektronisch stattfinden kann. Das müssen Bund, Länder und Kommunen gemeinsam dauerhaft darstellen. Da müssen auch die anderen Leistungserbringer im Gesundheitswesen, also Krankenhäuser und niedergelassene Ärzte vernünftig angebunden werden und das muss ein vernünftiges und konsistentes Gesamtkonstrukt werden. Da helfen 100 000 Euro ein bisschen weiter vielleicht mal im Einzelfall. Letztendlich aber geht es um eine Daueraufgabe, die wir finanzieren müssen und deswegen sind wir da etwas reserviert. Aus juristischen Gründen sagen wir das geht eigentlich gar nicht, aber auch inhaltlich sagen wir das hilft eigentlich nicht. Wir brauchen eine dauerhafte Finanzierung dieser Aufgabe. Was mit dem Geld genau gemacht werden soll, ist auch nicht so richtig klar. Das bleibt doch im Allgemeinen und das kann im Gesundheitsamt a schon ganz anders aussehen als im Gesundheitsamt b und ob daraus kurzfristig eine Hilfe wird, bezweifeln wir durchaus.

Sve **Dr. Ute Teichert** (Bundesverband der Ärztinnen und Ärzte des öffentlichen Gesundheitsdienstes e. V. (BVÖGD)): Ich würde gerne hinzufügen zu dem, was Herr Freese gerade gesagt hat, was ich so unterstreichen kann, dass die vorgesehenen Mittel zweckgebunden sind für die Verbesserung des Meldewesens. Wir reden über DEMIS, was neu



eingeführt werden soll und was in einer Kurzfassung oder in einer ersten Version für Covid 19 auf die Beine gestellt wird. Dieses Meldewesen soll schon seit fast zehn Jahren reformiert werden. Es hat 2017 schon einen Gesetzesbeschluss dazu gegeben, dass dafür die finanziellen Mittel aufgebracht werden müssen. Das heißt, die hier im Gesetz vorgesehenen Mittel beziehen sich auf etwas, was schon im Vorfeld beschlossen war und was eine sichtbare Verbesserung mit sich bringen wird, aber sicherlich nicht in der aktuellen Situation nochmal eine deutliche Verbesserung für die Gesundheitsämter bringt. Grundsätzlich sehe ich das genauso wie Herr Freese. Wir brauchen langfristige Finanzmittel. Das, was jetzt vorgesehen ist, ist nur ein Tropfen auf dem heißen Stein. Wenn man die Digitalisierung ernsthaft betreiben will, dann muss man da noch mehr investieren. Wir brauchen vernünftige Kommunikationsplattformen, auch innerhalb des ÖGD. Wir erleben gerade live, wie schwierig das ist. Wir brauchen einen geschützten Raum, wo man sich austauschen kann. Wir brauchen auch eine Plattform. Ich möchte an der Stelle noch kurz aufräumen mit dem Mythos Fax, was da immer durch die Medien geistert. Es ist nicht so, dass die Gesundheitsämter per Fax am Meldewesen teilnehmen, aber es ist tatsächlich so, dass viele derjenigen, die Meldungen abgeben, zum Beispiel Arztpraxen, Kitas, Schulen und wer alles noch zur Meldung verpflichtet ist, dass die nicht immer bestens technisch ausgerüstet sind und dann durchaus auch mal ein Fax schicken und natürlich wird in jedem Gesundheitsamt auch ein Fax weiterbearbeitet. Es dreht sich also nicht darum, dass die Gesundheitsämter noch in der Steinzeit leben, sondern es sind sehr viele Empfänger und unterschiedliche Leute im System. Herr Freese hat darauf hingewiesen, dass nicht alle auf dem gleichen technischen Stand sind. Kurz und knapp, wir begrüßen es, dass Geld vorgesehen ist, aber es ist sicherlich nur ein Tropfen auf dem heißen Stein.

Abg. **Karin Maag** (CDU/CSU): Vielen Dank auch an die Ausführung, die wahrscheinlich doch in erster Linie an die Länder gehen. Ich frage jetzt den Marburger Bund. Die Ausstattung des ÖGD, das haben wir gehört, ist von entscheidender Bedeutung, gerade in den Zeiten der Pandemie. Vor dem Hintergrund dessen, was wir gerade gehört haben, wo sieht der Marburger Bund den größten Handlungsbedarf?

SVe **Dr. Susanne Johna** (Marburger Bund – Verband der angestellten und beamteten Ärztinnen und Ärzte Deutschlands e. V.): Wir haben innerhalb der letzten acht bis zehn Jahre ein Drittel der Ärztinnen und Ärzte im ÖGD verloren. Wir haben mittlerweile einzelne Gesundheitsämter in Deutschland, die ganz ohne Ärzte auskommen müssen. Warum ist das so? Weil das Berufsfeld für den Nachwuchs deswegen unattraktiv ist, weil die Vergütung unattraktiv ist. Der größte Handlungsbedarf zur Stärkung des ÖGD liegt also darin, dass die kommunalen Arbeitgeber jetzt endlich die Hand reichen müssen, um faire Vergütungsbedingungen für Ärztinnen und Ärzte im ÖGD zu verhandeln. Ich möchte es an einem Beispiel illustrieren. Im Moment helfen Kolleginnen und Kollegen des MDK in den Gesundheitsämtern mit. Das ist sehr erfreulich. Für die Kolleginnen und Kollegen im MDK gilt eine 38,5 Stundenwoche. Wenn man das auf eine 40 Stundenwoche wie im ÖGD hochrechnet, dann werden Sie als Facharzt im MDK mit etwa 6 500 Euro eingruppiert und die Kolleginnen und Kollegen im ÖGD mit etwa 1 600 Euro weniger. Da brauchen wir uns nicht weiter zu fragen. Das setzt sich übrigens in allen Vergütungsgruppen fort. Immer wenn wir vom Marburger Bund oder auch der BVÖGD Gespräche mit Politikerinnen und Politikern auf Landes- und Bundesebene führen, dann sagen immer alle: „Ja, da muss sich was tun und das muss sich verändern“. Das wird sich aber nur dann verändern, wenn die kommunalen Arbeitgeberverbände wirklich endlich zu Tarifverhandlungen bereit sind. Es tut sich da nichts und dann hilft auch die beste technische Ausstattung, die wir auch brauchen, nicht, wenn wir nicht genug ärztliches und qualifiziertes Personal in den Gesundheitsämtern vor Ort haben.

Abg. **Rudolf Henke** (CDU/CSU): Meine Frage richtet sich an Herrn Dr. Ziemons als Einzelsachverständigen. Der ÖGD soll jetzt in die Lage versetzt werden, auch seinerseits Testungen auf Covid-19 zu veranlassen, die mit der GKV abzurechnen sind. Können Sie uns sagen, wie Sie diese Regelung bewerten?

ESV **Dr. Michael Ziemons**: In der Tat sind diese Kostenübernahmen sehr sinnvoll. Der ÖGD ist in einigen Regionen, so zum Beispiel bei uns in Aachen, schon sehr früh, also schon Anfang März



aufgefordert worden, auch von den KVen, die niedergelassenen Ärzte von den Testungen zu entlasten. Wir hatten zu dem Zeitpunkt eine Situation in der Region, und auch in vielen anderen Regionen, dass durch den Karneval und Heinsberg und anderen Hotspots die niedergelassenen Ärzte in ihren Praxen vollkommen zugelaufen sind. Es gab parallel eine Grippewelle und so gab es sehr frühzeitig eine Notwendigkeit, die niedergelassenen Ärzte durch Testungen zu entlasten. Bis heute werden die Kosten für diese Testungen, obwohl sehr restriktiv nach den Regeln des RKI vorgegangen wurde, weder von den Krankenkassen anerkannt noch über die KVen abgerechnet. Hier sind einige Kommunen massiv in Vorleistung gegangen. Es blieb Ihnen gar nichts anderes übrig und deswegen ist es notwendig, hier auch eine Kostenübernahme, und das schon rückwirkend zum 1. März, zu ermöglichen. Wir haben in den Pflegeheimen gesehen, dass durch frühzeitiges Testen große Einbrüche eingedämmt werden konnten. Das kam den Menschen zu Gute und war ökonomisch sinnvoll und medizinisch richtig. Insofern ist es auch hier notwendig, dass die Kommunen in die Lage versetzt werden, diese Tests unter Kostenübernahme weiter fortzuführen. Weder die Berufsgenossenschaften noch die Krankenkassen erkennen diese Kosten bislang an, obwohl sie sich als für die Menschen und deren Gesundheit sinnvoll, ökonomisch richtig und medizinisch richtig erwiesen haben. Das heißt, wir brauchen eine Kostenübernahme für diese Testungen rückwirkend ab dem 1. März. Nur der ÖGD kann diese Flächentestungen überhaupt machen, weil die niedergelassenen Ärzte, gerade am Anfang der Pandemie, das nicht stemmen konnten.

**Abg. Dr. Georg Kippels** (CDU/CSU): Die Frage richtet sich an die DKG und den GKV-Spitzenverband. Zur Evaluierung der wirtschaftlichen Folgen der Maßnahmen des Covid-19 Entlastungsgesetzes sehen wir eine Datenerhebung vor. Wie ist Ihr Eindruck? Gibt es Anpassungsbedarf bei der Regelung zu den Ausgleichspauschalen?

**SV Georg Baum** (Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG)): Die Zweckmäßigkeit der Datenerhebung, um überprüfen zu können, inwieweit die Hilfsmaßnahmen wirken, wollen wir nicht hinterfragen. Gleichwohl könnte man das durch Stichproben vielleicht weniger umfassend aufwendig

organisieren. Unser Problem ist, dass extrem enge Fristen mit extrem hohen Strafzahlungszahlungen gekoppelt werden, wenn die Frist nicht eingehalten wird. Das InEK soll zum Beispiel bis zum 21. Mai, also in wenigen Tagen, das Schema der Datenerfassung festlegen und die Krankenhäuser müssen ihre Computer bis zum 15. Juni umgestellt haben. Wenn sie nicht rechtzeitig liefern, können bis zu 20 000 Euro Strafzahlungen gefordert werden. Da meinen wir, dass das wirklich nicht sehr fair ist gemessen an dem, was die Krankenhäuser in diesen Zeiten leisten. Deshalb unsere dringende Bitte, die Fristen anzupassen. Wir haben dazu schriftlicher Vorschläge gemacht, um vor allem die Strafe, wenn einer nicht rechtzeitig liefert oder nicht jeden Fall vollständig liefert, doch deutlich abzumindern. Wir sprechen davon, dass man mit maximal 5 000 Euro Strafe und eine fünfprozentigen Toleranz-Bagatellgrenze zurechtkommen könnte.

**SV Gernot Kiefer** (GKV-Spitzenverband): Wenn ich die Frage richtig verstanden habe, geht es einerseits um die Frage der Fristen und andererseits um die Frage, ob die vorgesehenen Regelungen hinsichtlich der Krankenhäuser so nachvollziehbar oder korrekturbedürftig sind. Aus unserer Sicht ist es notwendig, ähnlich wie das vorbildlich geschieht hinsichtlich der Information zur Verfügbarkeit von intensivmedizinischen Behandlungskapazitäten auch weitere Erkenntnisse aus den Daten der Krankenhäuser zeitnah zu ziehen. Das ist zur Steuerung der pandemischen Situation und zu ihrer Beherrschung ein wesentliches Muster, um hieraus die entsprechenden Schlüsse für eine differenzierte Steuerung zu ziehen. Wir sehen inzwischen auch, dass die Regelungen bezüglich des COVID-19-Krankenhausentlastungsgesetzes hinsichtlich der Refinanzierung bestimmter Aufwendungen in den Kliniken durchaus einen Korrekturbedarf aufweisen. Das ist, soweit mir das bekannt ist, nicht nur die Auffassung des GKV-Spitzenverbandes, sondern auch teilweise der Krankenhäuser. Es geht dabei insbesondere darum, zielgenauer die Aufwendungen, die für nicht belegte Betten entstehen, in entsprechender Weise in der Höhe zu erstatten. Wenn tatsächlich ein Ausfall an finanzieller Vergütung stattfindet soll es zu keiner Überkompensation kommen, wie es teilweise in der ersten Stufe durch sehr einfache Regelung geschehen ist. Hier gibt es Nachsteuerungsbedarf, den man zeitnah entsprechend vornehmen sollte.



Abg. **Lothar Riebsamen** (CDU/CSU): Meine Frage richtet sich an den BVÖGD und Caritasverband. Das Gesundheitsamt soll zukünftig grundsätzlich für übertragbare Krankheiten in Zusammenarbeit mit anderen medizinischen Einrichtungen Untersuchungen und Beratungen sicherstellen und einen entsprechenden Rückgriffs-Anspruch gegenüber die GKV geltend machen können. Wie bewerten Sie diese Regelung insbesondere in Bezug auf einen möglichst niederschweligen Zugang?

Sve **Dr. Ute Teichert** (Bundesverband der Ärztinnen und Ärzte des öffentlichen Gesundheitsdienstes e. V. (BVÖGD)): Wir begrüßen diese Regelung sehr, aber vor allen Dingen auch im Hinblick auf niedrigrschwellige Zugänge, denn wir haben aktuell das Problem, dass wir sehr viele Menschen auffangen, die nicht in den Regelsystemen auflaufen, also Menschen, die keine Krankenversicherung haben. Die werden regelhaft vom ÖGD aufgesucht und mit verschiedenen Projektangeboten und niedrigrschwelligen Hilfen für alle möglichen Bereiche versorgt. Da ist es von großem Vorteil, wenn die finanzielle Fragestellung keine Rolle mehr spielt. Insofern begrüßen wir eine Regelung sehr. Das würde den Gesundheitsämtern, aber vor allen Dingen auch allen betroffenen Menschen und Personengruppen helfen, dass das nicht daran scheitert, dass finanzielle Hürden eine Beschränkung des Zugangs zum Gesundheitswesen darstellt.

Sve **Dr. Elisabeth Fix** (Deutscher Caritasverband e. V.): Ich schließe mich ausdrücklich Frau Teichert in der Bewertung an, dass insbesondere der niedrigrschwellige Zugang von Nicht-Versicherten, von Menschen, die von Obdachlosigkeit betroffen sind, von Ausländerinnen und Ausländern, ermöglicht wird, indem der ÖGD diese Testungen durchführt und das Problem nicht mehr besteht, wer die Kosten trägt. Es ist auch dringend nötig, diese Bevölkerungsgruppen einer Testung zuzuführen. Wir begrüßen auch sehr, dass dem ÖGD hier ein niedrigrschwelliges Beratungsangebot zugesprochen wird, dass gegebenenfalls in der eigenen Häuslichkeit durchgeführt werden kann. Hier möchte ich aber doch einen kleinen Korrekturbedarf anbringen. Wir würden es begrüßen, wenn nicht von „aufsuchender Beratung“, sondern von „zugehender Beratung“ gesprochen würde, denn es handelt sich um ein Beratungsangebot.

Abg. **Karin Maag** (CDU/CSU): Meine Frage richtet sich an den Deutschen Pflegerat und an den Caritasverband. Wie bewerten Sie die Sonderzahlung in Form einer Corona-Prämie für die Beschäftigten in den Pflegeeinrichtungen?

Sve **Birgit Pätzmann-Sietas** (Deutscher Pflegerat e. V. (DPR)): Der Deutsche Pflegerat begrüßt, dass Beschäftigte in den Pflegeeinrichtungen eine Sonderleistung erhalten sollen. Allerdings erschließt sich uns nicht, warum diese Prämien nur auf Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in den Pflegeeinrichtungen begrenzt werden. Aus Sicht des DPR muss es identische Regelung auch für Mitarbeiterinnen im Krankenhaus, in Reha-Einrichtungen und in Einrichtungen für behinderte Menschen geben. Wir bitten auch darum, dass diese Prämie steuerfinanziert ist, um die gesamte Bevölkerung an der Anerkennung der besonderen Leistung dieser Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu beteiligen. Langfristig gesehen muss man sagen, dass diese finanzielle Besserstellung nicht nur auf die derzeitige Krise begrenzt werden darf. Langfristig gesehen muss man sich über Flächentarifverträge unterhalten.

Sve **Dr. Elisabeth Fix** (Deutscher Caritasverband e. V.): Ich kann mich im Wesentlichen meiner Vorrednerin anschließen. Für uns ist die Corona-Prämie auch ein Symbol der Wertschätzung, die in diesen Tagen insbesondere der Pflege zukommt und zukommen muss. Ich möchte betonen, dass diese Anerkennung nicht nur der Pflege, sondern denjenigen, die in diesen Tagen den Laden am Laufen halten, gebührt. Das sind beispielsweise die Mitarbeiter in der sozialen Arbeit wie Behinderten-Einrichtungen und Wohnungslosen-Hilfe, aber im Grunde auch die Verkäuferin an der Supermarktkasse. Die Prämie weist darauf hin, dass wir in diesen klassischen Frauenberufen grundsätzlich eine schlechte Bezahlung haben. Wir möchten gerne, dass die Prämie hier als Signal und als Startschuss verstanden wird, eine gesamtgesellschaftliche Debatte zu befeuern, wie wir in diesen Frauenberufen, in diesen systemrelevanten Berufen endlich zu einer flächendeckenden tariflichen Bezahlung und auch zu tariflich geregelten Arbeitsbedingungen kommen. Zur Prämienzahlung selbst möchte ich sagen, dass wir es zwar begrüßen, dass diese jetzt zunächst sachpragmatisch aus der PV



finanziert wird. Die PV ist jedoch für die Leistungen der Versicherten da und wir sind der Auffassung, dass diese gesamtgesellschaftliche Anerkennung aus Steuermitteln zu finanzieren ist und würden es daher begrüßen, wenn die Lücke, die in der PV durch die Zahlung dieser Prämie entsteht, schnellstmöglich durch einen Bundeszuschuss aus Steuermitteln geschlossen wird.

Abg. **Sabine Dittmar** (SPD): Meine Frage geht an den GKV-Spitzenverband und an ver.di jeweils mit der Bitte um eine kurze Antwort. Mit dem vorliegenden Gesetzentwurf soll das BMG ermächtigt werden, durch Rechtsverordnung zu bestimmen, dass die gesetzlichen Krankenkassen für ihre Versicherten die Kosten für bestimmte Testungen auf eine Infektion oder Immunität übernehmen. Wir bewerten Sie dieses Vorhaben?

SV **Gernot Kiefer** (GKV-Spitzenverband): Man muss vorneweg sagen, dass die inhaltliche Frage des Ausweitens von Testungen, insbesondere aber auch gegebenenfalls die Feststellung von Immunität zur Steuerung der Pandemie und ihrer Beherrschung unbestreitbar ein wesentliches Element ist. Wir sind allerdings der Auffassung, dass es sich hier um keine, auch nach der Rechtsprechung, Leistungen der KV handelt, weil es letztendlich darum geht, dass Menschen, die gegebenenfalls ohne Krankheitssymptome sind, entsprechend im Sinne einer Vorbeugung im Rahmen der Pandemie getestet werden. Insofern sind alle Urteile, die man hier auch zu Rate ziehen kann, deutlich der Auffassung, dass die Verwendung von Sozialversicherungsbeiträgen ganz klar gebunden ist an die entsprechenden Voraussetzungen im Sozialversicherungsrecht. Das hier ist ganz eindeutig eine Maßnahme der sehr nachvollziehbaren Gefahrenabwehr und insofern wäre das aus Steuermitteln zu finanzieren. Das ist im Übrigen die gemeinsame Auffassung mit der Vertragsärzteschaft. Wir sind selbstverständlich gerne bereit, als Krankenversicherung in der Durchführung auch insofern Amtshilfe zu leisten, weil klar sei muss, auch angesichts des möglichen Kostenblocks von mehreren Milliarden Euro, dass diese Testungen dann auch aus allgemeinen Steuermitteln gezahlt werden und die Krankenversicherung nicht mit diesen Leistungen belastet wird.

SVe **Grit Genster** (ver.di – Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft): Eine schnelle Testung ist das, was die Medizin jetzt mit Priorität anstreben sollte. Sie bringt vor allem auch den Patienten und Bewohner, Bewohnerinnen in den Pflegeeinrichtungen mehr Sicherheiten und ist ganz wichtig für den Arbeits- und Gesundheitsschutz. Jedoch darf nicht wie vorgelegt die Kostenübernahme den gesetzlich Versicherten aufgebürdet werden. Hier geht es um gesamtgesellschaftliche Herausforderungen und um die Aufgaben des ÖGD. Die Vorbeugung bei übertragbaren Krankheiten und die Verhinderung der Weiterverbreitung der Infektionen sind im Sinne der epidemiologischen Gefahrenabwehr ganz originäre Aufgabe des Staates und hier insbesondere auch der Länder. Deshalb sind diese Testungen als versicherungsfremde Leistung durch Steuermittel zu finanzieren. Allein mit den notwendigen und regelmäßigen flächendeckenden Testungen des Personals in den Gesundheits- und Pflegeeinrichtungen werden schnell Mehrausgaben in Milliardenhöhe erreicht, die nicht durch die GKV-Beitragszahler zu stemmen sind. Bei der Finanzierung der Testung muss deshalb klar getrennt und diese den jeweiligen Auftraggebern zugeordnet werden. Einmal unstrittig ist, dass die Testungen, die im Rahmen der Diagnostik erforderlich sind, weiterhin durch die GKV zu tragen sind. Davon abgetrennt sind die Testungen im Rahmen des allgemeinen Infektionsschutzes der Bevölkerung, die wiederum aus Steuermitteln zu finanzieren sind und drittens die Testungen, deren Durchführung von den Arbeitgebern gegenüber den Beschäftigten verlangt werden. Diese sind durch die Arbeitgeber zu finanzieren, wie zum Beispiel arbeitsmedizinische Untersuchungen auch.

Abg. **Heike Baehrens** (SPD): Meine Frage geht an den Caritasverband. Wie beurteilen Sie weitere Flexibilisierungen der Pflegezeit und Familienpflegezeit, um gerade in Krisenzeiten eine bessere Vereinbarkeit von Pflege und Beruf gewährleisten zu können? Sollte bei der Ermittlung der Höhe der zinslosen Darlehen berücksichtigt werden, dass in Krisenzeiten möglicherweise der Bedarf an finanzieller Unterstützung während der Freistellung steigt?

SVe **Dr. Elisabeth Fix** (Deutscher Caritasverband e. V.): Zunächst einmal begrüßen wir die Möglichkeit, dass jetzt das Pflegeunterstützungs-



geld auch ohne die Anspruchsvoraussetzung einer akut auftretenden Pflegesituation für zehn Tage in Anspruch genommen werden kann. Das ist vor dem Hintergrund der Schließung von Einrichtungen der Tagespflege und auch der Schließung von niedrighwelligen Unterstützungsangeboten im Alltag dringend notwendig, um die pflegenden Angehörigen stärker zu entlasten und ihnen Möglichkeiten zu eröffnen. Wir halten auch das geschätzte Kostenvolumen von circa 100 Millionen Euro in diesem Zusammenhang für vertretbar. Die Krise sollte zum Anlass genommen werden darüber nachzudenken, wie die Pflegezeit und Familienpflegezeit stärker flexibilisiert werden könnten. Die beiden Freistellungsmöglichkeiten wirken in der Praxis noch nicht besonders, was an der Komplexität der Regelungen liegt. Wir brauchen, und darauf haben wir schon seinerzeit hingewiesen, als das Pflegezeit- und Familienpflegezeitgesetz gemacht worden sind, eine stärkere Flexibilisierung der Freistellungsphase. Es muss möglich sein, dass beispielsweise die Phase der Familienpflegezeit auch an die Pflegezeit angeschlossen wird, eine Unterbrechung durch Rückkehr an den Arbeitsplatz möglich ist. Wir wissen auch nicht wie lange die Pandemie noch andauert. Vor dem Hintergrund halten wir das für dringend geboten. Ebenso halten wir es für dringend geboten, dass die Sterbezeitkarenz nicht angerechnet wird auf die Höchstdauer der Familienpflegezeit und dass die Leistung auch in Anspruch genommen werden kann von Menschen, die Menschen im Pflegegrad 1 betreuen. Die sind im Moment nicht erfasst. Außerdem bitten wir darum, dass die unterschiedlichen Voraussetzungen der betrieblichen Größe, das sind im Familienpflegezeitgesetz bis zu 25 Beschäftigte, im Pflegezeitgesetz 15 Beschäftigte, harmonisiert werden. Was das Darlehen anbelangt: Ein Darlehen ist immer ein Risiko. Darauf haben wir verwiesen. Schon in guten Zeiten steht die Frage, ob es wirklich zurückgezahlt werden kann. Man weiß nie was passiert, Arbeitslosigkeit etc. Dieser Krisenfaktor ist erhöht, weil wir Kurzarbeit haben und eine etwas unsichere Wirtschaftssituation. Daher glauben wir, dass es bei den Darlehensregelungen, auch bei der Rückzahlung, dringend der Flexibilisierung bedarf. Einen Punkt möchte ich ganz konkret hervorheben. Die Begrenzung der Höhe des Darlehens bei der Inanspruchnahme der Pflegezeit, auch die maximale Höhe bei Inanspruchnahme von Familienpflegezeit sollte aufgehoben werden, denn beide Pflegezeiten

zielen auf unterschiedliche Möglichkeiten der ganzen oder teilweisen Erwerbsunterbrechung ab.

Abg. **Heike Baehrens** (SPD): Die Frage richtet sich ebenfalls an den Caritasverband. Die Sozialpädiatrische Zentren (SPZ), die medizinischen Zentren für erwachsene Menschen mit Behinderung (MZEB) und Psychiatrische Institutsambulanzen (PIA) versorgen Menschen mit schwerstmehrfachen Behinderungen und psychisch kranke Menschen ambulant. Wie hat sich die Versorgungssituation in den letzten Wochen entwickelt? Vor welchen Problemen stehen diese Einrichtungen und reichen die vorliegenden Maßnahmen?

Sve **Dr. Elisabeth Fix** (Deutscher Caritasverband e. V.): Die genannten Einrichtungen versorgen alle höchst vulnerable Patientengruppen, insbesondere Menschen mit Behinderung. Aufgrund der gebotenen Kontaktreduzierung der vergangenen Wochen konnten viele Leistungen nicht stattfinden und zwar in all den genannten Einrichtungen, SPZ, MZEB und PIA. Wo auch immer möglich, wurde versucht die Leistungen digital per Videosprechstunde oder auch telefonisch aufrecht zu erhalten, was aber bei dem Personenkreis von Menschen mit Behinderung und auch psychisch Kranken in den PIA's nur sehr begrenzt möglich war. Heute Nachmittag wird im Ausschuss für Arbeit und Soziales zumindest bezüglich der Frühförderung der Gesetzesvorschlag diskutiert, von dem wir hoffen, dass er auch in Kraft tritt, sodass die Frühförderungsmaßnahmen unter den Schutzschirm des SGB II und der GKV kommen. Bei den SPZ nehmen die Frühförderungen aber maximal einen Anteil von 25 Prozent ein und wir sehen hier wirklich dringenden Handlungsbedarf. Wir haben dazu einen konkreten Vorschlag in § 120 gemacht, der die drei genannten Einrichtungsgruppen umfasst. Der Vorschlag schließt an einen Vorschlag der Gesellschaft der Kinderkrankenhäuser und Kinderabteilungen in Deutschland an. Wir bitten auch noch um eine Modifizierung, weil wir in Rheinland-Pfalz keine Pauschalvergütung, sondern Einzelleistungsvergütungen bei den SPZ's haben.

Abg. **Sabine Dittmar** (SPD): Die Frage geht an den BVÖGD und an den DGB. Wie bewerten Sie die Änderungsvorschläge in den §§ 9 bis 12 IfSG, die



den Gesundheitsämtern neue Meldebefugnisse wie mögliche Infektionswege, Tag der Genesung bei Erkrankten, die Weitergabe von personenbezogenen Daten wie Adresse und Geburtsdatum, sowohl national als auch international an entsprechende Behörden, geben?

**SVe Dr. Ute Teichert** (Bundesverband der Ärztinnen und Ärzte des öffentlichen Gesundheitsdienstes e. V. (BVÖGD)): Bei allen Änderungen im Meldewesen, wenn neue Tatbestände zu erfassen sind, muss man immer kalkulieren, dass das auch einen erheblichen personellen Mehraufwand bedeutet. Man kann zwar sagen, das sind nur kleine Sachen, aber ich möchte ausdrücklich darauf hinweisen, dass sich das addiert, und dass man das auch in den Blick nehmen muss. Wir haben jetzt schon das Problem, dass die Gesundheitsämter, und das ist für Sie alle nichts Neues, personell sehr schlecht aufgestellt sind. Die aktuellen Zahlen sind zwar gesunken, aber die ganze Krise konnte nur bewältigt werden, weil eine Armada von Hilfskräften und Freiwilligen die Gesundheitsämter unterstützt hat, was gesellschaftlich ein tolles Signal ist, aber dem ÖGD auf Dauer leider wenig unterstützt. Wir brauchen dringend mehr Personal in den Gesundheitsämtern für alle Aufgaben und somit auch für die zusätzliche Erweiterung der Meldepflicht, die hier vorgesehen ist. Ansonsten haben wir gesellschaftlich ein Problem und ich möchte nochmal ganz dringend darauf hinweisen, weil mir das ein sehr wichtiges Anliegen ist.

**Abg. Heike Baehrens** (SPD): Eine Frage an den GKV-Spitzenverband und den Caritasverband mit der Bitte um jeweils kurze Antwort. Derzeit entfallen vielerorts familienpflegerische Einsätze nach § 38 SGB V aufgrund von nicht stattfindenden Operationen und anderen Gründen. Was kann getan werden, um das Überleben dieser Dienste zu sichern? Wie hoch schätzen Sie in dem Fall die Mehrausgaben für die GKV?

**SV Gernot Kiefer** (GKV-Spitzenverband): In der Tat, das Problem, was Sie in der Frage formulieren, ist ein relevantes, wobei wir hoffen und glauben, dass sich das mit der langsamen Veränderung der Lockerung von Ausgangs- und Kontaktbeschränkung jetzt schrittweise wieder verändert. Wir haben insgesamt das Prinzip in vielen Versorgungs-

bereichen, dass zunächst, bevor die Krankenversicherung als Sozialversicherung einspringt, allgemeine, durch das Parlament und die Bundesregierung beschlossene Unterstützungsmaßnahmen greifen. Aus unserer Sicht ist es, wenn man jetzt zusätzlich einen Schutzschirm für die genannten Bereiche etablieren würde, schwer zu kalkulieren, wie hier die Kostenwirkungen sind. Vorsichtig geschätzt gehen wir von einem Betrag aus, der nicht übergroß sein dürfte. Man kann darüber nachdenken, auch aus dem Grund, dass es nicht wünschenswert ist, dass es aufgrund der Pandemie Strukturverwerfungen gibt, die die Versorgung dauerhaft, auch nach dem Auslaufen der Pandemie negativ beeinflussen würden, zu etablieren. Insofern wären wir offen für eine solche Konstruktion, bitten aber um Verständnis, dass wir es kaum beziffern könnten, was denn der Kostenrahmen wäre, weil dann zunächst die genaue Konstruktion zu besprechen wäre.

**SVe Dr. Elisabeth Fix** (Deutscher Caritasverband e. V.): Diakonie und Caritas tragen relativ viele Familienpflegedienste, von denen es in der Republik ohnehin nicht so viele gibt. Wir haben mal versucht die Kosten zu schätzen und haben festgestellt, dass in den letzten sechs Wochen Einsätze aus diversen Gründen im Umfang von etwa 30 Prozent abgesagt wurden. Wenn wir das Kostenvolumen kalkulieren, gehend wir von den bisherigen Ausgaben der Haushaltshilfen im GKV-Bereich in Höhe von 200 Millionen Euro aus. Davon werden die selbst beschafften Haushaltshilfen mit 82 Euro abgezogen. Dann sind von den verbleibenden 120 Euro auch noch abzuziehen, dass die Hälfte der Haushaltshilfen-Leistungen im Bereich Schwangerschaft und Geburt weiterhin geleistet wurde. Es bleiben bei Einnahmeausfällen von 30 Prozent somit circa 18 Millionen Euro. Das wäre also das Kostenvolumen von dem wir aufgrund der Schätzungen, die wir durch Kassensturz gemacht haben, ausgehen.

**Abg. Sabine Dittmar** (SPD): Meine Frage geht an den Einzelsachverständigen Prof. Dr. Thorsten Kingreen. Halten Sie in den Verordnungsermächtigungen im § 5 Absatz 2 IfSG und § 20i SGB V einen Zustimmungsvorbehalt des Parlaments, zumindest aber ein nachträgliches Änderungs- und Aufhebungsrecht für notwendig? Wenn ja, wie müsste dieses ausgestaltet sein?





Der **Vorsitzende**: Prof. Dr. Kingreen meldet sich zurzeit nicht. Vielleicht kann die SPD eine Alternativfrage stellen oder einen anderen Sachverständigen berufen?

Abg. **Sabine Dittmar** (SPD): Das ist jetzt sehr schade, weil die Einschätzung von Prof. Dr. Kingreen zu der Thematik für uns wichtig gewesen wäre. Ansonsten würde ich nochmal eine Frage an den Caritasverband zur ambulanten und mobilen Rehabilitation stellen. In Ihrer Stellungnahme fordern Sie, dass die ambulante und mobile Reha nach § 111c SGB V sowie Leistungen zur ergänzenden Reha nach § 43 SGB V auch unter den Schutzschirm zu stellen sind um ihr Fortbestehen in und nach der Krise zu sichern. Bitte erläutern Sie nochmal die Position.

Sve **Dr. Elisabeth Fix** (Deutscher Caritasverband e. V.): Auch die ambulante und die mobile Reha sowie die ergänzenden Reha-Leistungen, zum Beispiel Funktionstraining und Reha-Sport, darunter auch Übungen für behinderte Mädchen und Frauen sind in den letzten Wochen komplett ausgefallen wegen der gebotenen Kontaktreduzierungen. Insbesondere das zarte Pflänzchen der mobilen Reha, von denen es ohnehin nur wenige Dienste und Angebote gibt, würde durch diese Einnahmeausfälle sehr arg ins Trudeln kommen und von der Existenz bedroht sein. Ambulante Reha fand auch im Bereich der Sucht-Reha nicht statt; ambulante und teilstationäre Angebote sind dort aber sehr wichtig, sodass wir insgesamt bitten beim eventuellen Schutzschirm, der aus der GKV gespannt wird, auch diese Einrichtungen dringend mit zu berücksichtigen.

Der **Vorsitzende**: Wir haben festgestellt, dass Herr Prof. Dr. Kingreen im System ist. Wir haben ihn aber nicht gehört. Wenn er uns hören sollte, kann er die Frage der SPD vielleicht schriftlich beantworten.

Abg. **Detlev Spangenberg** (AfD): Meine Frage geht an die IHK zu Leipzig. Sie haben uns schriftlich mitgeteilt, dass Sie eine Entschädigung nach dem IfSG für von Präventivschließung betroffene Unternehmen für notwendig erachten. Können Sie bitte kurz darstellen, warum Sie das in diesem Fall so

sehen und wie Sie dies im IfSG wiederfinden möchten?

Der **Vorsitzende**: Herr Bock ist nicht im System. Vielleicht kann man die Frage an einen anderen Sachverständigen stellen?

Abg. **Detlev Spangenberg** (AfD): Dann stellen wir eine neue Frage an den GKV-Spitzenverband. Betrachtet man das, was im Rahmen der Corona-Pandemie bereits beschlossen wurde und was jetzt neu beschlossen werden soll, was bedeutet das finanziell für die GKV? Welche Entwicklung erwarten Sie für den Beitragssatz in der nahen und mittleren Zukunft?

SV **Gernot Kiefer** (GKV-Spitzenverband): Ich glaube die Debatte zur Frage der GKV-Finanzsituation ist eine ganz zentrale. Das Grundprinzip zu sagen, wir brauchen eine Stabilität in vielen unmittelbaren Berufsgruppen und Leistungsbereichen der Versorgung, muss auch angewendet werden auf die Frage der Stabilität der Leistungsfähigkeit der GKV. Der GKV-Spitzenverband geht davon aus, dass die vielen, häufig sehr zu recht beschlossenen Maßnahmen zur Stützung der verschiedenen Versorgungsbereiche erhebliche zusätzliche Finanzverpflichtungen für die GKV bedingen. Diese Verpflichtungen gehen weit über das hinaus, was bei der Kalkulation dessen, was an Finanzbedarf im Jahr 2020 notwendig ist und dann auch über die entsprechend kalkulierten Beitragssätze abgedeckt ist. Insofern ist es wichtig, jetzt eine zweite Art finanzieller Stabilisierung der GKV zu konzeptionieren. Ich sage das so zurückhaltend, weil ich glaube es ist seriös, sich genau anzuschauen, welche zusätzlichen Aufwendungen haben wir pandemiebedingt, welche sonstigen Kosteneffekte haben wir darüber hinausgehend. Aber es ist auch wichtig, sich sehr genau anzuschauen, das die wirtschaftliche Lage, die sich deutlich kritischer entwickelt als wir das zunächst angenommen hatten, natürlich auch auf die Einnahme-Seite der Krankenkassen einen erheblichen einschränkenden negativen Effekt hat. All diese Effekte, auch die Effekte teilweise verschobener medizinischer Behandlungen als Entlastungseffekte, müssen sauber aufgearbeitet werden. Unsere Vorstellung geht dahin, dass man das in einem transparenten, nachvollziehbaren



Verfahren macht. Wir haben jetzt die Situation, dass viele Daten noch sehr roh geschätzt werden müssen. Wir glauben, dass mit der Vorlage der Finanzdaten im ersten Halbjahr wesentliche Informationsquellen verfügbar sind, um einzuschätzen wie hoch der Finanzbedarf der GKV ist. Wichtig ist vor allen Dingen, und das ist ein ganz zentraler Punkt, dass die zusätzlichen Belastungen, die teilweise zwischenfinanziert werden aus dem Gesundheitsfonds, so gesteuert werden, dass sie sich nicht nur ausrichten auf die Liquidität der einzelnen Leistungserbringergruppen, sondern auch die Liquidität der Krankenkassen beachten. Auf den Punkt gebracht: Es kann nicht sein, dass Mittel beispielsweise in die Krankenhäuser fließen, die Liquidität der Krankenkassen belasten und die notwendigen Steuerzuflüsse erst Wochen später kommen. Das heißt, hier muss das Timing grundsätzlich so sein: Mittelzuschuss aus den Steuermitteln zur Stützung des Gesundheitsfonds und dann entsprechender Abfluss an die verschiedenen Leistungserbringergruppen, soweit das Gesetz das vorsieht.

Abg. **Detlev Spangenberg** (AfD): Die nächste Frage geht an das Aktionsbündnis Patientensicherheit. In Ihrer Stellungnahme sprechen Sie von erheblichen Versorgungslücken in der medizinischen Versorgung, die jetzt potenziert zu Tage treten. In der Patientensicherheit gilt die Maxime, dass man Fehler nicht vertuschen sollte, sondern aus Vorkommnissen lernen muss. Was denken Sie, wie man aus der aktuellen Situation für zukünftige Pandemien oder Epidemien lernen kann? Wie kann man vorsorgen? Was sehen Sie aus Patientensicht als besonders verbesserungsfähig und -würdig an und welche Maßnahmenbereiche sollten nach Ihrer Sicht insbesondere evaluiert werden?

SVe **Dr. Ruth Hecker** (Aktionsbündnis Patientensicherheit (APS)): Ich denke, dass die Verunsicherung der Patientinnen und Patienten am Anfang darin lag, dass es nicht genug Schutzausrüstungen gab. Das wurde ja auch in den Medien breit geteilt. Wir haben aber mit Sorge gesehen, und das wurde auch heute von der Caritas deutlich bestätigt, dass viele Versorgungsstufen und Versorgungsangebote nicht durchgeführt worden sind in den letzten Wochen. Wir würden uns freuen, wenn wir da einen gemeinsamen Weg gehen könnten, dass bei derartigen Krisen nicht alle anderen Versorgungsangebote

entfallen, weil sie nicht notwendig sind. Ergotherapie und Physiotherapie in Pflegeheimen und vieles andere mehr haben wir heute schon diskutiert. Wir könnten uns vorstellen, dass es regionale Konzepte gibt und zwar im Schulterschluss von Krankenhausverbänden, Krankenversicherungen, Rehakliniken und durchaus auch Gesundheitsämtern, um Versorgungsdefizite festzustellen und dementsprechend zu handeln, sodass die Patienten, die im Moment nicht im Krankenhaus behandelt werden können, in der ambulanten Versorgung besser behandelt werden können. Patienten, die entlassen werden mit Corona, die von den Pflegediensten nicht versorgt werden können, könnten vielleicht in Reha-Einrichtungen versorgt werden, sodass man spannende, neue, flexible Möglichkeiten findet, zusammen zu arbeiten, mehr Kooperation statt Konkurrenz. Das würden wir sehr begrüßen, weil die Versorgung regional sehr unterschiedlich war: in Mecklenburg-Vorpommern aufgrund des nicht so häufigen Auftretens von Covid-Erkrankten wahrscheinlich besser als in Bayern. Allerdings, weil auch durchaus Städte sehr gut mit Sicherheitsmaßnahmen ausgerüstet waren und andere wiederum nicht, denken wir im APS, dass das regionale Konzept deutlicher in den Kommunen umgesetzt werden könnte unter den Verantwortlichen der Krankenhäuser, der Krankenkassen und weiteren Beteiligten.

Abg. **Detlev Spangenberg** (AfD): Die nächste Frage geht an die Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlich Medizinischen Fachgesellschaften und an die Deutsche Gesellschaft für Public Health. Das Deutsche Netzwerk Evidenzbasierte Medizin sprach sich bereits dazu aus, dass viele Corona-Maßnahmen nicht evidenzbasiert waren und sind. In Anbetracht der Tatsache, dass wir ein Geschehen dieser Größenordnung zuletzt bei der Spanischen Grippe erlebt haben, ist die Evidenz spärlich und deshalb möchte ich Sie fragen, welche Parameter aus Ihrer Sicht ausgewertet werden sollten, um uns einerseits auf künftige Pandemien vorzubereiten und andererseits die Effektivität der getroffenen Maßnahmen wissenschaftlich auszuwerten? Werden aus Ihrer Sicht ausreichend Daten erhoben? Wo gibt es Nachbesserungsbedarf? Und wie könnte eine so großflächige Evaluation aussehen?



**SV Prof. Dr. Ansgar Gerhardus** (Deutsche Gesellschaft für Public Health e. V. (DGPH)): Sie fragen, wie die Evidenzsituation der gegenwärtigen Maßnahmen eingeschätzt wird. Dazu kann ich sagen, dass wir zusammen mit 25 anderen Fachgesellschaften das Kompetenznetz Public Health zu Covid-19 gegründet haben, um evidenzbasierte Fact Sheets und ähnliches zu produzieren als Unterstützung der politischen Entscheidungsfindung. Das beruht im Wesentlichen darauf, dass wir systematische oder auch narrative Literaturrecherchen durchführen. Das Problem ist natürlich, dass es zu Covid-19 noch relativ wenig gibt. Das heißt, wir müssen uns zum Teil mit Erfahrungen behelfen, die wir mit anderen Erkrankungen, insbesondere Influenza, aber auch den Vorgängererkrankungen wie SARS 1 und MERS gemacht haben. Wir würden uns selbstverständlich wünschen, dass mehr Daten zur Verfügung stehen, insbesondere wäre es aus unserer Sicht wünschenswert gewesen, wenn die Öffnungsmaßnahmen, die aus unserer Sicht im Moment deutlich zu schnell erfolgen, schrittweise erfolgt wären, sodass man die Chance hat jeweils zu evaluieren, wie die Effekte dieser einzelnen Maßnahmen sind.

**Abg. Prof. Dr. Andrew Ullmann** (FDP): Meine erste Frage geht an die Deutsche Gesellschaft für Infektiologie. Die ersten wirksamen Antikörpertests wurde in den vergangenen Tagen vorgestellt. Wenn nun ein entsprechender Test angewendet wird und positiv ausfällt, wie sollte dann verfahren werden? Müssten sich die entsprechenden Personen in Quarantäne begeben?

**SV Prof. Dr. Bernd Salzberger** (Deutsche Gesellschaft für Infektiologie e. V. (DGI)): Der positive Antikörpertest kann zwei Aussagen haben. Entweder gab es eine Infektion, die schon länger zurück liegt, aber der Test kann auch eine akute Infektion anzeigen, die noch wenige Tage zurück liegt. Deswegen muss man an dieser Stelle weiterschauen. Wenn dieser Patient akute Symptome hat, wenn dem Patient bisher keine Infektion mit Covid-19 bekannt geworden ist, muss man tatsächlich zumindest in Betracht ziehen, dass dieser Patient akut infiziert sein könnte und dann entsprechende Maßnahmen einleiten.

**Abg. Dr. Wieland Schinnenburg** (FDP): Ich habe eine Frage an den Einzelsachverständigen Prof. Dr. Kluckert. Es geht um die Verordnungsermächtigung, die bereits in das IfSG im März eingebaut worden. Jetzt folgen regelmäßig weitere Ermächtigungen, auch ohne Zustimmung des Bundesrates. Wir haben dazu schon in den Ausführungen von Herrn Prof. Dr. Wollenschläger gehört. Ich möchte gerne Ihre Meinung hören. Liegt hier nicht eine den Kernbereich der legislativen Rechte verändernde Gewichtsverschiebung vor, oder anders ausgedrückt, ist das verfassungsgemäß, was dort vorgeschlagen wird? Wenn nein, haben Sie Vorschläge mit welchen Maßnahmen man es doch noch verfassungsgemäß machen könnte?

**ESV Prof. Dr. Sebastian Kluckert**: Die Verordnungsermächtigungen des § 5 Absatz 2 IfSG stellen weite Teile des in Parlamentsgesetzen niedergelegten Gesundheitsrechts unter Verordnungsvorbehalt. Damit relativieren Sie erstens den Rang von Parlamentsgesetzen, zweitens der Vorrang des Gesetzes und drittens das Demokratie-Prinzip. Die verfassungsrechtliche Zulässigkeit gesetzesverdrängender Rechtsverordnungen ist bisher nur in Grundzügen geklärt. Jedoch ist es so, dass sowohl die seit März bestehenden als auch die vorgeschlagenen neuen Ermächtigungen nicht einmal diejenigen Kriterien erfüllen, die das BVerfG zu Verordnungsermächtigungen mit viel kürzerer Reichweite entwickelt hat. Nach Artikel 80 GG müssen Inhalt, Zweck und Ausmaß einer Rechtsverordnung im Gesetz vorherbestimmt sein. Sinn der Regelung ist es, mit den Worten des BVerfG, das Parlament daran zu hindern, sich seiner Verantwortung als gesetzgebende Körperschaft zu entäußern. Die im IfSG allein über den Zweck vermittelte Begrenzung, also zum Beispiel über das Merkmal zur Sicherstellung der Versorgung, ist hingegen nicht geeignet, um Inhalt und Ausmaß denkbarer Ordnungsregelungen ausreichend zu begrenzen, denn der Gesetzgeber eröffnet vielmehr den Zugriff auf das gesamte öffentlich-rechtliche Gesundheitsrecht. Diese Gesamtschau hat Kollege Wollenschläger gerade nicht angestellt. Aufgrund der weiten Befugnis zur Derogation von Parlamentsgesetzen, lässt sich mit Blick auf eine weitere vom BVerfG gezogene Grenze folgende Aussage treffen. Es ist nicht ganz fernliegend, dass mit dem IfSG Parlamentsgesetze in einem solchen Umfang für subsidiär erklärt wurden, dass innerhalb des Staatsgefüges eine dem Kernbereich der



legislativen verletzende Gewichtsverschiebung, wenn auch temporär, eingetreten ist. Allerdings mag das Folgende verfassungsrechtlich nicht völlig ausgeschlossen sein. Möglicherweise kann eine ausnahmezustandsähnliche Lage eigenartbedingte Abstriche von den normalerweise zu verlangenden Anforderungen an die Bestimmtheit einer Ermächtigung erlauben. Das gilt aber in keinem Fall für die Gewaltenteilung und für Eingriffe in den Kernbereich der Legislative. Zur Sicherstellung der verfassungsrechtlichen Stellung des Parlaments wären Sicherungselemente unabdingbar, die § 5 Absatz 2 nicht aufweist. Zu diesen Sicherungselementen würde es gehören, dass der Deutsche Bundestag sich einen unmittelbaren gestalterischen Einfluss auf die Rechtsverordnung wahrt. Dies müsste durch einen Zustimmungs- und Änderungsvorbehalt erfolgen. Dazu und zu weiteren Vorkehrungen verweise ich auf meine schriftliche Stellungnahme.

Abg. **Christine Aschenberg-Dugnus** (FDP): Meine Frage geht ebenfalls an den Einzelsachverständigen Herrn Prof. Dr. Kluckert und betrifft § 9 Absatz 1 Nummer 1 Buchstabe k IfSG, das normiert, dass die namentlichen Meldungen der betroffenen Personen nun mehr enthalten müssen, nämlich den wahrscheinlichen Infektionsweg, einschließlich Umfeld, in dem die Übertragung wahrscheinlich stattgefunden hat mit Name, Anschrift und weiteren Kontaktdaten der Infektionsquelle und wahrscheinliches Infektionsrisiko. Ist dieser Grundrechtseingriff aus Ihrer Sicht zurechtfertigt?

ESV **Prof. Dr. Sebastian Kluckert**: Es geht bei dieser Änderung um die sogenannte Umfeld-Ausforschung, um Ansteckungsketten zu unterbrechen. Dabei sollen personenbezogene Daten erhoben und dann natürlich auch verarbeitet und gespeichert werden. Diese Umfeld-Ausforschung soll, ich bin kein Mediziner, aber epidemiologisch sehr sinnvoll und auch wichtig sein, um Ansteckungsketten wirksam unterbrechen zu können. Daher wäre ein Eingriff in das allgemeine Persönlichkeitsrecht wohl gerechtfertigt. Allerdings könnte man sich kurz noch fragen, ob das vielleicht bei sehr reinen und ganz wahren Ansteckungsverdachten anders zu sehen ist, aber im Großen und Ganzen ist diese Regelung verfassungsrechtlich in Ordnung.

Abg. **Prof. Dr. Andrew Ullmann** (FDP): Meine Frage geht an die KBV. Der ÖGD wird personell gestärkt und aus verschiedenen Parteien ist schon zu hören, dass dies nachhaltig geschehen und der ÖGD mehr Aufgaben bekommen sollte. Sehen Sie die Gefahr, dass eine mögliche Parallelstruktur mit dem ÖGD aufgebaut wird?

SV **Dr. Andreas Gassen** (Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV)): Ich hoffe, ich habe Sie einigermaßen richtig verstanden. Es ging darum, inwieweit möglicherweise durch die Regelung des Gesetzes jetzt im ÖGD Strukturen aufwachsen, die, ich will es mal salopp formulieren, in Konkurrenz zum vertragsärztlichen Bereich stehen. Das ist sicherlich zunächst mal nicht zu befürchten. Wir haben gewisse Probleme mit einigen Formulierungen, die fast wie eine Weisungsbefugnis des ÖGD in die Vertragsärzteschaft hinein zu interpretieren wären, was wir natürlich ablehnen und was, glaube ich, auch eine relativ absurde Vorstellung ist, denn gerade in dieser Pandemie haben wir feststellen können, dass es nicht zuletzt durch die Vertragsärzte möglich war, die Pandemie in der Form zu kontrollieren, wie das geschehen ist. Sechs von sieben Covid-19 Patienten sind letztlich in der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung behandelt worden. Deshalb musste nur ein sehr, sehr kleiner Teil in die Krankenhäuser, weshalb wir in unserem Gesundheitssystem auch zu keinem Zeitpunkt an die Belastungsgrenze gekommen sind. Von daher, glaube ich, ist es richtig und wichtig, dass der ÖGD personell und auch finanziell vernünftig aufgestellt wird, denn wir haben jetzt bei der Pandemie-Versorgung schon gewisse Defizite feststellen müssen, weil einfach die Ausstattung beim ÖGD fehlte. Das ist nicht nur eine Frage der Schutzausrüstung. Insofern muss es eine klare Zuordnung geben von Aufgaben des ÖGD und der Vertragsärzte. Dass man hier Kooperationserfordernisse definiert ist eine Sache. Parallelstrukturen machen aus unserer Sicht überhaupt kein Sinn. Das sehen wir aber jetzt konkret in der Form nicht. Wir sehen viel eher eine Übergriffigkeit des ÖGD auf die Vertragsärzteschaft.

Abg. **Katrin Helling-Plahr** (FDP): An die BÄK: Artikel 13 des Gesetzesentwurfes beabsichtigt eine Ergänzung des § 12a Absatz 1 Transfusionsgesetz, mit der klargestellt werden soll, dass die Richtlinie Hä-



motherapie im Fall neuer medizinischer, wissenschaftlicher und epidemiologischer Erkenntnisse auf ihre Aktualität hin zu prüfen ist. Wird das aus Ihrer Sicht eine Änderung der gegenwärtigen Aktualisierungspraxis bringen? Wenn ja, wie wird die aussehen?

**SV Dr. Klaus Reinhardt** (Bundesärztekammer (BÄK)): Wir sagen dazu Nein und stellen aber fest, dass wir es zum jetzigen Zeitpunkt etwas unangemessen finden, dass dieses Gesetz, dass diese Änderung im Pandemieschutzgesetz mit transportiert wird. Wir glauben, dass man darüber in Ruhe darüber sprechen kann.

**Abg. Dr. Achim Kessler** (DIE LINKE.): Meine Frage geht an den Einzelsachverständigen Prof. Dr. Rosenbrock. Die Krankenkassen sollen ihre Präventionsausgaben gerade jetzt in der Corona-Zeit ohne Folgen absenken können. Sie haben das als falsches Signal kritisiert. Können Sie uns das bitte einmal kurz begründen?

**ESV Prof. Dr. Rolf Rosenbrock:** Wir reden heute über ein Gesetz zum Schutze der Bevölkerung und bis zur bevölkerungsweiten Verfügbarkeit eines wirksamen Impfstoffes ist die Verhaltensprävention der einzige Schutz der Bevölkerung vor Covid-19. Es geht um eine wirklich grandiose Aufgabe der Verhaltensprävention mit den sechs Botschaften: Prävention ist Selbstschutz und Solidarität, zweitens Abstand halten, drittens Mund-Nasen-Schutz tragen, viertens Hände waschen, fünftens mit Händen/Fingern nicht ins Gesicht fassen und sechstens in die Armbeuge husten/niesen. Das klingt trivial, ist es aber überhaupt nicht, weil das notwendige Verhaltensänderungen in kulturelle Gewohnheiten erforderlich macht. Wir haben Erfahrung mit der HIV/AIDS-Kampagne. Da braucht man mehrere Ebenen und man braucht eine Dachkampagne, die diese Botschaften über alle verfügbaren Medien, also über TV, Plakate, Zeitungen und demnächst auch wieder Kino und nicht nur im Internet verbreitet. Eine solche Dachkampagne braucht eine Unterfütterung zur Konkretisierung, zur Befestigung, zur Verstärkung, zur Habitualisierung des jetzt geforderten Verhaltens. Der Ort und die Methode, wo das passieren kann, ist die lebensweltbezogene Prävention, wie sie in §§ 20a und 20b SGB V verankert ist. Es ist völlig unbegreiflich, wie man

solche Aktivitäten in einem Pandemie-Zusammenhang reduzieren kann. Mein Votum als Gesundheitswissenschaftler und 30 Jahre Erfahrung bei HIV/AIDS wäre eher eine Verstärkung, denn wir haben die Orte, wir haben die Lebenswelten mit diesem Gesetz erreicht oder wir können noch mehr erreichen. Wir haben Zugänge, wir haben Strukturen, wir haben Akteure, wir haben Methoden und man kann in alle diese Lebensweltprojekte, wo es darum geht, partizipativ auf Augenhöhe Lebenswelten und Verhalten aufeinander anzupassen, die Möglichkeiten. Diese dürfen Sie jetzt nicht ungenutzt lassen. Wir müssen auch sehen, die Verhaltensprävention ist eine längerfristig notwendige Sache über mindestens mehrere Jahre und wir haben die guten Erfahrungen mit der HIV/AIDS-Kampagne, mit der Trimm-Dich-Bewegung, mit dem Sicherheitsgurt „Erst klicken, dann starten“. Wir wissen, wie man das macht und dass das jetzt nicht gemacht wird, löst in meinen Fachkreisen Kopfschütteln aus. § 20a und 20b SGB V müssten mindestens unvermindert weiterlaufen.

**Abg. Dr. Achim Kessler** (DIE LINKE.): Unsere zweite Frage geht an den Verein „wir pflegen“. Wie bewerten Sie die im Gesetzentwurf vorgeschlagene Regelung zum Pflegeunterstützungsgeld und zwar sowohl im Hinblick auf die Verbesserung von Vereinbarkeit von Pflege und Beruf, aber auch im Hinblick auf die aktuelle Pandemie-Situation?

**SV Christian Palmke** (wir pflegen – Interessenvertretung und Selbsthilfe pflegender Angehöriger e. V.): Um es kurz einzuordnen: Wir reden seit Wochen über die Herausforderungen im Gesundheits- und Pflegebereich. Die häusliche Pflege spielt da leider generell keine große Rolle. Es geht um fünf Millionen pflegende Angehörige. Die Situation ist so, dass die Tagespflegeeinrichtungen weggebrochen sind, vielfach aber auch die ambulanten Pflegedienste. Auch die sozialen Netzwerke können nicht mehr miteingebunden werden wie vorher wegen des Infektionsrisikos. Anhand dessen muss man bewerten was im Gesetz steht und ob das zu wesentlichen Verbesserungen beitragen kann. Die Antwort heißt schlichtweg Nein. Bezogen auf das Pflegeunterstützungsgeld nun 10 Tage zusätzlich bereitzustellen für die Pandemie, ist schön und gut. Es müssten aus unserer Sicht eigentlich 20 Tage sein, damit man eine gewisse Form von Flexibilität



schaffen kann. Aber so oder so, auch bei 20 Tagen wäre das nur ein erster Schritt. Das Problem ist, wenn ich mich auf der einen Seite um meine Mutter, um meinen Vater oder um mein pflegebedürftiges Kind kümmern muss, und auf der anderen Seite den Arbeitgeber habe, der mich auch jetzt wieder bei der Arbeit haben möchte, dann nützen wir 10 oder 20 Tage recht wenig. Viele haben ihren Jahresurlaub aufgebraucht oder er läuft bald aus. Deswegen wäre es natürlich wichtig, weitere Lösungen zu schaffen. Hier rächt sich, das hat Frau Dr. Fix schon richtig angesprochen, dass wir mit der Pflegezeit und der Familienpflegezeit keine guten Lösungen haben. Das Darlehen war vor der Pandemie schlecht, es ist auch jetzt schlecht. Es führt eher dazu, dass die Situation sich für viele noch weiter zuspitzt, weil das Risiko viel zu hoch ist. Außerdem beinhaltet eine Form von Verschuldung keine Wertschätzung für das, was da geleistet wird. Deswegen müsste eigentlich in diesem Gesetz zwingend verankert sein, dass nach § 56 Absatz 1a IfSG eine Gleichbehandlung hergestellt wird zu den Eltern. Wenn die Kitas, die Schulen wegbrechen, gibt es eine sechswöchige Lohnersatzleistung. Für pflegende Angehörige gibt es das nicht. Meiner Meinung nach müsste man da dringend nachziehen. Im Antrag ihrer Fraktion DIE LINKE. ist richtig benannt worden, dass wir eine längerfristige Lösung brauchen. Es gibt einen Bericht des unabhängigen Beirats für die Vereinbarkeit von Pflege und Beruf und der muss endlich geprüft werden. Man muss daraus Maßnahmen entwickeln und vorlegen. Wenn das zumindest im Ansatz schon passiert wäre, würden wir heute schon auf einem ganz anderen Niveau nach Lösungen suchen. Das ist bisher nicht passiert und muss dringend angepasst werden. Eine kleine Sache noch. Viele pflegende Angehörige haben große Erwartungen an ein zweites Maßnahmenpaket geknüpft und das, was jetzt vorliegt ist eine bittere Enttäuschung. Es braucht ganz dringend ein ernstzunehmendes Signal der Unterstützung an die häusliche Pflege.

Abg. **Dr. Achim Kessler** (DIE LINKE.): Meine nächste Frage geht an den Deutschen Caritasverband. Ist es gerechtfertigt, dass Gesundheitseinrichtungen Daten über ihre Beschäftigten zum Impf- und Serumstatus, nicht nur in Bezug auf Covid-19, sondern auch in Bezug auf andere übertragbare Erkrankungen verarbeiten dürfen beziehungsweise welche Gefahren sehen Sie dabei?

Sve **Dr. Elisabeth Fix** (Deutscher Caritasverband e. V.): So berechtigt das Anliegen ist im Rahmen des §23a IfSG für die Covid-19-Fälle hier seitens der Arbeitgeber Daten verarbeiten zu können, so schwierig ist die Regelung, weil sie dieses Recht auf alle weiteren übertragbaren Erkrankungen ausweitet. Zwar ist in letzter Minute in der letzten Woche noch in den Gesetzentwurf aufgenommen worden, dass übertragbare Krankheiten, die im Rahmen einer leitliniengerechten Behandlung nach dem Stand der Wissenschaft nicht mehr übertragen werden können, nicht unter die Regelung fallen, das betrifft HIV, aber wir haben natürlich nach wie vor die Problematik, dass Erkrankungen wie Hepatitis B, die dieses Kriterium nicht erfüllen, von der Regelung erfasst werden. Es muss aus unserer Sicht dringend vermieden werden, dass chronisch kranke Menschen am Arbeitsplatz oder bei der Arbeitssuche diskriminiert werden und wir bitten darum eine Formulierung zu finden, die dieses ausschließt und die im Grunde nur Covid-19 erfasst.

Abg. **Dr. Achim Kessler** (DIE LINKE.): An ver.di geht meine nächste Frage. Ver.di hat mit seiner Initiative die Sonderzahlung für Beschäftigte in Pflegeeinrichtungen in die öffentliche Debatte gebracht. Welche Vorschläge, die über die momentane Regelung im Gesetz hinausgehen, hätten Sie noch?

Sve **Grit Genster** (ver.di – Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft Bundesvorstand): Unstrittig ist, dass den Beschäftigten in der Altenpflege während dieser Pandemie alles abverlangt wird. Das gilt aber auch für die Beschäftigten der Krankenhäuser, der Behindertenhilfe, der Rehabilitationseinrichtungen und der Rettungsdienste. Deswegen begrüßen wir diesen ersten Schritt, das mit § 150a SGB XI ein Rechtsanspruch für die Corona-Prämie gesichert wird, nicht nur für die Beschäftigten, sondern auch für die Auszubildenden in ambulanten und stationären Einrichtungen. Feststeht damit für zwei Drittel der Prämie in welcher Höhe und zu welchem Zeitpunkt sie beansprucht werden kann und wann die Einrichtungen und die Arbeitgeber den Kassen gegenüber die Zahlung anzuzeigen haben. Offen geblieben sind, neben der Gegenfinanzierung durch den Bund und durch Steuermittel, die Konsequenzen wenn Arbeitgeber dem Anspruch auf Auszahlung und Anzeige nicht nachkommen. Hier sind nach unserer Auffassung Sanktionierungen im



Gesetz zu ergänzen. Darüber hinaus sind auch die Informationen an die Beschäftigten wichtig, damit sie im Zweifel individuell Ansprüche durchsetzen können. Die Länder müssen natürlich den vollen Anspruch auch für das letzte Drittel der Prämie sichern. Positiv ist, dass die Sonderprämie unpfändbar ist, allerdings muss auch da nochmal gesetzlich nachgebessert werden, damit die Prämie darüber hinaus nicht angerechnet wird für Beschäftigte, die ...

**Der Vorsitzende:** Die Information ist angekommen. Das Fragerecht geht jetzt über an die Fraktion BÜNDNIS 90/ DIE GRÜNEN.

**Abg. Canan Bayram (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN):** Meine Frage zu § 5 IfSG geht an den Einzelsachverständigen Prof. Dr. Kingreen. Inwieweit sehen Sie einen Verstoß gegen die Grundprinzipien der Verfassung insbesondere zu Artikel 80 im Hinblick auf die Bestimmtheit beziehungsweise Unbestimmtheit und zu Artikel 83 in Bezug auf die Übertragung von Verwaltungsaufgaben der Länder auf das BMG?

**ESV Prof. Dr. Thorsten Kingreen:** Ich konnte leider nicht von Anfang an dabei sein. Ich sehe tatsächlich einige Punkte dieser Reform ausgesprochen kritisch. Ich möchte aber trotzdem vorweg schicken, dass die ergriffenen Maßnahmen der letzten Wochen und Monate tatsächlich überwiegend vernünftig waren. Das IfSG und wir als Gesamtgesellschaft waren zwar nicht darauf vorbereitet. Dass man aber die Versammlungsfreiheit nicht einfach suspendieren kann, das hätte damals schon klar sein müssen. Ich will, bevor ich auf § 5 eingehe, kurz auf ein weiteres Problem eingehen und zwar die Eingriffsgrundlagen im IfSG. Die sind bisher nur an Kranke, Krankheits- und Ansteckungsverdächtige gerichtet. Die Kontaktverbote, auch die Quarantäne-Anordnungen, die wir jetzt erlassen haben, sind derzeit an alle Personen gerichtet, unabhängig davon, ob von ihnen eine individuelle Gefahr ausgeht. Das heißt, wir benötigen rechtliche Regeln darüber, ob und wenn ja, unter welchen Voraussetzungen Personen, von denen keine Ansteckungsgefahr ausgeht, in Anspruch genommen werden können. Das ist vor dem Hintergrund der einmaligen Streubreite und Eingriffstiefe der letzten Wochen, glaube ich, unvermeidbar. Wir

müssen hier zu Differenzierungen kommen, die zugleich Diskriminierungen vermeiden. Ich kann allerdings verstehen, dass das jetzt nicht im Gesetz steht, denn das setzt eine sehr grundlegende, auch zivilgesellschaftliche wissenschaftliche Diskussion voraus, wie wir hier zu Differenzierungen kommen. Jetzt zu § 5, Frau Abgeordnete. Herr Prof. Dr. Kluckert hat dazu bereits Stellung genommen. Diese Norm ist schon Ende März in der Verfassungsrechtswissenschaft fast allgemein durchgängig kritisiert worden. Deswegen bin ich erstaunt, dass jetzt noch eine weitere Rechtsverordnungsermächtigung hinzukommt. Herr Prof. Dr. Kluckert hat schon sehr viel Richtiges dazu gesagt. Ich möchte aber sagen, dass der Prüfungsmaßstab Artikel 80 GG, da geht es um die Rechtsverordnungsermächtigung, die Sache noch verharmlost, denn letztlich passt Artikel 80 GG nur für die Fälle, in denen Rechtsverordnungen Bundesgesetze konkretisieren. Hier geht es aber um Rechtsverordnungsermächtigungen, die Bundesgesetze konterkarieren dürfen. Damit sind das Demokratie- und auch das Rechtsstaatsprinzip betroffen. Zwei Prinzipien, die, wie wir auch die Verfassungsänderung nicht beseitigen dürfen, die sagen, die vollziehende Gewalt ist an Recht und Gesetz gebunden. Das gilt natürlich auch für das BMG. § 5 Absatz 2 versetzt das BMG in die Lage, genau das Recht, genau das Gesetz, an das er gebunden ist, zu suspendieren und durch eigenes Recht zu ersetzen. Damit ist zugleich das Gewaltenteilungsprinzip massiv betroffen. Vielleicht stellen Sie sich das einfach mal vor. Die Rechtsverordnungsermächtigung erfasst auch das IfSG selbst. Alles, sehr geehrte Damen und Herren Abgeordnete, was Sie heute oder morgen oder wann auch immer im Bundestag beschließen werden, kann übermorgen das BMG wieder beseitigen. Und das ist, vielleicht zum Abschluss, meines Erachtens keine Frage von Rechts und von Links oder von Regierung und von Opposition. Es geht hier um die Selbstachtung des Bundestages und ...

**Abg. Maria Klein-Schmeink (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN):** Frau Dr. Fix, Deutscher Caritasverband. Wir hatten schon über den Schutzschirm gesprochen, einige Dienste sind benannt. In unserem Antrag haben wir insgesamt 13 Bereiche aufgeführt, die Hebammenhilfe, ambulante Hospizdienste und andere. Da hätte ich nochmal gerne Ihre Einschätzung zur Wichtigkeit auf der einen Seite. Der



zweite Punkt in unserem Antrag geht um klarstellende Regelungen zur Flexibilisierung der Angebote. Was ist da notwendig?

**Sve Dr. Elisabeth Fix** (Deutscher Caritasverband e. V.): Sie haben in Ihrem Antrag dem Grunde nach alle Bereiche aufgelistet, die auch wir seitens der Wohlfahrtspflege in den letzten Wochen als von dramatischen Entwicklungen betroffen gesehen haben. Das betrifft, das möchte ich ausdrücklich nochmal sagen, die Tatsache, dass die Versorgung für höchst vulnerable Gruppen von Patienten nicht stattgefunden hat. Ich weiß jetzt nicht mehr von welchem Sachverständigen, aber das wurde schon gesagt, wir müssen hier dringend Vorkehrungen treffen, dass in einer auftretenden Pandemie-Situation so etwas nicht wieder geschehen darf. Das betrifft zum Beispiel die Frage der Schutzausrüstung, die einfach nicht vorhanden war. Telemedizin und Versorgung digital und telefonisch können auch nur im bedingten Maße gelingen. Noch nicht genannt heute an dieser Stelle wurden beispielsweise die psychiatrischen häuslichen Krankenpflegedienste, aber auch der Bereich des Hospizes. Frau Abg. Klein-Schmeink, Sie haben gerade die ambulanten Hospizdienste benannt. Auch die Hospize, die keinen Versorgungsvertrag nach § 72 SGB XI haben, werden von diesem Gesetz noch nicht umfasst, sowenig wie der Bereich der sozialmedizinischen Nachsorge im Anschluss an eine Krankenhausbehandlung. Wir sind BÜNDNIS 90/ DIE GRÜNEN wirklich unglaublich dankbar, dass in diesem Antrag alle Bereiche, in denen wir Probleme und Lücken sahen, aufgegriffen werden. Sie haben noch nach Flexibilisierung gefragt. Da sehen wir noch ein Problem und zwar beim Versichertenstammdaten-Management. Es ist notwendig, dass bei der erstmaligen Leistungsanspruchnahme beim Arzt die elektronische Gesundheitskarte eingelesen wird zum Zwecke eines online-Abgleichs und einer online Datenaktualisierung. Das ist vorgeschrieben im § 291 Absatz 2b SGB V. Diese Regelung blockt und konterkariert die flexible Inanspruchnahme von Verordnungen, wie wir sie insbesondere vor Ort in den Pflegeheimen benötigen. Nicht immer sind diese mobilen Kartenleseterminals vorhanden. Deshalb bitten wir hier zu überdenken, ob diese Regelung nicht bis ins dritte Quartal vorübergehend, pandemiebedingt, ausgesetzt werden sollte.

**Abg. Dr. Kirsten Kappert-Gonther** (BÜNDNIS 90/ DIE GRÜNEN): Meine Frage geht an die Deutsche Gesellschaft für Public Health. Wie bewerten Sie die vorgesehene Regelung, die für Präventions- und Gesundheitsförderung vorgesehenen Mittel den Krankenkassen dieses Jahr anderweitig zur Verfügung zu stellen? Was schlagen Sie gegebenenfalls stattdessen vor?

**SV Prof. Dr. Ansgar Gerhardus** (Deutsche Gesellschaft für Public Health e. V. (DGPH)): Es wird oft gesagt, vor der Viruserkrankung Covid-19 seien alle Menschen gleich. Dieser Satz ist falsch. Tatsächlich leiden die Menschen, die ohnehin schon gesundheitlich und sozial benachteiligt sind, mehrfach an Covid-19. Sie haben ein höheres Risiko zu erkranken, sie tragen die Hauptlast an den Sterbefällen und sie sind am stärksten von den Maßnahmen der physischen Distanzierung betroffen. Einkommensausfälle schlagen unmittelbar durch und auch der Schulersatz zu Hause ist deutlich schlechter umsetzbar. Analysen des Kompetenznetzes Public Health zu Covid-19, einem Zusammenschluss von 25 wissenschaftlichen Fachgesellschaften, zeigen, dass diese Isolations- und andere Maßnahmen negative Folgen für die psychosoziale Gesundheit haben. Konkret sind das erhöhte Depressivität, Ängstlichkeit, posttraumatische Belastung, Suizidalität, Wut und erhöhtes Stresserleben. Das im Jahr 2015 verabschiedete Präventionsgesetz hat genau diese Ungleichheiten im Blick. Ganz am Anfang heißt es dort, dass die Leistungen insbesondere zur Verminderung sozialbedingter sowie geschlechtsbezogener Ungleichheit von Gesundheitschancen beitragen sollen. Das hat das BMG aktuell bestätigt. Tatsächlich lässt sich dem Präventionsbericht von 2019 auch entnehmen, dass Aktivitäten in den Lebenswelten schon betrieben, am häufigsten auf die Vermittlung von Gesundheitskompetenzen und die Stärkung psychischer Ressourcen abzielten, also im Wesentlichen genau das, was jetzt gebraucht wird. Es erscheint daher sehr widersinnig, diesen Maßnahmen die Mittel genau zu dem Zeitpunkt zu entziehen, an dem sie so nötig sind wie nie zuvor. Es ist natürlich richtig, dass einige Präsenzmaßnahmen ausfallen. Wir wissen aber auch aus dem Schul- und Hochschulbereich, dass sich das kompensieren lässt. Der Aufwand wird dadurch aber nicht kleiner, sondern eher größer und zusätzlich kommen die Covid-19 bedingten Aufgaben dazu. Wir raten dringend davon ab, diese





finanziellen Mittel anderweitig zu verwenden. Sie sollten im Gegensatz erhöht werden.

Der **Vorsitzende**: Ich schließe unsere experimentelle Anhörung und freue mich, dass es nach anfänglichen technischen Problemen dann doch zufriedenstellend gut geklappt hat. Wir haben technisch wie inhaltlich etwas dazu gelernt und ich wünsche allen noch ein angenehmen Tag und eine gute Woche. Ich bedanke mich natürlich ganz herzlich bei unseren Sachverständigen.

Schluss der Sitzung: 11:02 Uhr

gez.  
Erwin Rüdgel, MdB  
**Vorsitzender**