

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
19(14)368(4)
gel VB zur öffentl Anh am
31.08.2021 - Aufbauhilfegesetz
30.08.2021



DEUTSCHER
LANDKREISTAG

Deutscher Landkreistag, Postfach 11 02 52, 10832 Berlin

Ulrich-von-Hassell-Haus
Lennéstraße 11
10785 Berlin

Ausschuss für Gesundheit
Deutscher Bundestag
Platz der Republik 1
11011 Berlin

Tel.: 030 590097-300
Fax: 030 590097-400

E-Mail: Kay.Ruge
@Landkreistag.de

AZ: II

Datum: 30.8.2021

Stellungnahme zu den als Art. 12 des Aufbauhilfegesetzes 2021 vorgesehenen Änderungen des Infektionsschutzgesetzes

Sehr geehrte Damen und Herren,

der Deutsche Landkreistag bedankt sich für die Möglichkeit, zur geplanten Änderung des Infektionsschutzgesetzes kurzfristig eine Stellungnahme abgeben zu können.

Auch aus Sicht des Deutschen Landkreistags ist die Abkehr vom Inzidenzwert als im Wesentlichen einzigen Indikator für die Zulässigkeit von Maßnahmen nach § 28a Abs. 1 IfSG dringend erforderlich, für die sich nunmehr auch der Deutsche Bundestag ausgesprochen hat. Deshalb ist die Änderung des § 28a Abs. 3 IfSG im Grundsatz sehr zu begrüßen und längst überfällig.

Wir haben jedoch Zweifel, ob die Wahl des nunmehr vorgeschlagenen Indikators – die Hospitalisierungsrate bzw. „Hospitalisierungs-Inzidenz“ – in jeder Hinsicht zielführend ist. Richtig ist zwar, dass der Situation in den Krankenhäusern ausschlaggebende Bedeutung zukommt. Nur, wenn hier eine Überlastung droht, lassen sich die schweren Grundrechtseingriffe, die § 28a IfSG nach wie vor vorsieht, rechtfertigen.

Die Hospitalisierungsrate wäre allerdings nur dann ein aussagekräftiger Indikator, wenn aus der Zahl der mit COVID-19-Patienten belegten Betten ein Rückschluss auf die Belastungssituation des Gesundheitssystems ohne weiteres möglich wäre. Das ist aber nicht zwingend der Fall.

Zum einen sagt die Zahl der absolut belegten Betten nichts über die Schwere des jeweiligen Krankheitsverlaufs und damit über die voraussichtliche Verweildauer aus. Die Belastung der Krankenhäuser wird indes nicht allein durch die Zahl der neu aufgenommenen Patienten bestimmt, sondern vor allem durch die Dauer der notwendigen stationären Behandlung und die damit gebundenen personellen Ressourcen. Dies haben die Erfahrungen aus der dritten Welle mit jüngeren Patienten bei gleichzeitig längerer Liegezeit deutlich gezeigt.

Zum anderen ist – das hat sich während der Krise mehrfach gezeigt – die Zahl der Betten keine starre Größe. Vielmehr ist wiederholt deutlich geworden, dass die Krankenhäuser bei sich abzeichnender (Über-)Belastung Möglichkeiten in der Hand haben, das Bettenkontingent aufzustocken.

Hinzu kommt, dass auch in räumlicher Hinsicht Verzerrungen möglich sind. Insbesondere lässt die vorgesehene regionale Hospitalisierungs-Inzidenz keine verlässliche Aussagen über das regionale Infektionsgeschehen zu. In den Krankenhäusern befinden sich zum Teil in einem erheblichen Umfang Personen, die nicht aus dem regionalen Einzugsbereich (in der Regel der Landkreis) stammen.

Letzterer Einwand träfe auch auf den als Alternative zu einer allgemeinen Hospitalisierungs-Inzidenz zu betrachtenden Indikator der Auslastung der Intensivbetten zu, jedoch hätte dieses Kriterium den Vorteil, dass sich an ihm die Überlastungssituation des Krankenhauswesens zuverlässiger ablesen lassen würde, allerdings erst zu einem Zeitpunkt, zu dem sich das Pandemiegeschehen bereits sehr dynamisch entwickelt hat. Ein solcher Indikator müsste daher durch Prognoseinstrumente ergänzt werden, damit sich das Gesundheitssystem auf eine mögliche Überlastung einstellen kann.

Um ein vollständigeres Lagebild zu bekommen, könnte sich ferner die ergänzende Berücksichtigung von Werten wie etwa die altersgruppenspezifische Inzidenz, die Durchimpfungsrate oder auch die Inzidenz von Impfdurchbrüchen anbieten. Der Verzicht auf einen allein maßgeblichen Indikator zugunsten eines solchen Indikatorensets hätte allerdings den Nachteil, dass im Hinblick auf die Frage, ab wann mit bestimmten Maßnahmen zu rechnen ist, weniger Transparenz herrschen würde. In jedem Fall muss gewährleistet sein, dass die Länder in der Lage sind, § 28a IfSG auch künftig rechtssicher in ihre jeweiligen Verordnungen nach § 32 IfSG umzusetzen.

Mit freundlichen Grüßen

In Vertretung

Dr. Ruge