

**Stellungnahme
zum Änderungsantrag
der Fraktionen der CDU/CSU und SPD
zum Entwurf eines Gesetzes zur
Errichtung eines Sondervermögens
„Aufbauhilfe 2021“ und zur Änderung
weiterer Gesetze (Aufbauhilfegesetz
2021 – AufbhG 2021), BT-Drs. 19/32039**

Dr. Elisabeth Fix

Postfach 4 20, 79004 Freiburg
Karlstraße 40, 79104 Freiburg
Telefon-Zentrale 0761 200-0

Telefon-Durchwahl 030 284 447-46
Telefax 030 284 44788-88
elisabeth.fix@caritas.de

Datum 30.8.2021

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache

19(14)368(5)

gel ESV zur öffentl. Anh. am
31.08.2021 - Aufbauhilfegesetz
30.08.2021

A. Zusammenfassende Bewertung

Es ist zu begrüßen, dass mit den Neuregelungen zu § 28a IfSG die Kriterien für die Festlegung von einschränkenden Maßnahmen zur Bekämpfung der Corona-Pandemie neu geregelt und dem Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse einerseits, der gestiegenen Impfquote andererseits angepasst werden. Für die Caritas ist es von großer Bedeutung, Indikatoren zur Beschreibung des Infektionsgeschehens heranzuziehen, die die an sie geknüpften Maßnahmen plausibel rechtfertigen. Dazu ist die Kombination aus Inzidenzwerten und Hospitalisierungsrate geeignet. Das aktuell wieder zunehmende Infektionsgeschehen aufgrund ansteckender Virusvarianten einerseits bei andererseits steigenden Durchimpfungsraten gegen das SARS-CoV-2 macht deutlich, dass die Hospitalisierungsrate allein nicht ausreicht, um das Pandemiegeschehen in Deutschland angemessen zu beschreiben, zu bewerten und wirksam zu bekämpfen. Dazu müssen Inzidenz, Impfquote und Hospitalisierung gemeinsam betrachtet werden, ergänzt um das Monitoring der jeweiligen Dynamiken bei der Hospitalisierung und den Impfungen.

Die Delta-Variante lässt die Infektionszahlen seit Wochen wieder ansteigen. Auch die Anzahl hospitalisierter Patient_innen nimmt wieder zu und muss altersgruppenspezifisch beobachtet werden. Das RKI empfiehlt in seinem Strategiepapier zur Vorbereitung auf den Herbst/Winter 2021 auf der Grundlage möglicher Szenarien weiterhin sowohl gezielte public-health-Schutzmaßnahmen als auch zielgruppenspezifische Maßnahmen, wie für die Bewohner_innen von Pflegeeinrichtungen. Somit muss die **Inzidenzentwicklung** - gerade auch zum Schutz vulnerabler Personen, wie z.B. solchen, die nicht geimpft werden können - weiterhin im Blick sein.

Für die gesellschaftliche Akzeptanz von Eingriffen in Freiheitsrechte ist eine gute Begründung der Maßnahmen anhand nachvollziehbarer Kriterien von zentraler Bedeutung.

B. Zu den Änderungen des § 28a IfSG im Einzelnen:

§ 28a Absatz 1 Nummer 2a: Impf-, Genesenen – oder Testnachweis

Positiv bewertet wird, dass § 28a Absatz 1 in der neuen Nummer 2a die Vorlagepflicht eines gültigen Impf-, Genesenen- oder Testnachweises vorsieht. Auf diese Weise erhält eine 3G- oder 2G-Regelung, beispielsweise für die Frage, ob ein Besuchender in Pflegeeinrichtungen getestet werden muss oder als Voraussetzung für den Besuch von Innengastronomie oder Theatern, eine gesetzliche Grundlage.

§ 28a Absatz 3: Indikatoren für Schutzmaßnahmen

Indikatorenunabhängige Schutzmaßnahmen (§ 28a Absatz 3 Satz 2)

Zum vorsorglichen Infektionsschutz können nach dem neuen § 28a Absatz 3 Satz 2 des Gesetzesentwurfs das Abstandsgebot, Maskentragen, der Impf-, Genesenen – oder Testnachweis sowie die Verpflichtung zur Erstellung und Anwendung von Hygienekonzepten für Betriebe, Einrichtungen und Angebote mit Publikumsverkehr als Schutzmaßnahmen ergriffen werden. Abstandhalten, Masken und Hygienekonzepte müssen jedoch als Basis-Vorsorgemaßnahmen solange grundsätzlich verpflichtend zur Anwendung kommen, wie eine pandemische und auch endemische Lage vorherrscht, daher bedarf es hier einer stärker verpflichtenden Formulierung. Begrüßt wird, dass die Formulierungshilfe im Änderungsantrag um die Nummer 17 – Kontaktnachverfolgung – erweitert wurde.

Zudem ist der **Begriff der Region** klarer zu definieren. Dabei ist auf die Formulierungen des § 28b a.F. zurückzugreifen.

Hospitalisierungs-Inzidenz (§ 28a Absatz 3 Satz 4)

Die Hospitalisierungsinzidenz ist ein wesentliches Kriterium, um das Risiko der Überlastung des Gesundheitssystems anzuzeigen. Es ist einerseits sachgerecht, keinen starren Schwellenwert hinsichtlich der Anzahl der stationär zur Versorgung aufgenommenen Covid-19-Patient_innen festzulegen; andererseits stellt sich die Frage, anhand welcher Kriterien die jeweilige Schwelle der regionalen Kapazitäten festzulegen ist, ab Überschreiten derer Schutzmaßnahmen zu ergreifen sind. Wie sind die Regionsgrenzen festzulegen, innerhalb derer die Kapazitäten für die stationäre Versorgung von Covid-19-Patient_innen bemessen werden sollen? In jedem Fall darf nicht allein die Kapazität an Intensivbetten für die Hospitalisierungs-Inzidenz ausschlagend sein, da sich gezeigt hat, dass die Verlegung von Patient_innen von der Normalstation auf Intensiv fließend ist. So müssen Doppelzählungen vermieden werden. Auch muss die Hospitalisierungsinzidenz einkalkulieren, dass genügend Kapazitäten für die Regelversorgung von elektiven Operationen zur Verfügung stehen muss. Es darf sich nicht wiederholen, dass planbare Operationen weiter aufgeschoben werden. Daher muss neben der Hospitalisierung von Covid-19 Patient_innen auch die insgesamt Anzahl der Neuaufnahmen ins Krankenhaus erhoben werden; dies ist im Gesetzesentwurf zu ergänzen. Nur auf diese Weise können drohende Kapazitätsengpässe rechtzeitig ermittelt werden.

Weitere Indikatoren zur Bewertung der epidemischen Lage (§ 28a Absatz 3 Satz 5)

Es ist zu begrüßen, dass der bereits in der alten Fassung des § 28a enthaltene Terminus der Infektionsdynamik, der noch in der Formulierungshilfe enthalten war, nun gestrichen wurde. Denn dieser Begriff ist ein unbestimmter Rechtsbegriff, der für sich genommen nicht messbar ist und daher einer Konkretisierung und Operationalisierung bedarf, wie sie im Dreiklang der drei „I“ – Inzidenz, Impfquote, Intensivbettenkapazität – vorgenommen wird. Diese drei Indikatoren sollten allerdings nicht nur als „Soll“-, sondern als „Muss“-Regelung ausgestaltet werden.

1. Anzahl der nach Altersgruppen differenzierten Neuinfektionen je 100.000 Einwohnern innerhalb von 7 Tagen

Gerade zum Schutz vulnerabler Gruppen ist es unabdingbar, die Entwicklung der Inzidenzen quantitativ und qualitativ weiter in den Blick zu nehmen, um regional rechtzeitig durch präventive Schutzmaßnahmen der Ausweitung des Infektionsgeschehens entgegenzuwirken.

Kinder unter 12 Jahren können nach den gegenwärtig vorliegenden Erkenntnissen nicht geimpft werden. Ziel muss sein, rechtzeitig Maßnahmen zu ergreifen, um Präsenzunterricht oder den Kitabetrieb aufrecht zu erhalten. Insgesamt sind die Inzidenzentwicklungen der jeweiligen Altersgruppe in Abhängigkeit von der ihrer Impfquote zu beobachten, um settingbezogen spezifische Maßnahmen ergreifen zu können, wie z.B. die Testhäufigkeit nicht-geimpfter und geimpfter Mitarbeitender in stationären Pflegeeinrichtungen oder PCR-Tests statt einfacher Antigentests im Zugang zu Clubs.

Unabhängig von der Altersgruppe haben Menschen mit Vorerkrankungen ein erhöhtes Risiko für schwere Verläufe. Insbesondere immunsupprimierte Personen, wie z.B. Krebserkrankte, tragen das Risiko einer geringeren Schutzwirkung auch bei vollständigem Impfzyklus. Sie bedürfen daher eines besonderen Schutzes. Diese Situation ist auch bei wohnungslosen Menschen, Menschen mit Suchterkrankungen, Menschen mit Behinderungen, Geflüchteten, Menschen in aufenthaltsrechtlicher Illegalität mit prekärer Gesundheitsversorgung oder von Gewalterfahrungen traumatisierten Personen, die in Frauenhäusern oder Gewaltschutzwohnungen leben, gegeben.

Die Differenzierung der Inzidenzrate nach Altersgruppen und Risikogruppen sowie Impfdurchbrüchen ist daher gesetzlich verbindlich zu verankern.

2. Regionale Impfquote

Die Impfquote einschließlich der medizinisch erforderlichen Auffrischungsimpfungen stellt den zentralen Faktor zur Bekämpfung des Infektionsgeschehens dar. Die Impfung ist ein „game-changer“. Die Impfquote sollte daher als ein weiterer verpflichtender Indikator für die Ergreifung von Schutzmaßnahmen verbindlich festgeschrieben werden.

3. Verfügbare intensivmedizinische Behandlungskapazitäten

Allein die Erhebung der Hospitalisierungsrate ist nicht ausreichend, um präventive Maßnahmen hinsichtlich des Infektionsgeschehens ergreifen zu können. Es darf nicht dazu kommen, dass Intensivbetten knapp werden, was zu besonderen ethischen Dilemmata führen würde. Auch

dieser Indikator ist mit einer höheren Verbindlichkeit als jetzt im Gesetzestext vorgesehen, zu verankern.

Zusätzlich zu hier genannte drei „I's“ wird vorgeschlagen, auch die beiden folgenden Indikatoren zu erheben:

Reproduktionsrate

Die Delta-Variante ist deutlich ansteckender als die Ursprungsvariante des SARS-CoV2-Virus und die britische Variante. Die Verbreitung ansteckender Varianten verändert die Dynamik der Pandemie. Daher bedarf die Entwicklung der Reproduktionsrate weiterhin einer genauen Beobachtung. Die Reproduktionsrate war noch in der alten Fassung des § 28a enthalten und sollte beibehalten bleiben.

Anzahl Long-Covid-Fälle

Auch Menschen, die nicht stationär wegen Covid-19 behandelt wurden, leiden unter Long Covid, darunter auch eine nicht geringe Anzahl jüngerer Menschen. Es ist zu prüfen, diese beiden Indikatoren in Satz 3 des Absatzes 3 aufzunehmen.

Ermächtigung der Länder zur Festsetzung von Schwellenwerten per Landesverordnung (§ 28a Absatz 3 Sätze 6 und 7)

Die Länder können nach den Sätzen 6 und 7 die Schwellenwerte für die Indikatoren nach den Sätzen 4 und 5 festsetzen. Gleichzeitig ist das RKI nach Satz 8 verpflichtet, die sowohl auf die einzelnen Länder als auch auf das gesamte Bundesgebiet bezogenen Daten zu den jeweiligen Indikatoren nach den Sätzen 4 und 5 werktäglich veröffentlichen. Diese Veröffentlichungspflicht spricht dafür, die „Soll“-Regelung der Indikatorenerhebung von Inzidenz, Intensivkapazitäten und Impfquote als „Muss“-Regelung auszugestalten.

Änderungsbedarf zu § 28a Absatz 3

§ 28a Absatz 3 soll wie folgt geändert werden:

„Zum vorsorglichen Infektionsschutz **sind** insbesondere die in Absatz 1 Nummer 1, 2, 2a, 4 und 17 genannten Schutzmaßnahmen zu ergreifen. Weitergehende Schutzmaßnahmen sollen unter Berücksichtigung des jeweiligen regionalen und überregionalen Infektionsgeschehens getroffen werden. **Das regionale Infektionsgeschehen ist dabei auf der Ebene der Landkreise, Bezirke oder kreisfreien Städte zu erheben.** Wesentlicher Maßstab für die zu ergreifenden Schutzmaßnahmen ist insbesondere die Anzahl der stationär zur Behandlung aufgenommenen Patientinnen und Patienten, die an der Coronavirus-Krankheit-2019 (VOCI-19) erkrankt sind, je 100.000 Einwohnern innerhalb von sieben Tagen (Hospitalisierungs-Inzidenz) **oder die absolute Zahl stationärer Neuauftnahmen pro Woche.** Weitere Indikatoren wie die nach Altersgruppen differenzierte Anzahl der Neuinfektionen mit dem Coronavirus SARS-CoV 2 je 100.000

Einwohner innerhalb von sieben Tagen, die verfügbaren intensivmedizinischen Behandlungskapazitäten und die Anzahl der gegen die Coronavirus-Krankheit-2019 (COVID-19) geimpften Personen **sowie die zeitabhängige Reproduktionszahl und die Anzahl an Long-Covid erkrankten Patientinnen und Patienten sind** bei der Bewertung des Infektionsgeschehens **einzubeziehen.**“

Berlin, den 30. August 2021

Dr. Elisabeth Fix

Kontakt

Dr. Elisabeth Fix, Referentin für Gesundheitspolitik, Pflege und Behindertenpolitik, Deutscher Caritasverband/ Berliner Büro, Tel. 030 284447 46 oder 0151-16759875, Elisabeth.Fix@caritas.de