

Deutscher Städtetag | Gereonstraße 18-32 | 50670 Köln

Deutscher Bundestag
Ausschuss für Gesundheit
Platz der Republik 1
11011 Berlin

ausschließlich per E-Mail: anja.luedtke@bundestag.de

Öffentliche Anhörung zu:

- **Gesetzentwurf der Fraktionen SPD, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und FDP Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung des Schutzes der Bevölkerung und insbesondere vulnerabler Personengruppen vor COVID-19 (BT-Drucksache 20/2573)**
- **Antrag der Fraktion der CDU/CSU: Gut vorbereitet für den Herbst – Pandemiemanagement verbessern (BT-Drs. 20/2567)**
- **Antrag der Abgeordneten Kathrin Vogler, Susanne Ferschl, Gökay Akbulut, weiterer Abgeordneter und die Fraktion DIE LINKE: Auf sich verändernden Pandemieverlauf vorbereiten – Maßnahmenplan vorlegen (BT-Drs. 20/2581)**

Sehr geehrte Damen und Herren,

vielen Dank für die Einbindung in die o.g. Anhörung. Zu den Inhalten positionieren wir uns wie folgt.

Grundsätzliches:

Die Corona-Pandemie ist noch nicht vorbei und für den bald bevorstehenden Herbst ist mit erneut ansteigenden Fallzahlen zu rechnen. Daher müssten eigentlich schon jetzt geeignete gesetzliche Maßnahmenpakete zu Ihrer Bekämpfung verabschiedet sein, damit sich die zentral angesprochene kommunale Ebene darauf vorbereiten kann. Dies ist der Grund dafür, dass wir bereits seit Monaten auf mehr Klarheit in der Gesetz- und Verordnungslage für den Herbst/Winter 2022/2023 drängen. Die Kommunen müssen rechtzeitig planen können, damit sie ihre Rolle in der Pandemiebekämpfung bestmöglich ausfüllen können.

25.08.2022/koe

Kontakt

Lutz Decker
lutz.decker@staedtetag.de
Gereonstraße 18-32
50670 Köln

Telefon 0221 3771-305
Telefax 0221 3771-409

www.staedtetag.de

Aktenzeichen
53.06.14 D

Hauptgeschäftsstelle Berlin

Hausvogteiplatz 1
10117 Berlin
Telefon 030 37711-0

Hauptgeschäftsstelle Köln

Gereonstraße 18-32
50670 Köln
Telefon 0221 3771-0

Europabüro Brüssel

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

Die Beratungen werden sich jetzt in den September ziehen und wir geben zu bedenken, dass die umsetzenden Stellen in den Kommunen Sach- und vor allem Personalressourcen nicht von einem Tag auf dem anderen anschalten werden können. Vor allem bedauern wir, dass immer noch kein verbindliches Paket für die Schutzmaßnahmen (§ 28a, § 28b IfSG) vorliegt, dass offenbar im weiteren Gesetzgebungsverfahren mit derzeit noch unklarem Ergebnis ergänzt werden soll.

Unsere Erwartung ist daher, dass jetzt schnellstens eine stimmige Corona-Strategie und Gesetzgebung für den Herbst verabschiedet wird. Das bestehende Infektionsschutzrecht ist für die erfolgreiche Bekämpfung der Pandemie unzureichend. Unsere Forderung ist, dass die im Frühjahr abgeschaffte Ermächtigungsgrundlage in das Infektionsschutzgesetz wieder aufgenommen wird. Dies fehlt im vorliegenden Entwurf, wäre aber erforderlich, um den Behörden eine effiziente Infektionsbekämpfung zu ermöglichen. Es muss jetzt schnell ein gesetzlicher Instrumentenkasten zur Verfügung stehen, der je nach Pandemieverlauf zwar nicht angewandt werden muss, aber im Bedarfsfall berechenbar zur Verfügung steht. Die vorliegenden Entwürfe berücksichtigen dies zu wenig.

Zudem entstehen neue Aufwände für die kommunalen Akteure der Pandemiebekämpfung. Ein gesetzlich genügend klarer und vor allem bald vorliegender Rahmen für die kommunalen Akteure in der Pandemiebekämpfung liegt aber auch mit den vorgestellten Regelungen, jetzt in der zweiten Sommerhälfte, immer noch nicht vor. Vor allem notwendige ermöglichte Schutzmaßnahmen außerhalb des vulnerablen Bereichs wurden immer noch nicht geregelt.

Zudem hängt eine Beurteilung des jetzt Vorgesehenen auch davon ab, wie sich die angekündigten weiteren gesetzlichen und Verordnungsregelungen konkret ausgestalten werden. Z.B. lehnen wir das bestehende Vorhaben ab, mittels der Coronavirus-Testverordnung den Gesundheitsämtern den komplizierteren Teil der Abrechnungsprüfungen zu übertragen, obwohl sie dafür weder qualitativ noch von den Ressourcen her geeignet und kurioserweise andere Institutionen noch dafür bezahlt werden. Die hier vorgelegten Gesetzesvorhaben berühren auch die Ermächtigungsgrundlage für ein solches Vorgehen.

Zu Einzelregelungen:

Zum Gesetzentwurf der Fraktionen SPD, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und FDP Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung des Schutzes der Bevölkerung und insbesondere vulnerabler Personengruppen vor COVID-19 (BT-Drucksache 20/2573)

Zum Rubrum, Buchstabe E, Erfüllungsaufwand

Hier steht insgesamt ein deutlich höherer Mehraufwand für die Leistungserbringer im Gesundheitswesen im Bereich der nicht-patientennahen Tätigkeiten zu erwarten, als dies die Ausführungen im Entwurf suggerieren.

Für die Kommunen erscheint die Bemessung des Erfüllungsaufwandes unvollständig. Durch die Festlegung neuer Meldetatbestände und Kontrollpflichten sowie die Ermächtigung, Aufgaben der Testung und des Impfens auf die kommunale Ebene zu übertragen, werden sehr wohl Kosten in beträchtlichem Umfang möglich und wahrscheinlich, die keinerlei Erwähnung finden. Für diese Kosten gibt es auch keine ausreichenden Erstattungssysteme, wobei es auch auf Landesregelungen ankommt. So können beispielsweise die Kosten für eigenes Personal, das in Impfzentren zum Einsatz kommt, nicht abgerechnet und somit nicht einmal die hälftige Finanzierung des Bundes in Anspruch genommen werden. Ähnliche Problemstellungen zeigen sich derzeit bereits und werden bestehen bleiben. Damit ist das Konnexitätsprinzip gefährdet. Auch wenn dies auf Landesebene zu regulieren wäre, ist doch der bundesgesetzliche Rahmen und die Ermächtigungsgrundlagen Basis des Handelns des jeweiligen Bundeslandes. Mit Verweis auf den ÖGD-Pakt wird dann allzu oft eine bereits gegebene Deckung unterstellt. Das ist jedoch keineswegs korrekt; soll dieser doch vielmehr zur Schließung von seit Jahren bestehenden personellen Problemen gedacht sein und nicht die Begründung für immer neue Aufgabenübertragungen auf die Gesundheitsämter. Der Erfüllungsaufwand muss also sehr wohl umfangreicher beziffert und benannt werden und erschöpft sich nicht nur in einem "geringfügigen Erfüllungsaufwand [...] durch die Einführung zusätzlicher Meldepflichten".

Auch speziell für die Erweiterung der Meldepflicht für den Bereich der Gesundheitsämter ist ein nur „geringfügiger Erfüllungsaufwand“ nicht zutreffend. Hinterfragt werden muss auch der tatsächliche Nutzen im Verhältnis zum Aufwand und der faktischen Umsetzbarkeit immer neuer Meldepflichtungen. Schon in den letzten Monaten hatten wir gegenüber dem BMG dringend darum gebeten, dass die jetzigen Melde- und Kontaktnachverfolgungsvorschriften für die Gesundheitsämter reduziert werden. Besonders wäre die Meldepflicht in § 6 Abs. 1 Nr. 1 lit t IfSG zu streichen. Angeregt hatten wir zur Bestimmung der Gefahrenlage stattdessen ein geeignetes Sentinel-/Hochrechnungsverfahren. Ein solches Verfahren hätte auch den Vorteil, dass die personalintensiven Einzelfallmeldungen unterbleiben können - bei gleichzeitiger Kenntnis vom Infektionsgeschehen.

Das jetzige Vorhaben, in dem keine Meldepflichten wegfallen und stattdessen neue dazukommen, geht in die entgegengesetzte Richtung unserer praxisnahen Bitte. Die vorgesehene Komplettmeldung der PCRs ist zwar ein interessanter Ansatz mit Blick auf die Positivrate und Kapazitäten. Hinterfragt werden muss aber auch hier, ob der sicherlich erhöhte Aufwand zu einem

tatsächlich adäquaten Effekt führt. Das Verhältnis des Ressourceneinsatzes zum tatsächlichen Nutzen von Meldungen muss weitaus kritischer gewürdigt werden. Neue Aufgaben werden in den Gesundheitsämtern kaum mehr zu bewältigen sein. Wir sprechen uns stattdessen deutlich für repräsentative Untersuchungen zur Corona-Häufigkeit aus. Sollte das Gesetz in dieser Form so umgesetzt werden, steht zu befürchten, dass in den Herbst- und Winter- Coronawellen nicht zur Verfügung stehendes zusätzliches Personal für patientenferne Tätigkeiten benötigt wird, deren Nutzen auch anders und ressourcenärmer erreichbar ist.

Auch weitere neue Meldeverpflichtungen für Leistungserbringer, wie etwa der Verstetigung der Bettenmeldung, sind nicht derart geringfügig, wie die Ausführungen des Entwurfs vermuten lassen.

Hinsichtlich des Mehraufwandes für hygienebeauftragte Pflegekräfte in den Altenheimen, die mit 18 Millionen Euro im Jahr veranschlagt werden – wir gehen hier vor allem von Personalkosten aus– sehen wir neben den Aufwänden auch die Gefahr einer Verschlechterung der allgemeinen Versorgungssituation, da in diesem Sektor ggf. dann Personal für die eigentliche Kernaufgabe fehlt.

Zu Artikel 1, Nr. 2, § 6 IfSG

In § 6 wird der V. a. der Erkrankung auf Orthopocken als Meldetatbestand explizit aufgeführt, was bei dem sehr differenten klinischen Bild eine Herausforderung darstellen wird. Die Abrechnung der Untersuchung, der Behandlung, Testung und insbesondere die Möglichkeit der Inkubationsimpfung muss hier bundesweit geregelt sein und die KV hat hier für die erforderlichen Abrechnungsziffern zu sorgen, was noch nicht flächendeckend erfolgt ist. Der Bund hat in diesem Kontext für eine ausreichende Beschaffung der MPX-Impfstoffe zu sorgen.

Zu Artikel 1, Nr. 3 c, § 7 Absatz 4 IfSG

Der Nachweis von SARS-CoV-2 ist namentlich zu melden, soweit der Nachweis auf eine akute Infektion hinweist. Jetzt soll zusätzlich eine nichtnamentliche Meldung für SARS-CoV-2 PCR-Nachweise erfolgen. Dies wird in der praktischen Umsetzung für Irritationen sorgen.

Hier soll eine verpflichtende Erfassung der durchgeführten (auch negativen) SARS-CoV-2-PCR-Testungen vorgesehen werden. Abhängig von der konkreten Ausformulierung und insbesondere der Umsetzung in DEMIS, kann dies mit großem Zusatzaufwand für meldende Stellen und Gesundheitsämter und Problemen in der Datenqualität einhergehen. Eine enge Begleitung der DEMIS-Anpassungen und gute Informationspolitik an die meldenden Labore wäre dann essentiell.

Die Auffassung, die Gesundheitsämter hätten kaum Aufwand durch mehr Meldungen, teilen wir jedenfalls nicht. Der Mehraufwand ergibt sich allein daraus, dass die Arbeit z.B. mit DEMIS noch zusätzliche Arbeitsschritte notwendig macht und die Software auch weiterhin nicht die Funktionalität aufweist, die ursprünglich geplant war.

Bei der neuen Meldung nach § 7 Abs. 4 Satz 1 stellt sich, etwa in Krankenhäusern zudem die Frage, wie Gruppentests gewertet werden. Fraglich ist, ob es um die Gesamtzahl der dadurch erfassten Personen oder um die Zahl der technisch durchgeführten Tests geht.

Hinsichtlich der Aufwände verweisen wir auf unsere Ausführungen zum Rubrum. Wir halten die Regelung für äußerst kritisch, da der Aufwand (Meldung auch von negativen Testergebnissen) für die Gesundheitsämter kaum mehr zu bewältigen sein wird.

Zu Artikel 1, Nr. 8, § 13 IfSG

§ 13 Abs. 5 Satz 3 IfSG n. F. sieht vor, dass das Robert Koch-Institut in dem Fall, dass das Bundesministerium für Gesundheit keinen Gebrauch von seiner Verordnungsermächtigung im davorstehenden Satz 2 macht, selbst „das Nähere zum Verfahren der Übermittlung der Angaben nach Satz 1 festlegen“ kann. In dem zugehörigen Begründungstext heißt es erläuternd, dass dies die (1) Inhalte der Meldungen, (2) das Verfahren der Übermittlung betrifft. Bei Punkt (1) stellt sich die Frage, ob eine solche das BMG ersetzende Regelung zulässig ist. Die zur Verordnungssetzung ermächtigte Regierungsstelle würde insofern einer Bundesoberbehörde die Festlegung der Inhalte einer Meldeverpflichtung überlassen bzw. von Änderungen hiervon, bis sie selbst tätig wird.

§ 13 Abs. 7 sieht für die Krankenhäuser eine erweiterte Meldepflicht von Betten vor. Hier muss präzise definiert werden, welches die Zahl der verfügbaren Betten sein soll: Etwa solche nach Krankenhausplan oder betreibbare Betten gemessen an PPUG und ggf. ob diese im Wochenmittel, Monatsmittel oder Tagesmittel übermittelt werden sollen.

Zu Artikel 1, Nr. 9, § 14 IfSG

Hinsichtlich der neu vorgesehenen Meldungen nach § 14 IfSG müssen bei der täglichen Übermittlung der normalstationären Kapazitäten via DEMIS durch den Bund auch die entsprechenden Schnittstellen für eine vollautomatisierte Verarbeitung dieser Daten zur Verfügung gestellt werden. Die Gesundheitsämter dürfen jedenfalls nicht mit noch mehr Einzelfallbearbeitungen betraut werden. Gleiches gilt für etwaige Anbindungen der negativen SARS-CoV-2-Tests.

Zu Artikel 1, Nr. 15, § 23 IfSG

Zur Neufassung von § 23: Zuständigkeiten im Kontext sollten klar auf die Landesebene begrenzt werden. Möglichkeiten der Länder, diese Aufgaben an die kommunale Ebene zu delegieren sollten weitestmöglich ausgeschlossen werden. Hier wird andernfalls ein erheblicher Erfüllungsaufwand auf die kommunalen Verwaltungen zukommen, die im absehbar anstehenden Corona-Herbst/Winter kaum zu bewältigen sein werden.

Zu Artikel 1, Nr. 18, § 34 IfSG

In § 34 Abs. 1 werden zusätzlich „Covid-19“ und „durch Orthopockenviren verursachte Krankheiten“ als meldepflichtige Krankheiten aufgenommen. Hierzu zählt bereits der Verdacht auf diese Krankheiten. Es erscheint uns hier unrealistisch, dass etwa Erzieherinnen und Erzieher diese Krankheitsbilder auch nur annähernd valide beurteilen können, ob diese Krankheitsbilder vorliegen. Bei Affenpocken ist eine solche Beurteilung selbst ärztlicherseits nur schwierig zu diagnostizieren und Kinder gehören bislang nicht zu den besonders gefährdeten Bevölkerungsgruppen. Die Gesetzesformulierungen müssen dem Rechnung tragen damit es nicht in den Kindergemeinschaftseinrichtungen anlässlich von Zweifelsfällen zu einer Vielzahl unberechtigter und ressourcenverschlingender abzuklärender Verdachtsfälle kommt.

Zu Artikel 2, Nr 1, § 20i SGB V

Besonders machen wir auf die Änderungen im § 20i SGB V kritisch aufmerksam. Eine Übertragung von fach- und sachfremden Abrechnungsaufgaben im Kontext der TestV an die Gesundheitsämter darf es nicht geben. Derzeit wird aber genau dies geplant. § 20i SGB stellt hier die Ermächtigungsgrundlage für die TestV dar. Insoweit die § 20i SGB V Änderungen zur Folge haben, dass es zu neuen Aufgabenverlagerungen an die letztlich kommunal zuständigen Stellen des öffentlichen Gesundheitsdienstes kommt, so lehnen wir dies strikt ab. Solche Aufgabenzuordnungen gehen fehl. Die Gesundheitsämter sind keine Abrechnungsdetektive. Die sinnvollerweise auch derzeit hiermit beauftragten und bezahlten Kassenärztliche Vereinigungen haben eine bessere Kompetenz für diese Aufgaben.

Antrag der Fraktion der CDU/CSU: Gut vorbereitet für den Herbst – Pandemiemanagement verbessern (BT-Drs. 20/2567)

Begrüßenswert u.a. im Sinne unseres Eingangs gemachten Ausführungen erscheinen und folgende Punkte:

- umgehend ein stufenweises Pandemiemanagementkonzept zu erarbeiten,

- das Forschungsvorhaben „Immunantworten gegen SARS-CoV-2 bei Risikogruppen in der Allgemeinbevölkerung“ zügig voranzutreiben,
- die Aufgaben des Öffentlichen Gesundheitsdienstes verstärkt auf die Prävention zu fokussieren, insbesondere sich stärker auf die vulnerablen Gruppen zu konzentrieren,
- einen Evaluationsbericht über die bisherige Wirkung der einrichtungsbezogenen Impfpflicht vorzulegen,
- Therapie- und Behandlungsmöglichkeiten zu schaffen, die eine niedrigschwellige und flächendeckende Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Long-COVID aber auch mit Impfnebenwirkungen gewährleisten und die entsprechende Forschung weiter auszubauen sowie das Meldeverfahren bei Impfnebenwirkungen deutlich zu vereinfachen.

Antrag der Abgeordneten Kathrin Vogler, Susanne Ferschl, Gökay Akbulut, weiterer Abgeordneter und die Fraktion DIE LINKE: Auf sich verändernden Pandemieverlauf vorbereiten – Maßnahmenplan vorlegen (BT-Drs. 20/2581)

Begrüßenswert erscheint der Punkt spezielle Schutzkonzepte für besonders vulnerable Personengruppen zu entwickeln. Gute Arbeitsbedingungen für die Beschäftigten im Gesundheitssystem sind uns ebenfalls ein Anliegen.

Es wird gefordert, regelmäßige PCR-Screenings in Gesundheits- und Pflegeeinrichtungen, Schulen, Kindergärten und Betrieben zu ermöglichen. Aus unserer Sicht wären PCR-Screenings in diesem Umfang kaum realisierbar. Jedenfalls wäre die Finanzierung zum aktuellen Zeitpunkt absolut fraglich. Insbesondere in Schulen/Kitas gab im Kontext dieser Tests auch einige schwierige Erfahrungen.

Weiteres / Fehlendes:

Einrichtungsbezogene Impfpflicht / § 20a IfSG

Dringend muss geklärt werden, wie es mit der einrichtungsbezogenen Impfpflicht gemäß § 20a IfSG im Herbst weitergeht. Sie erscheint als Teil-Baustück eines nicht zustande gekommenen Gesamtkonzeptes (damals noch inklusive allgemeiner Impfpflicht), welches wir grundsätzlich begrüßt hatten. Nunmehr stellen sich dazu immer mehr Fragen. Die einrichtungsbezogene Impfpflicht läuft gesetzlich Ende des Jahres schon wieder aus. Betretungsverbote werden regional unterschiedlich häufig ausgesprochen. Die Länder haben unterschiedliche Auslegungsvorgaben gemacht. Betroffene wehren sich teils gerichtlich wegen vorgebrachter Unverhältnismäßigkeit. In wenigen Monaten ist schon wieder Schluss mit der Vorschrift und im für die Gesundheitsämter ressourcenintensiven Pandemieherbst müssen sie gleichwohl erhebliche Anstrengungen zur Umsetzung dieser Impfpflicht erbringen. Hier wünschen wir uns diese

Fragen berücksichtigende klare und adäquate Regelungen zur Umsetzung. Sollen wirklich wenige Woche vor Ende der Gültigkeit ressourcenintensiv umfangreich Betretungsverbote ausgesprochen werden? Wir plädieren hier für einen sinnvoll fokussierten Einsatz der Ressourcen der Gesundheitsämter.

Zu viel Bürokratie/Kontaktnachverfolgung

Was in den Entwürfen zur Änderung des IfSG wieder fehlt, ist die Abschaffung nicht mehr situationsadäquater Meldebürokratie für die Gesundheitsämter. Hier werden die Gesundheitsämter bedauerlicherweise erneut nicht entlastet. Gleichzeitig kommen neue Aufgaben auf sie zu. Der Gesetzgeber sollte hier verstärkt drauf achten, welche Aufgaben wichtiger als andere sind und überkommene Regelungen auch wieder abschaffen.

Krankenhaus

Mit Blick auf den Krankenhausbereich ist unverständlich, warum die Möglichkeiten des Ausgleichs für Minderinanspruchnahmen von Gesundheitsleistungen bei künftigen Verhandlungen wohl im KV-Sektor, nicht aber im Krankenhaussektor aufgezeigt werden.

Tests und Materialien

Coronatests sollten für alle Bevölkerungsgruppen möglichst niedrighschwellig - auch was die Kosten anbelangt- zugänglich gemacht werden. Auch bei Masken muss für alle Bevölkerungsteile ein problemfreier Zugang möglich sein. Sofern Infektionsschutz wirksam sein soll, funktioniert das nur mit Tests und Masken für die gesamte Bevölkerung. Entsprechende Hinweise erhalten wir beispielsweise aus Jobcentern. Deren Kundinnen und Kunden können mit ihren geringen finanziellen Mittel diese oftmals nicht für Tests einsetzen.

Mit freundlichen Grüßen
In Vertretung

Stefan Hahn