

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
19(14)246(14)
zur öffent. Anh. am 12.11.2020 -
Drittes Bevölkerungsschutzgesetz
11.11.2020



**Vereinte
Dienstleistungs-
gewerkschaft**

Stellungnahme der Vereinten Dienstleistungsgewerkschaft – ver.di

zum

Gesetzentwurf der Fraktionen CDU/CSU und SPD

**Entwurf eines Dritten Gesetzes zum Schutz der Bevölkerung bei
einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite**

BT-Drs. 19/23944

Zur öffentlichen Anhörung am 12. November 2020

Berlin, 10. November 2020
Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft – ver.di
Paula-Thiede-Ufer 10, 10179 Berlin

Vorbemerkung

Das Dritte Bevölkerungsschutzgesetz sieht – in Ergänzung der am 27. März und 22. Mai 2020 verabschiedeten Gesetze zum Schutz der Bevölkerung bei einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite – weitere Maßnahmen vor, mit denen der fortschreitenden Verbreitung des Coronavirus SARS-CoV-2 entgegengetreten und die Pandemie wirksam bekämpft werden sollen. Mit dem Gesetzentwurf werden unter anderem folgende Maßnahmen vorgelegt:

- Präzisierung im Hinblick auf Dauer, Reichweite und Intensität möglicher Maßnahme zur Bekämpfung der Coronavirus-Pandemie
- Verordnungsermächtigung für den Anspruch auf Impfungen und Maßnahmen der spezifischen Prophylaxe gegen neuartige schwerwiegende übertragbare Krankheiten für GKV-Versicherte und Nicht-GKV-Versicherte festzulegen – Ermächtigung gilt auch für Vergütung und Abrechnung
- Verordnungsermächtigung für umfangreiche und weitreichende Bekämpfungsmaßnahmen (Ausgangs- und Kontaktbeschränkungen, Schließung von Einrichtungen diverser Branchen, Untersagung bzw. Beschränkung von Übernachtungsangeboten, Verbot von Veranstaltungen, Betriebsuntersagung von Sport- und Kultureinrichtungen, Reisebeschränkungen usw.) Finanzierung über Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds für GKV-Versicherte und Nicht-GKV-Versicherte
- Verordnungsermächtigung für bundeseinheitliche Schutzmaßnahmen zum internationalen und nationalen Reiseverkehr
- Umsetzung der Regelungen zum Pakt für den Öffentlichen Gesundheitsdienst – Anbindung des elektronischen Melde- und Informationssystems (DEMIS) an die Telematikinfrastruktur
- Erweiterte Regelungen zu Entschädigungszahlungen bei Verdienstaussfall

Bisher haben die Pandemiebewältigungsstrategien in Deutschland weltweit Anerkennung erhalten. Gerade während der ersten Infektionswelle im Frühjahr zeigte sich, dass weniger die technische Infrastruktur, die Zahl der Intensivbetten und Beatmungsgeräte entscheidend ist, sondern die Verhinderung einer schnellen und exponentiellen Zunahme der Infektionen. Die nunmehr fortschreitende Verbreitung des Coronavirus SARS-CoV-2 belegt, dass es auf frühzeitige und wirksame regulierende Maßnahmen ankommt, damit eine Überlastung des Gesundheitswesens verhindert wird. Auf der anderen Seite dürfen die Bekämpfungsmaßnahmen nicht so weit gehen, dass einzelne Betriebe und ganze Branchen in wirtschaftliche Existenznot

geraten. Die deutliche Zunahme von Kurzarbeit seit Beginn der Pandemie hat bereits zu empfindlichen Einkommenseinbußen bei Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern in mehreren Dienstleistungsbereichen geführt. Aufgrund der zeitlich befristeten Aussetzung der Insolvenzantragspflicht wegen Überschuldung bis zum 31.12.2020 nach dem COVID-19-Insolvenzaussetzungsgesetz konnte bisher eine ungebremste Insolvenzwelle in einzelnen Branchen verhindert werden. Gleichwohl nehmen unter den Beschäftigten wirtschaftliche Existenzängste, psychische Belastungen und soziale Konflikte als mittelbare Folge der Einschränkungen des öffentlichen und privaten Lebens zu. Die Herausforderung besteht darin, einerseits schweren Krankheitsverläufen in der Bevölkerung entgegenzuwirken und andererseits zu verhindern, dass die Eindämmungsmaßnahmen zu gesundheitlichen und sozialen Folgeschäden führen.

Mit dem im Gesetzentwurf neu vorgesehenen § 28 a Infektionsschutzgesetz soll die bisher maßgeblich auf Grundlage der §§ 28., 32 Infektionsschutzgesetz getroffenen notwendigen Maßnahmen zur Bekämpfung der Pandemie, die teilweise zu erheblichen Eingriffen in grundrechtliche Freiheiten führen, den verfassungsrechtlichen Anforderungen des Parlamentsvorbehalts entsprechend gesetzlich präzisieren in Hinblick auf Dauer, Reichweite und Intensität möglicher Maßnahmen. ver.di sieht es als entscheidend an, dass insbesondere aufgrund der Kürze der Zeit bis zum Beschluss der vorgesehenen Maßnahmen und Regelungen ihr zeitlich begrenzter Charakter im Hinblick auf die epidemische Lage von nationaler Tragweite gewahrt bleibt.

Zwar hat Deutschland im europäischen Vergleich eine überdurchschnittlich hohe Intensivbettenkapazität. Für die bedarfsgerechte Versorgung der intensivpflichtigen Covid-19-Patientinnen und -Patienten muss jedoch ausreichend Personal vorhanden sein. Während die Krankenhäuser in technischer Hinsicht gut auf die zweite Welle vorbereitet sind, drohen Engpässe vor allem beim Pflegepersonal. Auch im öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD) kommt es entscheidend auf eine personelle Verstärkung an, um die notwendigen Aufgaben im Rahmen der Pandemiebewältigung erfüllen zu können. ver.di setzt sich für die bedarfsgerechte Personalausstattung in den Einrichtungen des Gesundheitswesens ein, um eine sichere Versorgung während der Pandemie und darüber hinaus zu gewährleisten. Ebenso muss die Personalausstattung des ÖGD so verbessert werden, dass dieser die wichtigen Aufgaben der Pandemiebekämpfung und des Infektionsschutzes nachhaltig im erforderlichen Umfang erfüllen kann.

Zu den Regelungen im Einzelnen:

Zu Art. 1 (Änderung des Infektionsschutzgesetzes)

Zu Nr. 11 (Änderung des § 14)

Positiv ist, dass die Digitalisierung des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (ÖGD) durch ein Förderprogramm des Bundes und eine Unterstützung im Bereich zentraler Dienste umgesetzt werden soll. Es muss jedoch sichergestellt werden, dass datenschutzrechtliche Vorgaben eingehalten und die Persönlichkeitsrechte der Betroffenen geschützt werden.

Das elektronische Melde- und Informationssystem nach § 14 IfSG setzt eine nach bundesweit einheitlichen Maßstäben strukturierte, aufbereitete und vorgehaltene Datenverarbeitung sowie die für die übergreifende Nutzung dieser Datenbasis erforderliche Bund-Länder-übergreifende Betriebsinfrastruktur voraus. Gesundheitsdaten sind als besonders sensible Daten im Sinne von Art. 9 Abs. 1 DSGVO in hohem Maße schützenswert. Daher ist ein dezentraler Ansatz bei der Datenverarbeitung durch Behörden einer zentralisierten Verarbeitung großer Datenmengen vorzuziehen. Auch ist der Grundsatz der Datenminimierung (Art. 5 Abs. 1 Buchst. c) DSGVO) sowie die Gewährleistung der Betroffenenrechte (Art. 12 ff. DSGVO) zu beachten. Die anonymisierte Verarbeitung von Daten ist wo immer möglich der pseudonymisierten Verarbeitung vorzuziehen.

In der aktuellen Situation ist es auf kommunaler Ebene dringend notwendig, medienbruchfreie und datenschutzkonforme Meldewege direkt von den Laboren zum Arzt und zum Gesundheitsamt zu schaffen. Hier gibt es deutlichen Nachholbedarf. Deshalb kann eine Bund-Länder-übergreifende Infrastruktur nur der erste Schritt sein. Da es sich hier um hochsensible IT-Infrastrukturen und Daten handelt, hat der Gesetzgeber dafür Sorge zu tragen, dass die Systeme gegen Cyberattacken geschützt sind.

Zu Nr. 17 (Einfügung eines § 28a IfSG)

Besonders kritisch sieht ver.di die geplante Neuregelung in § 28a Abs. 2 IfSG, womit der Schwellenwert von 50 bzw. 35 Neuinfektionen je 100.000 Einwohner für das Ergreifen teils schwerwiegender Maßnahmen verstetigt werden soll. Die Maßnahmen sollen, je nach Zahl der pro 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner festgestellten Infektionen, als „schwerwiegende“, „stark einschränkende“ oder „einfache“ Schutzmaßnahmen ergriffen werden können. Problematisch ist daran einerseits, dass der Schwellenwert viel zu unbestimmt und beliebig ist, um die sich daran anknüpfenden weitreichenden Grundrechtseingriffe zu rechtfertigen. Es besteht

die Gefahr, dass Testungen willkürlich ausgeweitet oder eingeschränkt werden. So konnte in der Vergangenheit häufig eine behördliche Teststrategie beobachtet werden, wonach trotz niedriger Prävalenz (Krankheitshäufigkeit) in der Bevölkerung umfangreich auch asymptomatische Personen getestet wurden. Dies führt jedoch selbst bei angenommener hoher Sensitivität und Spezifität der PCR-Tests regelmäßig dazu, dass die Befunde falsch positiv ausfallen können. Dieses Ergebnis ist jedoch höchst unbefriedigend, bilden die molekularbiologischen Testergebnisse doch die Grundlage für die bisweilen sehr eingriffsintensiven Bekämpfungsmaßnahmen.

Höchst problematisch ist daran weiterhin, dass bei einem bundesweiten Überschreiten des Schwellenwertes von sieben Tagen bundesweit einheitlich schwerwiegende Maßnahmen angestrebt und ergriffen werden können. Die damit einhergehende Zentralisierung ist weder sachgerecht noch notwendig und wurde bisher richtigerweise auch genau anders herum gehandhabt. Der Gesetzesentwurf versäumt, zwingend notwendig zwischen ländlichen Regionen mit geringerer Ansteckungsgefahr und städtischen Ballungsräumen mit erhöhtem Infektionsrisiko zu differenzieren. Dies ist auch im Hinblick auf den allgemeinen Gleichheitssatz nach Art. 3 Abs. 1 GG problematisch, da nicht nur eine Ungleichbehandlung von gleichen Sachverhalten, sondern auch eine Gleichbehandlung von ungleichen Sachverhalten verboten ist.

Auch ist der Katalog der Bekämpfungsmaßnahmen in § 28a Abs. 1 IfSG-E viel zu weitgehend und schränkt die Grundrechte von Beschäftigten in den betroffenen Branchen in unverhältnismäßiger Weise ein. Wenig hilfreich ist diesbezüglich auch die Klarstellung, dass die Anordnungen der Schutzmaßnahmen „ihrerseits verhältnismäßig sein“ müssen. Die Wahrung des Verhältnismäßigkeitsgrundsatzes ist eine Selbstverständlichkeit und ergibt sich bereits aus dem Rechtsstaatsprinzip nach Art. 20 Abs. 3 GG. Die in § 28a IfSG-E schlagwortartig und nicht abschließend aufgezählten Maßnahmen entsprechen wohl denjenigen, welche seit der Ausrufung der Pandemie von den Behörden im Wege von Rechtsverordnungen bereits erlassen worden sind. Damit soll offenbar das Problem der fehlenden formellen Rechtmäßigkeit angegangen, indem nunmehr dem Vorbehalt des Gesetzes Rechnung getragen und eine Parlamentsdebatte geführt werden soll. Das ist an sich zu begrüßen, da sowohl das Rechtsstaatsprinzip auch als auch das Demokratieprinzip verlangen, dass wesentliche Entscheidungen dem Gesetzgeber vorbehalten sind. Allerdings kann auch die Verabschiedung eines formellen Gesetzes nicht über den materiell-rechtlich gleichwohl andauernden, größten kollektiven und teilweise durchaus unverhältnismäßigen Grundrechtseingriff in der Geschichte der Bundesrepublik hinwegtäuschen.

Der medizinische Nutzen vieler der in § 28a IfSG-E genannten Maßnahmen ist wissenschaftlich höchst umstritten. Beispielsweise ist fraglich, auf welcher evidenzbasierten Tatsachengrundlage der Schutz der öffentlichen Gesundheit durch ein Beherbergungsverbot erreicht werden kann.

Auch diese Fragen dürfen jedoch nicht außer Acht gelassen werden, droht doch umgekehrt die Gefahr von wirtschaftlichen und sozialen Kollateralschäden für von Schließung und Verboten unmittelbar betroffenen Branchen.

All dies führt zu einem insgesamt unerträglichen Eingriffsniveau, welches dazu zwingt, mildere aber gleich effektive Mittel als Alternative zu prüfen. Als mindestens gleich-, wenn nicht gar bessergeeignetes milderes Mittel kommen z. B. die kurzfristige Aufstockung von Krankenhaus- und Intensivbettenkapazitäten mit entsprechender Personalausstattung sowie eine mittelfristige Stärkung des Gesundheitswesens durch öffentliche Investitionen in Betracht. Um das Personal in den Bereichen Krankenhäuser, Psychiatrien, Pflege- und Betreuungseinrichtungen vor Überlastung zu schützen, ist zunächst eine bedarfsgerechte Personalausstattung der effektivste Weg. Hierzu könnte weiterhin ein wissenschaftlich fundiertes Personalbemessungsinstrument entwickelt werden. Schließlich müssten die so gewonnenen Erkenntnisse in verbindliche Personalvorgaben und Mindestbesetzungsregeln münden. Idealerweise würde damit für jede Station eine passgenaue, am täglichen Bedarf orientierte Personalvorgabe geschaffen, welche nicht nur die Versorgungssicherheit dauerhaft gewährleistet, sondern auch die Arbeitsfähigkeit ganzer Betriebseinheiten absichert. Klar ist zudem, dass ein andauernder Personalnotstand in Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen nicht nur den im Beschäftigten im Gesundheitswesen schadet, sondern auch eine latente Gefahr für das Patientenwohl darstellt. Deshalb ist sowohl zum Schutz des Personals vor Überlastung als auch für die Gewährleistung einer sicheren und qualitativ hochwertigen Patient*innenversorgung eine bedarfsgerechte Personalausstattung der effektivste Weg. Auch Weiterentwicklungen der Corona-Warn-App wie etwa die Einrichtung einer freiwilligen Freigabe und Übermittlung von Zeitstempeln der Zufallscodes im Falle der Meldung einer bestätigten Infektion können dazu beitragen, Infektionsketten rascher zu unterbrechen und damit das Pandemiegeschehen schneller einzudämmen.

Zu Nr. 18 (Änderung des § 36 IfSG)

Erfreulich ist, dass die im vorangegangenen Referentenentwurf noch vorgesehene Verstetigung der Kompetenzübertragung an den Bundesgesundheitsminister zur Ausgestaltung der Einreisekontrolle – und zwar unabhängig von einer Pandemielage – vom Tisch ist.

Abzulehnen ist jedoch die Einführung eines Immunitätsnachweises durch die Hintertür in Form einer Impfdokumentation durch RechtsVO mit § 36 Abs. 10 Nr. 1 Buchst. b) IfSG-E, da es bislang keine fundierten wissenschaftlichen Erkenntnisse über die Dauer einer Immunität gegen das Virus SARS-CoV-2 bzw. deren Existenz überhaupt gibt. Eine derartige Dokumentation stellt einen gravierenden Eingriff in das Grundrecht auf informationelle Selbstbestimmung aus Art. 2 Abs. 1 i.V.m. 1 Abs. 1 GG dar. Zudem besteht die Gefahr der Diskriminierung von Betroffenen, die eine

Immunität nicht nachweisen können oder wollen. Da Gesundheitsdaten besonders sensible Daten i.S.v. Art. 9 DSGVO sind, dürfen sie zudem nur unter sehr engen Voraussetzungen verarbeitet werden.

Die Verpflichtung zur Vorlage einer Impfdokumentation ist zudem geeignet, eine grundgesetzwidrige Ungleichbehandlung (Art. 3 Abs. 1 GG) auch im beruflichen Kontext herbeizuführen. Gleiches gilt für die Teilhabe am öffentlichen, sozialen und kulturellen Leben. Hygienekonzepte in Theatern, Restaurants oder Museen müssen unabhängig vom Vorhandensein eines Immunitätsausweises erstellt werden, um Teile der Bevölkerung und ausländische Gäste nicht zu diskriminieren. Aus Sicht von ver.di darf es keine Beschränkungen für diejenigen geben, die nicht über einen Immunitätsausweis verfügen. Hier kann ein Immunitätsnachweis differenzierend hinsichtlich beruflicher Nachteile und Risiken für Beschäftigte, die keinen Nachweis haben, wirken. Gleichzeitig würden Arbeitgebern damit potentiell neue, unregulierte Instrumente zur Formulierung von Anforderungen an Beschäftigte sowie zur daraus abgeleiteten Ungleichbehandlung von Beschäftigtengruppen in die Hand gegeben. Es besteht die Gefahr, dass Arbeitgeber eine nicht nachgewiesene Immunität an Sanktionen für Beschäftigte knüpfen. Die Einführung eines Immunitätsnachweises oder einer Pflicht zu einer Impfdokumentation darf nach Ansicht von ver.di keinesfalls dazu führen, dass Beschäftigte, welche den Nachweis nicht erbringen können oder wollen, berufliche Nachteile befürchten müssen. Hierzu bedarf es eines gesetzlichen Maßregelungs- und Benachteiligungsverbot.

Auch die avisierte Einführung einer Regelung, ärztliche Untersuchungen durch RechtsVO (§ 36 Abs. 10 Nr. 1 Buchst. c) IfSG-E) anweisen zu können, lehnt ver.di mit ab. Ein ärztlicher Eingriff stellt zunächst eine Beeinträchtigung in das Grundrecht auf körperliche Unversehrtheit nach Art. 2 Abs. 2 S. 1, 3 GG dar. Ohne Einwilligung der Betroffenen liegt sogar eine strafbare Körperverletzung vor (§§ 223 ff. StGB). Derzeit ist in Bezug auf das Coronavirus SARS-CoV-2-Virus auch keineswegs davon auszugehen, dass einzelne Untersuchungen es ermöglichen, diagnostisch nachweisfähige Anfangsverdachte und Symptome ärztlich begründet in Übereinstimmung mit notwendigen Empfehlungen des RKI, des Ethikrates etc. zu bringen, welche dazu dienen, bestehende Gefahrenlagen aufgrund des Vorhandenseins einer epidemischen Notlage bundesweiter Tragweite einzugrenzen.

Ablehnend betrachtet ver.di auch die Regelung in § 36 Abs. 7 Nr. 2 IfSG-E, wonach Beschäftigte von Verkehrsunternehmen, bei Verkehrsinfrastrukturbetreibern und Reiseveranstaltern verpflichtet werden sollen, die dort genannten Kontroll- und Überwachungsaufgaben auszuführen. Es würde eine Abkehr von dem Grundsatz bedeuten, dass die Beschäftigten keine hoheitlichen Aufgaben übernehmen, jedenfalls nicht vorrangig, sondern nur unterstützend. Dies gilt umso mehr, als es sich hinsichtlich der Gefahrenabwehr um Eingriffsverwaltung handelt,

welche schon aus rechtsstaatlichen Erwägungen originäre Aufgaben des Staates sind, welche nicht an Private delegiert werden dürfen. Sollen diese Beschäftigten der betroffenen Verkehrsunternehmen dann zu Sachwaltern des Infektionsschutzes werden und in dieser Funktion hoheitlich handeln, als ob es Beliehene wären? Zudem ist höchst fraglich, ob der Ausschluss von Dienstleistungen des öffentlichen Verkehrs der Reisewilligen ohne Impfdokumentation eine verfassungsrechtlich zulässige Sanktion in Gesundheitsfragen sein darf. Da die vorgenannten Regelungen in vielerlei Hinsicht verfassungsrechtlich bedenklich sind, darf deren Umsetzung und Vollstreckung nicht in die Hände von Privaten gelegt werden, welche zudem nicht die nötige Qualifikation besitzen.

zu Nr. 20a (Änderung des § 56 Abs. 1 IfSG)

Mit der Neuregelung von § 56 Abs. 1 IfSG wird die häusliche Quarantäne für Reiserückkehrer aus sog. „Risikogebieten“ ausgeweitet. Im Vergleich zum Referentenentwurf sollen die Anforderungen an die Vermeidbarkeit der Reise weiter verschärft werden. Es soll nicht mehr darauf ankommen, dass die Reise erst 48 Stunden nach Veröffentlichung auf der Internetseite des RKI angetreten wurde. Nunmehr soll es genügen, wenn zum Zeitpunkt der Abreise keine zwingenden und unaufschiebbaren Gründe für die Reise vorlagen. Somit wird die Regelung und der damit einhergehende Verlust der Entschädigungszahlung weiter verschärft, da mit der Regelung auch ganz kurzfristig als gesprochene Reisewarnungen zur Vermeidbarkeit der Reise führen. In der Praxis dürfte es indes kaum möglich sein, wenige Stunden vor Reiseantritt aktuelle Informationen über die Einstufung des Reiseziels als „Risikogebiet“ erlangen, da nicht sichergestellt wird, dass das RKI in Echtzeit informiert.

Jede Quarantäneanordnung aufgrund der Einreise aus einem Risikogebiete führt zu einer Beeinträchtigung des durch Art. 2 Abs. 2 S. 2 GG gewährleisteten Grundrechts auf die Freiheit der Person. Aber auch der Eingriff in die durch Art. 12 Abs. 1 geschützte Berufsfreiheit in Form der Berufsausübungsfreiheit ist problematisch. Abgesehen davon, dass es bislang noch keinen einklagbaren Rechtsanspruch auf mobiles Arbeiten gibt, ist in vielen Branchen, wie etwa im öffentlichen Personen- und Güterverkehr, in der Abfallwirtschaft, in Krankenhäusern oder im Bereich der Pflege- und Betreuungseinrichtungen das Arbeiten im „Home Office“ schlicht nicht möglich. Insoweit wird die Berufsausübung durch die häusliche Absonderung vollständig beeinträchtigt. Durch den Wegfall des Entschädigungsanspruchs aus § 56 Abs. 1 S. 2 GG wird der Grundrechtseingriff auch gerade für systemrelevante Berufsgruppen, welche nicht zuhause arbeiten können, weiter vertieft. Wird die Einhaltung der häuslichen Quarantäne zudem durch die Polizei, Ordnungsamt oder andere Behörden vor Ort kontrolliert, muss außerdem das Grundrecht

auf Unverletzlichkeit der Wohnung aus Art. 13 Abs. 1 GG in den Blick genommen werden. Schließlich dürfte auch der allgemeine Gleichheitssatz aus Art. 3 Abs. 1 GG berührt sein. Ist die Infektionsgefahr in dem als Risikogebiet eingestuften Reiseland faktisch gleich groß oder gar geringer als am Herkunftsort, stellt die häusliche Absonderung nach Reiserückkehr eine Ungleichbehandlung gegenüber der Vergleichsgruppe der nichtreisenden Mitbürger im heimischen Risikogebiet dar.

Es muss zudem – sollten diese Regelungen Gesetz werden – gesetzlich klargestellt werden, dass der Wegfall der Entschädigung nach IfSG nicht mit individuellem Verschulden gleichzusetzen ist und sich nicht zum Nachteil der Beschäftigten und ihrer etwaigen Ansprüche nach § 616 BGB und § 3 Abs. 1 EFZG auswirken darf. Gewährleistet sein muss darüber hinaus, dass Betroffene ihre Reise- und Buchungskosten vollständig erstattet bekommen, falls zum Zeitpunkt der Buchung noch keine Einstufung als Risikogebiet erklärt und eine Stornierung wegen der 48-Stunden-Regelung erfolgt ist.

Nr. 20b (Änderung des § 56 Abs. 1a IfSG)

Zu begrüßen ist die geplante Neu-Regelung, wonach für Personen, die eine abgesonderte Person betreuen oder pflegen müssen, weil in diesem Zeitraum keine anderweitige zumutbare Betreuungs- oder Pflegemöglichkeit sichergestellt werden kann, künftig eine Entschädigung gezahlt wird. Stellt das Gesundheitsamt ein Kind unter Quarantäne nicht aber die Eltern, kommt diese Regelung laut Begründung zur Anwendung. Das reicht aber nicht aus. Notwendig ist weiterhin ein gesicherter, langfristiger Freistellungs- und Vergütungsanspruch für Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer, die infolge pandemiebedingter Kita- und Schulschließungen minderjährige Kinder zu Hause betreuen müssen und gleichzeitig ihre Tätigkeit weiter ausüben sollen. Unverständlich ist aus Sicht von ver.di zudem die zeitliche Befristung des Entschädigungsanspruchs aus § 56 Abs. 1a IfSG bis zum 31. März 2021 gemäß Art. 2 Nr. 2 Buchst. a) i.V.m. Art. 8 Abs. 2 Drittes Bevölkerungsschutzgesetz-E. Hier wäre ebenfalls eine dauerhafte rechtliche Grundlage – mindestens befristet auf die Dauer der erklärten Pandemie - von Nöten, um den betreuenden pflegenden Personen finanzielle und rechtliche Sicherheit zu gewährleisten.

Zu Art. 4 Weitere Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

Nr. 1 (Änderung des § 20i Abs. 3 SGB V)

Mit den vorgelegten Änderungen wird das Bundesministerium für Gesundheit ermächtigt, durch Rechtsverordnung ohne Zustimmung des Bundesrates zu bestimmen, dass Versicherte sowohl einen erweiterten Anspruch auf bestimmte Schutzimpfungen oder andere Maßnahmen der

spezifischen Prophylaxe als auch einen Anspruch auf bestimmte Testungen für den Nachweis des Vorliegens einer Infektion mit bestimmten Krankheitserregern oder auf das Vorhandensein von Antikörpern zu erhalten. Voraussetzung für den Erlass einer entsprechenden Rechtsverordnung ist das Vorliegen einer Gefährdung der Bevölkerung durch neuartige und schwerwiegende übertragbare Krankheiten und die hieraus abgeleitete Pflicht zum Schutz der Bevölkerung. Auch nicht in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherte Personen sollen Anspruch auf Leistungen zur Testung und zur Schutzimpfung erhalten.

Die Rechtsverordnung ist nach Anhörung des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung sowie bezogen auf Schutzimpfungen nach Anhörung der Ständigen Impfkommision des RKI zu erlassen. In ihr sind die Festlegung der zur Leistungserbringung ausgewiesenen Leistungsträger, Modalitäten zur Vergütung und Abrechnung der Leistungen, zu Zahlungsverfahren und zur Mitwirkungsverpflichtung der Kassenärztlichen Vereinigungen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zu regeln. Ebenfalls enthalten sein können Regelungen zur Erfassung und Übermittlung von anonymisierten oder pseudonymisierten Daten an das RKI über die auf Grundlage der Rechtsverordnungen durchgeführten Maßnahmen. Aufwendungen für Leistungen sollen aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds gezahlt werden, soweit eine Kostenerstattung durch andere Kostenträger für die nicht in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherten Personen nicht greift.

ver.di begrüßt grundsätzlich

- die Ermächtigung zum Erlass einer Rechtsverordnung, damit Versicherten eine Anspruchsgrundlage auf bestimmte Schutzimpfungen oder weitere Maßnahmen zur spezifischen Prophylaxe verschafft wird sowie
- das eine Anspruchsgrundlage für Versicherte für den Nachweis des Vorliegens einer Infektion oder das Vorhandensein von Antikörpern geschaffen wird.

Dies ist erforderlich, um das gleichzeitige Auftreten von Influenza- und SARS-CoV2-Infektionen in Regionen oder auch bundesweit zu verhindern. Ein Zusammentreffen der Infektionsgeschehen würde die ambulanten und stationären Versorgungskapazitäten sehr schnell überlasten.

Kritisiert wird jedoch die Schaffung einer Anspruchsgrundlage auf diesem Weg für nicht gesetzlich versicherte Personen. Die Durchführung von Maßnahmen zum Schutz der öffentlichen Gesundheit wie die Seuchen- und Infektionsbekämpfung liegen in erster Linie in der Verantwortung der öffentlichen Hand. Eine Anspruchsgrundlage für entsprechende Maßnahmen zum Schutz nicht gesetzlich krankenversicherter Personen ist grundsätzlich wichtig, doch ist diese

entweder durch Ermächtigung zum Erlass einer Rechtsverordnung mit dem Ziel einer direkten Erstattungsgrundlage nicht versicherter Personen über die Gesundheitsämter oder hilfsweise durch eine entsprechende Ausgleichsregelung über die unmittelbare Erhöhung des Bundeszuschusses möglich. ver.di spricht sich für eine direkte Erstattung aus Bundesmitteln über die Einrichtungen des ÖGD aus.

ver.di lehnt einen zweck- und sachfremden Einsatz von Versichertenbeiträgen ab, dies gilt auch für Leistungen zur Gesunderhaltung nicht gesetzlich versicherter Personen. Die GKV-Solidargemeinschaft darf nicht zum Ausfallbürgen gemacht werden für die fehlende Finanzierungsbereitschaft des Bundes für gesamtgesellschaftlich zu tragende Aufwendungen der Pandemiebekämpfung. Dies gilt umso mehr, als dass eine gleichartige Verpflichtung der privaten Krankenversicherungen zu Übernahme entstehender Kostenanteile nicht vorgesehen wurde.

ver.di fordert den Gesetzgeber dazu auf, mit einer vollumfänglichen Erhöhung des Bundeszuschusses die Finanzierung aller zusätzlichen Impfungen und Testungen vollständig abzusichern. Der Bund trägt die Verantwortung für die Gewährleistung der öffentlichen Gesundheit im Sinne des Seuchenschutzes und der Pandemiebekämpfung und hat diese nicht einseitig auf die gesetzlichen Krankenversicherungen abzuwälzen.

ver.di hält die zeitliche Befristung der erlassenen Verordnung auf ein Jahr nach Inkrafttreten oder die Außerkraftsetzung durch den Deutschen Bundestag angesichts dessen, dass diese einen umfassenden Zugriff auf die Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds möglich macht, nicht für sachgerecht. Schon jetzt zeichnen sich große Finanzierungslücken der gesetzlichen Krankenkassen für das Jahr 2021 ab. Eine auf ein Jahr angelegte Option für den Zugriff auf die Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds stellt einen unnötig langfristig angelegten, zusätzlich destabilisierenden Faktor dar. Stattdessen ist die Geltungsdauer der Rechtsverordnung von maximal drei Monaten vorzusehen. Über deren weitere Verlängerung um maximal drei Monate soll jeweils der Deutsche Bundestag entscheiden, ebenso über das kurzfristige Außerkraftsetzen vor Ablauf der Geltungsdauer, um auch kurzfristig auf Veränderungen der sachlichen Anforderungen reagieren zu können.

Nr. 2 (§ 275 Abs. 4b - neu)

Bundesweit sind rd. 375 Gesundheitsämter der Kommunen mit der Durchführung von Testungen, der Kontaktpersonennachverfolgung sowie der Anordnung und Überwachung von Quarantänemaßnahmen wesentliche Maßnahmen zur Prävention, Erfassung und Eindämmung des Infektionsgeschehens des öffentlichen Gesundheitsdienstes befasst. Darüber hinaus zählen

auch Landesstellen und -einrichtungen, wie z. B. Landesgesundheitsämter, Abstrichstellen oder Krisenstäbe zu den Einrichtungen des öffentlichen Gesundheitsdienstes.

Zwischenzeitlich hat sich die Situation in den Gesundheitsämtern weiter verschärft, entscheidender Grund dafür sind die mangelnden personellen Ressourcen. Die notwendigen Personalmehrbedarfe werden schon seit einiger Zeit durch vorübergehende besondere personelle Maßnahmen, wie z. B. Abordnungen aus anderen Bereichen der Kommunen oder anderen öffentlichen Verwaltungen und durch zusätzliche befristete Stellen, bewältigt. Hier braucht es jedoch eine dauerhafte Verbesserung der personellen und technischen Ausstattung. Wenn nicht nur Pflegekräfte und Ärztinnen und Ärzte, sondern auch Mitarbeitende aus dem Assistenz- und Verwaltungsbereich die Arbeit des MD unterstützen sollen, stellt sich die Frage, wie eine fachgerechte Aufgabenwahrnehmung sichergestellt werden soll. Ohne ausreichende Qualifikation des zugewiesenen Personals droht nicht nur eine arbeitsschutzrechtlich bedenkliche Überforderung der Beschäftigten, sondern – mit Blick auf mögliche Testungen und Impfungen - auch eine Gefährdung des Patientenwohls der zu behandelnden Personen. Deshalb sind eine zeitnahe Umsetzung der Bestandteile des „Pakt für den Öffentlichen Gesundheitsdienst“ zur personellen Stärkung und Verbesserung der technischen Ausstattung dringend erforderlich, um die weitere Arbeits- und Handlungsfähigkeit zu sichern. Dringend notwendig ist es, die Anstrengungen für die verbesserte Personalausstattung und deren Finanzierung zu beschleunigen. Demnach sollen bis Ende 2021 mindestens 1.500 neue Stellen geschaffen und mit Ärztinnen und Ärzten sowie Fach- und Verwaltungspersonal besetzt werden. Bis Ende 2022 sollen mindestens weitere 3.500 Vollzeitstellen geschaffen werden. Diese Stellen in den Gesundheitsämtern vor Ort werden für die kommenden fünf Jahre durch Bund zu finanzieren, soweit die Anstellung bis Ende 2021 erfolgt ist.

Im „Pakt für den Öffentlichen Gesundheitsdienst“ sollen darüber hinaus definierte Kriterien der Personalmindestausstattung für ein Mustergesundheitsamt erarbeitet werden. ver.di fordert eine Beteiligung an der Erarbeitung der Kriterien.

Zum gesamten Gesetzentwurf verweisen wir zudem auf die von allen Mitgliedsgewerkschaften getragene Stellungnahme des Deutschen Gewerkschaftsbundes (DGB).