

Stellungnahme zum Gesetzentwurf eines Dritten Gesetzes zum Schutz der Bevölkerung bei einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite (BT-Drs. 19/23944) sowie zu den Anträgen Drs. 19/23980, Drs. 19/23689, Drs. 19/23942, Drs. 19/22551 (neu), Drs. 19/22547, Drs. 19/23949

Eva Welskop-Deffaa
Vorstand für Sozial- und Fachpolitik

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

Ihre Ansprechpartnerin

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

Datum 10.11.2020

A. Einleitung und zusammenfassende Bewertung

Der Deutsche Caritasverband und seine Fachverbände Caritas Behindertenhilfe und Psychiatrie (CBP), Verband Katholischer Altenhilfe in Deutschland (VKAD), Katholischer Krankenhausverband (kkvd), Caritas Suchthilfe (CaSu), Caritas Bundesverband Kinder- und Jugendreha sowie die Katholische Arbeitsgemeinschaft für Müttergenesung begrüßen viele der Neuregelungen des Dritten Bevölkerungsschutzgesetzes. Die fortschreitende Verbreitung des Coronavirus macht deutlich, dass gerade für die Wintermonate 2020/21 neue Maßnahmen zum Schutz der Bevölkerung ergriffen werden müssen, die auf den Erfahrungen mit der ersten Welle im Frühjahr ebenso wie auf erweiterten wissenschaftlichen Erkenntnissen der letzten Monate aufsetzen. Für den Deutschen Caritasverband (DCV) steht der Erhalt der sozialen und Gesundheitsinfrastruktur und ihre Ertüchtigung für die Anforderungen der Pandemie im Zentrum der politischen Erfordernisse. Die Arbeitsfähigkeit seiner Einrichtungen und Dienste zu erhalten und damit die Versorgung von erkrankten und oder besonders vulnerablen Bevölkerungsgruppen zu sichern, ist für den DCV zentraler Maßstab eigener Anstrengungen ebenso wie seiner Erwartungen an die Politik. Dabei sind Prävention, Verlangsamung des Infektionsgeschehens und Nachverfolgbarkeit der Infektion wichtige Teilaspekte einer strategischen Bevölkerungsschutzpolitik, die soziale Teilhabe und Gesundheitsschutz gemeinsam verfolgt.

Der geplante Ausbau und die Nutzung des elektronischen Informations- und Meldesystems werden in diesem Sinne dazu führen, dass die Kontaktverfolgung schneller und effizienter gelingt. Zu begrüßen ist, dass § 5 Absatz 8 IfSG nun den Malteser Hilfsdienst als anerkannte Hilfeorganisation, die im Falle einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite den Bund bei seinen Aufgaben unterstützt, umfasst. Positiv zu bewerten ist, dass die MPAV dahingehend

konkretisiert wurde, dass die PoC-Antigen-Testungen an Pflegeeinrichtungen abgegeben werden dürfen. § 3 Abs. 4 Satz 1 der MPAV muss allerdings um eine Ziffer 6, die ausdrücklich Einrichtungen und Dienste, die Leistungen der Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderungen oder Leistungen nach § 67 SGB XII erbringen, ergänzt werden. Wenn Die PoC-Antigentests an diese Einrichtungen nicht abgegeben werden können, ist die vorgesehene Selbstbeschaffung (insbesondere auch im Zeitraum bis zu einer Entscheidung des Gesundheitsamtes nach § 6 Abs. 3 TestVO) nicht möglich.

Nach wie vor fehlt es im Gesetz an der ausdrücklichen Einbeziehung der besonderen Wohnformen der Eingliederungshilfe im Sinne des § 42 a in § 36 Abs.1 Ziff. 2 IfSG. Mit der jetzigen Formulierung bleibt es dabei, dass der ÖGD die Vorschrift auslegen muss, um diese Einrichtungen für Menschen mit Behinderungen in die Teststrategie einzubeziehen. Das verzögert und erschwert die Arbeit aller beteiligten Akteure und kann zu unterschiedlichen Bewertungen führen.

Wir bitten in diesem Zusammenhang um eine Ergänzung des § 5a IfSG dahingehend, dass auch Heilerziehungspfleger_innen zu den Berufen zählen, die die Testungen durchführen dürfen. Die Einrichtungen und Dienste der Eingliederungshilfe verfügen nur in geringem Maße über Pflegefachkräfte, die begründeten medizinisch-technischen Qualifizierungsanforderungen, die mit der Durchführung der Tests verbunden werden, können allerdings durch geschulte Heilerziehungspfleger_innen in gleicher Weise erfüllt werden.

Eine weitere Möglichkeit zur Durchführung der Testungen in Einrichtungen der Eingliederungshilfe sehen wir in der Ermöglichung, im Moment nicht eingesetztes Personal der Medizinischen Dienste für solche Tätigkeiten zur Verfügung zu stellen. Die Medizinischen Dienste könnten auch die Pflegeeinrichtungen bei der Durchführung der Reihentestungen unterstützen.

Auch diese Zusammenarbeit ist mit einem personellen Mehraufwand verbunden. Hinzu kommt, dass auch Einrichtungen und Dienste der Eingliederungshilfe oder der Hilfen nach § 67 SGB XII Räumlichkeiten und PSA für die Testungen vorhalten müssen. Es bedarf dringend einer bundeseinheitlichen Regelung zur Finanzierung der damit verbundenen Mehrkosten analog § 150 SGB XI.

Die Verbände bewerten positiv, dass der Gesetzentwurf nun den Ansatz verfolgt, pandemiebedingte Grundrechtseingriffe auf eine vom Deutsche Bundestag zu verabschiedende gesetzliche Grundlage zu stellen, auch wenn im Einzelnen Bedenken gegen die Ausgestaltung zu in § 28a IfSG bestehen.

Insgesamt mahnt der Deutsche Caritasverband eine Modernisierung des Infektionsschutzgesetzes an. Das Gesetz sollte insgesamt stärker dem public-health-Ansatz verpflichtet werden und bei den Schutzmaßnahmen Prävention und Schutz von vulnerablen Gruppen bzw. Risikogruppen gezielt in den Blick nehmen. Dazu zählt neben Testungen auch die Ausstattung mit Schutzausrüstung einschließlich der Refinanzierung, die jenseits der unmittelbar dem Gesundheitswesen zuzurechnenden Einrichtungen ein großes Problem darstellt, wie z.B. in den Einrichtungen der Eingliederungshilfe oder Wohnungslosenhilfe. Auch wenn eine solche grundlegende Reform im Rahmen aufgrund der nun rasch zu ergreifenden Maßnahmen im Rahmen des Dritten Bevölkerungsgesetzes nicht erfolgen können, sollten erste Schritte dazu verankert werden: In § 28 und § 28a IfSG sind die Voraussetzungen zu konkretisieren, unter denen nach dem Grundsatz der Verhältnismäßigkeit Grundrechtseingriffe getroffen werden müssen. Dies

gilt für alle Verbote und Einschränkungen, die in § 28a Absatz 1 genannt sind. Dies gilt aber auch für die Ausgestaltung gesetzlicher Grundlagen für den Einsatz, die Weiterentwicklung und die Funktionalitäten der CoronaWarnApp und für die Verhaltensfolgen, die an Meldungen der App geknüpft werden (sollen). Für den DCV ist es nicht ausreichend, nur auf die Schwellenwerte der Inzidenzen abzustellen, wie Absatz 2 dies vorsieht. Berücksichtigt werden sollten bei der Gestaltung von Verboten und Einschränkungen weitere Kriterien, wie z.B. Intensivkapazitäten.

Neben diesen grundlegenden Anmerkungen sieht die Caritas im Einzelnen Anmerkungs- bzw. Nachbesserungsbedarfe insbesondere zu folgenden Punkten:

- Positiv zu bewerten ist, dass die Rechtsverordnung zu Schutzimpfungen, prophylaktischen Maßnahmen und Testungen, zu der das BMG nach § 20i SGB V schon seit dem Zweiten Bevölkerungsschutzgesetz ermächtigt wurde, nicht noch auf weitere Infektionskrankheiten ausgeweitet wurde und dass als Voraussetzung für den Erlass nun die Feststellung einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite durch den Bundestag erforderlich ist, wie von uns gefordert wurde. Positiv bewertet wird, dass Schutzimpfungen und Testungen auch ausdrücklich Nichtversicherte umfassen sollen. Dabei ist sicher zu stellen, dass von der Regelung auch Nichtversicherte in aufenthaltsrechtlicher Illegalität, so erfasst werden, dass die Testungen ohne Angst vor Meldung an die Ausländerbehörde erfolgen können. Es muss zudem ausgeschlossen sein, dass von der Formulierung privat Versicherte umfasst sind. Eine Finanzierung der Testungen von privat Versicherten zu Lasten der Solidargemeinschaft der Beitragszahler der GKV ist abzulehnen.
- Dringenden Ergänzungsbedarf sehen wir zu § 36 IfSG: So müssen Einrichtungen und Angebote für Menschen in besonderen Lebenslagen mit sozialen Schwierigkeiten in der Auflistung der Einrichtungen in § 36 Absatz 1 IfSG ergänzt werden, um z.B. Frauenhäuser, niedrigschwellige Tagestreffs für Wohnungslose, existenzunterstützende Angebote wie z.B. zur Sicherstellung der Hygiene und Versorgung von wohnungslosen Menschen, teil- und vollstationäre sowie ambulante Einrichtungen, die Hilfen nach § 67 SGB XII erbringen, zu erfassen. Gerade diese Einrichtungen betreuen besonders vulnerable Gruppen, die zusätzlich u.U. erhöhten Ansteckungsrisiken ausgesetzt sind.
- Bei den Entschädigungsregelungen nach § 56 IfSG wird begrüßt, dass diese nun auch den Verdienstaufschlag von Angehörigen, die Kinder oder Menschen mit Behinderung, für die Quarantäne angeordnet wird, umfasst. Bedauert wird, dass im Gesetzentwurf anders als noch im RefE nun nicht mehr Angehörige, deren Pflegepersonen i.S. des SGB XI in Quarantäne sind, von der Regelung erfasst werden, sofern keine anderweitige Versorgung möglich ist. Des Weiteren bedarf es dringend einer Regelung für den Verdienstaufschlag, wenn die Corona Warn-App aufgrund der Kontaktanzeige mit einer infizierten Person eine Quarantäne auslöst, z.B. bis ein hinreichend sicheres negatives Ergebnis vorliegt. In diesem Zusammenhang weist der Deutsche Caritasverband erneut auf den grundsätzlichen Mangel einer fehlenden gesetzlichen Grundlage für den Einsatz der Corona-Warn-App, ihre Funktionalitäten und Konsequenzen, kurz: auf den Regelungsbedarf vieler offener Fragen zur Corona-Warn App hin.
- Die Maßnahmen, die der Gesetzgeber zum Schutz vor der Corona-Pandemie trifft, müssen zielgerichtet und verhältnismäßig sein. Die Entwicklung und der Einsatz der

Corona-Warn-App als Instrument der digitalen Epidemiologie wird vom Deutschen Caritasverband von Anfang an unter diesem Gesichtspunkt mit Aufmerksamkeit verfolgt. Durch eine Fortentwicklung der App basierend auf den neuesten Erkenntnissen der Epidemiologie könnten neue Komponenten in die App eingefügt werden. Dazu rechnen wir z.B. die Clusternachverfolgung. Um gleichzeitig sicher auszuschließen, dass die Daten der Corona-Warn-App mit neuen Nutzungsmöglichkeiten zweckentfremdet genutzt werden, sollten u.a. entsprechende rechtliche Grundlagen im Infektionsschutzgesetz aufgenommen werden. Im privaten Rechtsverkehr darf eine Person aufgrund ihrer Nutzung oder Nichtnutzung der Corona-Warn-App nicht bevorzugt oder benachteiligt werden.

B. Stellungnahme zu den Einzelvorschriften

Artikel 1: Änderungen des Infektionsschutzgesetzes

§ 2 Risikogebiet

Der Begriff des Risikogebiets, der in die Begriffsbestimmungen des IfSG eingeführt wird, sollte nicht auf Gebiete im Ausland beschränkt sein, auch innerdeutsche Gebiete mit einer erhöhten Inzidenz, Ausbruchsgeschehen und Pathogenität können Risikogebiete sein. Dies ist insbesondere von Bedeutung, wenn behördliche Schutzmaßnahmen ergriffen werden sollen und es hierfür einer gesetzlichen Grundlage bedarf.

Änderungsbedarf

Ergänzung einer entsprechenden Nummer 17a.

§ 7 Absatz 4 Streichung der nichtnamentlichen Meldepflicht negativer Testergebnisse

Für Erkenntnisse über den Verlauf der Pandemie ist es dem Grund nach sehr wichtig, Informationen über genesene Personen sowie über negative Testergebnisse im Verhältnis zu positiven Testergebnissen in einer Region zu haben.

§ 8 Meldepflicht für Ergebnisse von Schnelltests

Die Ergebnisse eines positiven Schnelltests, entweder von Einrichtungen und Unternehmen oder künftig als Eigentests durchgeführt, unterliegen keiner Meldepflicht. Dies ist sachgerecht, weil dem Schnelltest bei positivem Ergebnis ein PCR-Abstrich folgen muss, dessen Ergebnis wiederum meldungspflichtig ist.

§ 14 Elektronisches Melde- und Informationssystem

Der Deutsche Caritasverband begrüßt, dass die gematik das RKI nicht nur bei der Errichtung, sondern auch bei der Entwicklung und dem Betrieb eines elektronischen Melde- und Informationssystems (DEMIS) unterstützen soll und dass die Kontrolle des Datenschutzes durch den Bundesdatenschutzbeauftragten nun gesetzlich geregelt wird. Begrüßt wird, dass das DEMIS ab dem 1.1.2021 von den Gesundheitsämtern genutzt werden soll und die meldepflichtigen Stellen ab diesem Zeitpunkt ihre Meldungen auf diesem Wege abgeben sollen. Nicht nachvollziehbar und widersinnig ist, warum das BMG ohne Zustimmung des Bundesrats ermächtigt werden soll, gleichzeitig mit der soeben statuierten Verpflichtung zur Nutzung und zu den Mel-

deverpflichtungen ab dem 1.1.2021 Ausnahmen davon zu erlassen können. Ausnahmeregelungen sollten auf die Meldepflichten ab 2022 begrenzt werden.

Änderungsbedarf

In Absatz 9 Satz 1 Nummer 1 sind die Wörter „Absatz 8 Satz 1 bis 5“ durch „Absatz 8 Sätze 4 und 5“ zu ersetzen.

§ 24 Kein Arztvorbehalt bei PoC Antigen-Schnelltests

Die Regelung, die die die Testungsverordnung vom 15. Oktober ergänzt, ist erforderlich und sachgerecht. § 24 Satz Satz 3 sieht dafür den Erlass einer Rechtsverordnung des BMG mit Zustimmung des Bundesrats, in dringenden Fällen auch ohne Zustimmung des Bundesrats vor. Im letzteren Fall soll die Rechtsverordnung 1 Jahr nach Inkrafttreten automatisch außer Kraft treten, außer wenn der Bundesrat ihre Geltungsdauer verlängert. Die Ausnahmeregelung vom fehlenden Zustimmungserfordernis des Bundesrats wird abgelehnt.

Änderungsbedarf

Streichung der Sätze 5 und 6.

§ 28a Besondere Schutzmaßnahmen zur Bekämpfung des Coronavirus SARS-CoV-2

Wenngleich auch in dem neu geschaffenen § 28a die Intention des Gesetzgebers erkennbar ist, Grundrechtseingriffe in die Freiheit, Freizügigkeit sowie Unverletzlichkeit der Wohnung auf eine gesetzliche Grundlage zu stellen, bleiben die Rechtsverordnungen, die auf der Grundlage des § 5, 5a entstanden sind, sowie § 28, der pandemiebedingt Kontakt- und Ausgangsbeschränkungen sowie Betretungsverbote regelte, im Kern unverändert. Auf der Grundlage von § 5 wurden zahlreiche Rechtsverordnungen erlassen und im Zweiten Bevölkerungsschutzgesetz folgte die Ermächtigungsgrundlage für weitere Rechtsverordnungen des BMG, mit und ohne Zustimmung des Bundesrats. Auf der Grundlage des § 28 IfSG wurden zahlreiche Verordnungen der Landesregierungen nach § 32 IfSG erlassen. Die Regelungsinhalte dieser Länderverordnungen sollen nun mit dem neuen § 28a IfSG auf eine parlamentarische Grundlage gestellt werden. Dabei bleiben die Normen des § 28a Absatz 1 Nummern 1 bis 15, die Verbote, Untersagungen und Beschränkungen legitimieren sollen, hinlänglich unbestimmt. Es fehlt an der Festlegung eines Regelungsziels, mit Blick auf welches die Verhältnismäßigkeit der Grundrechtseingriffe gemessen werden kann.

Die in Absatz 2 nach Schwere des Eingriffs abgestuften Kriterien der Inzidenzen an Neuinfektionen je 100.000 Einwohner_innen innerhalb von sieben Tagen sind eine politische Setzung, die jedoch nicht evidenzbasiert ist. Diese Zielbestimmung würde den Grundsatz der Verhältnismäßigkeit und der Bestimmtheit des Gesetzes klarer ausgestalten. Denn der Bestimmtheitsgrundsatz verlangt, dass eine Norm so formuliert ist, dass das Verhalten der Behörden nach Inhalt, Zweck und Ausmaß begrenzt wird und die Gerichte an diesem Maßstab das behördliche Vorgehen kontrollieren können. Ein wesentliches Regelungsziel von Schutzmaßnahmen, die Rechte einschränken, sollte die Funktionsfähigkeit des Gesundheitssystems sein. Legt man dieses Ziel zugrunde, müssten andere Indikatoren, wie z.B. der Anteil der Intensivbettenkapazitäten oder durchgeführte Testungen herangezogen werden. Mit Hilfe solcher Kriterien kann die regionale Lage vor Ort eingeschätzt werden. Die zu ergreifenden Maßnahmen könnten dann nach differenzierten Kriterien bundeseinheitlich substantiiert werden und regional vor Ort auf dieser Grundlage ausgestaltet werden. Generell müsste auch aus Sicht des Deutschen Cari-

tasverbands der Schutz der Risikogruppen bzw. vulnerablen Gruppen Entscheidungskriterium für die zu ergreifenden Schutzmaßnahmen sein. Das Infektionsschutzgesetz entbehrt eines solchen auf Prävention aufbauenden public-health-Ansatzes und müsste dahingehend dringend modernisiert werden. Auf entsprechende Modernisierungsbedarfe, z.B. im Einrichtungsbegriff nach § 36 haben wir auch an anderer Stelle schon hingewiesen. Ein solcher präventiver Ansatz bezüglich Schutzmaßnahmen sollte entsprechend nicht auf Verbote und Einschränkungen fokussieren, sondern die Grundlage für Rechte legen, z.B. das Recht auf Testungen oder Medizinprodukte, Hilfsmittel sowie Pflegehilfsmittel wie Schutzausrüstung oder Anspruch auf Schutzimpfungen, abgestuft nach Risikogruppen, solange dieser noch nicht flächendeckend zur Verfügung steht, um einige Beispiele zu nennen. Im Gesetz wären konkret Anspruchsberechtigzte zu definieren. Das Nähere könnte weiterhin durchaus eine Rechtsverordnung des BMG mit oder ggf. auch ohne Zustimmung des Bundesrats konkretisieren. Paragraph 28a wäre auch der geeignete Ort, um wenigstens eine Grundsatznorm zur Einführung der Corona-Warn-App zu schaffen. Wir schlagen daher vor in § 28 a Abs 1 die folgenden Sätze als Sätze 3 und 4 anzufügen: Zu den besonderen Schutzmaßnahmen, die von der Bundesregierung ergriffen werden, gehört die Entwicklung und Weiterentwicklung einer Corona-Warn-App. Die Funktionalitäten werden an den fortschreitenden Erkenntnissen der Epidemiologie ausgerichtet. Zu den mit den Informationen der App verknüpften Verhaltenserwartungen werden entsprechende Regelungen im Verordnungswege erlassen.

§ 36 Infektionsschutz bei bestimmten Einrichtungen, Unternehmen und Personen

1. Modifizierung und Modernisierung der Einrichtungsbegriffe in § 36 Absatz 1

Der Deutsche Caritasverband begrüßt nachdrücklich, dass, wie von uns gefordert, künftig auch Einrichtungen der Eingliederungshilfe, die nach dem BTHG nicht mehr als „vollstationär“, sondern als „besondere Wohnformen“ bezeichnet werden, unter die Ziffer 2 des § 36 Absatz 1 Satz 1 fallen.

Der Deutsche Caritasverband fordert weiterhin, dass Einrichtungen der Eingliederungshilfe, die nach dem BTHG nicht mehr als „vollstationär“, sondern als „besondere Wohnformen im Sinne des § 42a Absatz 2 Satz 1 Nummer 2 und Satz 3 SGB XII“ bezeichnet werden, ausdrücklich in § 36 Abs. 1 Satz 1 Ziffer 2 erfasst werden.

Änderungsbedarf sieht er auch weiterhin bei den vom Infektionsschutzgesetz bisher nicht erfassten Einrichtungen und Angeboten für Menschen in besonderen Lebenslagen mit sozialen Schwierigkeiten, wie z.B. Frauenhäusern, niedrigschwelligen Tagestreffs für Wohnungslose, existenzunterstützenden Angebote wie z.B. zur Sicherstellung der Hygiene und Versorgung von wohnungslosen Menschen, teil- und vollstationären sowie ambulanten Einrichtungen, die Hilfen nach § 67 SGB XII erbringen. Gerade die besonders vulnerablen Gruppen, die in diesen Einrichtungen betreut und versorgt werden, sind häufig hohen Ansteckungsrisiken ausgesetzt.

Änderungsbedarf

§ 36 Abs. 1 Satz 1 Ziffer 2 ist wie folgt neu zu fassen:

- 2. nicht unter § 23 Absatz 5 Satz 1 fallende voll- oder teilstationäre Einrichtungen zur Betreuung und Unterbringung älterer, behinderter oder pflegebedürftiger Menschen. Das gilt auch für „besondere Wohnformen“ im Sinne des § 42a Absatz 2 Satz 1 Nummer 2 und Satz 3 SGB XII.**

In § 36 Absatz 1 sollte nach Ziffer 3 folgende neue Ziffer 4 eingefügt werden.

„Einrichtungen für Personen in besonderen Lebensverhältnissen mit sozialen Schwierigkeiten und Angebote, die diesen vergleichbar sind“

Die Änderungen zu § 36 Absätze 8 bis 10 fassen die Einreisebestimmungen von Personen, die aus gefährdeten Gebieten im Ausland kommen, neu. Grundsätzlich stimmt der Deutsche Caritasverband den Änderungen zu.

Im Einzelnen sehen wir bei folgenden Punkten Nachbesserungsbedarfe:

- Absatz 10 Satz 1 Ziffer 1c): In der Begründung ist sicherzustellen, dass Einreisenden, die gegen bestimmte bedrohliche übertragbare Krankheiten gemäß Absatz 7 nicht geimpft sind, obwohl eine Impfungsmöglichkeit besteht, keine Nachteile erwachsen.
- Absatz 10 Satz 1 Ziffer 2d): Es kann nicht Aufgabe von Transportunternehmen oder Transportstätten sein, Daten zu erheben und den Behörden Angaben „zur Früherkennung von Kranken, Krankheitsverdächtigen, Ansteckungsverdächtigen und Ausscheidern“ zu machen, da es dafür einer medizinischen Qualifikation bedarf. Die Übermittlungspflichten hinsichtlich der Früherkennung sind somit zu streichen.

§§ 56, 57 Entschädigung und Sozialversicherungsschutz

Der Deutsche Caritasverband begrüßt nachdrücklich, dass die Entschädigungszahlungen künftig auch Personen umfassen, die eine von Absonderung betroffenes Kind oder ein Kind oder auch einen erwachsenen Menschen mit Behinderung betreuen, der sich in Quarantäne begeben muss. Die ursprüngliche Regelung des RefE umfasste auch Personen, die eine abgesonderte Person pflegen müssen, sofern keine andere zumutbare Pflegemöglichkeit gegeben war. Diese Regelung hätte auch Angehörige, die eine pflegebedürftige Person i.S. des SGB XI während einer Quarantäne pflegen müssen, umfasst. Da in beiden Fallkonstellationen Menschen, die auf Unterstützung angewiesen sind und nicht anderweitig betreut werden können, versorgt werden müssen, sollte im Sinne der Gleichbehandlung die ursprüngliche Formulierung des Referentenentwurfs wieder aufleben.

Unterstützt wird, dass Entschädigungszahlungen nach dem IfSG nicht geleistet werden, sofern Personen eine vermeidbare Reise in ein gefährdetes Gebiet außerhalb der Bundesrepublik antreten. Zu den nicht vermeidbaren Tatbeständen zählen müssen auch Ein- und Ausreisen im Rahmen des täglichen beruflichen Pendelns sowie grenzüberschreitende Reisen bei Partnerschaften im Ausland oder im Falle von Krankheit oder Pflegebedürftigkeit eines Angehörigen.

Des Weiteren bedarf es dringend einer Regelung für den Verdienstausschlag im Rahmen der Entschädigung, wenn die Corona Warn-App aufgrund der Kontaktanzeige mit einer infizierten Person eine Quarantäne auslöst, z.B. bis ein hinreichend sicheres negatives Ergebnis vorliegt. In diesem Zusammenhang weist der Deutsche Caritasverband erneut auf den gesetzlichen Regelungsbedarf der vielen offenen Fragen zur Corona-Warn App hin.

Begrüßt wird die Klarstellung der Einbeziehung der Umlageverfahren U1, U2 und U3 in das Entschädigungsverfahren nach § 57 Abs. 2 Nr. 1. Gerade durch die Einbeziehung der Umlageverfahren wird aber auch die Notwendigkeit eines bundesweit vereinheitlichten Erstattungsverfahrens für die von den Arbeitgebern erbrachten Leistungen deutlicher.

Änderungsbedarf

In § 56 Absatz 1a Nummer 1 werden nach den Wörtern „Einrichtungen für Menschen mit Behinderung“ die Wörter „oder Pflegeeinrichtungen“ ergänzt.

Artikel 2: Änderung der Medizinprodukte-Abgabeverordnung

Die Erweiterung des § 3 Absatz 4 Satz 1 Nummer 2, die eine eindeutige Rechtsgrundlage für die Abgabe von Invitro-Diagnostika, wie z.B. der PoC-Antigen-Schnelltests, an Pflegeeinrichtungen schafft, wird begrüßt. Da auch Einrichtungen der Eingliederungshilfe diese Testungen durchführen sollen, muss klargestellt werden, dass auch diese Einrichtungen umfasst sind, sofern die Tests von dazu berechtigten dort tätigen Fachkräften durchgeführt werden. Aus Sicht des Deutschen Caritasverbands sind Heilerziehungspfleger/innen für die Durchführung der Testungen zu ermächtigen.

Änderungsbedarf

§ 3 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 ist wie folgt zu fassen:

„ambulante und stationäre Einrichtungen im Gesundheitswesen, Pflegeeinrichtungen, **sonstige Einrichtungen, in denen zur Durchführung von Invitro-Diagnostika berechnigte Personen tätig sind**, Großhandel und Apotheken.

Artikel 4: Änderung des Fünftens Buches Sozialgesetzbuch

§ 20i Leistungen zur Verhütung übertragbarer Krankheiten, Verordnungsermächtigung

Im Gesetzentwurf wurde gegenüber dem RefE nachgebessert, dass sich die Rechtsverordnung des BMG zu Schutzimpfungen, Prophylaxemaßnahmen und Testungen nur auf Krankheiten begrenzt, für die der Bundestag das Vorliegen einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite festgestellt hat. Dafür hatte sich die Caritas vehement eingesetzt.

Nach wie vor ist jedoch zu konstatieren, dass die Regelung, wonach nicht gesetzlich Versicherte Anspruch auf Testungen haben (§ 20i Absatz 3 Satz 1 Nummer 2), zwei Probleme aufweist:

Erstens, wird befürchtet, dass die Regelung in der Praxis zu Unsicherheiten führt oder ins Leere läuft. Die Caritas weist mit Nachdruck darauf hin, dass Wohnungslosen oder Menschen ohne Aufenthaltsstatus, die Symptome auf Covid-19 aufweisen, nach wie vor Testungen seitens der Gesundheitsämter verweigert werden, weil sie ohne Krankenversicherungsschutz sind. Es ist jedoch sicher zu stellen, dass die Testungen auch für die Betroffenen kostenfrei sind, die keine Sozialleistungsansprüche haben, sowie - soweit es sich um Menschen in aufenthaltsrechtlicher Illegalität handelt - , kostenfrei ohne Angst vor Meldung an die Ausländerbehörde erfolgen können. Die Regelung der neuen Nummer 2 des § 20i Absatz 3 ist mit dem Ziel zu präzisieren, dass diese Lücke geschlossen wird. Dies ist auch im Sinne des Schutzes der Bevölkerung vor der Ausbreitung von SARS-CoV 2 dringendst geboten.

Zweitens, kann die Regelung dazu führen, dass auch privat Versicherte zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung geimpft oder getestet werden können, was kategorisch abgelehnt wird. Ansonsten käme es zu einer Lastenverschiebung zu Ungunsten der gesetzlichen Krankenkassen. Auch der gegenüber dem RefE neue Satz 3 des Absatzes, wonach bei schon vor-

liegendem Anspruch auf die Leistungen oder ihre Erstattung kein Anspruch besteht, bezieht sich ausdrücklich nicht auf die Nummer 2.

Rechtlich zu unbestimmt bleibt auch, dass die Leistungen des § 20i Absatz 3 nach dem neuen Satz 3 auf Teilleistungen beschränkt werden können, die hier nicht näher inhaltlich definiert werden. Dieser Satz ist zu streichen oder dahingehend klarzustellen, dass diese Leistungen z.B. ärztliche Leistungen im Rahmen der Krankenbehandlung nach § 27 oder 39 SGB V umfassen.

Kritisch gesehen wird auch, dass die Verordnung auch Testungen auf das Vorliegen von Antikörpern (§ 20i Absatz 3 Satz 1 Nr. 1b) umfasst. Es muss klargestellt werden, dass Antikörpertests, mit denen z.B. die Bevölkerung flächendeckend auf eventuelle Immunitäten getestet werden sollen, auch wenn diese mithin Maßnahmen zur Gefahrenabwehr gegen übertragbare Krankheiten darstellen können, nicht zu Lasten der GKV, sondern aus Steuermitteln zu finanzieren sind.

Es ist daher zu begrüßen, dass der gesetzliche Rahmen für die Rechtsverordnung die Möglichkeit einer nur anteiligen Finanzierung der Leistungen und Kosten für SARS-CoV 2 aus der Liquiditätsreserve vorsieht. Ausweislich der Begründung wird in Aussicht gestellt, dass der Bund sich mit den Ländern zu den Kosten für die Schutzimpfung gegen SARS-CoV 2 in naher Zukunft sowohl über die von den Ländern einzurichtenden Impfzentren als auch zu den Kosten der vom Bund beschafften Impfstoffe verständigen wird. Positiv bewertet wird auch, dass für die Aufwendungen für Leistungen bei symptomfreien Personen außerhalb der Krankenbehandlung und für Nichtversicherte, die der GKV entstehen, die Refinanzierung durch einen ergänzenden Bundeszuschuss in Aussicht gestellt wird. Beide Vorschläge halten wir ordnungspolitisch für sachgerecht, denn es darf nicht zu einer Aufgaben- und Kostenverschiebung von Bund und Ländern im Rahmen des Öffentlichen Gesundheitsdienstes zu Lasten der GKV kommen.

Zudem muss auch sichergestellt sein, dass sich Personen, die durch die Corona Warn-App informiert werden, dass sie mit infizierten Personen in Kontakt gekommen sind, zu Lasten der GKV testen lassen können. Ist die Person privat versichert, hat die PKV die Kosten zu tragen.

Die Rechtsverordnung soll ergänzend zu den bisherigen Regelungsmöglichkeiten, künftig auch die Vergütung und Abrechnung der Leistungen regeln. In diesen Regelungen ist klarzustellen, dass auch Testungen, Schutzimpfungen und andere prophylaktische Maßnahmen für die genannten vulnerablen Gruppen den Leistungserbringern finanziert werden, um Privatrechnungen nach GOÄ auszuschließen. Die Praxis zeigt, dass es hier erhebliche Rechtsunsicherheiten gibt, die immer wieder dazu führen, dass Versicherte Privatrechnungen über Testungen in Höhe von 150 Euro und mehr erhalten.

Änderungsbedarf

§ 20i Absatz 3 Satz 1 Nummer 2 ist wie folgt zu ergänzen:

„Personen, die nicht in der gesetzlichen **und nicht in der privaten Krankenversicherung** versichert sind, Anspruch auf Leistungen nach Nummer 1 haben“

Hilfswise könnte dies auch in § 20i Absatz 3 Satz 3 klargestellt werden.

„Ein Anspruch nach Satz 1 Nummer 1 Buchstabe b **und Nummer 2** genannten Leistungen besteht nicht, wenn die betroffenen Person bereits einen Anspruch auf die in Satz 1 Nummer 1

Buchstabe b genannten Leistungen **nach diesem Buch oder gegenüber der privaten Krankenversicherung** hat oder einen Anspruch auf Erstattung der Aufwendungen für diese Leistungen hätte.“

§ 275 Personal der Medizinischen Dienste

Auf der Rechtsgrundlage der vom Bundestag festgestellten epidemischen Lage von nationaler Tragweite kann der Medizinische Dienst Personal, das pandemiebedingt nicht für Begutachtungen oder Prüfungen eingesetzt wird, an Behörden, Krankenhäuser, Arztpraxen und auch Pflegeeinrichtungen des SGB XI entleihen. Die Regelung ist dem Grundsatz nach sehr zu begrüßen. Sie sollte jedoch dringend um weitere Einsatzorte ergänzt werden: Da Einrichtungen, die nicht dem Gesundheitswesen zuzurechnen sind, in denen jedoch vulnerable Personengruppen bzw. Risikogruppen betreut und versorgt werden, ohne regelhaft und in großem Umfang Pflegefachpersonal zu beschäftigen, wie z.B. Einrichtungen der Eingliederungshilfe, könnten das Personal des MD für die Durchführung der Antigen-Testungen einsetzen. Daher sollte die Auflistung der Einrichtungen, an die das Personal des MD ausgeliehen werden kann, erweitert werden.

Wir wiederholen an dieser Stelle, dass Testungen auch in Einrichtungen für Menschen in Obdachloseneinrichtungen, Hilfen nach § 67 SGB XII, Einrichtungen mit existenzunterstützenden Angeboten zur Versorgung, Hygiene oder medizinischen Versorgung Wohnungsloser sowie Einrichtungen zur gemeinschaftlichen Unterbringung von Asylbewerbern, Flüchtlingen, Spätaussiedlern und nachvollziehbar Ausreisepflichtigen sowie sonstige Massenunterkünften sinnvoll wären, denn gerade in diese Einrichtungen herrscht ein hohes Ansteckungsrisiko. Das vorliegende Gesetz sollte genutzt werden, um hier eine Rechtsgrundlage zu schaffen.

Es ist nachvollziehbar, dass der Medizinische Dienst die Personalkosten für die Entleihung des Personals erstattet bekommen möchte. Warum auch Sachkosten hier einbezogen werden, erschließt sich uns nicht, denn dieser Kostenbestandteil gehört zu den ersparten Aufwendungen des MD. Sofern das Personal des Medizinischen Dienstes Pflegekräfte ersetzen soll, die erkrankt sind, weisen wir auf das Problem hin, dass die Einrichtung auch während der Erkrankung die Personalkosten weiter bezahlen muss.

C. Zusätzlicher Regelungsbedarf im Infektionsschutzgesetz

§ 16 Allgemeine Maßnahmen zur Verhütung übertragbarer Krankheiten

Die Erhebung personenbezogener Daten in Einrichtungen zum Schutz vulnerabler Gruppen, die auf der Grundlage von § 16 erfolgen kann, kann auch der Intention, Anonymität zu garantieren und dem Schutz vertraulich gegebener Informationen entgegenstehen. Im Falle von Menschen in der aufenthaltsrechtlichen Illegalität könnte dies dazu führen, dass Menschen aus Angst vor „Aufdeckung“ die Stellen, die ihnen bei der ärztlichen Versorgung helfen können, nicht mehr aufsuchen würden.

Änderungsbedarf

§ 16 Absatz 1 Satz 2 wird wie folgt ergänzt:

„Die bei diesen Maßnahmen erhobenen personenbezogenen Daten dürfen nur für Zwecke dieses Gesetzes verarbeitet werden. **§ 87 AufenthG findet keine Anwendung.**“

§ 19 Aufgaben des Gesundheitsamtes in besonderen Fällen

Insbesondere vor dem Hintergrund des akuten Fachkräftemangels im Öffentlichen Gesundheitsdienst ist es nachvollziehbar, dass der Gesetzgeber den Gesundheitsämtern die Möglichkeit einräumen möchte, Dritte damit beauftragen zu können, zentrale Aufgaben bei der Testung und Nachverfolgbarkeit übertragbarer Krankheiten zu übernehmen. Es handelt sich hierbei aber nicht um eine zeitlich befristete Regelung. Wir wiederholen unsere Position aus dem Zweiten Bevölkerungsschutzgesetz, dass der Öffentliche Gesundheitsdienst dringend personell so ausgestattet werden muss, dass er diese Aufgaben mittelfristig selbst erfüllen kann. Eine Beauftragung Dritter in einem so grundrechtssensiblen Bereich sollte nur in besonderen Ausnahmefällen möglich sein. Der Begriff der „aufsuchenden“ Beratung in Absatz 1 sollte durch den Begriff der „zugehenden“ Beratung ersetzt werden, um zu verdeutlichen, dass es sich um ein Beratungsangebot handelt.

Änderungsbedarf

In Absatz 1 Satz 3 soll das Wort „aufsuchend“ durch „zugehend“ ersetzt werden.

Absatz 1 Satz 4 wird wie folgt gefasst:

„Die zuständigen Behörden können **in Ausnahmesituationen, wie beispielsweise im Falle einer epidemischen Lage nationaler Tragweite**, mit den Maßnahmen nach Satz 1 bis 3 Dritte beauftragen.“

§ 23a Personenbezogene Daten über den Impf- und Serostatus von Beschäftigten

Wir wiederholen unsere Kritik aus der Kommentierung des Zweiten Bevölkerungsgesetzes, dass Arbeitgebern nach der vorliegenden Formulierung nicht nur die Möglichkeit eröffnet wird, Informationen über eine Coronaviruserkrankung ihrer Arbeitnehmer zu verarbeiten, sondern dies auch mit Blick auf alle weiteren übertragbaren Krankheiten, wie beispielsweise HIV, Hepatitis B und C, erfolgen kann. Eine solche Befugnis lehnt der Deutsche Caritasverband in aller Deutlichkeit ab. Sie würde chronisch Kranke schlechter stellen und eine gesetzliche Grundlage für Diskriminierungen am Arbeitsplatz bzw. bei der Arbeitssuche darstellen.

Es gilt eine Gesetzesformulierung zu finden, die neben Krankheiten, die durch Schutzimpfungen verhütet werden können nur zusätzlich auch die Verarbeitung von Informationen rund um COVID-19 ermöglichen und nicht grundsätzlich Informationen zu allen übertragbaren Krankheiten.

Berlin, 10.November 2020

Deutscher Caritasverband e.V.

Eva Welskop-Deffaa

Vorstand Sozial- und Fachpolitik

Kontakt

Dr. Elisabeth Fix, Referentin Gesundheitspolitik, Pflege und Rehabilitation, Tel. 030 284444746, elisabeth.fix@caritas.de