

Gesetzentwurf

der Abgeordneten Stephan Brandner, Carolin Bachmann, Roger Beckamp, René Bochmann, Marcus Bühl, Petr Bystron, Peter Felser, Dietmar Friedhoff, Markus Frohnmaier, Steffen Janich, Stefan Keuter, Edgar Naujok, Tobias Matthias Peterka, Jan Wenzel Schmidt, Uwe Schulz, Dr. Dirk Spaniel, Kay-Uwe Ziegler und der Fraktion der AfD

Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des Infektionsschutzgesetzes – Gesetz zur Erfassung der Herkunft von an der Coronavirus- Krankheit-2019-(COVID-19)-Erkrankten

A. Problem

Laut einer Aussage des Präsidenten des Robert Koch-Instituts (RKI) Prof. Dr. Lothar Wieler soll es unter den an COVID-19 erkrankten Personen auf den Intensivstationen einen besonders hohen Anteil an Personen mit einem Migrationshintergrund gegeben haben. Angeblich sei dieses Thema jedoch von der Bundesregierung als ein Tabu empfunden worden. Medienberichte zitierten weiter den Leiter der Lungenklinik Moers, der erklärte, dass Erhebungen aus dem November und Dezember 2020 sowie dem Januar 2021 deutlich gezeigt hätten, dass es eine Gruppe gegeben habe, die die Politik mit den Corona-Warnungen überhaupt nicht erreicht hätte – nämlich Menschen mit einem Migrationshintergrund. Als Grund dafür wurden sprachliche Barrieren ins Feld geführt (vgl. z. B. www.berliner-zeitung.de/news/intensivpatienten-hoher-anteil-hat-migrationshintergrund-li.143639).

Auch „DIE ZEIT“ hatte deutschlandweit Kliniken zu einem möglicherweise erhöhten Anteil von Personen mit einem Migrationshintergrund auf den Intensivstationen befragt. Das nichtrepräsentative Ergebnis ergab, dass für viele Kliniken die Frage nach dem Migrationshintergrund von Patienten ein zu wenig ausgeleuchtetes Thema gewesen sei. Von mehreren Ärzten wurde berichtet, dass vor allem auf dem Höhepunkt der zweiten Welle 50 bis 90 Prozent der Covid-Intensivpatienten einen Migrationshintergrund gehabt hätten – oft weit mehr, als es der jeweilige Anteil von Zuwanderern an der Bevölkerung erwarten ließ. Es gibt natürlich auch Kliniken, die ein solches Phänomen nicht beobachtet haben (vgl. DIE ZEIT, 18.03.2021 07:00 Uhr, S. 4 ff.).

Auf die Schriftliche Frage 146 auf Bundestagsdrucksache 19/27531 des Abgeordneten Stephan Brandner hinsichtlich der Kenntnisse der Bundesregierung zu einem großen Anteil von Personen mit Migrationshintergrund auf den Intensivstationen mit der Diagnose COVID-19 antwortete die Bundesregierung, dass die

Krankenhäuser keine Informationen über die kulturellen oder ethnischen Hintergründe ihrer Patienten erheben würden und aus diesem Grund dem Robert Koch-Institut und auch dem Bundesministerium für Gesundheit (BMG) keine Daten über einen etwaigen erhöhten Anteil von Menschen mit Migrationshintergrund unter den intensivmedizinisch zu behandelnden COVID-19-Erkrankten vorliegen würden.

Das Fehlen offizieller Daten führt unter Umständen dazu, dass wichtige präventive Maßnahmen nicht getroffen werden können. So soll RKI-Präsident Prof. Dr. Wieler gefordert haben, mit Hilfe von Imamen die muslimisch gläubige Bevölkerung gezielt anzusprechen, um zur Problemlösung beizutragen. Solange jedoch keine Erkenntnisse darüber vorliegen, ob Personen, etwa mit einem muslimischen Glauben, stärker von Erkrankungen mit dem COVID-19-Virus betroffen sind als etwa Personen, die anderen Glaubensrichtungen zuzuordnen sind, kann auch nicht festgestellt werden, ob der Einsatz von Imamen zu einer kleineren Zahl von Erkrankten führen würde. Es bleibt lediglich bei Spekulationen. Eine gezielte Strategie kann jedoch nur dann erarbeitet werden, wenn die Sachlage eindeutig ist.

Laut § 6 Absatz 1 Nummer 1 Buchstabe t des Infektionsschutzgesetzes handelt es sich bei der Coronavirus-Krankheit-2019 (COVID-19) um eine meldepflichtige Krankheit. Der Verdacht einer Erkrankung, die Erkrankung sowie der Tod in Bezug auf Krankheit sind namentlich zu melden. § 9 des Infektionsschutzgesetzes definiert, welche Angaben die namentliche Meldung enthalten muss. Dabei zu nennen sind etwa Name und Vorname, Geschlecht, Geburtsdatum, Anschrift der Hauptwohnung oder des gewöhnlichen Aufenthaltsortes und, falls abweichend Anschrift des derzeitigen Aufenthaltsortes, weitere Kontaktdaten und eine mögliche Tätigkeit in Einrichtungen und Unternehmen nach § 23 Absatz 3 Satz 1 oder nach § 36 Absatz 1 und 2 mit Namen, Anschrift und weiteren Kontaktdaten der Einrichtung oder des Unternehmens, Betreuung oder Unterbringung in oder durch Einrichtungen oder Unternehmen nach § 23 Absatz 5 Satz 1 oder § 36 Absatz 1 oder Absatz 2 mit Name, Anschrift und weiteren Kontaktdaten der Einrichtungen oder Unternehmen sowie der Art der Einrichtung oder des Unternehmens, Diagnose oder Verdachtsdiagnose, Tag der Erkrankung, Tag der Diagnose, gegebenenfalls Tag des Todes und wahrscheinlicher Zeitpunkt oder Zeitraum der Infektion, wahrscheinlicher Infektionsweg, einschließlich Umfeld, in dem die Übertragung wahrscheinlich stattgefunden hat, mit Name, Anschrift und weiteren Kontaktdaten der Infektionsquelle und wahrscheinliches Infektionsrisiko, in Deutschland Landkreis oder kreisfreie Stadt, in dem oder in der die Infektion wahrscheinlich erworben worden ist, ansonsten Staat, in dem die Infektion wahrscheinlich erworben worden ist.

Bei einer Erkrankung mit der Coronavirus-Krankheit-2019 (COVID-19) sind außerdem Angaben zum Behandlungsergebnis und zum Serostatus in Bezug auf diese Krankheit anzugeben.

Trotz dieser umfangreichen Meldepflichten sieht das Gesetz keine Regelung zur Meldung von Geburtsstaat, Staatsangehörigkeit und gegebenenfalls Jahr der Einreise nach Deutschland vor, was aber im Falle einer Erkrankung bei Tuberkulose, Hepatitis B und Hepatitis C laut § 9 Absatz 1 Nummer 1 Buchstabe m des Infektionsschutzgesetzes der Fall ist. Die Erfassung der Daten ermöglicht in einem weiteren Schritt auch eine gründliche Analyse. Der „Bericht zur Epidemiologie der Tuberkulose in Deutschland für 2019“ des Robert Koch-Instituts zeigt, dass Angaben zur Staatsangehörigkeit für 4.597 der 4.791 übermittelten Erkrankungen mit Tuberkulose vorlagen (96,0 %). 1.514 (32,9 %) der Erkrankten hatten die deutsche Staatsangehörigkeit, 3.083 Erkrankte (67,1 %) waren ausländische Staatsbürger. Die Inzidenz der ausländischen Staatsbürger war mit 30,6 pro

100.000 Einwohner 14,7-mal so hoch wie die Inzidenz in der deutschen Bevölkerung, die bei 2,1 pro 100.000 Einwohner lag (www.rki.de/DE/Content/InfAZ/T/Tuberkulose/Download/TB2019.pdf?__blob=publicationFile, S. 19).

Angaben zum Geburtsland lagen für 4.670 der 4.791 übermittelten Erkrankungen vor (97,5 %). 1.308 Erkrankte (28,0 %) waren in Deutschland und 3.362 Erkrankte (72,0 %) im Ausland geboren. Seit 2013 sind mehr als die Hälfte der Tuberkulose-Patienten im Ausland geboren. Dieser Anteil ist seither weiter gestiegen und hat sich in den vergangenen fünf Jahren auf einem Level von knapp Dreiviertel aller Patienten eingependelt. Aktuell beträgt er 72,0 % (ebd.).

B. Lösung

In § 9 Absatz 1 Nummer 1 Buchstabe m wird die Verpflichtung der Meldung von Geburtsstaat, Staatsangehörigkeit und gegebenenfalls Jahr der Einreise nach Deutschland auch für Personen aufgenommen, bei denen der Verdacht einer Erkrankung, die Erkrankung mit der sowie der Tod durch die Coronavirus-Krankheit-2019 (COVID-19) vorliegt.

C. Alternativen

Eine Alternative stellt die Aufnahme der Angaben zu Geburtsstaat, Staatsangehörigkeit und gegebenenfalls Jahr der Einreise nach Deutschland für alle Krankheiten dar, die der namentlichen Meldepflicht unterliegen, um so umfassend etwaige Risikogruppen besser analysieren zu können.

D. Haushaltsausgaben ohne Erfüllungsaufwand

Keine.

E. Erfüllungsaufwand

E.1 Erfüllungsaufwand für Bürgerinnen und Bürger

Der Erfüllungsaufwand besteht ausschließlich in der Meldung der Herkunft und der Speicherung sowie Verarbeitung der erfassten Daten.

E.2 Erfüllungsaufwand für die Wirtschaft

Keiner.

Davon Bürokratiekosten aus Informationspflichten

Keine.

E.3 Erfüllungsaufwand der Verwaltung

Der Erfüllungsaufwand, der durch die Aufnahme, Speicherung und Verarbeitung der Daten zu Geburtsstaat, Staatsangehörigkeit und gegebenenfalls Jahr der Einreise nach Deutschland entsteht, ist minimal, insbesondere im Vergleich zu dem immensen Nutzen, der mit der Erfassung einhergeht.

F. Weitere Kosten

Keine.

**Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des Infektionsschutzgesetzes –
Gesetz zur Erfassung der Herkunft von an der Coronavirus-
Krankheit-2019-(COVID-19)-Erkrankten**

Vom ...

Der Bundestag hat das folgende Gesetz beschlossen:

Artikel 1

Änderung des Infektionsschutzgesetzes

§ 9 Absatz 1 Nummer 1 Buchstabe m des Infektionsschutzgesetzes vom 20. Juli 2000 (BGBl. I S. 1045), das zuletzt durch Artikel 8 Absatz 8 des Gesetzes vom 27. September 2021 (BGBl. I S. 4530) geändert worden ist, wird wie folgt gefasst:

„m) bei Tuberkulose, Hepatitis B, Hepatitis C und der Coronavirus-Krankheit-2019 (COVID-19): Geburtsstaat, Staatsangehörigkeit und gegebenenfalls Jahr der Einreise nach Deutschland,“.

Artikel 2

Inkrafttreten

Dieses Gesetz tritt am Tag nach der Verkündung in Kraft.

Berlin, den 17. November 2021

Dr. Alice Weidel, Tino Chrupalla und Fraktion

Begründung

A. Allgemeiner Teil

In Deutschland sind laut Angaben des Robert Koch-Instituts bislang mehr als 4,3 Millionen Menschen an der Coronavirus-Krankheit erkrankt und mehr als 94.000 Menschen gestorben (Stand: 13.10.2021). Allein für das erste Quartal des Jahres 2021 beliefen sich die Kosten des sogenannten Corona-Lockdowns für die deutsche Wirtschaft auf rund 50 Milliarden Euro. Der Bundesregierung gelingt es in Zusammenarbeit mit den Landesregierungen nicht, gezielte Maßnahmen zu treffen, die den tatsächlichen Schutz gefährdeter Personen in den Mittelpunkt stellen und auf der anderen Seite die Wirtschaft schonen. Grund hierfür ist unter anderem, dass die Bundesregierung keine Maßnahmen ergreift, um überhaupt zu ermitteln, welche Gruppen in besonderem Maße gefährdet sind zu erkranken oder gar einen schweren Krankheitsverlauf zu erleiden.

Aussagen des Präsidenten des Robert Koch-Instituts (RKI) Prof. Dr. Lothar Wieler zufolge soll es unter den COVID-19 erkrankten Personen auf den Intensivstationen einen besonders hohen Anteil an Personen mit einem Migrationshintergrund gegeben haben. Auch eine nichtrepräsentative Umfrage der ZEIT legte ähnliche Ergebnisse nahe. Angeblich sei dieses Thema jedoch von der Bundesregierung als Tabu empfunden worden. Medienberichte zitierten zudem den Leiter der Lungenklinik Moers, der erklärt hat, dass Erhebungen aus dem November und Dezember 2020 sowie dem Januar 2021 deutlich gezeigt hätten, dass es eine Gruppe gegeben habe, die die Politik mit den Corona-Warnungen überhaupt nicht erreicht hätte – nämlich Menschen mit einem Migrationshintergrund. Als Grund dafür wurden sprachliche Barrieren ins Feld geführt. Die Bundesregierung machte jedoch in der Antwort auf die Schriftliche Frage 146 des Abgeordneten Stephan Brandner auf Bundestagsdrucksache 19/27531 im Monat März 2021 deutlich, dass sie von Beginn der Pandemie an darauf geachtet habe, dass das Informationsangebot allen Bürgern – auch mehrsprachig – zur Verfügung steht und diese erreichen kann. So listet die Bundesregierung auf, dass zu Beginn der Pandemie mit dem Ethno-Medizinischen Zentrum ein Info-Flyer zum Coronavirus in 22 Sprachen erstellt wurde, Informationen regelmäßig aktualisiert in 20 Sprachen und in enger Zusammenarbeit mit den Migrantenorganisationen, Verbänden und Bundesländern zur Verfügung gestellt würden, auf [zusammengegencorona.de](https://www.zusammengegencorona.de) Artikel auf Deutsch, Englisch, Türkisch und Russisch eingestellt würden und Grafiken sowie Videos übersetzt und ausgespielt würden, Hinweise für Reiserückkehrer sich bundesweit in allen Tank- und Raststätten in deutscher, englischer, französischer, türkischer, polnischer und tschechischer Sprache befinden würden, die Digitale Einreiseanmeldung (DEA) in 15 Sprachen zur Verfügung stünde, Info-Material zur Impfkampagne in Gebärdensprache zur Verfügung stünde und in zehn Fremdsprachen sowie in leichter Sprache übersetzt würde, Info- und Aufklärungsfilme zum Impfen untertitelt würden und in die aktive Pressearbeit der Bundesregierung Medien, die sich ausdrücklich an Menschen mit Migrationshintergrund richten, einbezogen würden.

Somit stehen sich die Aussagen des Präsidenten des Robert Koch-Instituts Wieler und anderer Ärzte sowie der Bundesregierung diametral gegenüber. Sollte die Analyse der Herkunftsländer der an der Coronavirus-Krankheit Erkrankten ergeben, dass der Anteil der Personen mit einem Migrationshintergrund an den Erkrankten oder sogar jenen Personen, die im Krankenhaus behandelt werden, besonders hoch ist, so müssen gezielte Maßnahmen getroffen werden, die diese Gruppe im Speziellen schützen.

In anderen Ländern, wie beispielsweise Großbritannien und den USA, weiß man, dass Personen mit Migrationshintergrund schwerer von der Pandemie betroffen sind, als Personen ohne eine Einwanderungsgeschichte. „In England zeigen Studien aus der ersten Welle, dass Menschen mit Migrationshintergrund teilweise doppelt so stark gefährdet waren, an COVID-19 zu sterben, als jene ohne Migrationshintergrund. Fragt man in Deutschland bei zentralen Stellen, Behörden oder Forschern danach, erfährt man dagegen nichts. Die Krankenkassen verweisen darauf, dass keine Daten zum Migrationshintergrund erhoben würden, Gesundheitsministerien reagieren ähnlich“ (DIE ZEIT, 18.03.2021 07:00 Uhr, S. 4 ff.).

Der Generalsekretär des Intensivregisters Divi, Florian Hossmann, gab bekannt, er finde die Debatte „nahezu rassistisch“ und er weigere sich Zahlen herauszugeben (ebd.).

Die Migrationsforscherin Lewicki macht deutlich, dass man sich in Deutschland angewöhnt habe, bestimmte Daten nicht zu erheben mit dem Argument, niemanden diskriminieren zu wollen. Jedoch würde genau dies zu einer Diskriminierung führen. In Großbritannien, hingegen hätten „sich die Minderheiten erkämpft, dass genaue Daten

darüber erhoben werden, wie stark Angehörige von migrantischen Communitys etwa von Infektionskrankheiten betroffen seien“ (ebd.). Internationale Befunde zeigen, dass Menschen, die arm sind und in beengten Wohnverhältnissen leben, ein deutlich höheres Risiko aufweisen, an COVID-19 zu erkranken und schwerwiegendere Krankheitsverläufe haben, als andere. In vielen Industrieländern trifft dies auf Eingewanderte und deren Nachkommen zu. Auch in Deutschland arbeiten Migranten häufiger in prekären Beschäftigungsverhältnissen, in denen seltener Heimarbeit angeboten wird (vgl. www.tagesspiegel.de/politik/corona-und-migrationshintergrund-die-offentliche-informationspolitik-in-fremdsprachen-ist-duerftig/27009534.html).

I. Zielsetzung und Notwendigkeit der Regelungen

Ziel des Gesetzes ist es, Aufklärung über den tatsächlichen Anteil von Personen mit Migrationshintergrund zu schaffen, die an der Coronavirus-Krankheit-2019 (COVID-19) erkrankt sind. So können, sollte sich die Aussage des RKI-Präsidenten bestätigen, gezielte Maßnahmen zum Schutz vulnerabler Gruppen getroffen werden.

II. Wesentlicher Inhalt des Entwurfs

Die Änderung des Infektionsschutzgesetzes sieht vor, dass ebenso wie bei Tuberkulose, Hepatitis B und Hepatitis C zukünftig auch bei der Meldung der Coronavirus-Krankheit-2019 (COVID-19) der Geburtsstaat, die Staatsangehörigkeit und gegebenenfalls das Jahr der Einreise nach Deutschland angegeben werden.

III. Alternativen

Alternativ könnte die Meldung über Geburtsstaat, Staatsangehörigkeit und gegebenenfalls Jahr der Einreise nach Deutschland bei allen meldepflichtigen Krankheiten angeordnet werden.

IV. Gesetzgebungskompetenz

Die Gesetzgebungskompetenz des Bundes für Änderungen des Infektionsschutzgesetzes ergibt sich aus Artikel 74 Absatz 1 Nummer 19 GG (Maßnahmen gegen übertragbare Krankheiten bei Menschen).

V. Vereinbarkeit mit dem Recht der Europäischen Union und völkerrechtlichen Verträgen

Der Gesetzentwurf ist mit dem Recht der Europäischen Union vereinbar.

VI. Gesetzesfolgen

Das Gesetz wird zu minimalen Mehrausgaben aufgrund eines leicht erhöhten Verwaltungsaufwandes, der in Zusammenhang mit der Erfassung der Herkunft der Personen steht, einhergehen.

1. Rechts- und Verwaltungsvereinfachung

Keine.

2. Nachhaltigkeitsaspekte

Keine.

3. Haushaltsausgaben ohne Erfüllungsaufwand

Keine.

4. Erfüllungsaufwand

Keiner.

5. Weitere Kosten

Keine.

6. Weitere Gesetzesfolgen

Keine.

VII. Befristung; Evaluation

Eine Befristung findet nicht statt.

B. Besonderer Teil

Die Erfassung von Geburtsstaat, Staatsangehörigkeit und gegebenenfalls Jahr der Einreise nach Deutschland, analog der Regelung bei Tuberkulose, Hepatitis B und Hepatitis C im Infektionsschutzgesetz, ermöglicht es, einen Überblick über die Migrationsgeschichte von an der Coronavirus-Krankheit Erkrankten zu gewinnen und so gezielt Aussagen zu einer möglichen stärkeren Betroffenheit von Personen mit Migrationshintergrund treffen zu können und diese Personen gezielt zu schützen. Passgenaue Maßnahmen für besonders gefährdete Gruppen sind nötig, um die massiven Belastungen der Wirtschaft durch viele Monate andauernde „Lockdowns“, also den großflächigen Schließungen von ganzen Wirtschaftsbereichen, beenden zu können und gezielt Maßnahmen zu ergreifen, die dazu geeignet sind, jene zu schützen, die besonders betroffen sind.