



Deutscher Bundestag

Ausschuss für Gesundheit

Parlamentarisches Begleitgremium Covid-19-Pandemie

Wortprotokoll der 9. Sitzung

Parlamentarisches Begleitgremium Covid-19-Pandemie

Berlin, den 27. Mai 2021, 12:00 Uhr
als Kombination aus Präsenzsitzung (Paul-Löbe-
Haus, Saal E 300) und Webex-Meeting*.

*Die Zugangsdaten zum Webex-Meeting wurden an den ent-
sprechenden Teilnehmerkreis versandt.

Vorsitz: Rudolf Henke, MdB

Tagesordnung - Öffentliche Anhörung

Tagesordnungspunkt

Seite 4

Rückführung von Eindämmungsmaßnahmen: Öffnungspläne bzw. -strategien,
Bewertung des Infektionsgeschehens

**Mitglieder des Ausschusses**

	Ordentliche Mitglieder	Stellvertretende Mitglieder
CDU/CSU	Albani, Stephan Heilmann, Thomas Henke, Rudolf Lenz, Dr. Andreas Rief, Josef Warken, Nina Weinberg (Hamburg), Marcus	Helfrich, Mark Körber, Carsten Landgraf, Katharina Monstadt, Dietrich Müller, Axel Rupprecht, Albert Weiß (Emmendingen), Peter
SPD	Fahimi, Yasmin Hartmann, Sebastian Mattheis, Hilde Poschmann, Sabine Stadler, Svenja	Budde, Katrin Özdemir (Duisburg), Mahmut Rawert, Mechthild Schmidt (Wetzlar), Dagmar Yüksel, Gülistan
AfD	Münzenmaier, Sebastian Peterka, Tobias Matthias Schlund, Dr. Robby	Oehme, Ulrich Schneider, Jörg Wirth, Dr. Christian
FDP	Helling-Plahr, Katrin Houben, Reinhard	Höferlin, Manuel Westig, Nicole
DIE LINKE.	Kessler, Dr. Achim Kipping, Katja	Jelpke, Ulla Müller (Potsdam), Norbert
BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN	Dahmen, Dr. Janosch Schulz-Asche, Kordula	Brantner, Dr. Franziska Rottmann, Dr. Manuela



Die Anwesenheitslisten liegen dem Originalprotokoll bei.



Beginn der Sitzung: 12:30 Uhr

Tagesordnungspunkt 1

Rückführung von Eindämmungsmaßnahmen: Öffnungspläne bzw. -strategien, Bewertung des Infektionsgeschehens

Der **Vorsitzende**, Abg. **Rudolf Henke** (CDU/CSU):
Guten Tag, meine sehr verehrten Damen und Herren, liebe Zuschauerinnen und Zuschauer, sehr verehrte Sachverständige, sehr geehrter Herr Staatssekretär Dr. Gebhardt. Ich begrüße Sie alle sehr herzlich zu dieser öffentlichen Anhörung im Rahmen der 9. Sitzung des Parlamentarischen Begleitgremiums COVID-19-Pandemie, wieder als eine Mischung aus Präsenz Sitzung und Online-Meeting mit den zugeschalteten Abgeordneten und Sachverständigen. Vorab möchte ich Sie alle bitten, die per Webex zugeschaltet sind, sich mit Ihrem Namen anzumelden, sodass Ihre Teilnahme für uns erkennbar ist. Außerdem der kurze Wunsch, Ihre Mikrofone vorerst stummzuschalten. Zum weiteren Verfahren komme ich gleich. In der heutigen Anhörung geht es um das Thema Rückführung von Eindämmungsmaßnahmen und Öffnungspläne beziehungsweise -strategien und in dem Zusammenhang Bewertung des Infektionsgeschehens. Seit einiger Zeit vermeldet das Robert Koch-Institut eine täglich sinkende Zahl der vom Virus Befallenen und gleichzeitig sehen wir andere Parameter, die sich bessern. Die Zahl der Patienten auf den Intensivstationen und im Krankenhaus nimmt ab. Auch die Zahl der Verstorbenen geht tagesbezogen zurück. Wenn diese Tendenz anhält, dann erlaubt das Regelwerk des Infektionsschutzgesetzes (IfSG) weitere Lockerungen. Jetzt geht es darum, eine sinnvolle, aus meiner Sicht vorsichtige Öffnungsstrategie zu verfolgen. Dabei müssen wir uns des Risikos bewusst sein, dass die Situation natürlich schnell wieder kippen kann. Man wird sicher kein unvorsichtiges Verhalten und keine unbedachten Öffnungsmaßnahmen propagieren, aber ein überlegter, vorsichtiger, gut austarierter Öffnungsplan, der ist das, wonach viele fragen. Wie der aussehen sollte, darüber wollen wir heute mit Ihnen, sehr geehrte Sachverständige, in den kommenden 90 Minuten diskutieren. Es hat in der Vergangenheit manchmal Klagen darüber gegeben, das Parlament spiele in den gesamten Entscheidungsprozessen keine ausreichend große Rolle. Das kann man mit der Zahl der tatsächlichen

Befassungen mit der Situation quittieren. Man kann auch auf die Einrichtung dieses Begleitgremiums und auf die inzwischen angestiegene Zahl der Anhörungen hinweisen. Bevor wir anfangen, will ich kurz den Ablauf der Sitzung erklären. Die Zeit beträgt insgesamt 90 Minuten. Diese 90 Minuten sind nach einem bestimmten, den Fraktionsstärken entsprechenden Schlüssel und mit Zuschlägen für Oppositionsfraktionen von den Obleuten der Fraktionen verteilt worden. Nach diesem Schlüssel werde ich die Fraktionen in einer festgelegten Reihenfolge aufrufen. Jede Fraktion hat dann ein bestimmtes Zeitkontingent zur Verfügung. Sie kann im Rahmen dieses Minutenkontingents so viele Fragen stellen und Antworten erhalten, wie sie möchte. Das Zeitkontingent umfasst allerdings Fragen und Antworten. Wenn eine Fraktion in einer Runde ihr Kontingent nicht ausschöpfen möchte, kann sie die nicht verbrauchte Zeit auf die nächste Fragerunde übertragen. Trotzdem noch einmal die Bitte, sich bei Frage und Antwort möglichst kurz zu fassen, damit möglichst viele Fragen gestellt und beantwortet werden können. Ich bitte die aufgerufenen Sachverständigen noch einmal, ihr Mikrofon und ihre Kamera freizuschalten und wenn ich sie aufrufe, sich vorzustellen, wenn es einen Fehler in unserer Vorstellung für Sie gibt. Sobald Sie Ihren Redebeitrag beginnen, sind Sie für uns auf dem Videowürfel hier im Saal zu sehen und zu hören. Die Anhörung wird live im Parlamentsfernsehen übertragen. Im Nachgang wird das Wortprotokoll auf der Internetseite des Ausschusses veröffentlicht, sobald es fertiggestellt ist. Den Sachverständigen, die eine schriftliche Stellungnahme eingereicht haben, gilt noch einmal mein herzlicher Dank. Wir haben heute fünf Einzelsachverständige zu Gast. Da ist Frau Dr. Anne Bunte von der Kreisverwaltung Gütersloh. Sie ist dort Leiterin des Gesundheitsamtes. Das sind weiter: Frau Dr. Petra Dickmann aus dem Universitätsklinikum Jena, von der Klinik für Anästhesiologie und Intensivmedizin, Frau Prof. Dr. Christine Klein, die amtierende Past-Präsidentin der Deutschen Gesellschaft für Neurologie, Herr Dr. Gerhard Scheuch von der Gesellschaft für Aerosolforschung und Frau Dr. Viola Priesemann vom Max-Planck-Institut für Dynamik und Selbstorganisation in Göttingen. Als Verbände und Institutionen eingeladen sind die Deutsche Krankenhausgesellschaft, die durch Herrn Dr. Bernd Metzinger, den Geschäftsführer im Dezernat Personalwesen und Krankenhausorganisation, vertreten wird. Die



Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin wird durch den Präsidenten, Herrn Prof. Dr. Gernot Marx vertreten. Der Bundesvorstand des Deutschen Gewerkschaftsbunds wird durch den Leiter der Abteilung Sozialpolitik, Herrn Markus Hofmann, vertreten. Wir können nun mit den Fragerunden der Fraktionen beginnen. Den Anfang macht die Fraktion der CDU/CSU mit einem Kontingent von sieben Minuten. Die erste Frage stellt Frau Kollegin Nina Warken.

Abg. **Nina Warken** (CDU/CSU): Ich möchte mit einer Frage an Frau Dr. Bunte beginnen. Wie schätzen Sie ein, wo derzeit die Infektionsorte bestehen? Welche Infektionsquellen beobachten Sie hauptsächlich? Gab es Veränderungen und werden diese ausreichend erfasst?

ESVe **Dr. Anne Bunte** (Kreisverwaltung Gütersloh, Leiterin Gesundheitsamt): Die Frage nach den Infektionsquellen ist bei den sinkenden Zahlen natürlich deutlich besser zu beurteilen als in der Hochphase, speziell der 15. Kalenderwoche Mitte April, als es für uns deutlich erschwert war. Wir erfassen zurzeit etwa 70 Prozent der Infektionsquellen. Wir sehen wieder verstärkt, dass neben den Haushalten, so wie es vom RKI beschrieben ist, aufgrund der britischen Variante Betriebe betroffen sind. Zurzeit sind diese Fälle bei uns gestiegen. Wir schauen uns das sehr genau an. Wir erfassen in den Betrieben alles, was zwei oder mehr Fälle sind, die in einem epidemiologischen Zusammenhang stehen, wie es das IfSG (Infektionsschutzgesetz) vorsieht. Die Schwerpunkte liegen in den Bereichen Logistik und in der Lebensmittelbranche. Sie wissen, Gütersloh ist mit einem großen Ausbruch im letzten Jahr verbunden. Aktuell haben wir in einem anderen Betrieb einen deutlich nicht so großen Ausbruch, aber wieder einen Ausbruch. Hier sind die Aerosole ein großes Thema geworden. Wenn Sie die aktuellen Zahlen von uns interessieren: Wir haben 50 Prozent der Infektionen bei Haushaltskontakten. Das ist das, was wir als diffuses Infektionsgeschehen sehen. Zudem haben wir zum Beispiel aktuell 12 Prozent im Bereich der Lebensmittelbetriebe und drei Prozent in weiteren Betrieben. Das ist sicherlich bestimmten Sondersituationen geschuldet. Überall dort, wo wir das Thema von Arbeitsmigration haben und die entsprechenden

Wohnverhältnisse sowie eine entsprechende Situation in den Betrieben, sehen wir mit einer sehr großen Sorge hin. Wir sind natürlich froh, dass wir jetzt mehr als fünf Werktage unter der Inzidenz von 100 sind. Ich kann das, was der Vorsitzende gesagt hat, dass man bei den Öffnungsstrategien sehr vorsichtig sein soll, nur betonen. Wir sehen zwar eine deutliche Reduzierung bei den Testungen, egal ob das die Bürgertestungen oder die Auswertungen der Labore auf der RKI-Ebene sind. Aber da uns eine systematische Analyse auf der Bundesebene fehlt, können wir das nur lokal analysieren. Das muss man sehr gut im Blick behalten. Die reinen Inzidenzen sind nicht aussagekräftig, dazu braucht man die Statistik der Krankenhäuser. Das vielleicht als erste Einschätzung.

Abg. **Nina Warken** (CDU/CSU): Meine nächste Frage richtet sich an Herrn Prof. Dr. Marx. Mich würde interessieren, wie Sie die Lage auf den Intensivstationen im Hinblick auf die COVID-19-Patienten einschätzen und wie Sie vor diesem Hintergrund die aktuelle Diskussion um die Rückführung der Eindämmungsmaßnahmen bewerten?

ESV **Prof. Dr. Gernot Marx** (Präsident, Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin e. V. (DIVI)): Wir haben im Moment in Deutschland 3 000 Patienten mit COVID-19 auf den Intensivstationen zu betreuen. Die Zahl geht deutlich zurück. Wir hatten als Spitzenwerte etwa 5 150 Patienten. Allerdings ist die Zahl immer noch höher als der Spitzenwert in der ersten Welle. Deshalb können wir noch nicht von einer Entlastung sprechen. Außerdem haben wir 60 Prozent invasiv beatmete Patienten und viele Patienten, die wir noch längere Zeit betreuen müssen. Gerade in den Zentren beobachten wir, dass wir jüngere Patienten als bisher zu betreuen haben. Ich denke, dass die Regelungen der Bundesnotbremse funktioniert haben. Das kann man so konstatieren. Sie haben zu diesem Rückgang der Intensivpatienten letztendlich geführt. Wichtig ist, dass wir bei Öffnungsschritten immer sehr genau die Entwicklung betrachten und notfalls, wenn es notwendig ist, auch wieder Schritte der Lockerungsrückführung also Verschärfungen vornehmen. Das gilt gerade dann, wenn man die neue Virus-Mutante B.1.617 betrachtet, die sich sicherlich in den nächsten Wochen auch in Deutschland vermehrt verbreiten wird. Wir



müssen sehr genau anschauen, was das einerseits für die Inzidenz bedeutet und andererseits natürlich konsekutiv für die Anzahl der Intensivpatienten.

Abg. **Nina Warken** (CDU/CSU): Ich hätte noch eine Frage an Frau Dr. Priesemann. Wie würden Sie anhand des aktuellen Infektionsgeschehens die Notwendigkeit von weiteren Kontaktbeschränkungen einschätzen, beziehungsweise wo würden Sie sagen, kann man in welchen Schritten Lockerungen und welche Lockerungen genau angehen?

ESVe **Dr. Viola Priesemann** (Max-Planck-Institut für Dynamik und Selbstorganisation (MPIDS)): Was man sich klar machen muss, ist Folgendes: Wenn man von zehn Infektionen, die im privaten Haushalt, am Arbeitsplatz, in den Schulen passieren, zwei mehr zulässt, dann kommen wir von dem aktuellen R-Wert von 0,8 wieder auf einen R-Wert von eins. Das sind zwei von zehn Infektionen, die den Unterschied machen. Insofern nutzt man diese Maßnahmen auf der einen Seite relativ erfolgreich. Auf der anderen Seite hat die Bevölkerung auch eine Eigenmotivation und eine Eigendynamik. Insgesamt ist es so, wenn wir die Maßnahmen komplett aufgeben würden, hätten wir etwa drei- bis viermal mehr Infektionen, also wenn wir komplett alles aufgeben würden. Das heißt, es ist viel Luft nach oben, denn die Fallzahlen können jederzeit steigen. Was uns Sorgen macht, ist die neue Variante aus Indien, die sich bereits in England mit einer Verdopplung jede Woche ausbreitet. Das sind ganz grobe erste Zahlen. Das ist relativ heftig. In Deutschland ist die Anzahl erst bei zwei Prozent, das heißt, es wird drei bis fünf Wochen dauern, vielleicht auch etwas länger, bis auch hier wieder die Fallzahlen steigen. Insofern sollte man ganz genau darauf schauen, genauso wie bei B.1.1.7. Denn in vier bis fünf Wochen wird noch nicht genug Impfschutz bestehen, um die Intensivstationen möglicherweise nicht wieder zu belasten. Das heißt, es ist eine Gradwanderung zwischen Impffortschritt auf der einen Seite und Ausbreitung der indischen Variante auf der anderen Seite.

Der **Vorsitzende**: Dann geht das Fragerecht an die SPD-Fraktion und Kollegin Fahimi stellt die erste Frage.

Abg. **Yasmin Fahimi** (SDP): Meine Fragen richten sich zunächst an Markus Hoffmann vom DGB. Ich würde gerne eine genauere Vorstellung davon bekommen, wie die Eindämmungsmaßnahmen bei den Beschäftigten im Betrieb akzeptiert und gelebt werden. Gibt es inzwischen eine große Routine oder gibt es auch Ermüdungserscheinungen? Meine zweite Frage wäre: Zeichnet es sich ab, dass es erste Konfliktlagen im Sinne von „wer ist in der Belegschaft schon geimpft oder nicht“ gibt, oder ist alles mit einer großen Ruhe und Akzeptanz verbunden? Die dritte Frage in diesem Zusammenhang, die mich interessieren würde wäre, ob es eine Einschätzung gibt, ob wir mit Blick auf die Wiederaufnahme der Arbeit im Betrieb die Frage einer generellen Maskenpflicht aufrechterhalten können, oder ob in diesem Fall bevorzugt wird, lieber im Homeoffice zu bleiben?

SV **Markus Hofmann** (Leiter Abteilung Sozialpolitik, Deutscher Gewerkschaftsbund, Bundesvorstand (DGB)): Ich fange mit der Akzeptanz an. Wir sehen schon, dass die Akzeptanz für Schutzmaßnahmen gegen Corona unter den Beschäftigten sehr groß ist, auch wenn die Schutzmaßnahmen mit erheblichen Belastungen im Betriebsalltag verbunden sind, wie zum Beispiel das durchgängige Tragen von FFP2-Schutzmasken. Das zeigen alle Erhebungen und Befragungen. Zu Konflikten kann es eigentlich nur kommen, wenn man voreilig von den zwingend notwendigen und wirksamen Maßnahmen des Arbeitsschutzes, wie sie die SARS-CoV-2-Arbeitsschutzverordnung und die Arbeitsschutzregeln vorsehen, abweicht und Geimpfte von Maßnahmen ausnimmt. Das ist auch deswegen kritisch, weil Maßnahmen des Gesundheitsschutzes bei der Arbeit nicht an den Impfstatus der Beschäftigten zu knüpfen sind. Sie gelten immer und grundsätzlich für alle und gegen alle. Auch in der Zeit, in der es kein flächendeckendes Impfangebot für alle Beschäftigten gibt, besteht kein Raum für entsprechende Ungleichbehandlung am Arbeitsplatz. Damit dürfte die Konfliktlage gar nicht aufkommen. Wir sind aber der Auffassung, dass sobald ein flächendeckendes Impfangebot allen Impfberechtigten unterbreitet worden ist, sodass jede und jeder die Möglichkeit zum Eigenschutz durch Impfung hat, nicht mehr zu erwarten ist, dass die Schutzmaßnahmen und die damit einhergehenden Einschränkungen in diesem Umfang noch notwendig sein werden. Maßgeblich wird dann die individuelle



Betrachtung jeder Tätigkeit und jeder Branche sein. Das heißt, dass man sich die Gefährdungsbeurteilungen anschaut. Diese müssen der Maßstab für die konkreten Maßnahmen sein, die dann im Betrieb abgeleitet werden. Also unabhängig davon, was gesamtgesellschaftlich passiert und was der Gesetzgeber tatsächlich für alle gesellschaftlichen Bereiche verordnet, anordnet oder freigibt, ist in jedem Fall im Arbeitsschutzkontext, im betrieblichen Kontext individuell zu prüfen, inwieweit weitere Gefährdungslagen bestehen. Das Mittel und Instrument dazu ist die Gefährdungsbeurteilung. Zu der Frage Homeoffice, Masken, was kann wie eventuell wegfallen, um es so zu formulieren. Das ergibt sich aus dem Vorgenannten. Wir werden letztendlich sehen müssen, wie sich einerseits die Pandemie weiterentwickelt. Solange es eine pandemische Situation gibt, werden wir alle Hygiene- und Schutzmaßnahmen, die erfolgreich zusammenwirken können, wenn man sie einhält, fortführen. Frau Dr. Bunte hatte darauf hingewiesen, dass es im betrieblichen Kontext durchaus Ausreißer gibt. Wir kennen das aus der Vergangenheit insbesondere im Bereich der Fleischindustrie, aber auch im Bereich der Saisonarbeit in der Landwirtschaft. Man wird sehr individuell darauf schauen müssen, welcher Maßnahmenbedarf weiterhin besteht. Auch hier gilt natürlich, selbst wenn wir relativ viele Menschen haben, die bereits geimpft sind, ist nach wie vor auf die individuelle Gefährdungsanalyse vor Ort abzustellen. Wir stellen fest, dass Homeoffice und Maskentragen sehr effektive Maßnahmen waren. Wenn Sie gerade mit Blick auf das Homeoffice fragen, wie die Beschäftigten das sehen, hier haben wir natürlich unterschiedliche Bedürfnisse und Bedarfe. Wir haben einerseits die Beschäftigten, die keinerlei Möglichkeiten hatten, ins Homeoffice zu gehen, die in hohem Maße durch häufigen Kunden-, Klienten- oder Mandantenkontakt Gefährdungslagen ausgesetzt waren und sind. Auf der anderen Seite haben wir Beschäftigte, die die Möglichkeit hatten, in Homeoffice zu gehen. Das sind bereits die ersten unterschiedlichen Perspektiven. Bei denen, die ins Homeoffice gegangen sind, das sind etliche, ist es gut gegangen. Diese haben die räumlichen Voraussetzungen. Hier hat der Arbeitgeber relativ viel gut geregelt. Sie haben aber auch ganz viele, die in beengten Wohnverhältnissen, in beengten oder auch prekären familiären Verhältnissen zu Hause Büroarbeit verrichten sollen und mussten. Für diese gab

es, um es in aller Klarheit zu sagen, keine Alternative zum Arbeitsplatz im Betrieb beziehungsweise in der Dienststelle. Das heißt, man wird jetzt sehr genau darauf schauen müssen, einerseits das Homeoffice als effektive Maßnahme soweit als möglich zu erhalten und auf der anderen Seite, wenn es möglich ist, peu à peu wieder in den Betrieb, in die Dienststelle zurückzugehen. Das muss man unter Berücksichtigung der jeweiligen Gefährdungssituation auch ermöglichen. Denn viele Kolleginnen und Kollegen wollen das, das muss man ganz klar sagen. Der Drang zum Homeoffice ist in dieser Pandemie, wo die Menschen wenig soziale Kontakte nach außen gehalten haben, wenn sie sich an die Regeln gehalten haben, nicht mehr so groß wie vielleicht davor.

Abg. **Yasmin Fahimi** (SPD): Ich würde kurz nachfragen. Sehen Sie die Gefahr, dass mit Blick auf die Geringverdiener, die in besonderer Art und Weise belastet sind und oftmals nicht ins Homeoffice können, wie wir von Frau Dr. Ahlers vom WSI gehört haben, soziale Spannungen für unsere Gesellschaft drohen?

SV **Markus Hofmann** (Deutscher Gewerkschaftsbund, Bundesvorstand (DGB), Leiter Abteilung Sozialpolitik): Wenn die Menschen erleben, dass sie nicht nur entgeltlich abgehängt sind, sondern dass sie letztendlich unter Arbeitsbedingungen arbeiten müssen, die sich deutlich von anderen und insbesondere von denen abheben, die im tariflichen Bereich gut abgesichert tätig sind, wird es zweifelsohne zu Spannungen kommen. Dann haben die Menschen wenig Akzeptanz für Maßnahmen, weil sie sich zurückgesetzt fühlen und von der Politik nicht mitgenommen fühlen und schlussendlich die Pandemie in einer deutlich schwierigeren Lage erleben – einerseits das Entgelt, andererseits die individuelle Arbeitssituation, die sie durchleben müssen. Also spannungsgeladen kann das werden.

Der **Vorsitzende**: Das Fragerecht geht weiter zur AfD-Fraktion. Dr. Schlund hat sich gemeldet.

Abg. **Dr. Robby Schlund** (AfD): Meine Frage geht an Herrn Dr. Scheuch und es geht um die Aerosole. Viele Maßnahmen werden mit der Begründung der Verbreitung der Aerosole oder anhand der Aerosole



festgemacht. Sie schreiben in Ihren Stellungnahmen, dass draußen das Ansteckungsrisiko sehr viel geringer ist als drinnen und dass man in der Politik alles tun sollte, um die Menschen zu motivieren, ins Freie zu gehen. Sie verweisen in einem Interview zudem darauf, dass es viele Untersuchungen gibt, die festgestellt haben, dass im Außenbereich so gut wie keine Infektionen stattfinden. Wie beurteilen Sie aus Ihrer Sicht die Durchsetzung von Ausgangssperren und den Umgang mit strikten Maßnahmen wie Abstand und Maske im Außenbereich? Inwieweit sollte man durch Öffnungsstrategien gerade dort wieder eine Normalität herstellen? Es wurden ja viele Grundrechte, wie zum Beispiel die Versammlungsfreiheit eingeschränkt.

ESV Dr. Gerhard Scheuch (Gesellschaft für Aerosolforschung e. V.): Die Gesellschaft für Aerosolforschung hat schon die ganze Zeit darauf hingewiesen, dass es im Außenbereich relativ wenige Ansteckungen gibt. Das ist immer wieder durch Studien gezeigt worden. Ich komme gerade von der internationalen Aerosolmedizintagung in den USA zurück und auch dort wurde wieder ganz klar festgestellt, dass im Außenbereich so gut wie keine Ansteckungen stattfinden. Das liegt an der Aerosolausbreitung. Die Aerosole reichern sich in Innenräumen und besonders in kleinen Innenräumen an. Wir haben gerade festgestellt, dass auch in Aufzügen eine relativ große Aerosoldichte herrscht, sodass man sich anstecken kann. Man kann im Prinzip all das, was draußen stattfindet, bei den jetzigen Inzidenzen unserer Meinung nach freigeben. Insbesondere sollte man jetzt an die Kinder und die Jugendlichen denken, die wir ständig von sportlichen Aktivitäten fernhalten. Hier sollte man unbedingt lockern, dafür aber in Innenräumen weiterhin relativ streng vorgehen. Auch dazu haben wir von der Gesellschaft für Aerosolforschung Vorschläge unterbreitet. Man sollte gerade in Innenräumen, wo viele Menschen zusammenleben, daran denken, dass man Raumluftfilteranlagen aufbaut, oder dass man eventuell mobile Raumluftfilter installiert. Hier ist einfach nachzuschärfen, da kann man noch mehr tun. In den Außenbereichen könnte man jetzt durchaus stärkere Lockerungsmaßnahmen durchführen. Masken im Außenbereich? Die Frage stellt sich insbesondere dann, wenn Leute sehr eng zusammenstehen. Im Außenbereich sollte man weiterhin Masken nutzen. Ich selbst bin nicht der große Freund von FFP2-Masken, das muss ich

Ihnen ehrlich sagen, denn das sind Arbeitsschutzmasken, die nicht für die Pandemie gedacht sind. Die Masken haben eine ganz andere Aufgabe. Wenn ich höre, dass diese acht Stunden getragen werden sollen, finde ich das unzumutbar. Das muss man einfach ganz klar sagen. In diesem Fall müsste man Maskenpausen machen, was natürlich unsinnig ist. Denn wenn ich die Maskenpause mache und die Maske komplett abnehme, erhöhe ich natürlich das Ansteckungsrisiko ganz enorm. FFP2-Masken sollte man dann tragen, wenn man kurzzeitig in Innenräume geht, in denen man sich nicht allzu lange aufhält. Hier muss man sehr differenziert vorgehen. Dazu gibt es deutliche Stellungnahmen der Gesellschaft für Aerosolforschung sowie der internationalen Aerosolmedizingesellschaft.

Abg. Dr. Robby Schlund (AfD): Eine kleine Nachfrage, die auch in diesen Bereich geht. Ich hatte im November in Moskau ein Gespräch mit Dr. Marossov vom Gesundheitsausschuss. Dieser sieht das ähnlich wie Sie. Er sagte, dass man eigentlich nur im privaten Bereich das Problem hat und hier vor allen Dingen in Gemeinschaftsunterkünften, in sehr engen oder schlechten sozialen Verhältnissen. Das sieht man in Indien oder bei bestimmten Inzidenzen, die in Gemeinschaftsunterkünften viel stärker ausgeprägt sind. Dort versucht man, die Leute ins Freie zu bringen. Die politischen Maßnahmen sind so gemacht, dass man die Leute gerade nicht zusammen zu Hause einsperrt, sondern versucht, sie herauszubringen. In den privaten Bereichen setzt man eher strengere Maßnahmen ein und draußen eben keine strengen Maßnahmen. Sehen Sie das auch so, oder ist das vielleicht keine gute Strategie?

ESV Dr. Gerhard Scheuch (Gesellschaft für Aerosolforschung e. V.): Das finde ich eine sehr gute Strategie. Man sollte versuchen, den Leuten zu ermöglichen, nach draußen zu gehen. Wir sehen jetzt, dass die Inzidenzen jetzt zurückgehen. Das hat auch mit dem Wetter zu tun. Das hat damit zu tun, dass wir uns mehr im Freien bewegen können und mehr ins Freie gehen. Die Viren lieben das Sonnenlicht überhaupt nicht und gehen relativ schnell durch UV-Strahlung kaputt. Deswegen ist es natürlich sinnvoll, möglichst viele Aktivitäten ins Freie zu verlagern, auch die Gastronomie. Das würde ich jetzt relativ zügig ermöglichen. Wie gesagt, auf die engen Innenräume muss man achten. Sie haben



auch die engen Wohnsituationen angesprochen. Ja, soziale Bedingungen, wirtschaftlich schwierige Bedingungen führen dazu, dass mehr Ansteckungen stattfinden, wenn die Leute in engeren Bereichen zusammenleben. Wir haben im letzten Jahr in Altenheimen gesehen, dass viele Ausbrüche stattgefunden haben. Das geschieht, wenn viele Leute unter einem Dach zusammenleben. Dann haben die Aerosole leichtes Spiel.

Der **Vorsitzende**: Wir machen mit der CDU/CSU-Fraktion weiter, Frau Warken.

Abg. **Nina Warken** (CDU/CSU): Meine Frage geht zunächst an Herrn Dr. Metzinger. Könnten Sie uns Ihre Einschätzung der Lage in den Krankenhäusern schildern und vor diesem Hintergrund die aktuell geltenden Einschränkungen bewerten? Diese sind dazu gedacht, die Funktionsfähigkeit des Gesundheitssystems zu erhalten. Vielleicht können Sie Empfehlungen zu möglichen Öffnungsschritten ergänzen?

SV **Dr. Bernd Metzinger** (Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V. (DKG)): Wir haben uns inzwischen vom Höhepunkt der dritten Corona-Welle in den Krankenhäusern wegbewegt. Wir hatten am 27. April in den Krankenhäusern 17 445 positiv getestete Patienten. 5 099 befanden sich auf Intensivstationen, davon wurden 2 898 beatmet. Inzwischen sind die Zahlen zurückgegangen, das heißt, wir haben derzeit etwa 43 Prozent weniger stationäre COVID-Patienten. Die Zahlen liegen nun in der Größenordnung von 10 000, bei ungefähr 2 881 Intensivpatienten. Die Zahl der Beatmungspatienten ist um 37 Prozent auf 1 853 zurückgegangen. Insofern hat sich die Quote der beatmeten Intensivpatienten gegenüber damals 57 Prozent auf 64 Prozent etwas erhöht. Das heißt, es werden fast zwei Drittel der Patienten, die auf der Intensivstation liegen, beatmet. Die Krankenhauslage hat sich damit gegenüber dem Gipfel der Welle etwas entspannt. Trotzdem sind die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Krankenhäuser zusätzlich zum normalen Arbeitsvolumen nach wie vor stark belastet. Das liegt daran, dass rund 10 000 Patienten im Krankenhaus liegen, die mit erheblichem Aufwand gepflegt werden müssen, bei denen entsprechende Isolationsmaßnahmen und Maßnahmen zur Isolationspflege, also Masken,

Kittel, Pflege und so weiter, angewendet werden müssen. Dazu muss man wissen, dass auch die Krankenhausmitarbeiter vom Thema FFP2-Maske betroffen sind. Krankenhausmitarbeiter müssen FFP2-Masken tragen und müssen aus arbeitsschutzrechtlichen Gründen Pausen einlegen, in denen sie auf der Station nicht zur Verfügung stehen, weil sie diese Pausen ohne Masken außerhalb der Station verbringen müssen. Das vermindert noch einmal deutlich die Verfügbarkeit von Pflegepersonal und Ärzten. Dazu kommt, dass die Pflege von beatmeten COVID-Intensivpatienten besonders aufwendig ist. Diese Patienten müssen regelmäßig auf den Bauch gelagert werden. Das erfordert extrem viel ärztliches und pflegerisches Personal. Zudem dauert es lange, bis man einen Patienten gewendet hat, was mehrfach am Tag gemacht werden muss. Die Belastung der Mitarbeiter ist also nach wie vor sehr hoch, auch wenn die Zahlen es hergeben, dass man sagt, in den Krankenhäusern ist eine leichte Besserung zu sehen. Die Belegung der Krankenhäuser im Vergleich zum Normalbetrieb ist nach wie vor vermindert, weil sowohl auf den Intensivstationen als auch auf den Normalstationen viele Betten stillgelegt werden mussten, um Isolationsbetten zu erhalten. Dadurch haben die Krankenhäuser Erlösausfälle. Zum Thema Einschränkungen: Wir müssen alle gemeinsam dafür sorgen, dass sich der rückläufige Trend bei den Infektionszahlen fortsetzt. Was wir in den Krankenhäusern wirklich nicht gebrauchen können, ist eine vierte Pandemiewelle, sei es durch die bekannten Mutationen, sei es durch die neue indische Mutation B.1.617 oder durch weitere Mutationen. Daher müssen wir die Öffnungen, oder was auch immer wir machen, vorsichtig und kontrolliert vornehmen. Die 7-Tage-Inzidenz und die Belegung der Intensivstationen müssen im Auge behalten werden. Was ich ganz wichtig finde, wir müssen gewährleisten, dass der Öffentliche Gesundheitsdienst in der Lage sein muss, regionale Hotspots nachzuverfolgen und einzugrenzen. Das gilt insbesondere für solche, die von neuen Mutationen verursacht werden. Im Übrigen müssen möglichst viele Menschen so schnell wie möglich geimpft werden, um schwere Krankheitsfälle und damit auch die Einlieferung in die Kliniken möglichst zu vermeiden.

Der **Vorsitzende**: Wir machen weiter mit der FDP-Fraktion, die fünf Minuten hat. Frau Helling-Plahr hat das Wort.



Abg. **Katrin Helling-Plahr** (FDP): Frau Prof. Klein, ich wollte Sie sehr gerne fragen, Sie haben dazu im Chat (Webex-Chat) bereits Ausführungen gemacht, ich hatte tatsächlich vor, Sie nach Ihrer Studie in Lübeck und den daraus gewonnenen Erkenntnissen zu fragen.

ESVe **Prof. Dr. Christine Klein** (Past-Präsidentin der Deutschen Gesellschaft für Neurologie (DGN)): Ich hoffe, Sie verzeihen mir diese kleine Nachricht. Ich dachte, vielleicht kann man sich nicht richtig vorstellen, was eine Neurologin hier beitragen kann. Wir haben letztes Jahr von März 2020 bis Februar 2021 3 000 Lübeckerinnen und Lübecker, das entspricht einem Prozent der Bevölkerung, sehr engmaschig verfolgt und insgesamt an sieben Zeitpunkten PCR- und Antikörperuntersuchungen durchgeführt. Das waren etwa 20 000 Tests. Zusätzlich haben wir etwa 100 000 Fragebögen erhoben. Diese Ergebnisse liegen nun vor. Ich versuche jetzt schnell, es ist ja wenig Zeit, die wichtigsten Dinge zusammenzufassen. Insgesamt hatten sich 3,5 Prozent der Stichprobe infiziert. Die Dunkelziffer ist gesunken von anfangs 90 Prozent auf 30 Prozent im Februar 2021. Wichtig ist sicherlich, dass wir natürlich Risikofaktoren identifiziert haben. Der größte Risikofaktor, das ist sehr plausibel, war der Kontakt zu einer mit COVID-19 erkrankten Person. Interessanterweise kamen aber auch andere Risikofaktoren ins Spiel. Dazu zählten besondere Berufsgruppen, wie zum Beispiel medizinisches Personal, Polizei, Feuerwehr und Studierende. Das waren diejenigen, die das größte Risiko hatten. Umgekehrt ist zu erwähnen, dass manche Faktoren kein erhöhtes Risiko mit sich zu bringen schienen, zumindest in unserer Erhebung in einem Niedrigprävalenzgebiet. Das muss man natürlich sagen, Schleswig-Holstein und insbesondere Lübeck haben eine niedrige Prävalenz. Zu den Faktoren zählen, ob man ein Kind in der Schule hatte oder nicht, ob man zu Events gegangen ist, als es im Sommer möglich war, oder nicht, ob man öffentliche Verkehrsmittel benutzt hat oder nicht. All das war mit keinem erhöhten Risiko in unserer Stichprobe vergesellschaftet. Vielleicht ein für das heutige Thema besonders wichtiger Aspekt: Wir haben Lübeck deshalb ausgewählt, das war die Idee der Studie, weil wir erwartet haben, dass es einmal durch den Tourismus aber auch durch die Zugehörigkeit zur Metropolregion Hamburg eine hohe Dynamik gibt. In der Tat kamen 2020 noch mehr Touristen nach Lübeck als

2019. Das konnten wir gut belegen. Wir hatten eine ganz hohe Dynamik und trotzdem gab es in den fünf Sommermonaten unter diesem hohen Tourismuseintrag und einer sehr hohen Mobilität keine erhöhten Infektionszahlen. Das allerdings, das will ich nochmals betonen, in einer Zeit der absolut niedrigen Prävalenz, niedriger als wir sie jetzt haben, und in einer Zeit, als die Hygienemaßnahmen, das Maske tragen, die Abstandsregeln und so weiter galten. Das ist das Wichtige. In dieser Zeit schien es sicher zu sein. Die Öffnungen, die stattfanden, wir hatten Tourismus, es war alles offen, Innengastronomie und so weiter, schienen sicher zu sein.

Abg. **Katrin Helling-Plahr** (FDP): Wie bewerten Sie auf Basis Ihrer Erfahrungen die Lockerungs- oder Eindämmungsmaßnahmen, je nachdem wie herum Sie es formulieren wollen, zum jetzigen Zeitpunkt?

ESVe **Prof. Dr. Christine Klein** (Past-Präsidentin der Deutschen Gesellschaft für Neurologie (DGN)): Ich kann mich nur den Vorrednern anschließen. Unter den entsprechenden Vorsichtsmaßnahmen und bei weiter sinkenden Inzidenzen und einem gewissen, längst nicht vollständigen Impfschutz ist das mit aller Vorsicht sehr vertretbar. Was vielleicht noch ganz wichtig ist, man muss absolut auf der Hut sein. Das konnten wir zeigen und passt zu einer früheren Frage. Wir haben uns natürlich gefragt, warum gingen auch in Lübeck im Herbst plötzlich die Infektionszahlen so hoch? Wir hatten Inzidenzen von über 250. Was wir gesehen haben – wir haben natürlich keine Beweise, sondern es sind immer nur Korrelationen – ist, dass das Benutzen von öffentlichen Parks, dass Dinge, die man draußen machen kann, exakt gegenläufig mit dem Anstieg der Zahlen korrelierte. Insofern zwei Lehren: Im Sommer ist es „sicherer“. Zum anderen ist ein engmaschiges Testen erforderlich. Man muss auf der Hut bleiben, denn das kann ganz schnell wieder zu Ausbrüchen und sehr schnell zu explodierenden Zahlen führen. Größte Vorsicht wäre aus unserer Sicht weiterhin geboten.

Der **Vorsitzende**: Dann machen wir weiter mit der Fraktion DIE LINKE. Es fragt Frau Kollegin Kipping.



Abg. **Katja Kipping** (DIE LINKE.): Meine Frage geht an Herrn Hofmann von der Gewerkschaft. Sollte Long-COVID Ihrer Meinung nach als Berufserkrankung anerkannt werden? Wenn ja, gilt das eingeschränkt für bestimmte Branchen und welche Vorteile hätte das?

SV **Markus Hofmann** (Deutscher Gewerkschaftsbund, Bundesvorstand (DGB)): Wir sind gerade dabei, uns für die Anerkennung von COVID, nicht Long-COVID, sondern COVID als Berufskrankheit einzusetzen. Es erscheint nur sachlogisch, dass man auch Long-COVID in den Fokus nimmt und die Anerkennung von Long-COVID als Berufskrankheit vorantreibt. Das dürfte vor allem für die Branchen zutreffen, in denen die Beschäftigten permanente Kunden-, Klienten-, Bürger-, Kinder-, Schüler- und Patientenkontakte haben, also den ganzen Bereich Einzelhandel, Logistik, ÖPNV, Kita, Schule, Rettungsdienst, Pflege, Medizin, Feuerwehr und so weiter. Was wäre der Vorteil dieser Anerkennung? Das wäre ganz klar die Versorgung aus einer Hand durch die Berufsgenossenschaften und Unfallkassen, da diese ambulant, stationär und rehabilitativ sehr eng vernetzt sind. Auch die Leistungen nach dem SGB VII sind deutlich besser als nach dem SGB V. Damit ist die Wahrscheinlichkeit, dass jemand nach einer insbesondere auch Long-COVID-Erkrankung vielleicht sogar wieder den Weg zurück in das Erwerbsleben findet, das soll das gemeinsame Ziel sein, deutlich höher als in der Kombination SGB V-Leistungen und anschließend Rehabilitationsleistungen über das SGB VI der Rentenversicherung. Dort hat man aber schon jetzt sehr spezifische COVID-Rehabilitationsmaßnahmen entwickelt und umgesetzt. Sollte die Wiedereingliederung in das Erwerbsleben nicht möglich sein, ist natürlich mit der Anerkennung als Berufskrankheit die Auszahlung einer Verletztenrente möglich. Wie das erfolgen kann? Das ist ein relativ einfaches Verfahren. Long-COVID muss auf die Liste der Berufskrankheiten gesetzt werden. Hier ist das BMAS (Bundesministerium für Arbeit und Soziales) in der Verantwortung. Das BMAS kann das direkt machen. Die Aufnahme kann auch von der Deutschen gesetzlichen Unfallversicherung angeregt werden. Diese ist gerade dabei, das für COVID zu machen. Aus Sicht des DGB und seiner Mitgliedsgewerkschaften ist es dann sachlogisch und zwingend erforderlich, Long-COVID genauso zu behandeln.

Abg. **Katja Kipping** (DIE LINKE.): Ich habe eine Frage an Frau Dr. Priesemann. Wo man hinschaut, sind die Weichen in Richtung Öffnung gestellt. Ich frage ganz offen: Wird das alles angesichts der schnellen Ausbreitung der indischen Variante wieder infrage gestellt?

ESVe **Dr. Viola Priesemann** (Max-Planck-Institut für Dynamik und Selbstorganisation (MPIDS)): Ja und nein. Wir können das sehr schwer abschätzen. Wir denken, dadurch dass wir jetzt zwei Prozent der indischen Variante in Deutschland haben, braucht es wahrscheinlich noch vier oder mehr Wochen, bis die indische Variante hier überhandnimmt. Das kann abgebremst werden, indem man Reisende ganz konsequent testet und so die Virusmobilität einschränkt. Was man sieht, ist eine Art Wettrennen. Impfen wir schneller oder breitet sich die indische Variante schneller aus? Im Prinzip könnten sich mehr indische Variante und mehr impfen ziemlich genau ausgleichen. Das bedeutet aber, dass nicht viel Raum für weitere Öffnungen ist.

Abg. **Katja Kipping** (DIE LINKE.): Dann wollte ich Herrn Hofmann fragen. Vonseiten der Arbeitgeber ist jetzt wieder eine Abschaffung der Schnelltests und der Homeoffice-Pflicht im Gespräch. Wie lange sollten diese Instrumente Ihrer Meinung nach noch gelten?

SV **Markus Hofmann** (Deutscher Gewerkschaftsbund, Bundesvorstand (DGB)): Auch wenn die Infektionszahlen jetzt zurückgehen würden, ist die Pandemie noch lange nicht bewältigt. Wir dürfen nun nicht übereilt alle wirkungsvollen Mechanismen, die helfen die Pandemie einzudämmen, über Bord werfen. Gerade die Unternehmen stehen nach wie vor in besonderem Maße in der Pflicht. Wir haben heute gehört, Betriebe sind nach wie vor ein Ort der Infektion. Sie stehen in einem besonderen Maß in der Pflicht, für einen wirksamen Arbeits- und Gesundheitsschutz zu sorgen. Dazu gehören nach wie vor und gerade jetzt ein breites Testgeschehen sowie das Arbeiten im Homeoffice. Es gilt, solange nicht ein Großteil der Beschäftigten vollständig geimpft ist, brauchen wir klare Hygienekonzepte, brauchen wir die Testpflicht und brau



chen wir das Homeoffice als wichtiges ergänzendes Angebot. Wir halten es für viel zu verfrüht, den Cut zu machen.

Der **Vorsitzende**: Wir machen weiter mit BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und Frau Schulz-Asche.

Abg. **Kordula Schulz-Asche** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Meine erste Frage richtet sich an Frau Dr. Priesemann. Welche Indikatoren bräuchte man für einen Stufenplan, der das Infektionsgeschehen im Sinne von Eskalations- und Deeskalationsmöglichkeiten und die jeweils in den einzelnen Stufen zu ergreifenden Maßnahmen gut abbildet? Wie bedingen sich diese Indikatoren untereinander? Welche Beziehung haben die zueinander? Macht es gegebenenfalls Sinn, aus diesen verschiedenen Leitindikatoren einen Quotienten zu bilden, der die Stufen auslöst beziehungsweise zurückfährt?

ESVe **Dr. Viola Priesemann** (Max-Planck-Institut für Dynamik und Selbstorganisation (MPIDS)): Die Frage bezieht sich ein Stück weit auf die Kritik an den Inzidenzwerten. Wir können die Inzidenzwerte relativ gut betrachten. Es sind einfach die Werte, die zuerst vorhanden sind. Krankenhausbelastung und Sterbezahlen sind wesentlich später vorhanden. Allerdings gibt es jetzt das Impfen und es wird getestet. Wir wissen zum Beispiel derzeit viel schlechter, wie die Inzidenzen bei schon geimpften Personen sind. Wir bräuchten, ich glaube, es wäre jetzt der richtige Zeitpunkt, diese Querschnittsstudien, bei denen man jede Woche 100 000 Menschen testet. Diese einzuführen, wäre extrem hilfreich, weil wir dann Aufschluss über Altersverteilung und Impfstatus der möglicherweise infizierten Personen hätten. Es fällt uns zurzeit extrem schwer, die Zahlen zu interpretieren, u. a. weil die altersabhängige Impfung überhaupt nicht vorliegt. Vorher konnten wir die Dunkelziffer sehr gut aus dem Verhältnis zwischen Fallzahlen und den späteren Hospitalisierungen oder Todeszahlen abschätzen. Weil das Impfen das zum Guten verschiebt, können wir diese Abschätzungen nicht mehr gut machen und sitzen etwas im Dunkeln. Sollte man andere Indikatoren nehmen? Die Inzidenz ist der Vorläufer für Fallzahlen. Bis alle Menschen, die sich impfen lassen wollen, geimpft sind, sollte man die Inzidenz niedrig halten. Es gibt keinen Grund, sie steigen zu

lassen, weil das nur vorübergehend wäre. Bei niedrigen Fallzahlen kann ich viel besser eindämmen und ich habe ein geringes Risiko. Bei hohen Fallzahlen muss ich mindestens dieselben Eindämmungsmaßnahmen machen. Ich habe also nur vorübergehend die Möglichkeit, ein bisschen zu lockern. Die Fallzahlen gehen hoch und spätestens dann muss man eindämmen, aber bei höherem Niveau. Wie aufwendig das ist, haben wir im Winter gesehen. Hohe Fallzahlen bringen keine Erleichterung, niedrige Fallzahlen sind wesentlich einfacher zu handhaben. Wir denken deswegen, dass die Inzidenz sehr wichtig ist. Irgendwann wird der Punkt kommen, wo man sagt, ok, wir lassen COVID laufen, es wird endemisch. Dieser Punkt kommt dann, wenn 90 Prozent der schweren Verläufe vermieden werden. Wir haben den letzten Winter gesehen, grob waren wahrscheinlich zehn Prozent der Menschen infiziert. Das hat über Wochen, fast Monate die Intensivstationen sehr belastet. Das heißt im Umkehrschluss, 90 Prozent der Menschen könnten noch einen schweren Verlauf haben, abzüglich der Geimpften. Wenn wir also genug Menschen immunisiert haben, sodass 90 Prozent der schweren Verläufe vermieden werden, dann können wir sagen, wir lassen COVID laufen.

Abg. **Kordula Schulz-Asche** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Ich frage Frau Dr. Dickmann. Wie müsste in Ihren Augen die Risikokommunikation aussehen? Wir sind alle, glaube ich, überzeugt davon, dass die Teilnahme, die Partizipation der Bevölkerung an den Maßnahmen des Infektionsschutzes in den kommenden Monaten eine große Rolle spielt. Welche besonderen Anforderungen an die Kommunikation in Richtung Bevölkerung sehen Sie?

ESVe **Dr. Dr. Petra Dickmann** (Universitätsklinikum Jena, Klinik für Anästhesiologie und Intensivmedizin): Die Risikokommunikation ist ein zentraler Bestandteil eines erfolgreichen Pandemiemanagements. Aus unserer Erfahrung ist es wichtig, dass die Kommunikation drei Bereiche anspricht. Sie soll erstens eine Expertise widerspiegeln. Es muss zweitens deutlich werden, dass die Kommunikation integer ist, ehrlich ist. Das Dritte ist, dass ein Wohlwollen dahintersteht, dass man die Menschen ernst nimmt, sie mitnimmt und teilnehmen lässt.



Wir haben in der Vergangenheit die Erfahrung gemacht, dass viel durcheinander kommuniziert wurde. Dadurch wurde es den Menschen schwer gemacht, zu verstehen, was sie tun sollen. Insgesamt merken wir in jeder Studie und in jeder Umfrage immer wieder, dass die Menschen unheimlich gerne ihren Beitrag leisten möchten, um die Pandemie zu beenden. Sie sind bereit, alles mitzumachen, wenn sie eine klarere Linie sehen würden. Bei der Expertise, um den ersten Punkt zu adressieren, ist es manchmal nicht einfach, wenn die Wissenschaft und die politischen Anforderungen eine unterschiedliche Dynamik haben. Wenn Studien vorgestellt werden, die ein Jahr gedauert haben, ist das wissenschaftlich wahnsinnig schnell. Allerdings fordert das die Politik natürlich viel schneller an.

Der **Vorsitzende**: Das Fragerecht wandert weiter zur SPD. Es hat sich Kollegin Mattheis gemeldet.

Abg. **Hilde Mattheis** (SPD): Meine Fragen gehen an Frau Dr. Priesemann und an Frau Dr. Dickmann. Zunächst an Frau Dr. Priesemann: Wir haben viel über Schnelltests, über Maskenpflicht und so weiter gehört. Könnten Sie das Thema Eigentest oder Selbsttest in die Betrachtung aufnehmen? Das Thema kommt mir, das muss ich gestehen, immer ein Stück weit zu kurz, hat aber mit einem Public Health-Ansatz durchaus eine Sinnhaftigkeit. Wir haben diese Kommunikation in meinen Augen ziemlich stark vernachlässigt. An das Thema Studien anschließend an Frau Dr. Dickmann und wenn Zeit bleibt auch an Frau Prof. Dr. Klein folgende Frage. Das Thema, ob wir eine ausreichende Datenlage haben, erfüllt uns seit den letzten Monaten mit Sorge. Wissen wir wirklich genügend zum aktuellen Infektionsgeschehen? Auf welche Fragen können wir bis heute keine richtigen Antworten geben? Das kann einen schon ziemlich aufregen.

ESVe **Dr. Viola Priesemann** (Max-Planck-Institut für Dynamik und Selbstorganisation (MPIDS)): Ich kann vor allen Dingen etwas zur Wirksamkeit von Tests allgemein sagen. Wenn jede Person sich etwa alle zwei Wochen testen lassen würde, oder die Hälfte der Personen jede Woche, und man nachverfolgt, falls der Test positiv ist, dann könnte das ei-

nen extrem großen Beitrag zur Eindämmung leisten. Man könnte sich also vorstellen – das ist jetzt außerhalb meiner Expertise –, dass die Schulen und die Arbeitgeber diese Tests an die Haushalte geben zum eigenverantwortlichen Einsatz. Die Menschen wissen inzwischen ganz gut, wie sie ihn einsetzen. Das Wichtige wäre aber, dass kein Druck entsteht, eine Infektion zu verbergen. Denn die ganzen verborgenen, die ganzen nicht erkannten Infektionen, die Menschen, die trotz einer Infektion oder trotz eines Verdachts zum Arbeitsplatz gehen, weil es keine Akzeptanz gibt, zu Hause zu bleiben oder weil sie finanzielle Einbußen haben, sind ein Problem. Das ist ein großes Problem für die Eindämmung und für unsere Forschung.

ESVe **Dr. Dr. Petra Dickmann** (Universitätsklinikum Jena, Klinik für Anästhesiologie und Intensivmedizin): Zur Datenlage ist meine Einschätzung, dass wir immer noch im Dunkeln fischen. Die Datenlage ist nicht gut. Es fängt damit an, dass wir erst seit Kurzem so etwas wie die Altersangabe zu der Intensivbelegung haben. Wir haben immer noch keine systematische Erfassung von Hospitalisierung, also der Aufnahmen auf Normalstation nach Alter und Geschlecht. Das müssen wir in unserer Forschungsgruppe mühsam aus Lageberichten von Gesundheitsämtern herausfiltern. Wir haben Angaben zu Positivraten von PCR-Testungen, aber keine Idee, warum dieser PCR-Test gemacht wurde. War das eine Surveillance? War es eine Bestätigung? War es eine Kontaktperson? Wir haben immer noch sehr schlechte Angaben zum Fortschritt der Impfungen. Wir wissen nicht, sind die Altersgruppen durch, sind die Priorisierungen durch, sind Regionen durch? Es fällt uns bereits bei ganz grundlegenden Fragen sehr schwer, eine Einschätzung zu geben. Die Gesundheitsämter kommen bei dieser Aufgabe kaum hinterher, insbesondere wenn die Inzidenz hoch ist, wenn Hotspot-Geschehen ist. Dann, wenn wir diese Informationen am dringendsten brauchen, haben wir sie am wenigsten. Wir haben eine Statistik erstellt, dass in Phasen, in denen in Thüringen sehr viel Hotspot-Geschehen war, wir kaum Angaben hatten, die eigentlich meldepflichtig sind. Wo finden Infektionen statt? Ist das im Krankenhaus? Ist das in der Betreuungseinrichtung? Dann haben wir größere Fragen, zum Beispiel die Rolle von Kindern, überhaupt noch nicht geklärt. Wir haben inzwischen ein paar Erkenntnisse mehr, was die Ansteckung angeht. Wir wissen



nicht so genau, was wir mit dem Impfen machen. Hier warten wir dringend auf neue Informationen. Wir haben als Gesellschaft im Grunde noch kein gutes Verständnis zur Rolle von Schulen. Sollen wir diese schließen? Brauchen wir bessere Hygienemaßnahmen? Sollen wir sie einfach beibehalten? Ein ganz zentraler Punkt ist, wie ich meine, das Hotspot-Geschehen. Das hat uns im gewissen Sinne überrascht. Wir hatten vom SARS-Corona-Virus die Auffassung, dass das Infektionsgeschehen an den großen Orten, an den Flughäfen, in den Metropolen stattfinden würde. Wir haben aber genau das Gegenteil gesehen. Es sind die kleinen, abgelegenen Orte, wo man auf der Landkarte schauen muss, wie man dort hin kommt, Tirschenreuth, Neustadt am Rennsteig, solche Orte. Man kann sich im Moment nicht erklären, wie es zu diesen Hotspot-Geschehen in diesen kleinen, abgelegenen Orten kommt, die dann nach einer Weile über das Land ziehen. Das sind die zentralen Fragen, für die wir noch sehr viele Daten brauchen und noch viel mehr wissenschaftliche Studien durchführen müssen.

ESVe **Prof. Dr. Christine Klein** (Past-Präsidentin der Deutschen Gesellschaft für Neurologie (DGN)): Ich kann das nur unterstützen. Vielleicht direkt noch ein Wort zu den Ergebnissen, die wir von einer Studie beitragen können. Wir haben keine Kinder untersucht, sondern erst ab 18. Es sind aber einige Schülerinnen und Schüler dabei. Wir haben 160 Lehrer in der Stichprobe mit den 3 000 Teilnehmerinnen und Teilnehmern. Vielleicht noch ein wichtiger Aspekt: Wir hatten eine sehr hohe Retentionsrate. Die Kohorte ist zu den sieben Zeitpunkten zwischen 78 und 90 Prozent erschienen. Wir haben insofern relativ belastbare Daten. Zu den Lehrern ist zu bemerken, wie gesagt, das ist ein sehr indirektes Abbild, dass in unserer Kohorte unter diesen 160 Lehrern zum allerletzten Studienzeitpunkt im Februar 2021 nur zwei antikörperpositiv waren und keiner PCR-positiv war. Generell brauchen wir auf jeden Fall mehr Daten. Es gibt praktisch kaum longitudinale Studien zum Beispiel zu Kindern. Das ist alles schon gesagt worden. Das muss dringend sein. Hier in Lübeck hat das gut geklappt, weil wir tolle Kollegen haben – ich habe das natürlich nicht allein gemacht – und weil die Uni sehr unterstützt hat und weil die Bevölkerung mitgemacht hat, das ist wichtig. Wir haben diese hohe Retentionsrate, die das Interesse und das Bedürfnis der Bevölkerung nach solchen Erhebungen

zeigt. Wir haben auch sehr positive Evaluationsergebnisse bekommen. Wir haben, weil wir anfangs kein Geld hatten, eine Crowdfunding-Kampagne gestartet und 100 000 Euro aus der Lübecker Bevölkerung einsammeln können. Deshalb konnten wir sehr früh starten.

Der **Vorsitzende**: Wir machen weiter mit zwei Fragerunden der CDU/CSU-Fraktion. Aus einer früheren Fragerunde kommt eine Minute Fragezeit dazu. Frau Warken hat das Wort.

Abg. **Nina Warken** (CDU/CSU): Ich habe zunächst Fragen an Herrn Prof. Dr. Marx. Es gab in jüngster Zeit kritische Stimmen, auch hervorgerufen durch einen Positionspapier, dass es vielleicht zu viele COVID-19-Patienten gegeben hätte, die auf den Intensivstationen behandelt worden seien, und dass diese Besorgnis über eine mögliche Überlastung des Gesundheitssystems, der Krankenhäuser und Intensivstationen oft übertrieben dargestellt worden sei. Wie würden Sie das beurteilen?

SV **Prof. Dr. Gernot Marx** (Präsident Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin e. V. (DIVI)): Es gibt klare Kriterien, wann ein Patient intensivpflichtig ist. Man muss sagen, dass bei dieser Corona-Viruserkrankung, sprich COVID-19, sich die Patienten dramatisch schnell verschlechtern. Weil es ein respiratorisches Versagen ist, sind sie dann vital gefährdet. Ich kann nur sagen, aus dem Umfeld, das mir persönlich bekannt ist, und aus den mir bekannten, publizierten Daten waren die Intensivindikationen korrekt. Der Vorwurf entbehrt meines Erachtens jeglicher Datengrundlage und ist nicht korrekt. Die Frage, ob das die Belastung ... Ich mache seit mehr als 25 Jahren Intensivmedizin und habe persönlich noch keine ähnliche Belastung auch nur im Ansatz kennengelernt, wie es sie in den letzten eineinhalb Jahren gab. Ich habe auch noch nie eine so umfangreiche Erschöpfung bei meinen Mitarbeitern in meiner Klinik erlebt. Das wird mir auch von allen anderen Kolleginnen und Kollegen berichtet. Es ist wirklich eine Ausnahmesituation. Wir hatten noch keine Pandemie. Die Belastung ist wirklich unglaublich hoch und wir können nur froh sein, wenn die Mitarbeiter nach dieser Pandemie weiter zur Verfü-



gung stehen, um die zwei Millionen Intensivpatienten, die es in Deutschland jedes Jahr zu versorgen gilt, zu versorgen. Haben wir zu viel Alarm geschlagen? Ich denke nicht. Es ist immer das Problem, wenn man entsprechend indiziert, dass es eine schwierige Situation geben kann. Nach unserer Einschätzung haben die politisch Verantwortlichen korrekt gehandelt, indem sie die sogenannte Bundesnotbremse veranlasst haben. Das hat zu einem Rückgang der Infektionen und damit zu einem Rückgang der Intensivpatienten geführt. Das war genau die richtige Handlung. Wir können sehr froh sein, dass diese absolute Krisensituation nicht eingetreten ist.

Abg. **Nina Warken** (CDU/CSU): Noch einmal eine Frage an Herrn Prof. Dr. Marx. Ich würde Sie in diesem Zusammenhang bitten, uns die täglich im DIVI-Intensivregister gemeldeten Zahlen zu erläutern. Wie setzen sich dieses zusammen? Wie setzen sich die Daten der gemeldeten freien und belegten Betten zusammen? Warum hat es im Verlauf bei den freien Betten Veränderungen gegeben?

SV **Prof. Dr. Gernot Marx** (Präsident Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin e. V. (DIVI)): Alle Krankenhäuser, die Intensivpatienten betreuen, melden verpflichtend jeden Tag ihre Betten, die sie mit COVID-19-Patienten belegt haben, respektive die freien Betten, respektive die freien und belegten sogenannten ECMO-Kapazitäten, das sind die extrakorporalen Membranoxygenierungen, eine externe Lungenorganunterstützung. Auch der Anteil der invasiv beatmeten Patienten wird gemeldet. Dieser kritisierte, plötzliche Rückgang der Intensivkapazitäten ist darauf zurückzuführen, dass wir zu diesem Zeitpunkt gemeinsam mit dem DIVI und dem RKI die Kinderintensivbetten aus der Rechnung herausgenommen haben, weil Kinder, Gott sei Dank muss man sagen, bisher sehr selten entsprechend schwer mit COVID-19 erkrankt sind. Deswegen waren diese Betten für die Steuerung und Betrachtung der Lage nicht sinnvoll und wurden herausgenommen.

Abg. **Nina Warken** (CDU/CSU): Ich würde an Frau Dr. Bunte Fragen stellen. Wir haben nach den Diskussionen um Lockerungen nach der ersten Welle eine Inzidenz von 50 als Ziel gesetzt. Das soll eine

Fallgröße sein, mit der die Gesundheitsämter die Kontaktverfolgung gut meistern können. Wie würden Sie das einschätzen? Wie bewerten Sie sowohl als Leiterin eines Gesundheitsamts als auch aus dem Landesvorstand heraus die Öffnungsschritte in den einzelnen Bundesländern vor dem Hintergrund der Virusvarianten, die uns verstärkt beschäftigen werden?

ESVe **Dr. Anne Bunte** (Kreisverwaltung Gütersloh, Leiterin Gesundheitsamt): Die Gesundheitsämter haben sich als atmende Systeme zeigen müssen, das heißt, das, was einmal ursprünglich für eine Inzidenz von 50 kalkuliert war, hat in keiner Weise getragen. Wir mussten uns immer den steigenden Inzidenzen anpassen. Das ist mehr oder weniger dadurch gelungen, dass, wie es von mehreren Vordnern beschrieben wurde, bestimmte Dinge zurückgestellt wurden, wie zum Beispiel von einigen Gesundheitsämtern bestimmte Nachmeldungen von Ergebnissen der entsprechenden Ermittlungen. Ich würde sagen, wenn wir weiterschauen und noch nicht genau wissen – es ist gerade durch die verschiedenen Experten noch einmal sehr deutlich geworden –, wie es genau weitergeht, wie weit wir sehr früh im Containment, im Kontaktpersonenmanagement schauen müssen, was mit den neuen Varianten ist, dass wir einen bestimmten Grundbestand an Personal brauchen. Das war nicht gegeben. Dieser Grundbestand sollte jetzt langfristig zur Verfügung stehen. Im Sinne eines atmenden Systems, einer dynamischen, agilen Organisation muss dieser immer an die Inzidenzen angepasst werden. Es wäre gut, wenn – so wie gerade noch einmal deutlich gesagt wurde, die Bundesnotbremse, die ich sehr begrüßt habe, weil sie dazu geführt hat, dass wir wieder bei den Inzidenzen deutlich heruntergegangen sind – ein Personalbestand auch bundesweit einheitlich vorgehalten wird. Das ist ein bisschen das Problem des Öffentlichen Gesundheitsdienstes. Wir sind nicht nur in Nordrhein-Westfalen, sondern in allen Bundesländern kommunalisiert und damit sehr unterschiedlichen Rahmenbedingungen ausgesetzt. Die unterschiedlichen Öffnungsszenarien, die wir jetzt in den Bundesländern haben, wirken sich natürlich auch auf die Arbeit der Gesundheitsämter aus. Wir sehen das im Moment sehr stark. Wenn wir jetzt weniger mit der Ermittlung beschäftigt sind, kommen nun die Hygienekonzepte dazu. Auch das führt dazu, dass man



sich Gedanken machen muss, wie man die Gesundheitsämter personell so ausstattet, dass sie diesen sehr volatilen Szenarien gewachsen sind und es nicht dazu kommt, wie eben mit Recht gesagt wurde, dass eine gute Analyse der Ausbruchsergebnisse und eine Weitervermittlung auf die Bundesebene auf Basis dieser bestehenden Strukturen nicht gewährleistet ist.

Abg. **Nina Warken** (CDU/CSU): Noch eine Nachfrage an Frau Dr. Bunte. Sie hatten die Probleme bei der Erfassung angesprochen. Können Sie noch ein bisschen mehr zum Thema Digitalisierung sagen? Wo liegen die Chancen und Risiken?

ESVe **Dr. Anne Bunte** (Kreisverwaltung Gütersloh, Leiterin Gesundheitsamt): Chancen und Risiken sind ein guter Begriff. Wir haben eine große Diskussion. Wir haben alle mit selbst hergestellten und selbst konstruierten Datenbanken gearbeitet. Ich leite ein Gesundheitsamt, das im März, zu Beginn der dritten Welle SORMAS eingeführt hat. Wir haben das Problem, dass die digitalen Unterstützungsmedien derzeit nicht unbedingt den Effekt bringen, den wir eigentlich erwartet haben. Zum Beispiel die Analyse von Hotspots: Es kam der Hinweis, warum haben wir diese erstaunlicherweise nicht in den Großstädten, sondern in kleinen Orten? Ich stelle die Gegenfrage: Wird in den Großstädten in den Bereichen, in denen Risiken sind, wirklich gezielt getestet? Der entscheidende Punkt ist, dass die Digitalisierung bundeseinheitlich in bestimmten Strukturen und mit professionellen Strukturen geschaffen werden muss. Wir haben momentan die Situation, dass ein bundesweit angelegtes digitales Instrument wie das Kontaktpersonenmanagementsystem SORMAS, das für ganz andere Länder und andere Szenarien entwickelt worden ist, an unsere herausfordernden Fragen angepasst werden muss. Das ist leider noch nicht so weit, wie wir uns das vorstellen.

Abg. **Nina Warken** (CDU/CSU): Ich hätte dann eine Frage an Dr. Metzinger. Wir haben von der Bundesebene weitreichende finanzielle Mittel zur Verfügung gestellt, um die Funktionsfähigkeit der Krankenhäuser während der Pandemie sicherzustellen. Zuletzt ist auch für somatische und psychiatrische Krankenhäuser eine Grundlage geschaffen und ein

Ausgleich für Erlösrückgänge in 2021, die durch die Pandemie entstanden sind, vereinbart worden. Wie würden Sie vor diesem Hintergrund die aktuelle finanzielle Situation der Krankenhäuser einschätzen?

SV **Dr. Bernd Metzinger** (Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V. (DKG)): Die Vorgaben zum Ganzjahresausgleich 2021 in der Verordnung zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser begrüßen wir natürlich. Sie leisten einen wichtigen Beitrag zur Stabilisierung der wirtschaftlichen Situation der Krankenhäuser, aber sie decken nur die Erlösausfälle im stationären Bereich ab. Für die anderen Leistungsbereiche, zum Beispiel Ambulanzen, Wahlleistungsbereiche und so weiter, sind die Maßnahmen nicht ausreichend. Hier gibt es nur einen Ausgleich von 85 Prozent gegenüber 2019. Das ist natürlich aus unserer Sicht zu wenig. Dann gibt es die Ausgleichszahlungen für den Leistungsrückgang von planbaren Eingriffen. Das ist auch eine gute Maßnahme, aber sie ist bis zum 31. Mai 2021 befristet. Wir haben gesehen, dass die Belastung der Krankenhäuser trotz sinkender Zahlen weitergeht, weil noch bestimmte Vorhaltungen gemacht werden müssen. Deshalb muss aus unserer Sicht dringend über die Absenkung der Vorgaben zur Inzidenz und zur Intensivauslastung gesprochen werden. Die Ausgleichszahlung muss über den 31. Mai hinaus verlängert werden, das ist sehr bald, weil die Krankenhäuser weiterhin elektive Behandlungen aussetzen und verschieben müssen. Das Dritte, der Bemessungszeitraum für die Abschlagszahlungen vom 1. Januar bis 31. Mai muss verlängert und der Kreis der anspruchsberechtigten Krankenhäuser erweitert werden. Durch die sinkenden Inzidenzen, die sehr zu begrüßen sind, fallen immer mehr Krankenhäuser aus der Ausgleichszahlung heraus, das Leistungsniveau erreicht aber absehbar nicht das bisherige Niveau. Die bisherigen Abschlagszahlungen erhalten die Häuser, die im 1. Quartal keine Ausgleichszahlungen erhalten haben, für den Zeitraum Januar bis Mai. Ausgezahlt wird das Ganze ab Juni. Auf jeden Fall muss dieser Bemessungszeitraum verlängert werden.

Der **Vorsitzende**: Wir machen weiter mit der SPD-Fraktion. Kollegin Fahimi hat das Wort.



Abg. **Yasmin Fahimi** (SPD): Ich habe eigentlich mehrere Fragen. Meine erste geht an Frau Dr. Priesemann, vielleicht geht das auch relativ schnell. Ich bin ein bisschen verwundert darüber, mit welcher Pauschalität wir über die Öffnung im Außenbereich reden, nicht dass ich im Grundsatz etwas dagegen hätte. Es ist aber ein großer Unterschied, ob eine Kindergruppe von fünf Personen gemeinsam Sport macht, oder sich eine Familie auf der grünen Wiese zum Picknick trifft, oder ob wir Versammlungen oder Festivals von mehreren tausend Menschen ohne Auflagen ermöglichen. Könnten Sie uns kurz eine Idee davon geben, wie dringend die Notwendigkeit ist, diese unterschiedlichen Settings im Außenbereich klarer zu definieren und dafür entsprechende Maßnahmen zu beschreiben?

ESVe **Dr. Viola Priesemann** (Max-Planck-Institut für Dynamik und Selbstorganisation (MPIDS)): Das ist eine sehr gute Frage. Ich halte das für sehr wichtig, weil ich oft gefragt werde: Wieviel niedriger ist die Infektionswahrscheinlichkeit draußen? Ich frage dann: Was meinen Sie mit draußen? Aerosole sammeln sich natürlich auch an, wenn ... Ich habe letztes in einem Restaurant gesehen, dass dieses draußen vier Glaswände und ein Dach aufgestellt hatte. Das ist natürlich nicht draußen. Hier sammeln sich Aerosole an. Zweitens gibt es auch eine Tröpfcheninfektionen, die man nicht komplett vergessen sollte, wenn Menschen keine Masken tragen. Wenn man sich direkt anspricht und in der ausgeatmeten Luft steht, kann die Infektion relativ schnell erfolgen. Das heißt, es sollte auf jeden Fall differenziert werden. Wenn es zum Beispiel um Pilotprojekte geht, bei denen größere Veranstaltungen oder ein Festival im Außenbereich gemacht wird, fände ich es extrem wichtig, dass nicht nur dort getestet wird, sondern auch ein und zwei Wochen später getestet wird. Denn die Menschen holen sich möglicherweise dort das Virus und tragen es nach Hause. Wenn sie sich dann in den nächsten Tagen nicht testen lassen, wird das nicht notwendigerweise registriert. Deshalb wäre bei den Pilotprojekten eine verpflichtende Testung danach extrem wichtig. Das liegt an der Inkubationszeit. Man kann in den drei bis fünf Tagen danach, manchmal auch zehn Tage danach das Virus noch gar nicht nachweisen und dann bricht es trotzdem aus. Das heißt, die Anzahl von Personen, das klassische Gedränge, trägt man Maske oder trägt man keine Maske, spie-

len eine große Rolle. Ich hatte mich länger mit einem Kollegen unterhalten, der versucht, ein Festival zu begleiten. Es stellen sich genau diese Fragen. Man muss sich von Fall zu Fall sehr genau anschauen und untersuchen, was dort passieren kann. Also viele offene Fragen. Man sollte das genau differenzieren.

Abg. **Yasmin Fahimi** (SPD): Ich würde gerne eine kurze Frage an Prof. Dr Marx stellen. Müssen wir mit Blick auf die Mutationen des Virus gegebenenfalls mit ganz neuen vulnerablen Gruppen rechnen? Stichwort: körperliche Disposition. Wenn Zeit bleibt, an Herrn Hofmann noch einmal die Frage, ob mit der Beschreibung der Belastung im Gesundheitswesen von Herrn Dr. Metzinger droht, dass es einen Rückzug und eine Abwanderung von Fachkräften aus diesem Bereich gibt, sei es durch komplette Abwanderung oder durch Reduzierung der Wochenstundenzahl?

SV **Prof. Dr. Gernot Marx** (Präsident Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin e. V. (DIVI)): Da nach bisherigen Berichten, insbesondere auch von der neuen Mutation B.1.617, von einer höheren Kontagiosität auszugehen ist, muss man Ihre Frage dahingehend beantworten, dass man besonders vorsichtig sein muss und ein hohes Risiko besteht, dass entsprechende Übertragungen und neue Infektionen stattfinden.

SV **Markus Hofmann** (Deutscher Gewerkschaftsbund, Bundesvorstand (DGB)): Die Frage ist eindeutig mit ja zu beantworten. Wir sehen, dass Kolleginnen und Kollegen, die vor der Pandemie schon in erheblichem Maße belastet waren, jetzt noch mehr belastet werden. Sie wurden auch frustriert, weil zum Beispiel diese Corona-Prämie, die man ausgelobt hat, nicht bei denen angekommen ist, die tatsächlich COVID-19-Patienten gepflegt haben. Das ist wirklich eine Schande, was da passiert ist. Sie sehen natürlich auch kein Licht am Ende des Tunnels, weil sehr viele Maßnahmen, die man ihnen im Rahmen der Konzertierte Aktion Pflege zugesagt hat, nicht greifen. Hier rede ich nicht nur von der Frage des Entgelts, sondern es geht um schlichte Arbeitsbedingungen, die die Arbeit erleichtern. Sie haben „Klatschen“ erfahren, aber ansonsten wenig. Das nehmen viele zum Anlass, sich



neu zu orientieren. Es kommt hinzu, das hatten Sie gefragt, Frau Abgeordnete, dass es etliche gibt, die ihre Arbeitszeit reduzieren, weil sie sagen: Einer vollen Stelle oder einer 90-Prozent-Stelle mit dieser Belastung bin ich nicht mehr gewachsen, so werde ich niemals bis zur Rente halbwegs gesund bleiben. Das heißt, wir haben einen massiven Druck im System. Wir wissen das alle. Ich glaube, die Politik ist jetzt besonders gefragt, in dieser und in der nächsten Wahlperiode umzusetzen und zu liefern. Ansonsten werden wir noch viel größere Probleme bekommen, weil wir niemanden mehr haben, der unsere Leute, die krank sind, pflegt.

Abg. **Yasmin Fahimi** (SPD): Ganz kurz noch an Herrn Prof. Dr. Marx. Habe ich Sie richtig verstanden, dass wir mit Blick auf die Mutationen nicht nur was die Verbreitung betrifft, immer noch von einem nennenswerten Risiko ausgehen müssen, sondern dass tatsächlich neue Altersgruppen oder neue Gruppen mit anderen Dispositionen auf einmal in den Fokus der Risikobetrachtung rücken? Habe ich Sie richtig verstanden?

SV **Prof. Dr. Gernot Marx** (Präsident Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin e. V. (DIVI)): Ich bin sicherlich als Intensivmediziner nicht immer der komplette Experte, aber da es sich um eine Mutation mit einer noch höheren Kontagiosität handelt, besteht hier sicherlich ein Risiko. Also ja.

Der **Vorsitzende**: Dann wechseln wir zur AfD-Fraktion und es stellt Herr Oehme die Fragen.

Abg. **Ulrich Oehme** (AfD): Meine Frage geht noch einmal an Herrn Dr. Scheuch von der Aerosolforschung. Frau Dr. Priesemann hat gerade gesagt, dass die Datenlage für den äußeren Bereich nicht alle Situationen abdecken kann. Wie sehen Sie das? Ich stelle es mir unwahrscheinlich schwierig vor, für die verschiedensten Situationen im Freien verschiedene Verhaltensregeln oder Lösungen anzubieten. Wir haben die Gaststätte im Freien, die möglicherweise von vier Plexiglasscheiben abgedeckt ist. Trotzdem kommt Frischluft in diese Überdachung hinein. Wir haben die offenen Gaststätten, Familien auf einer Wiese sitzen, wir haben

auch kleine Konzerte. Wie soll das technisch gelöst werden können?

ESV **Dr. Gerhard Scheuch** (Gesellschaft für Aerosolforschung e. V.): Da stellen Sie eine technische Frage an einen Aerosolforscher. Ich gebe Frau Dr. Priesemann vollkommen Recht. Frau Dr. Priesemann hat Recht, dass man verschiedene Szenarien differenziert betrachten muss. Insbesondere große Veranstaltungen haben das Problem, dass auch die Anreise berücksichtigt werden muss. Wenn man in Bussen anreist, ist dort ein gewisses Risiko vorhanden. Das ist vollkommen klar. Deswegen muss man sich verschiedene Szenarien angucken. Man kann nicht sagen, wir öffnen generell und lassen wieder Fußballstadien mit 80 000 Zuschauern zu. Aber ich würde durchaus Fußballstadien mit einem begrenzten Zuschauerangebot öffnen, damit die Leute an die frische Luft gehen, damit die Leute motiviert werden, rauszugehen. Es geht nicht darum, einfach zu sagen, jetzt machen wir alles wieder auf. Es geht darum, ganz genau hinzugucken. Wir können uns in diesem Sommer nicht weiterhin in die Räume verkriechen. Mich hat erschreckt, dass mich Leute angesprochen und gesagt haben: Herr Scheuch, ich habe ein ganz schlechtes Gewissen, ich war am Sonntag draußen am Rhein. Da dreht es mir den Magen um, weil ich denke, diese Leute bleiben zu Hause, sperren sich zu Hause ein und stecken sich zu Hause an. Wir haben gerade von Frau Dr. Bunte gehört, wo Hotspots sind. Natürlich entstehen Hotspots immer dann, wenn viele Menschen auf engem Raum zusammenleben. Deswegen sollten wir den Leuten ermöglichen, rauszugehen, wir sollten Parks öffnen, botanische Gärten öffnen, wo bestimmt keine Festivals stattfinden, wo Leute einfach an die frische Luft gehen können. Das müssen wir jetzt versuchen. Wir müssen die Leute motivieren, rauszugehen. Aber ich bin nicht dafür, ein Festival mit 60 000 Leuten stattfinden zu lassen. Es gibt Versuchsprojekte, wo man versucht ... Ich war letztes Jahr in Salzburg. Die Salzburger Festspiele waren geöffnet und zwar im Freien. Solche Versuche muss man starten, solche Möglichkeiten muss man einfach schaffen.

Abg. **Ulrich Oehme** (AfD): Dann möchte ich noch eine Nachfrage stellen. Mal abgesehen von Festivals, im Sommer beginnt wieder die Reisezeit. Ich



bin in letzter Zeit sehr oft unterwegs gewesen, speziell im Ostblock bei Wahlbeobachtungen. Dabei ist mir aufgefallen, dass wir auf Flughäfen, aber auch im Flugzeug gewisse Probleme haben. Wir haben auf den Flughäfen permanent Staus vor Passkontrollen, vor den Sicherheitsschleusen. Wir sitzen im Flugzeug je nach Fluggesellschaft mit normaler Maske oder mit FFP2-Maske. Die FFP2-Maske vier Stunden aufzuhaben, ist eine immense Qual. Man ist froh, wenn man wieder aus dem Flugzeug raus ist. Welche Empfehlungen geben Sie für die Reisezeit?

ESV Dr. Gerhard Scheuch (Gesellschaft für Aerosolforschung e. V.): Fragen Sie den Aerosolforscher. Ich würde als Aerosolforscher für die Reisezeit sagen, gehen Sie Wandern und fahren Sie nicht stundenlang mit dem Bus in der Gegend herum. Natürlich ist frische Luft gut. Bei den Flugzeugen bin ich informiert. Die haben inzwischen HEPA-Filter eingebaut, die einen 12-fachen Luftwechsel pro Stunde machen. Die sind relativ sicher. Ich würde mich im Augenblick in einem Flugzeug wohler fühlen als in einem Taxi mit fünf Personen. Das sage ich Ihnen ganz ehrlich. Es gibt aus England und Schweden Untersuchungen – wir haben gerade kurz angesprochen, dass uns Daten fehlen, wir können uns Daten aus anderen Ländern anschauen – zu Berufsgruppen. Man hat festgestellt, dass Taxifahrer, Busfahrer und Fahrlehrer diejenigen sind, die sich am meisten infiziert haben. Daraus können wir lernen. Wir sollten also, wenn wir mit dem Auto mit mehreren Leuten fahren, Maske aufziehen oder die Fenster aufmachen. Ich habe letztes Jahr noch gelächelt, wenn ich Autofahrer mit Maske gesehen habe. Ich lache jetzt nicht mehr darüber. Deshalb sollte man bei bestimmten Verkehrsmitteln vorsichtig sein. Wie gesagt, in einem Flugzeug würde ich mich im Augenblick wohler fühlen als in einem schlecht belüfteten Bus oder Taxi.

Der Vorsitzende: Dann kommen wir zur CDU/CSU-Fraktion, die den Abgeordneten Henke angemeldet hat. Das bin ich. Ich habe ein paar Fragen und die erste geht an Herrn Dr. Scheuch. Sie haben in Ihrer Stellungnahme darauf aufmerksam gemacht, dass immer auch das Umfeld der Veranstaltung oder des Flugzeugs zu bewerten ist. Wie ist das vor dem Einstieg, wie ist das an den Sicherheitskontrollen, wie

ist das auf den WC-Anlagen bei den Veranstaltungen, die vielleicht jetzt nicht 60 000 sondern 600 Leute umfassen? Wie schätzen Sie das ein? Wahrscheinlich geht das Risiko doch immer von der größten Schwachstelle aus?

ESV Dr. Gerhard Scheuch (Gesellschaft für Aerosolforschung e. V.): Genauso ist es. Das Risiko geht immer von der größten Schwachstelle aus. Deswegen glauben wir sogar, dass in den Schulen nicht der Schulunterricht die größte Schwachstelle ist, sondern die Busanreise der Schüler in den Unterricht. Das sind die Probleme. Diese müssen wir uns anschauen. Wir müssen uns immer das Umfeld angucken. Sie haben vollkommen Recht, wenn man solche Veranstaltungen stattfinden lässt, dann müssen wir uns die Toilettenanlagen angucken, dann müssen wir uns die kleinen, engen Orte angucken, an denen sich Leute infizieren können. Das sind die Punkte, die wir beachten müssen. Darauf haben wir mit der Gesellschaft für Aerosolforschung mehrfach hingewiesen. Wir müssen uns die engen Kontakte anschauen, dort wo Leute sich in engen, unbelüfteten Räumen aufhalten. Hier kann man Abhilfe schaffen. Eine Toilettenanlage kann man vernünftig belüften, kann man durchlüften, man kann ein Fenster aufmachen. Das sind wichtige Sachen, die wir beachten müssen.

Der Vorsitzende: Dann hätte ich eine Frage an Herrn Hofmann vom DGB. Welche Erfahrungen sammeln Sie mit der betriebsärztlichen Beteiligung an der Erstellung der Hygienekonzepte? Ich habe einmal propagiert, dass es bei der Öffnung von Betrieben jedweder Art, also auch Gastronomie oder Hotels, gut wäre, wenn man den jeweiligen Betriebsarzt frühzeitig in die Gestaltung des Hygienekonzepts einbinden würde. Ich höre aber immer wieder aus der Wirtschaft das sehr pauschale Urteil: Wir haben hervorragende Hygienekonzepte und die verhindern jedwede Übertragung. Wie ist Ihre Erfahrung aus der Praxis über die Einbindung der Betriebsärzte?

SV Markus Hofmann (Deutscher Gewerkschaftsbund, Bundesvorstand (DGB)): Ich glaube, das kann man sehr klar beantworten. Die BAuA hat mit dem IAB (Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung der Bundesagentur für Arbeit), also die



Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin hat mit dem IAB zusammen eine Befragung gemacht und darüber berichtet. Diese zeigt sehr deutlich, dass bei den Themen Arbeits- und Gesundheitsschutz – das ist natürlich mehr als die Hygienekonzepte – bei nur rund 44 Prozent der Betriebe die Fachkräfte für Arbeitssicherheit und die Betriebsärzte eingebunden wurden oder eingebunden sind. Das heißt, wenn ganze Branchen behaupten, ihre Hygienekonzepte wären umfänglich mit all jenen, die Expertise haben, abgestimmt, dann geht das nicht ganz mit der Erhebung von BAuA und IAB, die unverdächtig sind, sich in irgendeiner Weise parteiisch zu gerieren, überein.

Der Vorsitzende: Dann habe ich noch eine Frage an Herrn Prof. Dr. Marx. Sie haben von der Erschöpfungssituation der Mitarbeiter gesprochen. Es würde mich interessieren, wenn es um das Bewältigen dieser Erschöpfungssituation geht ... Die Herausforderung ist unverändert groß, besonders auf den Intensivstationen, besonders dort, wo man mit COVID-19-Patienten konfrontiert ist, wo man sich selber schützen muss, ist der Aufwand groß, ist die Erschöpfung groß. Haben Sie eine spezifische Idee, was wir tun können, um die Resilienz zu erhöhen?

SV Prof. Dr. Gernot Marx (Präsident Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin e. V. (DIVI)): Ja, das haben wir. Wir haben das in einer Stellungnahme mit der Unterstützung des Bundesbeauftragten für Pflege, Staatssekretär Westerfellhaus, und der DGF (Deutsche Gesellschaft für Fachkrankenpflege und Funktionsdienste) verschriftlicht. Unter anderem gibt es die Möglichkeit, eine psychologische Versorgungsstruktur in den Kliniken aufzubauen. Einige Kliniken haben das schon gemacht, aber es ist nicht die Regel. Das ist sicherlich ein sehr wichtiges Instrument, um das zu machen. Zusätzlich muss man gerade für die Intensivpflege schauen, inwieweit man sich eine Flexibilisierung der Arbeitszeit und vielleicht Vergütungsanreize für die viele Nacht- und Wochenendarbeit überlegen kann. Das Papier kann ich Ihnen gerne im Nachgang zustellen, damit es zu den Akten aufgenommen werden kann.

Der Vorsitzende: Als nächstes kommt die FDP-Fraktion an das Fragerecht, Frau Helling-Plahr.

Abg. Katrin Helling-Plahr (FDP): Ich würde meine Frage zunächst an Frau Prof. Dr. Klein richten. Wir waren vorhin quasi in Highspeed durch Ihre Studie unterwegs. Können Sie nun auf die Themen Beschränkungen Einzelhandel, Gastronomie, Tourismus fokussieren und die Erfahrungen der Studie berichten? In Schleswig-Holstein gibt es eine Reihe von Modellregionen und Modellkonzepten. Können Sie uns dazu etwas berichten?

ESVe Prof. Dr. Christine Klein (Past-Präsidentin der Deutschen Gesellschaft für Neurologie (DGN)): Das kann ich gerne versuchen, wobei ich zugeben muss, dass wir hierzu nur beschränkte Aussagen treffen können, was methodisch begründet ist. Die Studie war als bevölkerungsbezogene Studie und Kohorte angelegt. Das war uns gerade in einem Niedrigprävalenzgebiet wichtig. Weil wir natürlich davon ausgingen, dass wir niedrige Zahlen haben würden, haben wir zusätzlich eine High-Exposure-Group ausgewählt. Das sind Menschen, die aufgrund ihrer beruflichen Tätigkeit eine höhere Exposition haben, das heißt, vielen Kontakten mit vielen Menschen ausgesetzt sind. Damit haben wir die unterschiedlichen Berufsgruppen angereichert, die Sie gerade erwähnt haben, auch aus dem Tourismussektor und so weiter, das hatte ich schon kurz gesagt. Aus diesen Gruppen haben sich tatsächlich nur die heraus kristallisiert, die ich genannt habe, das medizinische Personal, die Polizei, die Feuerwehr und die Studierenden. Das waren die einzigen. Natürlich haben wir insgesamt niedrige Zahlen. Insofern können wir mit unserer Studie selbst bei 3 000 Menschen kleine Effekte nicht erfassen. Aber das waren die, die herausstachen. Im Tourismus hatten wir über die gesamten fünf Monate bis in den Oktober hinein nirgends ... Es gab auch keine Hotspots. Es gab einen Ableger unserer Studie ELISA, das ist aber gar nicht Ihre Frage, zu den Flüchtlingen. Wir haben neun Flüchtlingsunterkünfte in Lübeck und Umgebung mit untersucht. Dort waren natürlich erheblich erhöhte Inzidenzen zu finden. Das ist so. Es gibt auch einen Ableger Tourismus, hier komme ich doch noch genau auf Ihren Punkt, bei dem wir noch in den Auswertungen sind. Hier gab es einmal in einem Hotel Hotspots. Aber ansonsten ist das alles sehr am Rande



verlaufen, trotz eines im Vergleich zu den ganzen Vorjahren angestiegenen Tourismus in der Lübecker Region.

Abg. **Katrin Helling-Plahr** (FDP): Dann würde ich gerne Frau Dr. Priesemann fragen. Wir haben in der vorherigen Anhörung über das Thema Abwasser und über Untersuchungen von Abwasser und die Sinnhaftigkeit dieser Untersuchung gesprochen. Ich glaube, Sie könnten dazu Kompetenz haben und wollte Sie fragen, ob Sie uns dazu etwas sagen können?

ESVe **Dr. Viola Priesemann** (Max-Planck-Institut für Dynamik und Selbstorganisation (MPIDS)): Speziell zu Abwasser gibt es ganz gute Erfahrungen. Ich habe davon von Wissenschaftlern aus Luxemburg, aus den USA gehört. Das scheint manchmal früher anzuschlagen als die anderen Tests, weil durch die Ausscheidungen das Virus teilweise schon sehr früh nachgewiesen werden kann. Und es ist anonym, man hat kein Datenschutzproblem. Wir sollten uns generell Gedanken machen, wie wir die Inzidenzen nachverfolgen oder objektiv messen, wenn entweder die Inzidenzen sehr niedrig sind und das Testen an sich nachlässt, oder wenn die Inzidenzen sehr hoch sind. Man kann sich vorstellen, dass zum Beispiel im Herbst die Inzidenzen wieder sehr hoch gehen, die Krankenhäuser aber erst etwas später oder bei wesentlich höheren Inzidenzen an die Belastungsgrenze kommen. Dann macht es eventuell weniger Sinn, dieselben Testregimes zu fahren. Hier wäre eine objektive Zufallsstichprobe extrem hilfreich. Wasserstichproben könnten dann einen Beitrag leisten.

Abg. **Katrin Helling-Plahr** (FDP): Gibt es noch jemanden der Interesse hätte, mir zu dem Thema Abwasser etwas zu sagen?

Der **Vorsitzende**: Soll ich Frau Dr. Bunte fragen?

Abg. **Katrin Helling-Plahr** (FDP): Fragen Sie.

ESVe **Dr. Anne Bunte** (Kreisverwaltung Gütersloh, Leiterin Gesundheitsamt): Das Thema Abwasser ist immer ganz spannend im Zusammenhang mit der

Diskussion über die multiresistenten Erreger. Wir sollten und müssen schauen, wo wir wirklich einen guten Überblick haben, weil sehr deutlich geworden ist, dass wir mit unterschiedlichen Risiken leben. Es ist sicherlich ein Indikator, den man konsequent mitverfolgen sollte. Ich würde dringend empfehlen, dies dann im Rahmen einer Studie zu tun. Aber solange wir nicht einmal ein vernünftiges Testregime haben, das gut belegt ist und konsequent bundesweit eingesetzt wird, ist das andere für mich eine Zusatzinformation und momentan noch nichts, auf das sich Public Health-Maßnahmen begründen könnten.

Der **Vorsitzende**: Wir machen weiter mit der Fraktion DIE LINKE. Katja Kipping hat das Wort.

Abg. **Katja Kipping** (DIE LINKE.): Wir haben an verschiedenen Stellen über die Belastung des medizinischen Personals und die Auslastung der Intensivstationen gesprochen. Deren Kapazitäten mussten nicht aufgrund von technischem Mangel, weil es nicht genügend Geräte gab, sondern aufgrund von Personalmangel eingeschränkt werden. Prof. Dr. Marx hat gesagt, was es seiner Meinung nach für Ideen gibt, um die Belastung abzufedern. Ich frage noch einmal Herrn Hofmann. Was wäre aus Sicht der Gewerkschaften zu tun, um das Personal bei der Stange zu halten und gerade mit Blick auf die Zukunft, wieder mehr Menschen für diesen Beruf zu gewinnen?

SV **Markus Hofmann** (Deutscher Gewerkschaftsbund, Bundesvorstand (DGB)): Einige Maßnahmen hat Prof. Dr. Marx schon angesprochen. Ich glaube, da liegen wir gar nicht weit auseinander. Was wir im Wesentlichen brauchen, sind bessere, planbare Arbeitszeiten für die Kolleginnen und Kollegen. Wir brauchen eine andere Personalbemessung. Es bedarf mehr Personal. Selbst wenn wir am Ende des Tages Resilienzen stärken, Resilienzen werden nicht die Vakanzen oder die fehlenden Kolleginnen und Kollegen abfedern können. Wir brauchen im Gesamtkontext Krankenhaus ein anderes Miteinander in vielen Bereichen zwischen Ärzten und Pflegekräften. Hier gibt es gute Beispiele, wo das ein sehr gutes Ineinandergreifen ist, wo die Kolleginnen und Kollegen sich in ihren Fähigkeiten auch



wertgeschätzt fühlen. Es gibt aber auch Negativbeispiele. Wesentlich ist aus unserer Sicht die Frage der Planbarkeit der Dienste. Wesentlich ist die Frage, für wie viele Patientinnen und Patienten bin ich tatsächlich bei der Betreuung zuständig? Wesentlich ist am Ende des Tages auch, ob das, was an massivem Einsatz gebracht wird, sich adäquat in den Gehältern abbildet, ob, um es ganz klar zu sagen, der finanzielle Status allein von den Diensten abhängig ist, oder ob er sich bereits in der Grundvergütung abbildet. Hier ist noch viel zu tun. Ich will noch einmal betonen, die Frage, inwieweit Kolleginnen und Kollegen die Möglichkeit haben, sich mit der Belastungssituation, der individuellen Belastung im Klinikum an Menschen zu wenden, das heißt, wie sie hinsichtlich der psychischen Belastung unterstützt werden, das hat sich in den letzten Monaten besonders herauskristallisiert, ist sehr wichtig. Hier gibt es positive Beispiele, siehe Charité, die auf Intensivstationen für Patientinnen und Patienten aber auch für die Kolleginnen und Kollegen Psychologen einsetzt.

Abg. **Katja Kipping** (DIE LINKE.): Dann frage ich ganz schnell nach. Was den finanziellen Status der Grundvergütung angeht, auch was die Planbarkeit angeht, haben Sie eine konkrete Forderung? Das ist nicht das Gleiche wie Flexibilität. Gibt es von Seiten der Gewerkschaft zur Orientierung eine Zahlengröße?

SV **Markus Hofmann** (Deutscher Gewerkschaftsbund, Bundesvorstand (DGB)): Ich habe den ersten Teil der Frage leider nicht verstehen können.

Abg. **Katja Kipping** (DIE LINKE.): Das tut mir sehr leid. Die Digitalisierung ist ein ständiger Quell von Freude. Ich wollte fragen, haben Sie konkrete Zahlen oder einen konkretisierten Vorschlag, was den finanziellen Status der Grundvergütung angeht?

SV **Markus Hofmann** (Deutscher Gewerkschaftsbund, Bundesvorstand (DGB)): Ich kann Ihnen dazu derzeit keine konkrete Zahl nennen. Die Kolleginnen und Kollegen von Ver.di sind dran. Sie wissen, dass wir, was die Flächentarifverträge im Bereich der Pflege angeht, uns insgesamt grundsätzlich an dem orientieren, was die Tarifgemeinschaft der Länder aber auch der Kommunen ausfertigt. Wir

versuchen in den Bereichen und insbesondere die Kolleginnen und Kollegen von ver.di versuchen in diesen Bereichen, die Grundvergütungen höher zu bekommen. Ich darf einen Satz dazu verlieren. Am Ende des Tages muss es bezahlt werden, insbesondere über die Krankenkassen. Das heißt, wir müssen auf der Seite schauen, dass, wenn wir gute Tarifverträge ausverhandeln, diese auch umgesetzt werden können. Die Krankenhäuser müssen eine Gegenfinanzierung erhalten. Hier sind wir alle als Beitragszahler der GKV gefragt. Es stellt sich die Frage, wie man das gegenfinanziert. Wir sagen, über die Bürgerversicherung eine breitere Basis schaffen, um dort, wo wir das Geld brauchen, das ist insbesondere im Pflegebereich, die entsprechenden Tarife gegenfinanzieren zu können.

Der **Vorsitzende**: Das Fragerecht geht weiter zu BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und es meldet sich Dr. Dahmen.

Abg. **Dr. Janosch Dahmen** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Von unserer Seite noch einmal nachgefragt in Richtung DIVI. Wir haben erlebt, dass es der DIVI zusammen mit dem RKI gelungen ist, trotz der großen Anstrengungen in der Versorgung während der Pandemie, das Intensivregister als wichtiges Instrument aufzubauen. Wir haben in der Anhörung mehrfach gehört, wie wichtig die Zahlen, die das Register liefert, für verschiedene Modulationen und Lageeinschätzungen sind. Auch uns in der Politik hat es sehr geholfen die Situation zu bewerten. Welche Daten fehlen Ihnen im Register? Welcher Zugriff auf bestimmte Informationen fehlt Ihnen, um die Aussagekraft bestimmter Parameter, die im Register vielleicht bisher noch nicht haben abgebildet werden können, zukünftig besser abbilden zu können?

SV **Prof. Dr. Gernot Marx** (Präsident Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin e. V. (DIVI)): Das ist eine sehr gute, aber auch eine relativ schwierige Frage. Besonders wichtig finden wir das Alter der Patienten. Es ist perspektivisch relativ viel denkbar, auch hinsichtlich der Konnektierung mit den Krankenhausinformationssystemen. Der große Wunsch der DIVI ist, dass wir dieses Register in der Zukunft verstetigen



und weiterentwickeln können, sowohl im Sinne der Pandemieprävention und -detektion als auch, um langfristig die Qualität zu sichern.

Abg. **Dr. Janosch Dahmen** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Dann habe ich eine Nachfrage an Frau Dr. Priesemann. Wir haben heute in verschiedenen Stellungnahmen wahrnehmen können, dass es die aktuelle Situation schwierig macht, mit dem Parameter Inzidenz weiter zu arbeiten, nicht weil er schlecht ist, sondern weil wir in eine neue Phase der Pandemie eintreten, in der sich einerseits die Krankheitslast verändert und andererseits die Datenerhebung so unsystematisch ist, dass es sehr schwierig ist, vergleichbar verlässliche Aussagen wie in der Vergangenheit zu treffen. Wäre es nicht gerade für die Politik, wenn es darum geht, bestimmte Maßnahmen zu ergreifen, richtiger, statt der allgemeinen Inzidenz einen Inzidenzwert der Personen zugrunde zu legen, die bisher ungeimpft sind oder weder genesen noch geimpft sind, um diejenigen, die bisher stark von hohen Fallzahlen betroffen sind, realistisch schützen zu können?

ESVe **Dr. Viola Priesemann** (Max-Planck-Institut für Dynamik und Selbstorganisation (MPIDS)): Ein Aspekt der sich darstellt ist der folgende: Nehmen wir einmal das Extrem von 75 Prozent der Menschen sind geimpft und die Jüngeren, 25 Prozent, sind noch nicht geimpft. Dann bedeutet eine Inzidenz von 100 im Prinzip, dass die Inzidenz bei den jüngeren Leuten 400 ist, also wesentlich höher. Die Inzidenz von 165, bei der man die Schulen schließt, läge dann entsprechend höher in der Größenordnung von über 600. Das ist eine extrem hohe Inzidenz. Diese Grenzwerte anzupassen, darum geht es. Die Grenzwerte an die Impfung anzupassen und zu sagen, wir brauchen eigentlich die Inzidenz bei den Nichtgeimpften, weil das die Menschen sind, die gefährdet sind und möglicherweise einen schweren Verlauf haben. Das wäre sehr wichtig. Ich hoffe, dass wir das gar nicht machen müssen, dass die Inzidenzen so niedrig sind, dass wir darüber gar nicht diskutieren müssen und wir deutlich unter 50 bleiben. Insgesamt wäre es sehr wichtig, eine objektive Erhebung zu haben, damit wir bei diesem Impffortschritt wissen, wie wahrscheinlich es ist, dass sich geimpfte Personen infizieren. Das ist nicht Null, das liegt im Bereich von wahrscheinlich 20 Prozent, also 80 Prozent niedriger, Faktor 4

niedriger oder Faktor 5 niedriger, als die Geimpften. Aber wir wissen es nicht genau. Das hängt total vom Verhalten ab. Eine Person, die geimpft ist, fühlt sich geschützt, hat dadurch mehr Kontakte und hat dadurch eine höhere Wahrscheinlichkeit, sich anzustecken. Das ist nichts, was wir aus den alten Studien lesen können. Deswegen bräuchten wir dort zum Beispiel 100 000 Samples pro Woche. England macht das. Wir beziehen unsere Daten aus England. Es ist für Deutschland als Wissenschaftsstandort wirklich sehr schade, dass wir keine äquivalente Datengrundlage haben, auf der wir auch fundierte wissenschaftliche Einordnungen der Pandemie bieten können.

Der **Vorsitzende**: Vielen herzlichen Dank. Wir sind am Ende der Anhörung. Ich fand gerade die letzten Erörterungen sehr erhellend, weil sie mit diesem weit verbreiteten Irrtum aufräumen, wenn wir viele Menschen geimpft haben, dann ist es mit den Inzidenzen nicht mehr so schlimm und dann können wir es uns leisten, Interventionsmaßnahmen fallen zu lassen, die wir vorher vielleicht bei den gleichen Inzidenzen für nötig gehalten haben. Ich habe das so verstanden, dass wir mit Bezug auf die ungeimpfte Bevölkerungsgruppe eigentlich sagen müssten, da müssen wir die Inzidenzwerte kritisch durchsehen, damit wir eine Vorstellung davon erhalten, wie man dort Schutz anwendet. Das werden wir in der Auswertung vielleicht noch einmal aufrufen und miteinander diskutieren können und vielleicht irgendwann einen Weg finden, wie wir das als Parlamentarisches Begleitgremium dort platzieren, wo die politischen Entscheidungen vorbereitet – im Gesundheitsausschuss, im Wirtschaftsausschuss oder in anderen Ausschüssen des Bundestages – und dann im Plenum getroffen werden. Ich darf mich bei Ihnen sehr herzlich bedanken für diese etwas mehr als 90 Minuten. Das ist, glaube ich, eine sehr gute und instruktive Anhörung gewesen. Wie immer den Kolleginnen und Kollegen aus dem Parlament für die interessanten Fragen und den Sachverständigen für die klugen und manchmal auch weisen Antworten herzlichen Dank. Ich wünsche Ihnen allen einen schönen Nachmittag, bleiben Sie gesund. Wenn wir noch einmal herbitten, dann zögern Sie nicht, zuzusagen. Herzlichen Dank.



Schluss der Sitzung: 14:15 Uhr

gez.
Rudolf Henke, MdB
Vorsitzender