



Deutscher Bundestag

Enquete-Kommission „Aufarbeitung der
Corona-Pandemie und Lehren für
zukünftige pandemische Ereignisse“

Wortprotokoll der 10. Sitzung

**Enquete-Kommission „Aufarbeitung der Corona-
Pandemie und Lehren für zukünftige pandemische
Ereignisse“**

Berlin, den 1. Dezember 2025, 14:00 Uhr
Paul-Löbe-Haus, 4.900 (Europasaal)

Vorsitz: Franziska Hoppermann, MdB

Tagesordnung – Öffentliche Anhörung

Einzigiger Tagesordnungspunkt

Seite 4

**„Vorsorge, Krisenpläne und Frühwarnsysteme,
Dateninfrastruktur, Risikobewertung und
internationale Koordination“**



Anwesende Mitglieder der Kommission

Fraktion	Ordentliche Mitglieder	Stellvertretende Mitglieder
CDU/CSU	Hose, Michael Hoppermann, Franziska Müller, Axel Rohwer, Lars Wittmann, Mechthilde	Ehm, Lars Grasse, Adrian Müller, Carsten Strauss-Köster, Dr. Katja
AfD	Baum, Dr. Christina Weiss, Claudia Ziegler, Kay-Uwe	Bessin, Birgit Lamely, Pierre
SPD	Peick, Jens Rinkert, Daniel Seitzl, Dr. Lina	
BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN	Gumnior, Dr. Lena Piechotta, Dr. Paula	Heitmann, Linda Vriesema, Mayra
Die Linke	Gürpinar, Ates	

Anwesende sachverständige Mitglieder der Kommission

Fontana, Prof. Dr. Sina
Homburg, Prof. Dr. Stefan
Kießling, Prof. Dr. Andrea
Kluge, Prof. Dr. Stefan
Kubbe, Carolin
Lausen, Tom
Nehls, Dr. Michael
Rothe, Isabel
Salzberger, Prof. Dr. Bernd
Steinbach-Putz, Janet
Weidner, Prof. Dr. Christian



Liste der Sachverständigen:

Dr. Johannes Nießen

Kommissarischer Leiter des Bundesinstitutes für Öffentliche Gesundheit (BIÖG),
ehemaliger Leiter des Kölner Gesundheitsamtes

Dr. Peter Tinnemann

Leiter des Gesundheitsamtes Frankfurt am Main

Dr. Kristina Böhm

Leiterin des Amtes für Gesundheit und Prävention der Landeshauptstadt Dresden,
ehemalige Vorsitzende des Bundesverbandes der Ärztinnen und Ärzte des Öffentlichen
Gesundheitsdienstes e. V. (BVÖGD)

Dr. Peter Schäfer

Vorsitzender des Bundesverbandes der Ärztinnen und Ärzte des Öffentlichen
Gesundheitsdienstes e. V. (BVÖGD)

Prof. Dr. Gerd Antes

Mathematiker und Medizinstatistiker

Prof. Dr. Christian Drosten

Direktor des Institutes für Virologie an der Charité Berlin



Beginn der Sitzung: 14:03 Uhr

Einziger Tagesordnungspunkt

„Vorsorge, Krisenpläne und Frühwarnsysteme, Dateninfrastruktur, Risikobewertung und internationale Koordination“

Die Vorsitzende, Abg. **Franziska Hoppermann** (CDU/CSU): Sehr geehrte Damen und Herren, liebe Gäste auf der Tribüne, sehr geehrte Vertreterinnen und Vertreter der Bundesregierung und der Landesregierungen, ich begrüße Sie ganz herzlich zur öffentlichen Anhörung der Enquete-Kommission zum Thema „Vorsorge, Krisenpläne und Frühwarnsysteme, Dateninfrastruktur, Risikobewertung und internationale Koordination“. Wir freuen uns sehr, dass Sie alle heute hier sind bzw. online zugeschaltet. Wir haben heute Expertinnen und Experten sowie Vertreterinnen und Vertreter verschiedener Verbände und Institutionen zu Gast, um einen möglichst breiten Austausch mit der Kommission möglich zu machen. Wir haben eine hybride Sitzung, daher ist auch ein Sachverständiger online dabei. Ich darf begrüßen in Präsenz:

- Herrn Dr. Johannes Nießen, kommissarischer Leiter des Bundesinstitutes für öffentliche Gesundheit und den ehemaligen Leiter des Kölner Gesundheitsamtes.

Digital dabei:

- Herr Dr. Peter Tinnemann, Leiter des Gesundheitsamtes in Frankfurt.

In Präsenz:

- Frau Dr. Kristina Böhm, Vorsitzende des „Beirats des Pakts für den öffentlichen Gesundheitsdienst“ sowie Leiterin des Amtes für Gesundheit und Prävention der Landeshauptstadt Dresden.
- Herr Dr. Peter Schäfer, Vorsitzender des Bundesverbandes der Ärztinnen und Ärzte des öffentlichen Gesundheitsdienstes e. V.
- Prof. Dr. Gerd Antes, Mathematiker und Medizinstatistiker

und ebenfalls in Präsenz dabei:

- Prof. Dr. Christian Drosten, Direktor des Institutes für Virologie an der Charité Berlin.

Herzlichen Dank, dass Sie der Einladung gefolgt sind, denn wir sind ja - anders als ein Untersuchungsausschuss - ein Austauschgremium, was sich gerne Ihre Expertise zum Thema der heutigen Sitzung anhört und mit Ihnen in den Austausch geht. Deshalb machen Sie auch netterweise mit uns den freiwilligen Austausch hier. Vielen Dank, dass Sie sich heute die Zeit für uns nehmen und Ihre Expertise mit uns teilen.

Ich würde einige Erklärungen zum heutigen Verfahren machen: Jeder der Gäste hat die Gelegenheit für ein fünfminütiges Eingangsstatement. Sie sehen da oben auch an den Medienwürfeln die fünf Minuten angezeigt. Die laufen dann auch rückwärts. Meine Aufgabe ist es dann, Sie freundlich daran zu erinnern, wenn die fünf Minuten auch um sind, aber Sie hören auch ein akustisches Signal. Danach sind insgesamt zehn Fragerunden vorgesehen. Für jede Frage und Antwort im Block stehen insgesamt fünf Minuten zur Verfügung. Die Fragen sollten deshalb kurz sein, um ausreichend Zeit für Antworten zu ermöglichen. Danach wechselt das Fragerecht zum nächsten Fragenden in der Reihenfolge. Die Fragen sollten natürlich auch zum Thema der heutigen Sitzung sein. Die ersten zwei Runden machen alle Fraktionen, die Runde drei und vier Unionsfraktion, AfD, SPD und Grüne, Runde fünf und sechs Union, AfD und SPD, Runde sieben bis zehn die Union. Die Fragerunden sind so aufgeteilt, dass jedes Kommissionsmitglied fünf Minuten Fragezeit hat. So kommt diese Zusammensetzung der unterschiedlichen Runden zustande. Ich möchte Sie einmal als Anhörungsperson darauf hinweisen, dass Sie durch Kommissionsmitglieder unterbrochen werden können, weil fünf Minuten sind sehr kurz. Ich bitte Sie – darum haben mich die Fraktionen gebeten – das nicht als Unhöflichkeit zu interpretieren, sondern es geht darum, in diesem begrenzten Zeitkontingent möglichst viele Fragen und Antworten unterzubekommen. Und natürlich sollten trotzdem die Unterbrechungen so formuliert werden, dass wir in ein gutes und höfliches Gespräch miteinander kommen. Und noch eine Bitte an alle: Die Mikrofone - Sie haben hier vorne so einen schwarzen Knopf, das ist der Knopf, mit dem Sie



Ihr Mikrofon anstellen. Bitte stellen Sie es, auch wenn Sie fertig gesprochen haben, danach wieder aus, weil die Kameraführung mit dem gerade aktiven Mikrofon mitgeht. Wenn Sie online zugeschaltet sind, ist die Empfehlung, dass Sie sich das entsprechende Fenster mit der Redezeitstoppuhr oben anpinnen, damit Sie das sehen können. Und noch ein letzter Hinweis: Die Sitzung wird live im Parlamentsfernsehen übertragen und danach auch in der Mediathek des Bundestages zur Verfügung gestellt. Außerdem erstellen wir ein Wortprotokoll. Und einen Hinweis für unsere Gäste oben auf der Tribüne: Beifallsbekundungen, Zwischenrufe und Film- und Tonaufnahmen sind nicht gestattet. Es wurde interfraktionell vereinbart, die Eingangsstatements in folgender Reihenfolge zu hören, ich lese das kurz vor: Herr Dr. Nießen, Herr Dr. Tinnemann, Frau Dr. Böhm, Herr Dr. Schäfer, Prof. Dr. Antes und Prof. Dr. Drosten. Deshalb würde ich Ihnen, Herr Dr. Nießen, gerne als erstes das Wort geben.

Dr. Johannes Nießen (Kommissarischer Leiter des Bundesinstitutes für Öffentliche Gesundheit (BIÖG), ehemaliger Leiter des Kölner Gesundheitsamtes): Vielen Dank, Frau Vorsitzende, sehr geehrte Mitglieder der Enquete-Kommission. Ich bedanke mich für die Gelegenheit, heute als Sachverständiger zur Aufarbeitung der Corona-Pandemie beizutragen. Mein Fokus liegt heute auf den Erfahrungen mit Pandemieplänen, Meldesystemen und Datenverfügbarkeit. Zunächst zur Situation während der COVID-19-Pandemie: Das deutsche Gesundheitswesen hat die Herausforderungen der Patientenversorgung größtenteils bewältigt. Gleichzeitig hat die Pandemie aber strukturelle Defizite in der Vorsorge und der Krisensteuerung offengelegt. Pandemiepläne und Vorsorge basierten vor 2020 primär auf dem Szenario einer Influenza-Pandemie. Es zeigte sich aber, dass die vorhandenen Pläne oft in den Schubladen lagen. Die theoretischen Grundlagen wurden nicht ausreichend in eine operative, kontinuierliche Vorsorge auf regionaler Ebene umgesetzt. Im Bereich der Meldesysteme fand zwar ein Digitalisierungsschub statt. Mit der Inbetriebnahme des Deutschen Elektronischen Melde- und Informationssystems für den Infektionsschutz – langer Name –, kurz DEMIS, wurde eine deutliche Verbesserung erzielt. Hier hat das Robert Koch-Institut wahrhaft gute Arbeit geleistet. Der gravierendste Mangel war jedoch die

fehlende Datenlage im Versorgungsbereich. Wichtige aktuelle Versorgungsdaten standen oft nur unvollständig oder mit erheblichem Zeitverzug maschinenlesbar zur Verfügung. Dieser Mangel an Daten erschwerte die wissenschaftliche Analyse sehr und damit die Steuerung der Pandemie. Uns fehlte der Zugang zu patientenindividuellen Echtzeitdaten. Diese standen in anderen Industrieländern, etwa Dänemark oder Israel, zur Verfügung. Wir guckten einige Male dort interessiert hin, um zu wissen, wie es um uns herum ausschaute. Tagesaktuelle Daten zur Belegung der Intensivstationen wurden über das sogenannte Intensivregister geliefert. Das wurde während der Pandemie installiert. Herr Prof. Karagiannidis aus Köln war da maßgeblich aktiv. Das war eine wichtige Ressource, um zu wissen: Wie schlägt die Pandemie durch? Ergänzend wäre hier eine vollständige Übersicht zur Belegung der Krankenhausbetten nötig. Daran müssen wir arbeiten für die nächste Pandemie, um das Real-Time Monitoring entsprechend auf den Weg zu bringen. Die zentrale Lehre für künftige pandemische Ereignisse ist – das sage ich jetzt nicht völlig uneigennützig –, dass Gesundheitskrisen nur mit einem starken öffentlichen Gesundheitsdienst bewältigt werden können. Wir müssen von der reaktiven Ad-hoc-Bewältigung zu einer proaktiven, datenbasierten und resilienten Public-Health-Strategie übergehen. Hinsichtlich der Pandemiepläne müssten Notfallstrategien ausgearbeitet und jederzeit implementierbar sein. Modular aufgebaute Pandemie- und Krisenpläne sind zu bevorzugen. Es ist wesentlich, die Risiko- und Krisenkommunikation als Daueraufgabe zu etablieren, um ein schnelles Informationsnetzwerk für die Bevölkerung zu gewährleisten. Dabei muss sichergestellt werden, dass eben auch alle Bevölkerungsgruppen erreicht werden. Die Zukunftssicherung des Gesundheitswesens ist untrennbar mit der Digitalisierung und einer resilienten Dateninfrastruktur verbunden. Ziel sollte es sein, dass Gesundheitsdaten möglichst zeitnah, einzelfallbasiert und vollständig vorliegen. Hier spielt die elektronische Patientenakte eine zentrale Rolle. Die Weiterentwicklung von DEMIS, dem eben zitierten Informationssystem, zu einer digitalen interoperablen Plattform für den ÖGD [Öffentlicher Gesundheitsdienst] unterstützt die Umsetzung notwendiger



Infektionsschutzmaßnahmen vor Ort. Surveillance-Systeme müssen kontinuierlich ausgebaut und verstetigt werden. Exemplarisch kann das freiwillige Sentinel zur elektronischen Erfassung von akuten respiratorischen Erkrankungen, die sogenannte AG [Arbeitsgemeinschaft] Influenza, genannt werden, die beim Robert Koch-Institut installiert ist. Aber auch Plattformen zur Zusammenarbeit im öffentlichen Gesundheitsdienst wie das im Aufbau befindliche elektronische Meldesystem EMIGA [Elektronisches Melde- und Informationssystem für Gesundheitsämter] werden dringend benötigt. Und zu guter Letzt möchte ich das Abwassermonitoring auch noch hier nennen. Nur mit eben diesen resilienten Strukturen und einer ausreichenden Personalausstattung können wir die in der Pandemie offengelegten Datenlücken schließen und zukünftigen Ereignissen adäquat begegnen. Die Evaluation der Wirksamkeit von Maßnahmen, insbesondere nicht-pharmakologische Interventionen so wie das Tragen einer Maske, Quarantäne einhalten - - das muss künftig wissenschaftlich begleitet werden. Inzwischen wurden für diese wissenschaftliche Begleitung in Deutschland an sieben Hochschulen Lehrstühle für den Öffentlichen Gesundheitsdienst eingerichtet. Alle diese beschriebenen Maßnahmen werden helfen, die nächste Pandemie früh und rechtzeitig zu erkennen und dann eben wirkungsvoll zu bekämpfen. Vielen Dank.

Die **Vorsitzende**: Vielen Dank, Herr Dr. Nießen. Dann hat jetzt Herr Dr. Tinnemann das Wort.

Dr. Peter Tinnemann (Leiter des Gesundheitsamtes Frankfurt am Main): Vielen herzlichen Dank, Frau Vorsitzende, sehr geehrte Mitglieder der Enquete-Kommission. Die Pandemie hat die fatalen Folgen einer reaktiven Haltung offengelegt. Standardisierte Pandemiepläne waren zwar vorgehalten worden in den Gesundheitsämtern, aber die notwendigen Dateninfrastrukturen waren nicht etabliert worden, um beim ersten Anzeichen einer Bedrohung sofort handlungsfähig zu sein. Die Pandemie hat auch gezeigt, dass eine Pandemie keine reine medizinische Krise ist. Die Erfahrung in der Pandemie hat uns die Abhängigkeiten von internationalen Lieferketten für Schutzausrüstung, von Logistikunternehmen für die Impfstoffverteilung und von digitalen Infrastrukturen für das Kontaktmanagement

aufgezeigt. Basierend auf den Analysen der Schwachstellen in der Pandemie und vor dem Hintergrund der sich wandelnden geopolitischen Sicherheitsarchitektur ist ein sofortiger und fundamentaler Paradigmenwechsel im Krisenmanagement der Gesundheitsämter ein unumgänglicher Imperativ. Die neue Maxime ist klar: Gesundheit ist eine Dimension der nationalen Gesundheitssicherheit, im Englischen als „Health Security“ bezeichnet. Daher benötigt Deutschland einen Paradigmenwechsel in der Ausrichtung der Gesundheitsämter und des ÖGD insgesamt für ein Krisenmanagement, was über Pandemien hinausgeht. Die Einrichtungen des öffentlichen Gesundheitsdienstes müssen daher auf allen Ebenen von reaktiven Behörden zu proaktiven strategischen Koordinatoren der Gesundheitssicherheit weiterentwickelt werden. Dieses Paradigma beschreibt den Wandel von einer abwartenden Haltung, die erst bei Eintritt einer Krise reagiert, hin zu einem vorausschauenden, gestaltenden Ansatz. Es geht darum, Bedrohungen durch Gefahrenanalysen, einen sogenannten „Health-Hazards-Ansatz“ permanent zu bewerten, Szenarien zu planen sowie Strukturen und Fähigkeiten zu schaffen, bevor sie akut benötigt werden. Eins ist sicher: Wir brauchen bessere Datensysteme. Wir brauchen die Entwicklung robuster, interoperabler informations- und digital souveräner Datensysteme, die den Austausch zwischen den relevanten Akteuren des Gesundheitssystems und Forschungseinrichtungen ermöglichen. Das ist für eine wirksame Pandemiebekämpfung und ein leistungsfähiges Krisenmanagement insgesamt zentral. Diese Datensysteme bilden die Grundlagen, um den Gesundheitszustand der Bevölkerung medizinisch zu überwachen, zu bewerten und Gesundheitsbedrohungen effektiv adressieren zu können. In Deutschland bedeutet dies, dass die derzeit weiter bestehenden Fragmentierungen der Datenerfassung über verschiedene Akteure im Gesundheitswesen hinweg überwunden werden müssen und standardisiert werden müssen in Richtung Echtzeit-Datenaustausch-Mechanismen. Anstelle isolierter, proprietärer Fachverfahren benötigt es ein Paradigma einer gemeinsamen, quelloffenen, modularen und digitalen souverän etablierten Infrastruktur. Um diese Datensicherheit zu gewährleisten, benötigt es ausreichende Investitionen in die Infrastruktur, um die Hardware



zu modernisieren und datensichere IT-Systeme zu schaffen und bundesweite Standards für den Datenaustausch, wie beispielsweise „FHIR/HL7“, zu implementieren. Verbindliche moderne Sicherheitsvorgaben bei der Beschaffung und Entwicklung von neuen IT-Systemen müssen sich dabei an den Prinzipien „Privacy by Design“ und „Privacy by Default“ nachweislich orientieren und mit zentralen Systemen müssen Identity- und Access-Management-Systeme die Benutzeridentitäten und Zugriffsrechte verwalten. Wir brauchen zukünftig Kompetenzzentren für Krisenmanagement. Die über 380 Gesundheitsämter sind sehr heterogen ausgestattet. Zum Beispiel in der Anzahl der Mitarbeitenden von einem niedrigen zweistelligen Bereich in kleinen Landkreisen bis hin zu mehreren hundert Mitarbeitern in einzelnen Großstadtgesundheitsämtern. Da können nicht alle Gesundheitsämter alle Expertisen und Ressourcen gleich vorhalten. Es benötigt eine Änderung von dem Ansatz „alle Gesundheitsämter machen alles“ hin zu einem Paradigma „Expertise bündeln im Kompetenzzentrum“, zum Beispiel für Krisenmanagement. Der bereits etablierte ständige Arbeitskreis der Kompetenz- und Behandlungszentren für Krankheiten durch hochpathogene Infektionserreger („STAKOB“) ist ein bereits etabliertes bundesweites Expertennetzwerk mit einer Geschäftsstelle am Robert Koch-Institut. Daran könnte man sich orientieren. Und im Sinne des STAKOBs sollten diese Kompetenzzentren für Krisenmanagement etabliert werden, da sie nicht als ein weiteres Gremium wahrgenommen werden sollten, sondern mit klarer Verortung in der Praxis und aufgrund ihrer Struktur und Aufgaben viele Vorteile bieten würden. Danke schön, soweit meine Stellungnahme.

Die **Vorsitzende**: Eine Punktlandung. Herzlichen Dank, Herr Dr. Tinnemann. - Jetzt bekommt Frau Dr. Kristina Böhm das Wort.

Dr. Kristina Böhm (Leiterin des Amtes für Gesundheit und Prävention der Landeshauptstadt Dresden, ehemalige Vorsitzende des Bundesverbandes der Ärztinnen und Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes e. V. (BVÖGD)): Danke. Liebe Kommissionsvorsitzende und meine sehr geehrten Damen und Herren, auch ich werde ein kurzes Statement abgeben und dabei aber schon

darauf abstützen, dass die Kollegen Nießen und Tinnemann ja schon einige wesentliche Aspekte genannt haben. Ganz wichtig ist mir vorwegzuschicken, dass Sie die Lage 2020 verstehen. Der Öffentliche Gesundheitsdienst als Einheit existiert in Deutschland nicht, sondern wir haben über 380 Gesundheitsämter, die durchaus sehr, sehr heterogen ausgestattet sind. Herr Tinnemann hat es kurz ausgeführt, und das betrifft sowohl das Personal als auch die Ressourcen und nicht nur die technische Ausstattung, sondern tatsächlich auch die Anzahl der Personen und der Qualifikationen. Nicht jedes der Bundesländer hat ein Landesgesundheitsamt und bestimmte Strukturen sind im Vorfeld schlicht und ergreifend an der Stelle nicht etabliert gewesen. Die Lage, die wir erlebt haben, war hochdynamisch, hochkomplex und hat letztendlich die Gesundheitsämter vor große Herausforderungen gestellt. Was mir tatsächlich wichtig ist: Wir haben in diesen dreieinhalb, vier Jahren viele Erfahrungen gemacht. Wir haben miteinander gekämpft und wir haben miteinander die Lage bewältigt und auch zum Ende führen können. Diese Erfahrungen, die wir gemacht haben, die Professionen, die dabei entstanden sind und das, was wir an Strukturen auch tatsächlich jetzt vorhalten beziehungsweise gerne vorhalten möchten, muss gehalten werden für die Zukunft. Pläne auf Papier, und das haben wir 2020 gesehen, nutzen niemandem, wenn man nicht weiß, wo die Papiere liegen und die Personen, die in den Papieren stehen, auch zum Teil gar nicht mehr in den einzelnen Funktionen tatsächlich zur Verfügung stehen und somit ihre Funktion auch gar nicht ausüben könnten. Was tatsächlich ganz wichtig ist: Dass wir zukünftig, wenn wir bei Krisenplanungen dabei sind und wenn wir die Planungen machen, dann müssen wir generische Krisenvorbereitungen treffen und wir müssen tatsächlich Krisen- und Bevölkerungsschutz an der Stelle zusammendenken, weil ich glaube, dass jede zukünftige Lage nicht nur den Gesundheitsschutz, sondern eben auch den Zivil- und Bevölkerungsschutz mit inkludieren wird. Damit wir zukünftig agieren können und nicht nur reagieren, heißt es jetzt: vorbereiten, ausbilden und üben und die notwendigen Ressourcen zu verstetigen. Wir haben mit dem Pakt für den ÖGD eine großartige Leistung geschaffen. Die Gesundheitsämter sind in Größenordnung



aufgestockt worden mit Personal. Das ändert zwar nichts an der Struktur der 380 Gesundheitsämter in Deutschland, aber die Gesundheitsämter haben eine entsprechende Aufmerksamkeit sowohl mit Geld als auch mit entsprechender Expertise erfahren dürfen. Und diese Expertise, diese Strukturen, gilt es aufrecht zu erhalten für die Zukunft und dafür Sorge zu tragen, dass wir bei zukünftigen Krisen tatsächlich dann genauso funktionsfähig sind, wie wir es zum Ende der Pandemie dann tatsächlich waren. Danke schön.

Die **Vorsitzende**: Vielen Dank, Frau Dr. Böhm. - Jetzt bekommt das Wort Herr Dr. Schäfer.

Dr. Peter Schäfer (Vorsitzender des Bundesverbandes der Ärztinnen und Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes e. V. (BVÖGD): Sehr geehrte Frau Vorsitzende, sehr geehrte Damen und Herren, unmittelbar nach Ausbruch der Corona-Pandemie standen die Gesundheitsämter vor zahlreichen Herausforderungen. Entscheidende Aufgaben waren: Aufspüren von Infektionen, Eindämmen der Verbreitung, Kontaktpersonennachverfolgung, Durchsetzung von Quarantänevorschriften oder auch Infektionsschutz in Gesundheitseinrichtungen mit teilweiser Schließung von öffentlichen Einrichtungen. Es gab keine Blaupausen. Die bestehenden Pandemiepläne bezogen sich vor allem auf Influenza. Die Personaldecke in den Gesundheitsämtern durch unbesetzte oder gestrichene Stellen war stark ausgedünnt. Die Ämter erhielten personelle Unterstützung vom medizinischen Dienst der Krankenkassen, der Bundeswehr, anderen Bereichen der Kommunalverwaltung sowie auch Medizinstudierenden. Im Bereich der Digitalisierung gab es vor Ort keine qualitätsgesicherten landes- oder bundesweit einheitlichen Anwendungen. Zusätzlich erschwerten die bestehenden Vorgaben des Datenschutzes die Kontaktpersonennachverfolgung. Deshalb waren die Gesundheitsämter oft gezwungen, früher vom Ansatz der individuellen Eindämmung zu einem globalen Ansatz mit allgemeinen Maßnahmen zu wechseln. Aufbau und Überwachung von Testzentren sowie Organisation von Impfkampagnen in Impfzentren und mit Arztpraxen waren weitere Aufgaben, in die der ÖGD maßgeblich eingebunden war. Die über die

Länder organisierten Terminbuchungen liefen problematisch und waren technisch oftmals anfällig. Durch starre Priorisierungsregelungen hatten die Kommunen oftmals nicht die Freiheit, sich auf Hotspots mit vielen Neuinfektionen oder Quartiere mit schwer erreichbaren Bevölkerungsgruppen auszurichten. Als Leiter des Mannheimer Gesundheitsamtes und Jugendamtes stehe ich auch in besonderer Weise in der Verantwortung für die junge Generation. Wir wussten früh, dass die Pandemie eine erhebliche Belastung für die Gesundheit und Entwicklung vieler Kinder und Jugendlicher darstellt. Entsprechende Ressourcen zur Nachsorge müssen Teil jeder Vorsorgeplanung werden. Der im September 2020 von Bund und Ländern beschlossene Pakt für den ÖGD entwickelte sich für die Gesundheitsämter vor Ort in der Folgezeit zum Game Changer: ÖGD personell deutlich besser aufgestellt, digitale Modernisierung entscheidend vorangebracht. Es stehen inzwischen verschiedene digitale Lösungen weitgehend einsatzbereit zur Verfügung. Hier zeigen sich flächendeckend in einzelnen Bundesländern oder auch länderübergreifend wesentliche Fortschritte. Deutliche Verbesserungen bei der Aus-, Fort-, Weiterbildung im ÖGD, Verankerung des öffentlichen Gesundheitswesens an den Universitäten. Als Fazit stelle ich fest, dass es im Sinn der Vorsorge für künftige Ereignisse, die die öffentliche Gesundheit bedrohen, quantitativ und qualitativ ausreichend aufgestelltes Personal, eine gut umgesetzte Digitalisierungsstrategie sowie rechtliche Rahmensetzung für Datenschutz in den Gesundheitsämtern bzw. im ÖGD insgesamt braucht. Nach dem Ende der Corona-Pandemie konnte sich der ÖGD wieder verstärkt den drängenden bevölkerungsmedizinischen Aufgaben zuwenden: Herausforderungen des Klimawandels für den Gesundheitsschutz der Bevölkerung, Stichwort kommunale Hitzeaktionspläne. Aber auch angesichts der veränderten politisch-militärischen Sicherheits- und Bedrohungslage ist der ÖGD mit neuen und bislang nicht gekannten Herausforderungen und Aufgaben konfrontiert. Der Wortlaut des Koalitionsvertrages vom April 2025 lässt offen, ob und wie der Pakt für den ÖGD über das Jahr 2026 hinaus fortgeführt wird. Die Gesundheitsministerkonferenz der Länder hat sich in einem einstimmig beschlossenen Leitantrag im Juni 2025 für eine Fortführung des Paktes über das



Jahr 2026 hinaus ausgesprochen. Als BVÖGD erwarten wir, wie auch der Deutsche Ärztetag, dass auch der Bund dem Bekenntnis zu der gemeinsam getragenen Verantwortung von Bund, Ländern und Gemeinden gerecht wird. Ohne Paktverlängerung und qualifizierten Nachwuchs wird die Personaldecke in den Gesundheitsämtern auf Dauer wieder in die Zeiten vor der Pandemie zurückkehren. Laut neuesten Statistiken der Bundesärztekammer sind mehr als 40 Prozent der berufstätigen Fachärzte und Fachärztinnen für öffentliches Gesundheitswesen älter als 60 Jahre. Der BVÖGD, seine Fachausschüsse und die von uns gegründete Deutsche Gesellschaft für Öffentliches Gesundheitswesen stehen weiterhin für einen kontinuierlichen Austausch zu den Erfahrungen aus der Pandemie zur Verfügung. Vielen Dank.

Die **Vorsitzende**: Vielen herzlichen Dank, Herr Dr. Schäfer. - Dann gebe ich jetzt das Wort an Prof. Dr. Antes.

Prof. Dr. Gerd Antes (Mathematiker und Medizinstatistiker): Auch ich bedanke mich für die Einladung, sehr geehrte Vorsitzende, sehr geehrte Damen und Herren. Ich werde jetzt ein bisschen mehr von der theoretischen Seite kommen. Ganz grundsätzlich während der Pandemie und auch jetzt in der Aufarbeitung werden Grundprinzipien des methodischen Weges von Daten zu Wissen nicht angewendet und tauchen damit auch in der öffentlichen Debatte nicht auf. Das möchte ich in der verfügbaren Zeit kurz skizzieren und die daraus folgenden Konsequenzen formulieren. Wir können die Wirksamkeit einzelner Maßnahmen nur dann beurteilen, wenn wir wissen, wie sich die Realität ohne diese Maßnahmen entwickelt hätte. Dieses sogenannte kontrafaktische Denken – der Vergleich mit einem geeigneten Kontrollszenario – ist das Fundament jeder kausalen Bewertung. Ohne einen solchen Vergleich lassen sich Wirkungen nicht belegen, sondern nur behaupten. In solchen Vergleichen müssen Maßnahmen grundsätzlich im Dreiklang von Nutzen, Schaden und Kosten bewertet werden. Es reicht nicht, allein auf verhinderte Infektionen oder Todesfälle zu schauen. Wir müssen gleichzeitig die unmittelbaren und mittelbaren Schäden, und zwar medizinisch, sozial, psychisch und wirtschaftlich usw., sowie die finanziellen und gesellschaftlichen Kosten systematisch erfassen. Dieses Grundprinzip

der Technikfolgenabschätzung im Gesundheitswesen als HTA (Health Technology Assessment) wird seit ca. 1960 entwickelt und schafft einen klaren Rahmen für Bewertungen. Selbst wenn man diesen Überbau richtig berücksichtigt wird, gibt es eine Reihe von handwerklichen Fehlern, die sich durch den gesamten Zeitraum zogen und zu massiven Verfälschungen und auch zu falschen Wahrheiten führten und noch führen. Zu nennen sind in erster Linie diese: Die massive und alle anderen Faktoren schlagende Abhängigkeit vom Alter verbietet es, Betrachtungen und Auswertungen ohne explizite Berücksichtigung vom Alter durchzuführen. Das ist eine sogenannte, fachlich gesagt, Stratifizierung. Relevant wird das unter anderem beim sogenannten Basisreproduktionsfaktor. Das ist diese Zahl, die immer die Situation beschrieben hat – größer oder kleiner 1 oder gleich 1. Also beim sogenannten Basisreproduktionsfaktor - - daraus Maßnahmen für die gesamte Bevölkerung abzuleiten, ist mehr als fehleranfällig. Thema war und ist immer wieder der Datenmangel. Ernst genommen wurde es aber jedoch nie, sondern die Beschreibungen und Bewertungen wurden größtenteils dichotomisiert, das heißt auf „Null-Eins“ oder schwarz-weiß reduziert. Das bedeutet vorsätzlichen Verzicht auf enorme Informationen und ist extrem fehleranfällig. Vor allem bedeutet das Verzicht auf Daten für die immer wieder geforderte Verhältnismäßigkeit, die ja unter anderem auch für die Rechtsprechung fundamentale Bedeutung hat. Gerade bei der Einschätzung und Bewertung von Maßnahmen behandelt man Faktoren, die extrem komplex voneinander abhängig sind und deshalb von multivariaten Verfahren jeweils als einer von vielen betrachtet werden müssen. Faktoren einzeln zu betrachten ist fachlich falsch. Dadurch kann die Wirksamkeit einzelner Maßnahmen außerordentlich falsch eingeschätzt werden. Ein Beispiel dafür ist das Maßnahmenbündel eines Lockdowns und daraus einzeln die nächtliche Ausgangssperre zum Beispiel. Empirisch ermittelte Aussagen müssen mit einer Einschätzung der Sicherheit und Unsicherheit der Aussagen versehen werden. Das ist das Grundprinzip in der Wissenschaft. Beziehungsweise das Vertrauen in eine Aussage gehört zur Aussage selbst. Eine der chronischen Schwächen - - hier erlaube ich mir mal Englisch: „We are unable to admit, we simply



don't know“ kommt von einem sehr berufenen Professor aus Cambridge. Größtes Misstrauen ist also angesagt, wenn zum Beispiel Sätze wie: „Der Lockdown hätte 16.000 Todesfälle verhindert“ - - So exakte Zahlen können von der Wissenschaft nicht geliefert werden und das muss formuliert werden. Das sind die vier wesentlichen Beispiele, zu denen viele weitere genannt werden können. Das verbindende Element dabei ist eine der systematischen Ignorierungen von Wissenschaftsprinzipien, die seit langem etabliert sind und angewendet werden müssen. Ein besonders unrühmliches Beispiel dabei ist das sogenannte Präventionsparadoxon. Das Phänomen gibt es seit langer Zeit. In der Pandemie bot es sich allerdings geradezu an, damit solche kausalen Behauptungen zu belegen. Das Ausbleiben einer Katastrophe wurde als Beleg für die Wirksamkeit von Maßnahmen gedeutet und sinkende Krankenhauszahlen geradezu als Beweis für ihren Erfolg präsentiert. Damit wurde eine wissenschaftlich nicht haltbare Logik etabliert: Wenn die Zahlen steigen, war es die Pandemie. Wenn sie fallen, war es die Maßnahme. Und wenn sie niedrig bleiben, war der Erfolg nur nicht sichtbar. Aus epidemiologischer Sicht sind diese Argumente unzulässig, weil der notwendige Vergleich durch eine Behauptung ersetzt wurde. Erst wenn diese methodischen Grundlagen ernst genommen werden, können belastbare Aussagen über Nutzen und Schaden einzelner Interventionen getroffen werden. Zu guter Letzt nochmal: Die Nichtbenutzung von wirklich etablierten Einrichtungen völlig verschiedener Art – an erster Stelle hier die sogenannte nationale Kohorte, die sofort hätte aktiviert werden können, um die sogenannten Dunkelziffern zu erhellen. Zweitens das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen, wohl die geeignetste Institution – das BMG [Bundesministerium für Gesundheit] ist, gesetzlich ermächtigt, daran Aufträge auszugeben, das ist nicht ein einziges Mal passiert. Und drittens der Pandemieplan beim RKI [Robert Koch-Institut], der auch da, wo er angefasst hätte werden müssen, nicht angefasst wurde. Es darf also nicht darum gehen, nachträglich Narrative zu bestätigen, sondern anhand solider Kriterien zu prüfen, wo was tatsächlich gewirkt hat und was fälschlich als Wirkung dargestellt wurde. Nur mit dieser Klarheit wird die Kommission in der Lage sein, aus der Pandemie zu lernen, sodass künftige

Entscheidungen besser gefällt und begründet werden können. Ich danke für die Aufmerksamkeit.

Die **Vorsitzende**: Vielen Dank, Prof. Antes. - Dann als letzter der sachverständigen Experten für heute Prof. Dr. Drosten.

Prof. Dr. Christian Drosten (Direktor des Institutes für Virologie an der Charité Berlin): Guten Tag und danke für die Einladung. Ich möchte Ihnen ein paar Eindrücke sagen, die ich so insgesamt habe aus der öffentlichen Diskussion und auch aus dem, was ich aus dem Kollegenkreis höre. Das ist nämlich mein insgesamt vielleicht wichtigster Eindruck: Es gibt keine deutsche Pandemie. Fachexpertise ist international. Die Vorstellung, dass den einzelnen Gesundheitssystemen vieler Länder dieselben groben Fehler unterlaufen sind und dies von der internationalen Fachgemeinschaft bis heute nicht bemerkt wurde, diese Vorstellung ist nicht mit der Realität abzugleichen. Die Gefahr der Pandemie ging von der dynamischen Übertragbarkeit des Virus aus, nicht von heute kleinteilig diskutierten Werten von Sterblichkeit im Vergleich zur Grippe beispielsweise. In jedem Szenario einer unkontrollierten ersten Welle hätte sich aufgrund der enormen Übertragbarkeit in kurzer Zeit unvorstellbar hohe Patienten- und Verstorbenenanzahlen ergeben. Gerade die Effizienz der deutschen Pandemiekontrolle in der ersten Welle wurde international anerkannt und hervorgehoben. Nicht nur die Entwicklung der mRNA-Vakzine war ein deutscher Erfolg. Der Grund für unsere zeitige und zielsichere Eindämmung war die bereits im Februar 2020 in der Fläche verfügbare PCR-Diagnostik. Die notwendige Forschungsförderung dazu kam vom BMBF [Bundesministerium für Bildung und Forschung] über das Deutsche Zentrum für Infektionsforschung. Die Gesundheitsämter konnten dadurch schon die frühesten Infektionsketten erkennen und verzögern. Hierdurch wurde essenzielle Zeit für eine politische Entscheidungsfindung gewonnen. Ein großes Missverständnis in der Pandemieplanung ergibt sich aus dem intuitiven Prinzip, dass wir diejenigen schützen wollen, die durch das Virus am meisten gefährdet sind. Dies ist zwar richtig, konnte aber nicht bedeuten, selektiv alte Menschen gegen die Infektion zu schützen und ansonsten auf Kontrollmaßnahmen zu verzichten. Dieses „Focus Protection“ genannte Konzept, das auch in



Deutschland vorgeschlagen wurde, beruhte auf übermäßig einfachen Vorstellungen. Nicht nur, weil es in der Konsequenz alte Menschen isoliert und sich selbst überlassen hätte, sondern auch, weil es nicht-Alte übersah. Risikofaktoren wie Bluthochdruck, Herzerkrankungen, Diabetes oder Adipositas hätten die erwerbstätigen Altersgruppen einer enormen Krankheitslast ausgesetzt. Ohne eine allgemeine Infektionskontrolle hätten diese gefährdeten Personen ihr Sterblichkeitsrisiko nicht eigenverantwortlich reduzieren können zu dieser Zeit. Erst die Impfung eröffnete ihnen hierzu später die Möglichkeit. Eine Pandemie ist ein explosives Initialereignis. Durch den exponentiellen Anstieg der Fallzahl ist beispielsweise eine Begrenzung anhand von verfügbaren Beatmungsplätzen oder Bettenzahlen in der beginnenden Pandemie grob irreführend. Denn grob gesagt ist der Unterschied zwischen 500 und 1.000 Intensivpatienten in der aufkommenden ersten Welle nur eine Verdopplungszeit, etwa fünf Tage. Vorschläge, in der Zeit vor der Impfung lieber auf die Bettenbelegung als auf die Inzidenzzahlen zu achten, waren aus eben diesen Gründen irreführend. Zu diesen Zusammenhängen kursieren leider bis heute Falschbehauptungen. Oft wird dabei die Arbeit von Institutionen wie dem Paul-Ehrlich-Institut, dem Robert Koch-Institut und den Gesundheitsämtern verächtlich gemacht. Viele Behauptungen beruhen dabei auf mangelndem oder gezielt ignorantem Verständnis von Prozeduren, Begrifflichkeiten und Daten. Ich hoffe, dass wir heute gemeinsam zur Aufklärung beitragen können. Ein Wort noch zur Planung: Eine schematische Pandemieplanung, strikt nach den COVID-Erfahrungen, begeht unausweichlich gravierende Planungsfehler. Jede Pandemie stellt vorliegende Konzepte infrage und erfordert eine sofortige wissenschaftliche Reaktion, um die dringenden Anfangsfragen möglichst zeitnah zu beantworten und dadurch gezielt zu reagieren. Pandemiekontrolle wird auch in Zukunft nach dem Prinzip funktionieren: „Wir bauen das Schiff, während wir schon lossegeln müssen.“ Dies geht nur mit tagesaktuellen Forschungsergebnissen und Daten. Es erfordert eine gut finanzierte Infektionsforschung und starke Institutionen des öffentlichen Gesundheitswesens. Wer keinen Fehler bei der Vorbereitung gegen zukünftige Pandemien machen will, dem kann man sagen: Hier ist eine Investition garantiert lohnend. Für

Ihre Arbeit wünsche ich Ihnen viel Erfolg und Unterstützung. Ich stehe Ihnen hier heute gerne zur Verfügung.

Die **Vorsitzende**: Vielen herzlichen Dank für Ihre Eingangsstatements. - Wir fahren dann fort mit dem Gesprächsteil mit den Fraktionen. Ich würde die Fraktionen, wie wir das in den letzten Sitzungen auch gemacht haben, nur damit Sie Bescheid wissen, nacheinander aufrufen; sie können dann auch in den fünf Minuten-Blöcken durchaus untereinander noch mal das Wort hin und her geben, aber als erste Fraktion bekommt die Unionsfraktion das Wort für die erste Fragerunde und Prof. Weidner beginnt.

SV **Prof. Dr. Christian Weidner**: Vielen Dank, Frau Vorsitzende. Ich würde ganz gerne mit einer Frage an den Kollegen Schäfer starten. Der Eindämmung von Ansteckungen in einer Pandemie, dem „Containment“, dient ja unter anderem das von Ihnen schon angesprochene Instrument der Kontaktpersonennachverfolgung. Das ist die personalisierte Form des Containments und damit auch die minimalinvasivste. Das heißt, je erfolgreicher dieses Instrument funktioniert, umso eher lassen sich diese globalen Instrumente der Kontaktminimierung, die hier ja auch schon angesprochen worden sind und die erhebliche Grundrechtseinschnitte mit sich bringen, vermeiden. Wenn Sie jetzt im Rückblick die Arbeit an dieser Kontaktpersonennachverfolgung mal berichten, würde mich interessieren: Welche Instrumente und vor allem welche gesetzlichen Rahmenbedingungen brauchen die Gesundheitsämter, um eine personaleffiziente – das war ja das Hauptproblem letztlich – Kontaktpersonennachverfolgung betreiben zu können. Wie beurteilen Sie im Rückblick diesbezüglich das Mit- oder eher Nebeneinander der Meldesoftwaren, der Kontaktpersonennachverfolgungssoftware und der verschiedenen lokalen Fachanwendungen der Gesundheitsämter und welcher Imperativ ergibt sich daraus für die Zukunft? Und was Sie auch schon angesprochen hatten: Wie sehen Sie jetzt mit Blick auf die Pandemie das Binnenverhältnis zwischen dem im IFSG [Infektionsschutzgesetz] zur Einschränkung nicht eigens benannten Grundrecht auf informationelle Selbstbestimmung gegenüber den zahlreichen anderen Grundrechten, die ja zum Teil ganz erheblich eingeschränkt worden sind?



Dr. Peter Schäfer (Vorsitzender des Bundesverbandes der Ärztinnen und Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes e. V. (BVÖGD)): Sehr geehrter Herr Prof. Weidner, ich denke, von den Instrumenten – das waren ganz häufig papiergebundene Dokumentationen, die man hatte zur Kontaktpersonennachverfolgung mit der großen Schwierigkeit: zum Teil Kisten, die wir dann abgeholt haben und die wir eingegeben haben, weil dort entsprechend dokumentiert war – von ca. 80, 85 Prozent der Menschen sorgfältig, aber von einem nennenswerten anderen Teil auch nicht mit nachvollziehbaren Adressen oder sogar Fantasieangaben. Und das war die Schwierigkeit, dass es eben für uns, weil Sie ja auch die unterschiedlichen Grundrechte ansprechen - - wie war es nachverfolgbar? Gravierende Eingriffe in verschiedene Grundrechte, aber immer in einer Situation, wo man sagt, datenschutzmäßig sehr schützenden individuellen Situation, die aber uns den Erfolg der Maßnahme schwierig gemacht hat. Die Instrumente, die man nebeneinander hatte, auch von Software, da könnte man verschiedene Stichworte nennen. Es gab auch ganz früh ein Hackathon. Das heißt, man hat versucht, vor Ort mit den IT-Fachleuten gute Software zu entwickeln. Es war ein gewisser Wettbewerb, aber wo waren Schnittstellen? Wie hat das wieder funktioniert? Gerade auch, weil Sie Meldesoftware ansprechen. Und letztendlich wurden uns gute Instrumente der Kontaktpersonennachverfolgung genommen. Und damit eben frühzeitiger waren generalisierte Maßnahmen, die dann nicht mehr das Containment entsprechend abgebildet haben, sondern in einem größeren Rahmen die Allgemeinheit als globaler Ansatz beeinträchtigt haben.

SV Prof. Dr. Christian Weidner: Kurz noch mal eine Nachfrage. Sie sagen, Ihnen wurden die Instrumente genommen. Wodurch wurden die Ihnen genommen?

Dr. Peter Schäfer (Vorsitzender des Bundesverbandes der Ärztinnen und Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes e. V. (BVÖGD)): Die Instrumente wurden uns zum Teil, dass man es datenschutzmäßig nicht verfolgen konnte. Die wurden uns auch durch fehlende Schnittstellen genommen, damit man einfach schauen konnte: „Wer war jetzt wo?“ zum Beispiel. Und es war auch schwierig dann, egal - - weitere Stichworte:

SORMAS [Surveillance, Outbreak Response Management and Analysis System] war eine Software, die im Einsatz war, aber die dann auch wieder ihre Schwachstellen hatte. Wir waren nicht so ausgestattet. Die Personalsituation habe ich jetzt noch gar nicht angesprochen. Großes Thema, weil mit effektivem Personaleinsatz sehr wohl ein Containment möglich war, weil man dann entsprechend abgrenzen konnte, aber auch dort die Einarbeitung, die Schulung von Bundeswehr, von Freiwilligen aus der Verwaltung einfach Ressourcen gebunden hat und damit schwierig war.

SV Prof. Dr. Christian Weidner: Und noch mal ganz explizit zurück auf diese Abwägung zwischen den Grundrechten, die durch das IFSG einfachgesetzlich eingeschränkt werden können und dann der informationellen Selbstbestimmung, die dort gar nicht vorkommt.

Dr. Peter Schäfer (Vorsitzender des Bundesverbandes der Ärztinnen und Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes e. V. (BVÖGD)): Das war zum Teil auch gegenüber den eigenen Mitarbeitenden nicht ganz leicht zu erklären, dass man im Grunde Tätigkeiten ausführt und dann aber an Grenzen kommt, weil mit einem sehr hohen Schutz auch das Recht der individuellen Selbstbestimmung gewährt war. Und hier würden wir uns etwas mehr Gesamtbetrachtung wünschen.

Die **Vorsitzende:** Vielen herzlichen Dank. – Dann kommen wir zur AfD-Fraktion und es beginnt Herr Prof. Homburg.

SV Prof. Dr. Stefan Homburg: Herr Drost, am 25. April 2020 sagten Sie im ORF, Schweden werde bei den Corona-Maßnahmen an derselben Stelle landen wie Deutschland, nur viel später. Deshalb werde Schweden viel mehr Todesfälle haben als Deutschland. Im Nachhinein haben wir jetzt die große Studie aus „Lancet“, sozusagen eine Gesamtabrechnung für die Jahre 2020 bis 2023. Danach hatte Schweden die niedrigste Übersterblichkeit – pro Kopf natürlich – aller europäischen Länder. Und Deutschland lag wesentlich ungünstiger, Österreich noch ungünstiger. Meine Frage an Sie, bleiben Sie bei Ihrer Meinung, Deutschland habe durch Lockdowns, Maskenpflicht und so weiter mehrere 10.000 Leben gerettet. Ja oder nein?

Prof. Dr. Christian Drost (Direktor des Institutes für Virologie an der Charité Berlin): Ja,



selbstverständlich. Das wird ja bestätigt durch auch jetzt die Aufnahme der Situation in England, wo man zu ähnlichen Schlussfolgerungen kommt. Und das, was Sie in Ihrer Frage formulieren, ist natürlich ein Vergleich gegenüber Schweden hinsichtlich der Unterschiedlichkeit der Zeit, in der die Kontrollmaßnahmen unterschiedlich waren. Und das war die erste Welle. In der ersten Welle hatte Schweden bevölkerungsbezogen eine fünffach höhere Sterblichkeit als Deutschland.

SV Prof. Dr. Stefan Homburg: Ja, ich kenne Ihr Argument, Herr Drosten, dass Sie immer einen einzigen Monat herauspicken. Deshalb haben wir ja diese wertvolle Studie aus „Lancet“, die den gesamten Zeitraum betrachtet. Schweden hatte nie einen Lockdown, Schweden hatte nie eine Maskenpflicht, Schweden hat in der Übersterblichkeit viel besser abgeschnitten als Deutschland und auch als seine Nachbarn Dänemark, Norwegen, Finnland. Die Daten sagen also, dass diese Maßnahmen nichts gebracht haben. Ihre Modellrechnung aus UK, das kennen wir, sagt natürlich, dass die viel gebracht haben. Zweite Frage: Am 02.03.2020 sagten Sie in der Bundespressekonferenz: Diese Erkrankung ist eine milde Erkrankung. Das ist eine Erkältung erster Linie. Die ist im Prinzip für den Einzelnen gar kein Problem. Eine Woche später sagten Sie, auch in der Bundespressekonferenz, es gebe nichts Neues, nämlich: Das kann in einer Woche in der Wissenschaft auch gar nicht passieren. Stimmt. Aber neun Tage später sagten Sie, und ich zitiere das wörtlich: „Auch Jüngere sterben an dieser Erkrankung. In Afrika werden wir Bilder sehen in der Zeit zwischen Juni und August im Sommer, die wir nur aus Kinofilmen kennen, aus reinen Fantasyfilmen. Da wird es Szenen geben, die wir uns heute noch gar nicht vorstellen können.“ Meine Frage an Sie, aufgrund welcher Daten änderten Sie innerhalb einer Woche Ihre Einschätzung zur Gefährlichkeit um 180 Grad?

Prof. Dr. Christian Drosten (Direktor des Institutes für Virologie an der Charité Berlin): Ja, Herr Homburg, jetzt haben Sie fast die gesamte Zeit der Befragung für eigene Behauptungen verwendet, -

SV Prof. Dr. Stefan Homburg: Das sind Zitate, das sind Ihre Behauptungen.

Prof. Dr. Christian Drosten (Direktor des Institutes für Virologie an der Charité Berlin): - sodass

praktisch keine Zeit mehr für die Beantwortung Ihrer komplexen Fragen, die auch mit persönlichen - -

SV Prof. Dr. Stefan Homburg: Sie haben anderthalb Minuten, Herr Drosten, nur zu.

Prof. Dr. Christian Drosten (Direktor des Institutes für Virologie an der Charité Berlin): - Unterstellungen einhergeht.

SV Prof. Dr. Stefan Homburg: Weichen Sie nicht aus.

Prof. Dr. Christian Drosten (Direktor des Institutes für Virologie an der Charité Berlin): Sie selber haben ja für die Fragen viel länger gebraucht.

Aber ich kann Ihnen nur ganz kurz sagen, um noch mal an den Anfang zurückzukommen: Sie reden hier über Übersterblichkeit und Schweden. Wie gesagt, es geht um die erste Welle, wenn wir Schweden vergleichen, denn dort -

SV Prof. Dr. Stefan Homburg: Herr Drosten, meine Frage hier, die Sie zu beantworten haben, bezieht sich auf Ihre Aussage, Corona sei eine milde Erkrankung, kein Problem und danach: Es gäbe Szenen wie in Afrika, die wir uns gar nicht vorstellen könnten. Warum haben Sie innerhalb von neun Tagen Ihre Meinung dazu um 180 Grad gedreht?

Die **Vorsitzende:** Halten Sie mal bitte kurz die Zeit an. Einen sitzungsleitenden Hinweis: Lassen Sie doch bitte den Sachverständigen und Experten einmal ausreden und Fragen zu beantworten hat er in einem Untersuchungsausschuss, aber nicht in einer Enquete-Kommission. Damit -

SV Prof. Dr. Stefan Homburg: Nein, Frau Vorsitzende, Sie haben selber -

Die **Vorsitzende:** Auch ich darf meinen Satz zu Ende sprechen. Sie müssen bitte Ihr Mikrofon ausmachen, wenn Sie Ihre Frage gestellt haben, damit auch die Experten eine Chance haben, auf Ihre Frage zu antworten. Sie haben jetzt noch 49 Sekunden. Wenn Sie möchten, können Sie noch weitere Ausführung machen oder Sie möchten, dass Herr Drosten jetzt antwortet.

SV Prof. Dr. Stefan Homburg: Also ich möchte auf jeden Fall, dass Herr Drosten meine Frage beantwortet, warum er erst von einer milden Erkrankung ausging, eine Woche später von



Szenen, die wir nur aus Kinofilmen kennen und das hat überhaupt nichts mit einem Monat Lockdown in Schweden zu tun.

Prof. Dr. Christian Drosten (Direktor des Institutes für Virologie an der Charité Berlin): Also, Herr Homburg, wissen Sie, ich kriege das jetzt gar nicht mehr zusammen. Das ist so verwirrend, was Sie hier vortragen. Das sind so viele unterschiedliche Dinge, die miteinander gar nichts zu tun haben. Ich habe ja gerade noch mal versucht, zumindest einen Aspekt aus Ihrer Frage noch mal aufzunehmen, um sie zu Ende zu beantworten und dazu - - da ging es um die Übersterblichkeit in Schweden. Ganz kurz gesagt: Wenn wir die erste Welle vergleichen – da waren die Maßnahmen in Schweden wirklich unterschiedlich –, dann haben wir eine fünffach so hohe Sterblichkeit wie in Deutschland.

Die **Vorsitzende**: Damit kommen wir zur SPD-Fraktion und Frau Dr. Seitzl.

Abg. **Dr. Lina Seitzl** (SPD): Vielen Dank, Frau Vorsitzende. Vielen Dank an Sie als Sachverständige, dass Sie heute hier sind. Ein Hinweis an die Mitglieder der Enquete-Kommission, an alle. Es ist ein kleiner Tipp. Es hilft, wenn man Fragen beantwortet haben möchte, dass man dem, der sie beantworten soll, auch die Zeit lässt, sie zu beantworten. Das ist dann in der Regel hilfreich.

(Beifall bei der CDU/CSU, SPD, BÜNDNIS 90/
DIE GRÜNEN, Die Linke)

Meine erste Frage geht an Herrn Dr. Schäfer. Es geht ja hier in der Corona-Enquete-Kommission auch darum, Dinge zu lernen aus der Pandemie, damit wir es beim nächsten Mal besser machen. Darauf sind Sie in Ihrem Statement sowie die anderen Sachverständigen – fast alle – auch eingegangen. Um zu lernen, was besser gehen soll oder laufen soll, hilft es ja manchmal auch zu schauen: Was waren denn Aspekte, gerade im Öffentlichen Gesundheitsdienst, die hilfreich waren, also die schon da waren, die wir unbedingt beibehalten sollten? Was ist im Rahmen des Pakts für den Öffentlichen Gesundheitsdienst schon verbessert worden, was wir beibehalten sollten, und an welcher Stelle besteht aktuell noch Handlungsbedarf?

Dr. Peter Schäfer (Vorsitzender des Bundesverbandes der Ärztinnen und Ärzte des

Öffentlichen Gesundheitsdienstes e. V. (BVÖGD)): Was man tatsächlich geschafft hat, ist, eine große Zahl an Stellen zu schaffen, um einfach dieses ganz große Delta, was wir hatten, auszugleichen. Über 5.000 Stellen, die geschaffen wurden und auch die besetzt wurden. Es gibt ja ein regelmäßiges Berichtswesen. Es ist gelungen, die Menschen zu qualifizieren und damit jetzt einfach einen deutlich gestärkten Öffentlichen Gesundheitsdienst, ein deutlich gestärktes Agieren der Gesundheitsämter zu ermöglichen. Es ist so, dass wir deutlich vorangekommen sind bei dem Thema der Digitalisierung, dass jetzt derzeit gerade mehrere entsprechende Angebote zur Verfügung stehen und jetzt auch zum Teil in einzelnen Bundesländern – Baden-Württemberg flächendeckend – eingesetzt werden, aber auch länderübergreifend. Ich finde es durchaus okay, dass es mehrere Softwarelösungen gibt. Da wird sich jetzt bald zeigen einfach: Wie kann man auch das Beste von allen miteinander integrieren. Ich glaube auch, ein wichtiger Aspekt ist zum Beispiel Aus-, Fort-, Weiterbildung zu verbessern. An den Universitäten ist das Fach Öffentliches Gesundheitswesen angekommen. Brückenprofessuren für die PJ-Studierenden, zum Teil auch flächendeckend, in den Bundesländern die Möglichkeit, in den Gesundheitsämtern dort auch näher das Arbeiten des Gesundheitsamtes zu erkennen. Das müssen wir erhalten.

Abg. **Dr. Lina Seitzl** (SPD): Und wenn Sie jetzt noch mal auf die Punkte eingehen, die noch nicht da sind und die unbedingt nachgeholt werden müssten für den ÖGD?

Dr. Peter Schäfer (Vorsitzender des Bundesverbandes der Ärztinnen und Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes e. V. (BVÖGD)): Ich glaube, das eine: Es braucht tatsächlich das Bekenntnis. Der Pakt endet ja Ende 2026. Ich glaube, die Länder haben ihre Botschaft gesendet – der Deutsche Ärztetag, ein eindeutiges Votum. Da brauchen wir, glaube ich, bald Klarheit, weil die Menschen, die befristete Verträge haben, die verlassen die Gesundheitsämter oder auch die Akademie beispielsweise an der Stelle. Da würden wir ganz viel verlieren. Wir brauchen, glaube ich, bald auch eine Klarheit, was die Digitalisierung angeht, damit wir einheitliche Datensätze generieren können, dass wir landkreisübergreifend, dass wir auf Länderebene, auf Bundesebene



belastbare Zahlen haben. Da sind wir noch nicht am Ende des Weges.

Abg. **Dr. Lina Seitzl** (SPD): Zu diesem letzten Punkt hätte ich noch mal eine Nachfrage. Wie genau sollte denn aus Ihrer Sicht diese Klarheit ausschauen? Wie schaffen wir es, dass die Gesundheitsämter in den einzelnen Landkreisen auch über die Länder hinweg diese Daten miteinander austauschen können?

Dr. Peter Schäfer (Vorsitzender des Bundesverbandes der Ärztinnen und Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes e. V. (BVÖGD)): Ich glaube, es braucht ein ehrliches Miteinander, das eben von Landesseite geführt – im föderalen System –, aber die Gesundheitsämter mit ihrer Erfahrung gut mitgenommen werden. Dann ist es auch möglich, dass man Kompromisse eingeht, um die Unterschiedlichkeit der Gesundheitsämter gut abzubilden. Und wenn dann weitere Bundesländer Interesse haben, eine Software zu übernehmen – auch dort, glaube ich, braucht es ein offenes Miteinander, dass man schaut, der eine bietet A an, was kann der andere als B anbieten, um damit, glaube ich, gemeinsam das beste Gesamtpaket zu entwickeln.

Die **Vorsitzende**: Vielen Dank. - Damit kommen wir zur Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und es beginnt Prof. Dr. Salzberger.

SV Prof. Dr. Bernd Salzberger: Meine erste Frage geht an Prof. Christian Drosten. Wir haben, glaube ich, gesehen, dass die Chinesen nach dem ersten SARS-Ausbruch schon ein syndromatisches Entdeckungssystem aufgebaut haben. Die haben sozusagen gesagt: Wenn irgendwo unklare Fälle von Pneumonien auftauchen, dann müssen wir genauer hinschauen. Wir haben selber in der Pandemie die Abwasserbeprobung aufgesetzt, die aber, glaube ich, nach meiner Einschätzung mehr ein Monitoring als ein Frühwarnsystem ist. Welche nationalen oder internationalen Frühwarnsysteme sollten wir etablieren? Und mit welchen internationalen Playern?

Prof. Dr. Christian Drosten (Direktor des Institutes für Virologie an der Charité Berlin): Je höher die internationale Ebene, desto näher kommt man an die WHO [Weltgesundheitsorganisation], so ist es nun mal. Die WHO hat ja das „Data Hub“ hier in Berlin gegründet. Übrigens mit einem großen Engagement der damaligen Bundesregierung. Das

ist natürlich auch international sehr gesehen worden. Und ich glaube, wir sollten da aus Deutschland in diese Lücke auch reingehen, ohne die Vorstellung, da etwas auffüllen zu können. Aber unser Engagement wird, glaube ich, sehr wertgeschätzt. Und dann auf anderer Ebene, das ECDC [Europäisches Zentrum für die Prävention und die Kontrolle von Krankheiten] hat Surveillance-Strukturen und das Robert Koch-Institut ist so schlecht nun auch wieder nicht, hier in Deutschland. Und natürlich liegt es dann bei den Landesstrukturen. Zur Abwassertestung, das ist eine neue Erfahrung, die während der Pandemie aufgebaut wurde und die funktioniert erstaunlich gut. Das ist wirklich was Positives. Das sollte sicherlich unbedingt erhalten bleiben. Das ist natürlich wie alles in diesem Bereich auch kein Universalwerkzeug. Also, ganz klar, was wir hier nachweisen, ist das, was wir in der Toilette ausscheiden, und dieses Coronavirus beispielsweise repliziert im Darm aktiv und wird da auch ganz ordentlich ausgeschieden. Es gibt andere denkbare Erreger von Pandemien, auch der Atemwege, bei denen diese Ausscheidung nicht so stattfindet. Da wären wir dann schlechter beraten. In allen Fällen ist es eben so, wie ich das vorhin im Eingangsstatement auch gesagt habe: Man muss schauen, wie es läuft – ganz am Anfang. Da ist es wichtig, dass man die Daten erheben kann, dass man beschließt: Was muss man jetzt schnell klären mit Qualität? Daher: Dauerhafte Forschungsförderung, reaktives öffentliches Gesundheitswesen in diesem Bereich, dann kommt man innerhalb von Monaten da zu Antworten. Es gibt einfach keine Pauschalantworten, aber prinzipiell: Abwassertestung: gut.

SV Prof. Dr. Bernd Salzberger: Meine zweite Frage geht an Herrn Nießen. Sie haben vorhin von den Pandemieplänen in der Schublade gesprochen. Das war auch unsere Erfahrung. Wir haben die Pandemiepläne kaum gekannt, aber der zweite Aspekt ist natürlich nicht nur die Pandemiepläne zu kennen, sondern eventuell auch zu beproben. Das haben die Engländer jetzt in ihrer Untersuchung zur Corona-Pandemie eindrücklich noch mal gesagt. Was denken Sie dazu, Herr Nießen?

Dr. Johannes Nießen (Kommissarischer Leiter des Bundesinstitutes für Öffentliche Gesundheit (BIOG), ehemaliger Leiter des Kölner



Gesundheitsamtes): Pandemiepläne lagen in der Schublade. So war es. Einmal Teil 1: 72 Seiten. Teil 2: 222 Seiten. Teil 3 am 04.03.2020 noch mal 38 Seiten. Die liest man zum einen nicht so auf die Schnelle. Zum anderen ist das zweite, glaube ich, das Wichtigere: Dass Üben eben übt. Was da drin steht, man muss es - - Ich glaube, das ist die Botschaft, wie wir alle hier auch aus dem Öffentlichen Gesundheitsdienst mitgenommen haben: Das darf jetzt nicht alles in Vergessenheit geraten. Wir sind froh, dass das jetzt hier aufgearbeitet wird, auch gerade um in Zukunft der Bevölkerung Perspektiven aus diesem Streit heraus für eine nächste Pandemie, die irgendwann kommen wird, auch zu gewährleisten. Ich glaube, das ist der wichtige Punkt. Und da ist es eben wichtig, dass wir die Übungen dann dabei halten und das jetzt als eine Botschaft – das wäre uns auch dran gelegen, für die Ergebnisse hier – dass man dann das auch mal noch niederschreibt. Das RKI ist bei uns da ganz bei Fuß und sagt: Macht das mal. Aber wir haben 380 Gesundheitsämter in Deutschland und die sind nicht alle gleich, wie schon mehrmals gesagt. Von daher ist eine Bundesbotschaft, glaube ich, ganz wichtig. Von daher vielen Dank für die Frage und wir sind dabei.

SV Prof. Dr. Bernd Salzberger: Eine kurze Frage noch an Herrn Schäfer. Sie haben eindrücklich berichtet, dass es schwierig war, Daten zu erhalten über vulnerable Gruppen sozusagen. Als Kliniker denkt man immer, man braucht die klinischen Daten, aber haben Sie eine Ahnung oder eine Idee, wie man an die demografischen Daten auch kommt?

Dr. Peter Schäfer (Vorsitzender des Bundesverbandes der Ärztinnen und Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes e. V. (BVÖGD): Die demografischen Daten aus der Bevölkerung jetzt zum Beispiel, meinen Sie die?

SV Prof. Dr. Bernd Salzberger: Zu den vulnerablen Gruppen.

Dr. Peter Schäfer (Vorsitzender des Bundesverbandes der Ärztinnen und Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes e. V. (BVÖGD): Ich glaube, da muss man ganz deutlich unterscheiden: Wo habe ich zum Beispiel Multiplikatoren, um die vulnerablen Gruppen zu erreichen? Es ist leichter zum Beispiel ältere Menschen, die in einer Einrichtung betreut werden

- - diejenigen, die zu Hause alleine sind, zum Beispiel über die Hausärzte, über ambulante Pflegedienste, Apotheken gegebenenfalls.

Die **Vorsitzende:** Vielen Dank. Zum Abschluss der ersten Runde bekommt Ates Gürpınar für die Fraktion Die Linke das Wort.

Abg. **Ates Gürpınar** (Die Linke): Vielen Dank für die Möglichkeit, Ihnen als Sachverständige Fragen stellen zu können. Ich würde meine Fragen an Herrn Nießen richten, und zwar sehr konkret auf die Stadt Köln bezogen, weil dort immer wieder Berichte aufgekommen sind, dass Unterschiede in Fallzahlen je nach sozialer und ökonomischer Situation in Stadtteilen gemessen wurden. Ich würde Sie fragen, ob Sie die Differenzen beziffern und erklären können und vielleicht auch konkret aus Ihren Erfahrungen in Köln im Nachhinein Lehren ziehen für künftige Pandemien, wie sozial und ökonomisch schlechter dastehende Menschen vor solchen Gefahren bewahrt werden können.

Dr. Johannes Nießen (Kommissarischer Leiter des Bundesinstitutes für Öffentliche Gesundheit (BIÖG), ehemaliger Leiter des Kölner Gesundheitsamtes): Vielen Dank. Wir hatten ein System installiert in Köln, das eine Geodatenbank ermöglicht, dass man in die einzelnen Stadtteile hineingucken konnte: Wo sind wie viele Infizierte? Das heißt, es war nicht nur die ganze Millionenstadt per se oder Berlin in seinen zwölf Bezirken oder Hamburg in seinen sieben Bezirken, sondern man hatte alles auf einmal und konnte dann diese Sicht der Dinge eben auf sozial Benachteiligte lenken. Ich glaube, das war ganz wichtig, dass wir da festgestellt haben: Es gab Unterschiede zu Beginn der Pandemie. Dass die Skifahrer aus Ischgl, die zurückkamen, in mehr sozial bevorteilten oder nicht benachteiligten Stadtteilen wohnten – das fiel zum einen auf –, aber das kippte dann Mitte des Jahres, dass eben dann nicht mehr die Skifahrer eine Infektion – eine SARS-CoV-2-Infektion – hatten, sondern eben die Menschen, die Vorerkrankungen haben, die älter waren, die also schon in sozial benachteiligten Stadtteilen wohnten. Ich glaube, das fiel dort auf und wir haben dort eben dann auch entsprechende Aktivitäten gemacht, warum das so war: Warum ist man im sozial benachteiligten Stadtteil eher infiziert gewesen? Da gibt es zum einen die prekären Arbeitsverhältnisse, die eben hygienisch nicht ganz oder schwer zu bewältigen sind.



Homeoffice war da oft nicht möglich, wenn ich eine einfache Tätigkeit durchführe, aber auch Ausweichmöglichkeiten, wenn man zu fünf Personen auf 50 Quadratmetern wohnt, ist das anders, als wenn man zu zweit auf 200 Quadratmetern wohnt. Wenn man dann infiziert ist, hat man einfach mehr Platz, um sich dann auch aus dem Wege zu gehen. Und von daher: Gerade in sozial benachteiligten Wohnungen wohnt man eben enger zusammen. Und was ich eben auch schon angedeutet habe: Eben die Vorerkrankungen sind häufiger, wie Herz-Kreislauf-erkrankungen, COPD, also chronisch obstruktive Bronchitis und Krebs. Das sind Vorerkrankungen, die natürlich auch prädestinieren, dass eine solche Infektion den einen mehr mitnimmt als vielleicht andere. Wichtig ist, glaube ich, die richtigen Schlüsse da zu ziehen. Ich würde da schon weiterdenken wollen, also da muss man eben hingehen, wo es brennt. Wir hatten in Köln eine Liaison mit der Feuerwehr. Die können ja „Krisenfeuer“ löschen – muss man jeden Tag können – und wir hatten jetzt das große Feuer der Pandemie und von daher sind wir da zusammen eben hingegangen, haben dort vor Ort Testangebot geschaffen, wo sonst eben keiner eine Testung anbot von den privaten Testern, und eben auch das Impfen haben wir dort vor Ort angeboten. Ich glaube, das sind dann die nötigen Schritte, wenn man merkt, da ist so eine Differenz, da muss man entsprechende Maßnahmen auf den Weg bringen. Das war dann jetzt nicht groß vorher geplant, sondern hat sich aus der Situation heraus entwickelt.

Abg. **Ates Gürpınar** (Die Linke): Vielen Dank. Da kurz anknüpfend: Es geht nicht um konkrete Summen, aber falls Sie einschätzen können: Sind durch Ihre aufsuchenden Kampagnen – das ist ja quasi auch der Begriff, der dahintersteht – in den Brennpunkten Mehrkosten entstanden oder ließen die sich auch auffangen durch die dann darauffolgenden vielleicht niedrigeren Inzidenzen?

Dr. Johannes Nießen (Kommissarischer Leiter des Bundesinstitutes für Öffentliche Gesundheit (BIÖG), ehemaliger Leiter des Kölner Gesundheitsamtes): In der Corona-Zeit war es schon so, dass manches möglich war, was vorher nicht so möglich war. Das fing bei dem ÖGD-Pakt an, wo wir ja vier Milliarden Euro von der Bundesregierung für den Öffentlichen Gesundheitsdienst bekommen haben. Das war jetzt

nicht für solche Aktivitäten vor Ort, sondern da war die Kommune dran und wir haben diese Mehrkosten dann erst mal subsumiert im Gesamtbudget der Stadt. Das heißt also, da wurde nicht großartig vorher gerechnet, sondern es wurde einfach gemacht. Ich glaube, das hat die Corona-Zeit auch maßgeblich ausgezeichnet, dass eben nicht vorher viele Bedenken hochgehalten wurden, sondern das, was offensichtlich war, auch gemacht wurde. Und von daher haben wir im Nachhinein aber festgestellt, dass wir ein sehr gutes Kosten-Nutzen-Verhältnis hatten, weil wir eben auf die Hochrisikogruppen eben auch zugegangen sind und dann entsprechend deutlich weniger wieder dann krank wurden. Prävention rechnet sich, wenn ich das noch abschließend sagen darf.

Abg. **Ates Gürpınar** (Die Linke): Ich fand die Frage von mir fast ein bisschen frech, weil natürlich rechnet sich Gesundheit. Ich wollte zumindest nachgefragt haben, weil natürlich bei uns im Bundestag dann doch Geld immer wieder eine Rolle spielt. Zur Stellungnahme von Ihnen, weil Sie auf die Hochrisikogruppen eingegangen sind, noch mal kurz zu den vulnerablen Gruppen. Können Sie noch mal spezifizieren, welche Gruppen damit gemeint sind und welche Ansätze Sie in Zukunft vielleicht auch aus der Erfahrung in Köln vorschlagen, um Menschen aus solchen vulnerablen Gruppen den Zugang zu Hilfsangeboten, Impfmöglichkeiten etc. zu erleichtern?

Dr. Johannes Nießen (Kommissarischer Leiter des Bundesinstitutes für Öffentliche Gesundheit (BIÖG), ehemaliger Leiter des Kölner Gesundheitsamtes): Jetzt habe ich nur 18 Sekunden für diese wichtige Antwort. Ich fange mal an und mache dann vielleicht später. Ältere Menschen, glaube ich, keine Frage, die sind besonders betroffen. Aber auch junge Menschen mit Vorerkrankungen, Menschen mit körperlichen Einschränkungen, aber auch Menschen in schwierigen sozioökonomischen Verhältnissen. Da muss man eben dann für das nächste Mal mit dran denken, dass genau von Anfang an drauf geguckt wird, ob diese Menschen wieder entsprechend in Mitleidenschaft gezogen sind, dass man entsprechend die Aktivitäten genau in diesen vulnerablen Gruppen hinlegt.

Die **Vorsitzende**: Vielen herzlichen Dank. Damit haben wir die erste Runde abgeschlossen. - Wir



beginnen Runde zwei und für die Unionsfraktion fragt Frau Steinbach-Putz.

SV Janet Steinbach-Putz: Danke, Frau Vorsitzende, und vielen Dank an Sie, liebe Sachverständige, dass Sie heute hier sind und unsere Fragen beantworten. Meine Fragen gehen an Frau Dr. Böhm. Frau Dr. Böhm, Sie haben vorhin sehr eindrucksvoll berichtet, wie wichtig es gewesen ist, mit dem Pakt ÖGD die personelle Aufstockung in den Gesundheitsämtern vorzunehmen. Meine Fragen: Sehen Sie die Gefahr, dass die neu geschaffenen Stellen in den Kommunen wieder gestrichen werden, falls die Bundesförderung wegfällt, zum einen, und damit bei einer Krise bezüglich der Krisenfestigkeit die personelle Situation wieder einer Gefahr unterliegt und bedarf es auch im Hinblick darauf, dass sich gutes Personal jetzt gegebenenfalls auch anfängt umzuschauen, einer zeitnahen Aussage zur Fortsetzung des Paktes für den Öffentlichen Gesundheitsdienst?

Dr. Kristina Böhm (Leiterin des Amtes für Gesundheit und Prävention der Landeshauptstadt Dresden, ehemalige Vorsitzende des Bundesverbandes der Ärztinnen und Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes e. V. (BVÖGD)): Danke für die Frage. Ich fange gleich mal mit Ihrer letzten Frage an. Ja, wir brauchen absolut ein ganz klares Bekenntnis zum Pakt für den ÖGD. Das Jahr 2026 hat zwar noch nicht begonnen, aber wir sehen jetzt schon die Effekte, weil letztendlich die Haushaltsplanungen in den Kommunen ja entsprechend laufen. Die Förderung und die damit verbundene Schaffung von Stellen und auch Infrastruktur für die Gesundheitsämter war ein enorm großer Erfolg und wir konnten damit tatsächlich auch ziemlich viel erreichen. Zur Wahrheit gehört aber auch, dass der ÖGD natürlich, und Herr Dr. Schäfer hat es schon ausgeführt, beim Fachkräftemangel und auch bei der Altersstruktur gesamtgesellschaftlich kein anderes Bild abgibt. Das heißt: Das, was wir an neu geschaffenen Stellen jetzt besetzt haben, geht uns aber bei anderen Stellen durchaus verloren und wir bekommen die Nachbesetzung durchaus nicht hin. Das ist eine Schwierigkeit. Insofern sollten wir auf jeden Fall daran arbeiten, dass der ÖGD weiterhin ein attraktiver Arbeitsplatz ist und die Krisenfestigkeit des Systems ist tatsächlich gefährdet, wenn wir an der Stelle keine Klarheit bekommen. Das hat

schlicht und ergreifend etwas damit zu tun, dass wir inzwischen Menschen verlieren, die uns in der Corona-Pandemie einen enorm hohen Dienst erwiesen haben und die in dieser Krise, in den Strukturen und auch in der Stabsarbeit eine Expertise erworben haben, die jetzt langsam wieder auswächst und zwar entweder, weil sie altersbedingt in den Ruhestand gehen oder sich tatsächlich, weil sie auf einer befristeten Stelle sitzen, umorientieren. Und dieses Wissen, wenn es nicht geübt wird – und das Üben ist ein ganz wesentlicher Punkt auch für die Zukunft –, geht dann verloren und wir fangen dann von vorne an. Das wäre höchst bedauerlich, sodass der Pakt für den ÖGD nach unserem Verständnis auf jeden Fall weiter fortgeführt werden muss, um ein resilientes Gesundheitswesen, insbesondere eben auch ÖGD, zu schaffen und zu halten. Danke.

SV Janet Steinbach-Putz: Vielen Dank, Frau Dr. Böhm. Ich würde hier noch mal eine weitere Frage stellen. Und zwar geht es ja bei den personellen Mindeststandards auch darum, wie wir in einer Krise dann praktisch tatsächlich aufgestellt sind. Insofern die Frage: Brauchen wir für eine bundesweite gesetzliche Quote für die Fachärzte im Öffentlichen Gesundheitsdienst pro Einwohner beispielsweise für den Krisenfall, um eine gewisse Grundlastfähigkeit in allen Landkreisen und kreisfreien Städten zu garantieren?

Dr. Kristina Böhm (Leiterin des Amtes für Gesundheit und Prävention der Landeshauptstadt Dresden, ehemalige Vorsitzende des Bundesverbandes der Ärztinnen und Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes e. V. (BVÖGD)): Also ich glaube tatsächlich, dass wir definitiv Standards schaffen müssen. Ob das sozusagen eine ganz klare Zahl ist, die auf alle Kommunen heruntergebrochen werden kann, mag ich bezweifeln. Aber die gesetzlichen Aufgaben, die wir zu bewältigen haben, kann man ja sehr wohl umrechnen und daraus dann tatsächlich auch einen Personalbedarf ableiten. Und unstrittig ist, dass wir beim Gesundheitsamt die Fachärzte für ÖGW brauchen – also öffentliches Gesundheitswesen –, die eine Expertise mitbringen, die in anderen Facharztqualifikationen durchaus so nicht abgebildet ist. Und wenn ich mir was wünschen darf, würde ich natürlich sehr gerne in jedem der Gesundheitsämter – 384 an der Zahl – mindestens einen Facharzt für ÖGW haben wollen.



Das ist aber jetzt schon nicht die Realität. Deswegen muss Aus-, Fort- und Weiterbildung in hohem Maße forciert werden, damit das zukünftig dann auch deutlich krisenfester ist. Zur Wahrheit gehört aber auch, dass wir als Fachärzte für ÖGW, was die Krise und die Stabsarbeit anbelangt, durchaus auch Nachholbedarf haben und an der Stelle auch nachjustieren müssen, damit wir dann solche Krisen besser bewältigen können.

SV Janet Steinbach-Putz: Vielen Dank. Eine letzte Frage habe ich noch an Sie, Frau Dr. Böhm. Nun wissen wir, dass Wettbewerbsfähigkeit auch mit den Gehaltsgefügen einhergeht. Besteht aus Ihrer Sicht hier im Hinblick auf den Öffentlichen Gesundheitsdienst Handlungsbedarf und wenn ja, welcher?

Dr. Kristina Böhm (Leiterin des Amtes für Gesundheit und Prävention der Landeshauptstadt Dresden, ehemalige Vorsitzende des Bundesverbandes der Ärztinnen und Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes e. V. (BVÖGD)): Also auch diese Frage muss ich mit „Ja“ beantworten. Das ist ja kein Geheimnis, dass sozusagen der Gap zwischen dem klinischen Bereich und dem ÖGD durchaus nach wie vor besteht. Der wurde über den Pakt für den ÖGD mit Zulagen kompensiert, was eine gute und wichtige Maßnahme war und auch die Wertschätzung gegenüber den Kollegen zum Ausdruck gebracht hat. Wenn der Pakt für den ÖGD wegfällt und die Kommunen im Rahmen ihrer Haushaltsplanung natürlich schauen müssen, wie sie das über die Runden bringen, dann werden die Zulagen die ersten sein, die fallen. Passiert uns das, können wir nicht verhindern, dass uns die fachärztlichen Kollegen wieder abwandern. Insofern halte ich es auch an der Stelle für absolut notwendig, dass wir ein klares Signal zum Pakt bekommen.

SV Janet Steinbach-Putz: Vielen Dank.

Die Vorsitzende: Vielen Dank. Bevor wir jetzt weitermachen, Herr Lausen, ich würde Sie bitten, Ihre Werbung von dem Buch, was Sie da stehen haben, runterzunehmen. Das ist in unserem Bundestag nicht statthaft, hier politische Werbung vorzunehmen. Es sind auch keine Sticker auf Laptops erlaubt, auch für Abgeordnete im Plenum des Deutschen Bundestages nicht.

SV Tom Lausen: Das verstehe ich, Frau Vorsitzende.

Die Vorsitzende: Vielen herzlichen Dank.

SV Tom Lausen: Das Buch ist kein Statement und auch keine Werbung. Das ist das schwedische Buch von dem Epidemiologen Anders Tegnell, der ja hier heute eine Rolle spielt.

Die Vorsitzende: Das ist aber keine Werbeveranstaltung hier.

SV Tom Lausen: Das ist auch keine Werbung, sondern das ist das Buch. Da lese ich gleich drin. Und der Sticker, da steht mein Name drauf und das ist auch kein Statement.

Die Vorsitzende: Eine Erläuterung von mir, was für Regeln wir im Deutschen Bundestag haben: Ich möchte Sie bitten, das runterzunehmen, sonst müssen wir die Sitzung unterbrechen.

SV Tom Lausen: Ja, dann müssen wir das tun, weil das würde ich gerne -

Die Vorsitzende: Gut -

SV Tom Lausen: - in der Geschäftsordnung kurz lesen.

Die Vorsitzende: - dann bitte ich, die Aufzeichnung zu unterbrechen. Damit unterbrechen wir die Sitzung und machen eine Obleuterunde. Damit möchte ich alle anderen bitten, die nicht Obleute der Fraktionen sind, den Saal zu verlassen, damit wir eine Obleuterunde machen können.

(Unterbrechung von 15:09 bis 15:22 Uhr)

Die Vorsitzende: Dann eröffne ich die Sitzung wieder. Für die Zuhörerinnen und Zuhörer und Zuschauer in dem Livestream eine Erklärung: Wir hatten eine Sitzungsunterbrechung durch eine eingeschobene Obleuterunde, fahren dann aber jetzt mit der Beratung fort und für die AfD-Fraktion in der nächsten Fragerunde bekommt Herr Dr. Nehls das Wort.

SV Dr. Michael Nehls: Herr Prof. Drost, im Jahr 2014 beschrieben Sie in der WirtschaftsWoche anhand des MERS-Coronavirus, wie klinisch irrelevante Massentestungen mit der extrem empfindlichen PCR-Methode eine Explosion der Fallzahlen erzeugte. Ich zitiere: „Wo zuvor Todkranke gemeldet wurden, sind nun plötzlich milde Fälle und Menschen, die eigentlich kerngesund sind, in der Meldestatistik enthalten.“ Diese unheilvolle Strategie wurde 2020 auf COVID angewandt: Massentestungen gesunder Menschen



kombiniert mit einer hohen Rate an falsch-positiven Messergebnissen. Zum Beispiel enthalten menschliche Proben laut einem RKI-Protokoll vom 22. Mai 2020, die 32 PCR-Zyklen benötigen, um ein positives Ergebnis zu liefern – den sogenannten CT-Wert – keine, und ich betone, keine lebensfähigen SARS-CoV-2-Viren. Ein Ct-Wert von 32 ist demnach, wenn es darum geht, Infektiosität nachzuweisen, zu hundert Prozent falsch-positiv und ist somit auch zu hundert Prozent geeignet, die Illusion einer Infektion oder Infektionskette zu erzeugen. Eine PCR mit 45 Zyklen ist nochmals um etwa Faktor 8.000 störanfälliger und somit noch besser geeignet, mittels einer Explosion der Fallzahlen die Illusion einer Pandemie zu erzeugen – mit Panik, Lockdowns und gentechnischen Massenimpfungen in Folge. Daher meine Frage: Ist es korrekt, dass Sie in Ihrem PCR-Protokoll, das die WHO schon am 13. Januar 2020, also zehn Tage vor dessen Publikation, als erstes Diagnostikum für das neuartige Coronavirus empfahl, diese infektionsbiologisch abstrus hohe Zahl von 45 Zyklen als Standard festgelegt haben, ohne konkreten Hinweis auf einen klinisch relevanten Ct-Wert? Ein „Ja“ oder „Nein“ genügt.

Prof. Dr. Christian Drosten (Direktor des Institutes für Virologie an der Charité Berlin): Das ist gar nicht relevant. Alles das ist gar nicht relevant. Das zeigt alles nur -

SV Dr. Michael Nehls: Das ist meine Zeit. Ich möchte einfach wissen: Haben Sie 45 Zyklen als Zielwert in Ihrer PCR?

Prof. Dr. Christian Drosten (Direktor des Institutes für Virologie an der Charité Berlin): 45 Zyklen bedeutet negativ. Ich kann Ihnen das so gar nicht beantworten, weil das so irreführend ist alles. Das hat alles nichts mit -

SV Dr. Michael Nehls: Eine PCR mit 45 Zyklen ist negativ. Das ist mir neu. Entschuldigung.

Prof. Dr. Christian Drosten (Direktor des Institutes für Virologie an der Charité Berlin): Das glaube ich Ihnen gerne, dass Ihnen das neu ist.

SV Dr. Michael Nehls: Ich glaube, wir kommen zur zweiten Frage. Das ist jetzt nicht besonders hilfreich gewesen. Herr Prof. Drosten, laut FDA-Zulassungsdaten des Pfizer/BioNTech-Impfstoffs vom 10. Dezember 2020 wurde das Studienziel „Verhindern schwerer Verläufe“ nicht erreicht.

Wörtlich steht dort unter „Met“: „No.“ Noch problematischer: Eine vollständige Analyse der Studiendaten zeigt, dass gegenüber der Kontrollgruppe bei den Impfstoffempfängern insgesamt nicht weniger, sondern sogar über 50 Prozent mehr als „schwer“ eingestufte Krankheitsereignisse und Todesfälle auftraten. Ein gesamtneutriger Effekt war übrigens bei allen COVID-Impfstoffen in den Zulassungsstudien zu sehen. Frage: Wurden diese gesundheitsrelevanten Ergebnisse deshalb nicht in der Öffentlichkeit diskutiert, weil daraus beispielsweise eine Impfzögerlichkeit hätte resultieren können? Auch hier würde mir ein „Ja“ oder „Nein“ reichen.

Prof. Dr. Christian Drosten (Direktor des Institutes für Virologie an der Charité Berlin): Auch das kann ich aber leider nicht mit „Ja“ oder „Nein“ beantworten, weil -

SV Dr. Michael Nehls: Ja, vielen Dank.

Prof. Dr. Christian Drosten (Direktor des Institutes für Virologie an der Charité Berlin): - mir diese Daten gar nicht bekannt sind.

SV Dr. Michael Nehls: Wenn Sie es nicht beantworten können, dann brauche ich Ihnen die Frage auch nicht zu stellen. Allerdings und trotz dieser problematischen Studienergebnisse antworten Sie zwei Jahre später, am 23. November 2022 auf die Frage: „Wie gut waren die Impfstoffe wirklich in die Zeit?“ folgendermaßen, ich zitiere Sie hier: „Man muss aber eindeutig festhalten: Gegen eine schwere Infektion und den Tod schützen die Impfstoffe absolut und nachhaltig.“ Jetzt die Frage: Halten Sie es für wissenschaftlich vertretbar und ein gutes Beispiel für öffentliche Kommunikation, aufgrund der Datenlage von einer absoluten Wirkung gegen schwere Verläufe und den Tod zu sprechen? Auch hier wieder bitte ein „Ja“ oder „Nein“.

Prof. Dr. Christian Drosten (Direktor des Institutes für Virologie an der Charité Berlin): Wenn ich in einem Gespräch mit beispielsweise einer Journalistin in einem Gesprächskontext das Wort „absolut“ in dem verständlichen umgangssprachlichen Gebrauch verwende und damit der Zuhörerschaft klar wird, dass wir hier über Wirkungsbereiche von sicherlich 90 -

SV Dr. Michael Nehls: Okay.



Prof. Dr. Christian Drosten (Direktor des Institutes für Virologie an der Charité Berlin): - Prozent und mehr sprechen, dann halte ich -

SV Dr. Michael Nehls: Vielen Dank, Herr Drosten.

Prof. Dr. Christian Drosten (Direktor des Institutes für Virologie an der Charité Berlin): - das für eine richtige Wissenschaftskommunikation.

Die **Vorsitzende:** Herr Dr. Nehls, lassen Sie doch bitte den Sachverständigen zu Ende sprechen.

(Zurufe von Kommissionsmitgliedern)

SV Dr. Michael Nehls: Es tut mir sehr leid, es sind meine fünf Minuten hier gerade und ich möchte eine Frage ergänzen an dieser Stelle und zwar ganz simpel: Wenn Sie öffentlich eine Aussage machen derart, zu einer Journalistin, dann können Sie doch nicht davon ausgehen, dass nur, weil die Journalistin keine Wissenschaftlerin ist, die Öffentlichkeit nicht diese Fehlinformationen bekommt.

Die **Vorsitzende:** So, bevor ich jetzt der SPD das Wort gebe, noch mal so: Wie Sie Ihre fünf Minuten nutzen – ist natürlich Ihre Zeit. Wenn Sie zwei Minuten für ein Statement brauchen und die Frage zu stellen, ist das Ihre Entscheidung, aber die Höflichkeit im gemeinsamen Umgang benötigt schon, wenn wir hier Gäste haben, die hier freiwillig sind, dass sie auch Gelegenheit bekommen, dazu Stellung zu nehmen. Sonst ist es kein Fachgespräch – was wir hier wollen – und eine Einvernahme in einer Zeugenvernehmung haben wir in einem Untersuchungsausschuss, aber nicht in dieser Enquete-Kommission, das ist ein Fachgespräch.

(Beifall bei der CDU/CSU, SPD, BÜNDNIS 90/
DIE GRÜNEN, Die Linke)

Für die SPD-Fraktion bekommt Frau Dr. Seitzl das Wort.

Abg. Dr. Lina Seitzl (SPD): Vielen Dank, Frau Vorsitzende. Sehr geehrter Herr Prof. Drosten, ich möchte die Gelegenheit hier nutzen, Ihnen im Namen meiner Fraktion ausdrücklich zu danken für die wertvolle Arbeit, die Sie in der Pandemie und auch jetzt danach gemacht haben – wissenschaftlich, aber auch in der Öffentlichkeit. Es macht mich sehr betroffen, dass Sie als renommierter Wissenschaftler offensichtlich Polizeischutz brauchen, wenn Sie hier durch das

Gebäude – das Parlament – des Deutschen Bundestags laufen. Das ist erschreckend und sollte uns allen hier in der Enquete-Kommission und darüber hinaus zu denken geben.

(Beifall bei der CDU/CSU, SPD, BÜNDNIS 90/
DIE GRÜNEN, Die Linke)

Ich möchte Ihnen gerne die Möglichkeit geben, wenn Sie es möchten, die Zeit zu nutzen, um die sehr komplexen Antworten, die natürlich auf die Fragen da sind, zu beantworten, wenn Sie das möchten.

Prof. Dr. Christian Drosten (Direktor des Institutes für Virologie an der Charité Berlin): Ich mache das gerne. Ich glaube, das Wichtigste, was der Kollege in seiner Frage transportiert hat, war ein scheinbarer Kontrast. Ich bin übrigens aus Ihrer Partei mehrmals im Untersuchungsausschuss mit exakt denselben Fragen konfrontiert worden und habe die da auch schon vollständig beantwortet. Aber ein scheinbarer Kontrast: Da ist jemand, der geht im Jahr 2014 zu einem Ausbruch von MERS nach Dschidda in Saudi-Arabien und die Weltöffentlichkeit bezweifelt, dass dieser Ausbruch echt sein kann. Dann geht er dahin und untersucht den Ausbruch, weil er sich damit ganz gut auskennt und weil er das Vertrauen dieser Labore in Dschidda hat. Er geht in die Labore und nach ein paar Tagen erläutert er dann in einem Interview, worum es da eigentlich ging, welche Szenarien man da eigentlich befragt, also was da schief gehen kann, wie man sich täuschen kann in einem isolierten Ausbruch in einer Stadt, wo die gesamte Testung in einem Labor läuft. Welche Fehler dieses Labor machen kann. Und dann erkläre ich, welche Fehler unterlaufen können. Das ist das eine Szenario. Später in einer großen Pandemie, in der die Frage nach der Verursachung der Krankheit durch das Virus vollkommen klar ist und wir ein Problem nicht mehr klären müssen – das Problem des prädiktiven Werts – diese Frage ist dann beantwortet. In dieser Situation hat man dann ja eine andere Einschätzungslage für so einen Test. Um es noch mal ganz einfach zu sagen: Wenn etwas sehr unwahrscheinlich ist, dann ist, wenn etwas schief geht, die Wertigkeit dieses Schiefgehens ganz ernst zu betrachten. Dann muss man sich ernsthaft die Frage stellen, ob vielleicht an der gesamten Auffassung des damaligen Ausbruchs etwas vielleicht nicht stimmt. Und das war damals aber nicht so. Das hat sich gar nicht



bewahrheitet. Das war richtig. Später in der Corona-Pandemie kommen jetzt Leute, die sagen, an dem PCR-Test könnte vielleicht irgendwo eine Schraube locker sein. Irgendwas Kleines oder Großes könnte da schief gehen. Und dann kann man auch da wieder über technische Details sprechen. Aber auch wenn wir hier jetzt - - wir sind hier nicht vor einem Expertenpublikum. Dort ist die Situation ganz anders. Dort ist ungefähr die Beurteilungssituation wie, wenn ich mein Auto in die Werkstatt bringe und Winterreifen kriege und die Werkstatt sagt mir dazu: Es ist auch schon mal was schief gegangen. Es hat auch schon mal eine Werkstatt die Schrauben dann nicht mehr richtig angezogen. Wenn ich dann aber daraus die Schlussfolgerung ziehe, dass wir deswegen ab jetzt besser im Oktober keine Winterreifen mehr aufs Auto bauen, weil was schief gehen kann, dann sind sie ungefähr bei dieser Beurteilungslage der PCR in der Corona-Pandemie. Alles das, was in dem und in dem Interview steht, ist richtig, hat den richtigen Kontext und das richtige Augenmaß. Natürlich kann man aber da Einzelbeobachtungen rausnehmen und Kontraste aufbauen. Das hilft uns aber allen nicht weiter.

Abg. **Dr. Lina Seitzl** (SPD): Vielen Dank. Ich habe noch eine Frage an Herrn Dr. Tinnemann. Vielleicht könnten Sie noch mal eingehen auf die Rolle, die der Öffentliche Gesundheitsdienst in der Krisenkommunikation spielt und spielen kann und spielen sollte.

Dr. Peter Tinnemann (Leiter des Gesundheitsamtes Frankfurt am Main): Ich glaube, was ganz wichtig ist, ist transparent, ehrlich und geradeheraus zu kommunizieren mit der Öffentlichkeit, damit Menschen Vertrauen behalten in die öffentlichen Institutionen. Ich habe den Eindruck, wenn ich die Diskussion hier in dieser Runde sehe, dass schon versucht wird, klare Erkenntnisse, die aus wissenschaftlicher Perspektive gewonnen werden, zu hinterfragen und das in einer Art und Weise, die eigentlich einer sachlichen Diskussion entbehren. Insofern glaube ich, der Öffentliche Gesundheitsdienst vor Ort muss erklären, er muss klarstellen, er muss für die Menschen da sein und er muss immer wieder auch, insbesondere nach der Pandemie, in einer menschlichen Art und Weise erklären, wenn Fehler gemacht worden sind, wo man Sachen hätte besser machen können. Das

würde ich mir auch von dieser Kommission erwarten, dass wir dahin kommen. Danke schön.

Die **Vorsitzende**: Vielen Dank. - Wir kommen zur Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und es fragt Frau Dr. Piechotta.

Abg. **Dr. Paula Piechotta** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Vielen Dank. Und dann würde ich gleich diesen Ball von Prof. Tinnemann aufnehmen. Herr Nießen, Sie hatten gesagt in Ihrem Eingangsstatement, dass die Wirkung der Pandemie-Eindämmungsmaßnahmen besser bewertet werden kann, wenn man bessere Daten hat und dass auch teilweise Datenlücken 2020/2021 dazu geführt haben, dass man diese sogenannten NPIs eben nicht immer so effizient beurteilen konnte. Können Sie vielleicht mal ein konkretes Beispiel machen, welche Daten aus Ihrer Sicht gefehlt haben? Und können Sie es vielleicht sogar am Beispiel der nächtlichen Ausgangssperre einmal illustrieren?

Dr. Johannes Nießen (Kommissarischer Leiter des Bundesinstitutes für Öffentliche Gesundheit (BIOG), ehemaliger Leiter des Kölner Gesundheitsamtes): Welche Daten ich im Visier habe, sind die Versorgungsdaten oder „Wie sieht es aus mit der ambulanten und stationären Versorgung?“ Wir wissen relativ gut Bescheid mit diesem DEMIS-System, was wir vorhin vorgestellt haben, wie es mit der Infizierten-Lage aussieht. Wie schlägt die Krankheit der Infizierten aber durch ins System, ins Versorgungssystem: Wie viele Patienten liegen auf Intensivstationen? Da gibt es das DIVI [Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin]-Register, aber was uns fehlt, ist eben: Wie viele Betten sind sonst noch im Krankenhaus nicht belegt oder können dann von COVID-19-Patienten in dem Fall belegt werden. Dafür ist es wichtig, die elektronische Patientenakte, die jetzt auf dem Weg ist und langsam anfängt zu wirken, eben auch nutzen zu können, um zu sagen: Wie sieht es aus mit der nächtlichen Ausgangssperre? Schlägt die durch oder nicht? Da kann man dann ganz konkret sagen: Ab dem Tag sind dann so und so viele Patienten mehr im Krankenhaus – auf Intensiv- oder auf Normalstation. Ich glaube, so wäre ein gutes Beispiel, um zu zeigen, wie es ausschaut, wenn man eben dann noch diese Erweiterung der Daten hat – neben den Infizierten-Daten – dann eben über die Versorgungsdaten Bescheid zu wissen. Davon



hoffen wir, für die nächste Pandemie besser aufgestellt zu sein.

Abg. Dr. Paula Piechotta (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Vielen Dank, da müssen wir das nur noch regeln. Herr Prof. Drosten, auch noch einmal an Sie die Frage nach den Datenlücken. Es war ja dann auch so, dass die virologische Community in Deutschland dann teilweise sehr unterschiedliche Erhebungen gemacht hat – regionale Studien und so weiter. Welche Daten, aus Ihrer Sicht, wären zusätzlich noch gut gewesen und wo sollten die Daten in der nächsten Pandemie zentral verwaltet werden?

Prof. Dr. Christian Drosten (Direktor des Institutes für Virologie an der Charité Berlin): Also es wurden schnell bestimmte Beobachtungsstudien gemacht und manchmal war es nicht möglich, in der kurzen Zeit die Studiengruppen so aufzusetzen, wie man sie eigentlich statistisch bräuchte. Also die Kontrollgruppen. Stellen sich vor, Sie gehen in eine Schule und schauen sich da ein paar Klassen an und finden das Virus oder finden es nicht. Jetzt ist aber die Frage: Was bedeutet das? Wenn ich in der Umgebung zur selben Zeit auch das Virus nicht finde, dann ist es komplett bedeutungslos. Dann heißt es, ich habe einfach zur falschen Zeit die Untersuchung gemacht. Solche Fehler sind tatsächlich passiert. Dazu müsste man viel besser vorbereitet sein, um solche Studien aufzusetzen. Dazu müssten aber eben solche Studien auch ständig laufen und da haben sie nun auch wieder kein Dauerbetrieb. Das ist recht schwierig.

Abg. Dr. Paula Piechotta (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Vielen herzlichen Dank. Dann würde ich noch mal an die letzte Runde, die Frage von Prof. Salzberger, anknüpfen zum syndromischen Screening in China. Brauchen wir auch in Deutschland ein syndromisches Screening?

Prof. Dr. Christian Drosten (Direktor des Institutes für Virologie an der Charité Berlin): Also das alles ist natürlich immer eine Frage von Kosten und Aufwand und auch Nutzen und auch der Begleichung dieser Kosten. Also schön wäre es, wenn, stellen wir uns vor, die Unikliniken – so als Spitze der versorgenden Medizin – hätten Budgets, um alle oder einen Teil ihrer Patienten auf alles zu testen. Dann wüssten wir deutlich mehr. Das ist aber einfach teuer.

Abg. Dr. Paula Piechotta (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Vielen Dank. Prof. Antes, Sie hatten ja auch die nächtliche Ausgangssperre einmal angesprochen. Aus Ihrer Sicht: Wie hätte denn die notwendige Datenlage aussehen müssen, um nachzuweisen, ob eine nächtliche Ausgangssperre an der Stelle zielführend ist in der Pandemiebekämpfung oder nicht?

Prof. Dr. Gerd Antes (Mathematiker und Medizinstatistiker): Es gab die Studien, zum Beispiel das Schlagwort Gießen führt dann immer dahin. Da kam dann heraus, dass im Rahmen des gesamten Konglomerats „Maßnahmen im Lockdown“ die nächtliche Ausgangssperre keinen signifikanten Zuwachs zeigt. Die Arbeit ist großartig und ist ganz kleinschrittig gemacht worden – nur in Hessen. Sozusagen Zeitvergleiche und die Vergleiche von Landkreisen und dann haben sie da die Daten genommen und dann danach alles richtig gemacht, was ich vorhin mahnend in den Eingangsworten erwähnt habe. Da ist ganz klar die Aussage da gewesen und wenn ich das noch ergänzen darf, dann wurde politisch darauf reagiert. Gleichzeitig kam eine Studie in Oxford raus und dann wurde die Oxford-Studie genommen und die sozusagen als Maßnahme befolgt, und das war natürlich in der Sache extrem zweifelhaft und da muss man von oben näher ran.

Die Vorsitzende: Gut, vielen herzlichen Dank. - Damit kommen wir zum Abschluss der zweiten Runde zur Fraktion Die Linke und Ates Gürpınar.

Abg. Ates Gürpınar (Die Linke): Vielen Dank. Meine Fragen gehen wieder an Herrn Dr. Nießen, auch ein bisschen eingehend auf die letzte Frage, für die zu wenig Zeit war. Die Frage an Sie, wie öffentliche Behörden vorgehen sollten, um vor allem in sogenannten sozialen Brennpunkten, in denen die Inzidenzzahlen besonders hoch und die Impfquoten meistens besonders niedrig gewesen sind - - wie dort vorgegangen werden sollte, um die Menschen vor den negativen Effekten einer Infektion besser zu schützen?

Dr. Johannes Nießen (Kommissarischer Leiter des Bundesinstitutes für Öffentliche Gesundheit (BIÖG), ehemaliger Leiter des Kölner Gesundheitsamtes): Also wir wissen ja, dass in sozial benachteiligten Stadtteilen die Menschen nicht nur häufiger krank werden, sondern auch schwerere Verläufe haben und zu guter Letzt leider



auch häufiger versterben – eine 50 bis 70 Prozent erhöhte Sterbequote in sozial benachteiligten Stadtteilen. Das haben wir auch bundesweit so feststellen können. Wichtig ist, eben zu gucken: Was muss ich dagegen, was kann ich dagegen tun? Also da hingehen, wo es brennt, glaube ich. Das hatte ich ja vorhin schon mal von der Feuerwehr gesagt – da zu löschen. Das heißt ganz konkret: Wenn dort kein Testzentrum ist, muss man dort eben Testbusse hinfahren; zusammen mit der Feuerwehr haben wir das installiert. Und was eben das Highlight war: Anfang Mai war es so, dass wir dann mit drei Zelten von der Feuerwehr uns aufgestellt haben und dann Impfangebote gemacht haben. Das heißt, die Menschen, die sonst keinen Hausarzt oder Hausärztin haben, haben dann das Angebot - - an drei Tagen sind dort 5000 Impflinge hingekommen. Das heißt, es wurde dann in Anspruch genommen, wenn man eben auch aufgeklärt hat, auch entsprechend mit den Sprachen, die gesprochen wurden. Ich glaube, das ist ganz wichtig, bürgernah, zielgruppenorientiert, dann eben auch die Sprachen mit Videodolmetschen gab es damals. Das war eine ganz gute Hilfe, dann auch vor Ort anzukommen und die Zahlen sprechen einfach für sich. Eben nicht warten, dass jemand kommt und fragt, sondern hingehen und was selber organisieren. Ich glaube, das ist die wesentliche Botschaft, wenn man dort dieser Zielgruppe gerecht werden möchte.

Abg. **Ates Gürpınar** (Die Linke): Vielen Dank. Gab es innerhalb der Pandemiepläne ein eigenes Konzept zur Identifikation besonders gefährdeter Bevölkerungsgruppen und gibt es das heute? Und inwiefern wurden Sozialdeterminanten von Gesundheit bei der Risikobewertung systematisch berücksichtigt?

Dr. Johannes Nießen (Kommissarischer Leiter des Bundesinstitutes für Öffentliche Gesundheit (BIÖG), ehemaliger Leiter des Kölner Gesundheitsamtes): Also ich hatte es ja gerade geschildert, wie aus der Situation heraus mit den Daten eben dann ein Konzept quasi - - mit dem Schiff, was vorhin Herr Drosten so schön beschrieben hat. Wir müssen losfahren, obwohl es noch nicht fertig gebaut ist - - dass wir dann genau in dieser Situation gemerkt haben: Wir müssen, um da jetzt noch den Mast zu setzen – oder was auch immer vom Schiff – da eben genau dorthin gehen

und dort vor Ort was tun. Das heißt, das Konzept hat sich während des „Doings“, während der Pandemie, so entwickelt. Ich glaube, das ist eine Erfahrung gewesen, die wir da gemacht haben. Und was sonst noch wichtig ist: Dass das eben nicht eine Einzelaktivität jetzt in der viertgrößten Millionenstadt Deutschlands ist, sondern dass das eben auch Platz in den neuen Pandemieplänen der Bundesregierung hat. Das ist so in dem Tätigkeitsbericht vom Robert Koch-Institut - - dreieinhalb Jahre – wer das mal lesen möchte, kann dort sehen, dass da eben genau dieser Punkt, der vorher bei der nationalen Pandemieplanung nicht dran stand, jetzt als ganz wichtiger Punkt mit aufgenommen ist. Das heißt, die nächste Pandemie wird genau dieses Momentum mit einbeziehen, mitnehmen und gucken, dass man gerade in den Stadtteilen, wo sowieso schon Benachteiligungen bestehen - - dann eben genau an der Stelle nicht bevorteilen, aber zumindest Äquivalenz erreicht wird. Ich glaube, das ist der wichtige Schritt, der auch auf Bundesebene dann passiert ist.

Abg. **Ates Gürpınar** (Die Linke): Vielleicht darauf noch mal eingehend. Ich verstehe sozusagen, dass das Schiff teilweise erst mal gebaut werden musste, aber abgesehen davon: Gibt oder gab es quasi rechtliche oder finanzielle Hindernisse, die eine zielgerichtete Unterstützung erschwert haben oder auch immer noch erschweren?

Dr. Johannes Nießen (Kommissarischer Leiter des Bundesinstitutes für Öffentliche Gesundheit (BIÖG), ehemaliger Leiter des Kölner Gesundheitsamtes): Also das mit der Dateninfrastruktur hatten wir schon mehrmals genannt, das würde ich jetzt nicht noch mal zitieren, also dass da eben nicht nur Infizierten-Daten, sondern auch Versorgungsdaten vorhanden sind. Ich glaube, das ist ein ganz wichtiges Momentum. Darüber hinaus muss man gucken, wenn man eben jetzt vor Ort zum Beispiel das Impfen priorisiert – oder es war bundesweit ja priorisiert –, dass besonders sozial Benachteiligte eben, ja, nicht so im Fokus waren bei der Impfung, sondern ältere Menschen und Menschen mit Vorerkrankungen, dass wir dann in so einer Situation bei so einer starren Impfpriorisierung zukünftig eben ein bisschen vor Ort adäquater agieren können. Das heißt, wenn dann Menschen da sind, denen es nicht gut geht, die eine gewisse Vorerkrankung dann in der Situation erst



darstellen, dass man dann trotzdem den Impfstoff geben kann. Also diese Impfstoffpriorisierung war ein Momentum, das es uns nicht ganz leicht gemacht hat und eben das Personal, glaube ich, war ein Hindernis im ÖGD. Herr Schäfer und Frau Böhm haben das eben schon ausführlich - - und Herr Tinnemann darauf hingewiesen, dass es ganz wichtig ist, eben das Personal, was dann mit dem ÖGD-Pakt der Bundesregierung auf den Weg gebracht worden ist mit 4 Milliarden – 5200 Stellen – dass das eben auch in Zukunft für die Pandemie vorgehalten wird. Ich glaube, das ist ein wichtiges Momentum, eine Hürde, über die wir sonst bei der nächsten Pandemie nicht mehr kommen.

Abg. **Ates Gürpinar** (Die Linke): Vielen Dank.

Die **Vorsitzende**: Vielen Dank. - Damit haben wir die zweite Runde abgeschlossen und beginnen die dritte Runde mit der Unionsfraktion. Und es fragt Prof. Kluge.

SV **Prof. Dr. Stefan Kluge**: Ja, vielen Dank. Ich möchte auch den Sachverständigen ausdrücklich danken und noch mal darauf hinweisen, dass das Virus und die Immunität sich ja laufend entwickelt haben. Und die erste Welle ist ja nicht mit der siebten Welle vergleichbar. Insofern sind so einzelne Aussagen von Experten, die irgendwann getätigt wurden, natürlich im Kontext zu sehen. Das ist, glaube ich, unglaublich schwierig für uns, da innerhalb von fünf Minuten schnell reinzukommen. Aber es hat sich dramatisch entwickelt, die Pandemie, und Dinge, die am Anfang richtig waren, als wir noch gar keine Daten hatten, die waren sicherlich im späteren Zeitpunkt nicht mehr sinnvoll. Und deswegen wurden dann ja auch sicherlich Fehler gemacht, die wir ja aufarbeiten wollen und in die Zukunft blicken wollen. Ich habe aber eine Frage zum Datenschutz. Ich glaube, alle Experten sind sich einig: Wir brauchen bessere Daten und wir brauchen Digitalisierung. Nun reden wir darüber und die skandinavischen Länder wurden auch angesprochen – da wird der Datenschutz bei gleicher Verordnung ja anders umgesetzt. Deswegen noch mal eine Frage; ich glaube, Dr. Schäfer hatte das gesagt: Der Datenschutz – inwiefern hat die Auslegung des Datenschutzes in Deutschland sie behindert bei ihrer Arbeit in den öffentlichen Gesundheitsdiensten?

Dr. Peter Schäfer (Vorsitzender des Bundesverbandes der Ärztinnen und Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes e. V. (BVÖGD)): Ich würde es zum Beispiel am Thema Impfnachweis auch festmachen, dass man durchaus das Thema - - auch sagen kann: Implementierung eines digitalen Impfausweises. Das ist, glaube ich, auch ein Blick, wenn man jetzt nach vorne schaut. Hätten wir ihn gehabt, wäre es natürlich leichter gewesen, aber dass man dort auch schauen kann: Welche Möglichkeiten gibt es aus fachlicher Sicht, anonymisiert, gegebenenfalls auch dieses Pseudonymisieren, was es damit hat, das wart den individuellen Datenschutz immer noch, aber diese Möglichkeiten haben wir da nicht und damit wären dann Herstellungen von Datenverknüpfungen möglich – dass man das eben idealerweise auch gar nicht nur auf COVID begrenzt, sondern grundsätzlich damit einen Weg nach vorne hätte.

SV **Prof. Dr. Stefan Kluge**: Eine ganz kurze Nachfrage: Meinen Sie nicht, dass man in so einer Katastrophensituation, wenn die wiederkommt – und die kann ja ganz anders aussehen – den Datenschutz auch in dem Moment etwas aushebeln muss? Also können wirklich die gleichen Regelungen gelten in so einer Katastrophensituation, wie jetzt?

Dr. Peter Schäfer (Vorsitzender des Bundesverbandes der Ärztinnen und Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes e. V. (BVÖGD)): Ich glaube, die Schwierigkeit, würde man es nur in der Katastrophensituation machen – da können solche Situationen eintreten - - aber ich glaube, wir müssen jetzt die Weichen stellen, damit wir grundsätzlich vorbereitet sind und damit nicht ein Misstrauen auch dort auftritt, sondern dass man tatsächlich sagen kann: Es ist vorbereitet und ich kann nicht den Datenschutz als eines der wenigen Grundrechte unangetastet oder nicht infrage gestellt lassen, wenn ich so eingreifende Maßnahmen habe. Gegebenenfalls in der individuellen Krisensituation notwendig, aber ich glaube, jetzt gilt es, die Weichen zu stellen.

SV **Prof. Dr. Stefan Kluge**: Danke.

SV **Prof. Dr. Christian Weidner**: Gut, dann mache ich da gleich weiter; also ich würde auch gleich bei Ihnen weiter bleiben, Herr Schäfer, mit der Frage: Wenn Sie jetzt - - Sie haben die Impfsysteme oder



Impfregister aus etlichen Ländern, beispielsweise Österreich, Dänemark oder Estland – da haben wir vorbildliche Systeme – hier schon angesprochen. Das sind ja Daten, die aus der Krankenversorgung direkt heraus entstehen. Das ist ja ein großer Vorteil. Während wir jetzt in der Pandemie ein eigenes Surveillance-System für die Impfung erst entwickeln mussten, was natürlich in so einer Situation besonders schwierig ist, weil die Personalressourcen ohnehin knapp sind in der Situation. Aber über diesen Vorteil hinaus würde ich Sie bitten, einfach noch mal das Thema Post-Marketing-Surveillance von Impfstoffen hier zu thematisieren, weil ich kann ja, wenn ich ein Impfregister-System habe, was über eine Anonymisierung oder Pseudonymisierung in dem Fall funktioniert, das eventuell mit Behandlungsdaten matchen, was ja auch im Übrigen zum Beispiel zur Aufdeckung der Nebenwirkungen des AstraZeneca- Impfstoffs geführt hat. Wie sehen Sie das aus der Perspektive Deutschlands?

Dr. Peter Schäfer (Vorsitzender des Bundesverbandes der Ärztinnen und Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes e. V. (BVÖGD)): Ich glaube, grundsätzlich ist dort zu sagen: Es muss auswertbar sein - - und das ist ja auswertbar für mehrere Impfungen, aber gleichzeitig auch für unterschiedliche Impfstoffe. Das ist ja der Aspekt, Herr Prof. Weidner, was Sie ansprechen bei AstraZeneca, dass man einfach dort den Hinweis bekam – und den hatten wir nach meiner Erinnerung nicht primär in Deutschland erhalten – – sondern dass man sagt: Impfstoffspezifisch sind entsprechend Nebenwirkungen aufgetreten, und da gilt es tatsächlich drauf zu schauen.

SV Prof. Dr. Christian Weidner: Ich würde dann vielleicht noch einen zweiten Punkt ganz kurz mit ins Rennen schicken. Ich weiß jetzt nicht, wie viel Zeit - - Zeit ist vorbei. Gut.

Die **Vorsitzende:** Ja, wir waren jetzt, glaube ich, ein bisschen schnell. Wir merken uns: 15 Sekunden on top für die nächste Runde. Das kriegen wir jetzt, glaube ich, sonst so schnell nicht noch mal eingestellt. - Wir kommen zur AfD-Fraktion, und es fragt Herr Lausen.

SV Tom Lausen: Vielen Dank, Frau Vorsitzende. Ja, ich hätte eingangs eine Minifrage an die professorales Antes und Drosten, und würde mich freuen, wenn

wir die knapp beantworten. Wir haben es ja vorhin auch schon gehört: Laut einer großen „Lancet“-Studie und auch nach meinen Analysen haben die Schweden ohne Lockdowns die geringste Übersterblichkeit in Europa. Danach ist Schweden ohne Lockdown und mit freiwilligen Maßnahmen überragend durch die Corona-Zeit gekommen, auch wenn es am Anfang, wie Herr Drosten ja vorhin schon kurz erläutert hat, in der ersten Welle zu einer erhöhten Altensterblichkeit kam. Das bringt mich aber zu meiner kleinen „Ja-Nein“-Frage, die Sie vielleicht auch wirklich so knapp beantworten. Wir fangen vielleicht mit Herrn Antes an: Halten Sie es für möglich, Herr Antes, dass seit 2020 harte Maßnahmen wie Ausgangssperren, Besuchsverbote in Pflegeheimen, Kontaktverbote, Lockdowns, Quarantäne, Isolation, abgesagte Operationen und weitere drastische Einschränkungen selbst zusätzliche Todesfälle verursacht haben, etwa durch Vereinsamung, Versorgungsabbrüche, medizinische Unterversorgung oder den Verlust des Lebenswillens, wie es der Ethikrat ja auch früh gesagt hat, bei alten und pflegebedürftigen oder demenzkranken Menschen? Ja oder nein, Herr Antes?

Prof. Dr. Gerd Antes (Mathematiker und Medizinstatistiker): Ja, mit einer kleinen Ergänzung: Wie „ja“, weiß keiner. Also die Quantifizierung davon, die weiß keiner. Und da sind wir wieder bei den Daten. Und da haben wir auch im weiten Kreis versagt, weil wir die richtigen Instrumente nicht früh eingesetzt haben, obwohl sie da waren.

SV Tom Lausen: Da würde ich nachher noch mal nachfragen. Herr Drosten, was würden Sie dazu sagen?

Prof. Dr. Christian Drosten (Direktor des Institutes für Virologie an der Charité Berlin): Sie fragen, ob Maßnahmen zusätzliche Todesfälle verursacht haben -

SV Tom Lausen: Ja, drastische, also Ausgangssperren, Pflege und so weiter.

Prof. Dr. Christian Drosten (Direktor des Institutes für Virologie an der Charité Berlin): Ja, richtig, genau. Also das glaube ich, dass das so war -

SV Tom Lausen: Danke.



Prof. Dr. Christian Drosten (Direktor des Institutes für Virologie an der Charité Berlin): Es ist aber eben so -

SV Tom Lausen: Das reicht schon.

Prof. Dr. Christian Drosten (Direktor des Institutes für Virologie an der Charité Berlin): Nein, nein, nein, nein. Sie müssen schon - - Wir sind hier nicht bei „Ja-Nein“-Antworten, wie in einer Fernsehshow.

SV Tom Lausen: Aber Herr Drosten, bitte seien Sie mir nicht böse. Ich wollte nur wissen, ob es grundsätzlich möglich - - ob Sie es für möglich halten.

Prof. Dr. Christian Drosten (Direktor des Institutes für Virologie an der Charité Berlin): Alle Maßnahmen hatten Kosten, aber wir haben mit diesen Maßnahmen viel höhere Schäden verhindert. Und das ist ja das Entscheidende.

SV Tom Lausen: Ja, das ist in Ordnung. Das war nicht meine Frage. Bitte seien Sie mir nicht böse. Ich wollte das wissen. Ich habe nämlich gleich eine weitere Frage an Sie, Herr Drosten. Sie haben am 18.03.2020 im NDR-Podcast die neue Modellierungsstudie aus London, die sogenannte Ferguson-Modellierung vom Imperial College, ausdrücklich als seriös, gut gemacht und die neueste wissenschaftliche Grundlage bezeichnet in der Folge 16 vom 18.03.2020. Diese Studie von Ferguson prognostizierte 510.000 Corona-Tote in UK, 2,2 Millionen Corona-Tote in den USA. Das RKI hat dann auch auf dieser ähnlichen Basis ungefähr 300.000 bis 400.000 Todesfälle prognostiziert oder modelliert innerhalb von wenigen Monaten nach Beginn der Pandemie. Sie haben diese Modellierungsannahmen von Ferguson ohne jede Einschränkung in ihren öffentlichen Einschätzungen im Podcast als gute und seriöse Grundlage für die öffentliche Empfehlung drastischer Maßnahmen herangezogen. Und gleichzeitig wissen wir: Bei früheren Modellierungen lagen Ferguson und das Imperial College massiv daneben. Dazu habe ich drei Fragen: Warum haben Sie ausgerechnet bei SARS-CoV-2 die neueste Ferguson-Modellierung öffentlich als sehr seriöse Grundlage bezeichnet, obwohl frühere internationale Modellierungen bei Schweinegrippe, Vogelgrippe, BSE – da weiß ich, dass es andere Modellierungsgrundlagen hatte – jeweils drastisch überschätzt waren? Zweitens:

Welche eigenen fachlichen Prüfungen oder Plausibilitätskontrollen haben Sie vorgenommen, bevor Sie die am 16.03.2020 veröffentlichte Ferguson-Modellierung 48 Stunden später öffentlich als valide Entscheidungsbasis eingeordnet haben? Und meine letzte Frage: Hat sich die Ferguson-Modellierung in Schweden bewahrheitet? Denn dort – da haben wir ja gerade drüber gesprochen – hätten wir das ja ohne verpflichtende Lockdown-Maßnahmen und Ausgangssperren erwartet. Also bei reiner Empfehlungslage auf Freiwilligkeit, also - - ja, das wäre eigentlich meine Frage.

Prof. Dr. Christian Drosten (Direktor des Institutes für Virologie an der Charité Berlin): Ich kann die in dieser verbleibenden Zeit nicht beantworten. Sie haben so viel Fragezeit für Ihren Vortrag jetzt hier verbraucht, dass es unseriös wäre, Ihnen hierauf –

SV Tom Lausen: Hat sich die Studie dann bewahrheitet in Schweden?

Prof. Dr. Christian Drosten (Direktor des Institutes für Virologie an der Charité Berlin): - in den verbleibenden 35 Sekunden eine Antwort zu geben.

SV Tom Lausen: Können Sie kurz - - Hat sich die Studie dann bewahrheitet in Schweden? Können Sie sagen, ob die Ferguson-Modellierung in Schweden sich bewahrheitet hat?

Prof. Dr. Christian Drosten (Direktor des Institutes für Virologie an der Charité Berlin): Die Ferguson-Modellierung in Schweden.

SV Tom Lausen: Ja, genau... [akustisch unverständlich] prognostiziert hat.

Prof. Dr. Christian Drosten (Direktor des Institutes für Virologie an der Charité Berlin): Wollen Sie noch mal in Ihre Aufzeichnungen schauen, ob Sie da jetzt vielleicht etwas verwechseln?

SV Tom Lausen: Imperial College. Da ist nichts zu verwechseln. Das ist das Papier vom Imperial College.

Prof. Dr. Christian Drosten (Direktor des Institutes für Virologie an der Charité Berlin): Ich glaube, dass... [akustisch unverständlich] für England modelliert hat und nicht für Schweden.

SV Tom Lausen: Genau, für England und für - - ich frage ja nur: Ist das eingetroffen? Weil das ist ja



überall gleich. Die vergleichen ja Deutschland und UK auch immer zusammen.

Prof. Dr. Christian Drosten (Direktor des Institutes für Virologie an der Charité Berlin): So, jetzt ist Ihr Vortrag zu Ende.

SV Tom Lausen: Leider ja. Vielen Dank.

Die **Vorsitzende:** Damit kommen wir zur SPD-Fraktion und es fragt Frau Dr. Seitzl.

Abg. Dr. Lina Seitzl (SPD): Vielen Dank, Frau Vorsitzende. Ich würde gerne noch ein paar Fragen stellen zum Thema Frühwarnung. Meine erste Frage geht an Frau Dr. Böhm: Welche Rolle kann denn die KI im Monitoring des Geschehens und Frühwarnung spielen? Gibt es hier schon erprobte Lösungen und Ansätze, beispielsweise durch das Zentrum für Künstliche Intelligenz am RKI? Wie kann der Öffentliche Gesundheitsdienst durch KI-Lösungen für künftige Pandemien Szenarien entwickeln und besser aufgestellt werden?

Dr. Kristina Böhm (Leiterin des Amtes für Gesundheit und Prävention der Landeshauptstadt Dresden, ehemalige Vorsitzende des Bundesverbandes der Ärztinnen und Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes e. V. (BVÖGD)): Danke für die Fragen. Ganz konkret: Jetzt gibt es noch keine definitiven Anwendungsmöglichkeiten für KI. Nichtsdestotrotz ist uns sehr wohl bewusst, dass das ein Tool für die Zukunft sein wird und auch sein muss. Ich denke, auch vor dem Hintergrund, dass der Personalkörper der Gesundheitsämter sich durchaus verändern wird – noch mal Stichwort Fachkräftemangel, Demografie – müssen wir natürlich unsere Prozesse effizienter gestalten und da wird KI durchaus eine wichtige Rolle spielen, insbesondere dann, wenn es um standardisierte Prozesse wie die Detektion zum Beispiel von Infektionen geht und Zusammenhängen. Das kann aber nur funktionieren, wenn die entsprechenden Softwarelösungen in den Gesundheitsämtern – ich nenne sie jetzt mal Datenautobahnen – auch entsprechend harmonisiert und aufeinander abgestimmt sind. Die beste KI kann ohne fachliche Bewertung und Einordnung letztendlich auch nur eine Darstellung von Zahlen bringen. Das heißt, wir werden die Fachexpertise der Kolleginnen und Kollegen in den Gesundheitsämtern über viele Berufsgruppen auf jeden Fall weiter behalten

müssen, werden aber über KI durchaus stringenter arbeiten können, davon bin ich überzeugt.

Abg. Dr. Lina Seitzl (SPD): Vielen Dank. Dann würde ich gerne zum selben Thema Prof. Drosten fragen, wie Ihre Meinung von KI als unterstützende Forschungsmethode in der Epidemiologie ist.

Prof. Dr. Christian Drosten (Direktor des Institutes für Virologie an der Charité Berlin): Ich sehe das grundsätzlich positiv. Man muss natürlich KI immer überprüfen. Wir sehen aber, dass zum Beispiel für die Erstellung von Computercode, der häufig notwendig ist – Python-Code zum Beispiel für epidemiologische Auswertung – KI extrem Zeit spart. So gibt es viele Beispiele, wie man das verwenden kann. Das ist Alltagspraxis.

Abg. Dr. Lina Seitzl (SPD): Frau Dr. Böhm, ich würde noch mal gerne zu Ihnen zurückgehen. Sie haben gerade angesprochen die zu erwartende personelle Veränderung im Öffentlichen Gesundheitsdienst, auch aufgrund des demografischen Wandels. Vielleicht könnten Sie dazu noch mal ausführen, was Sie hier erwarten?

Dr. Kristina Böhm (Leiterin des Amtes für Gesundheit und Prävention der Landeshauptstadt Dresden, ehemalige Vorsitzende des Bundesverbandes der Ärztinnen und Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes e. V. (BVÖGD)): Tatsächlich ist es so, dass wir insbesondere bei den Ärzten wissen, dass in den nächsten Jahren eine Pensionierungswelle auf uns zukommt. Herr Schäfer hat es in seinem Eingangsstatement schon gesagt. Ungefähr 40 Prozent der Kolleginnen und Kollegen werden in den wohlverdienten Ruhestand gehen. Wir haben über den Pakt tatsächlich in der Größenordnung Neuqualifizierungen erreichen können, also neue Kollegen gewinnen können, die sich auch der Facharztausbildung stellen. Das betrifft allerdings nicht nur die Ärzte, sondern auch alle anderen Berufsgruppen. Insbesondere vor dem Hintergrund der Pandemie und der Notwendigkeit, unser Tun auch wissenschaftlich zu evaluieren und daraus Maßnahmen abzuleiten, brauchen wir natürlich auch viele andere Berufsgruppen in den Gesundheitsämtern, die vor der Corona-Pandemie durchaus so noch nicht vorgesehen gewesen sind. Die Großstadtgesundheitsämter sind da deutlich anders aufgestellt als die kleineren Gesundheitsämter, also Forschung, Wissenschaft – diese Personengruppen. Da werden wir uns, wie



alle anderen auch, auf dem allgemeinen Markt umsehen müssen. Deswegen ist es umso wichtiger, dass wir den ÖGD weiterhin als attraktiven Arbeitsort gestalten und die Möglichkeiten, die uns zur Verfügung stehen, letztendlich auch nutzen. Ich glaube, allen Beteiligten ist klar, dass die Personalkörper sich in Zukunft neu aufstellen, wenn denn insbesondere digitale Tools, Prozesse standardisiert und die Softwarevarianten auf einem anderen Level laufen. Aber das Personal, was wir mit an Bord nehmen, muss Fachpersonal sein und das muss auch entsprechend qualifiziert aus- und fortgebildet werden. Das darf man nicht vergessen.

Abg. Dr. Lina Seitzl (SPD): Sie sprechen die interdisziplinäre Zusammensetzung des Personals im ÖGD an. Ich kann mir vorstellen, dass es für Gesundheitsämter in Großstädten deutlich einfacher ist, Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler anzuwerben, wie jetzt im ländlichen Raum für ein Gesundheitsamt. Was braucht es da aus Ihrer Sicht, damit das auch flächendeckend abgedeckt werden kann, diese Interdisziplinarität?

Dr. Kristina Böhm (Leiterin des Amtes für Gesundheit und Prävention der Landeshauptstadt Dresden, ehemalige Vorsitzende des Bundesverbandes der Ärztinnen und Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes e. V. (BVÖGD)): Ich glaube tatsächlich, dass wir langfristig über Kooperationsmodelle nachdenken müssen. Kreisfreie Städte und Landkreise lassen sich nun mal nicht so ohne Weiteres vergleichen. Ein Großstadtgesundheitsamt mit über 300 Mitarbeitenden hat ganz andere Möglichkeiten, Strukturen und Inhalte aufzubauen, als ein kleines Gesundheitsamt, was gerade mal 10 oder 15 Mann zählt und sich dann auch noch auf der Fläche verteilen muss. Also mittel- und langfristig heißt das letztendlich, dass die Länder sich über Kooperationen austauschen müssen.

Die Vorsitzende: Vielen Dank. - Wir kommen zur Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und Frau Dr. Gumnior.

Abg. Dr. Lena Gumnior (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Vielen Dank. Ich habe eine Frage an Herrn Schäfer. Sie hatten ja vorher in dem Eingangsstatement gesagt, dass insbesondere dieser Fokus auf Hotspots an rechtlichen Hürden auch gescheitert ist. Können Sie vielleicht dazu noch

mal ein bisschen mehr sagen, welche rechtlichen Hürden das genau waren, also welche Anpassungen müssten gemacht werden, um auch so einen Fokus auf Hotspots und unterschiedliche regionale Regelungen zu erleichtern?

Dr. Peter Schäfer (Vorsitzender des Bundesverbandes der Ärztinnen und Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes e. V. (BVÖGD)): Ja, gerne. Ich hatte es am Beispiel der Impfungen gemacht, dass einfach die Kriterien so waren, dass es ganz schwierig war, zu sozial Benachteiligten in die Communities hineinzugehen. Es gab sogar dann Diskussionen, als wir uns analog zu Köln auch mit der Frage beschäftigt haben, in Mannheim: Kommen die Menschen überhaupt zum Impfen? Und es war enorm eindrucksvoll, wenn ich in adäquater Weise mit kultursensibler Möglichkeit zu den Menschen gegangen bin, dann standen die drei, vier Stunden für die Impfung an und es war eine ganz hohe Nachfrage. Und es war bemerkenswert auch, weil die nächste Frage war: Kommen Sie zur zweiten Impfung? Die Zuverlässigkeit war über 90 Prozent, dass die Menschen gekommen sind. Das war eindrucksvoll, haben wir glaube ich auch ganz viel gelernt oder auch bestätigt für die Diskussion.

Abg. Dr. Lena Gumnior (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Und was hat es für rechtliche Hürden gegeben, die Sie daran gehindert haben, das vielleicht früher zu machen oder schneller zu machen oder effektiver zu machen?

Dr. Peter Schäfer (Vorsitzender des Bundesverbandes der Ärztinnen und Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes e. V. (BVÖGD)): Dass wir tatsächlich Vorgaben hatten: Was sind Impfindikationen? Also, was sind die Möglichkeiten, wo dürfen wir impfen? Was waren die Möglichkeiten, dass überhaupt auch Menschen zu einem Impftermin gekommen sind, dass sie ihn buchen konnten? Und wir hatten tatsächlich dadurch, dass ja bestimmte Vorgaben einfach waren – welche Berufsgruppen, welche Menschen waren dort möglich – und das war eine Schwierigkeit dort adäquat zu reagieren, weil wir, glaube ich, die niedrigsten Impfraten dort hatten, wo wir die höchsten Infektionszahlen hatten.

SV Prof. Dr. Bernd Salzberger: Ja, ich möchte auch noch mal den Sachverständigen danken für ihre Beiträge. Ihre kurzen Schilderungen auch der



Schwierigkeiten zu Anfang haben mich auch an die Zeit erinnert. Ich habe in Regensburg die Klinik damals geleitet und habe mich auf den örtlichen Gesundheitsdienst sehr stützen können und bin sehr dankbar für diese Kooperation. Ich denke, dass diese Kooperation tatsächlich besser werden sollte, besser verzahnt werden sollte, auch mit der ambulanten und stationären Versorgung. Ein großes Hindernis, was ich dabei sehe, ist tatsächlich auch die Ausbildung der deutschen Studenten im öffentlichen Gesundheitswesen und auch in Fächern wie Epidemiologie und deswegen geht meine Frage an Prof. Christian Drosten. Ihr habt jetzt in Berlin den WHO-Hub, der vielleicht auch ein Kristallisationspunkt dafür sein könnte. Geht das auch in die Lehre, in die Ausbildung der Studenten mit hinein?

Prof. Dr. Christian Drosten (Direktor des Institutes für Virologie an der Charité Berlin): Ja, wir haben natürlich Kooperationen mit dem WHO-Hub – mit der Charité – und auch das Robert Koch-Institut ist da in einem Kooperationsverhältnis. Das hat Einfluss insbesondere auf die postgraduierten Ausbildungen, sprich Stipendiaten, die aus afrikanischen oder anderen Ländern des globalen Südens kommen. Diese machen beispielsweise eine Master- oder Doktorarbeit – wir haben ein Promotionsprogramm. Die Ausbildung der, normalen Medizinstudierenden ist davon jetzt nicht so unbedingt verändert. Da haben wir einfach ein dichtes Curriculum und es ist eine Frage der Gestaltung des Curriculums, solche curriculare Lehre, wie wir sagen, anzufüttern mit besserer oder mehr epidemiologischer Lehre. Ich glaube, dass das wirklich in Deutschland in der Mediziner- und Medizinerinnen-Ausbildung verbessert werden könnte.

Abg. Dr. Paul Piechotta (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Vielen Dank. Dann würde ich noch eine Frage an den Prof. Tinnemann stellen. Und zwar hatte ich ja vorhin schon gefragt: Wer oder welche Struktur sollte in der nächsten Pandemie in Deutschland die Daten sammeln? Da hatten wir ja schon verschiedene Antworten gehört. EPA [elektronische Patientenakte] unter anderem. Was ist an der Stelle Ihre Meinung?

Dr. Peter Tinnemann (Leiter des Gesundheitsamtes Frankfurt am Main): Ich glaube, wir brauchen ein dezentralisiertes Datennetzwerk. Ich glaube, das wird nicht reichen und wird man nicht

hinbekommen, das nur in einer einzelnen Struktur zu machen. Zentral muss sicherlich weiterhin das Robert Koch-Institut bleiben, die das Ganze orchestrieren und sicherstellen, dass die richtigen Daten gesammelt werden. Ich glaube, das wird eine der großen Herausforderungen werden. Wir haben das ja auch schon in den vergangenen Statements gehört: Was brauchen wir, um beispielsweise nicht-pharmazeutische Interventionen vernünftig beurteilen zu können? Aber letztendlich brauchen wir eine institutionell unabhängige, nachhaltig finanzierte Netzwerkdatenplattform, an der sich auch Forschungseinrichtungen beteiligen können. Forscherinnen und Forscher von unterschiedlichsten Fachgebieten, wo man sich austauscht, und im Prinzip überlegen kann – in einer solchen Situation oder am besten schon vorneweg –, was man benötigt.

Die **Vorsitzende**: Vielen Dank. - Damit haben wir die Runde drei abgeschlossen und beginnen Runde vier mit der Unionsfraktion. Es fragt Prof. Weidner.

SV Prof. Dr. Christian Weidner: Ich würde noch mal die Frage von vorhin verlängern. Diesmal an Sie, lieber Herr Tinnemann. Und zwar: Wir haben diverse Datenströme, die eigentlich ohnehin erzeugt werden. Beim Impfen endet der Datenstrom mit dem Aufkleber im Impfpass, also ist nicht weiter zu nutzen. Aber wir haben auch andere Datenströme, die wir in der Pandemie so nicht nutzen konnten. Und die Frage, die mich jetzt insbesondere interessiert: Was müssen wir tun, um sie nutzbar zu machen? Weil wenn es uns in der Pandemie auffällt, ist es zu spät. Wir müssen es ja vorher tun. Und der eine Datenstrom, den ich jetzt mal ansprechen will, ist die stationäre und vielleicht – mit Abstrichen – auch die ambulante Versorgung. Sie wissen ja, in der Pandemie war es so, dass wir dankenswerterweise durch das Engagement der DIVI, der Intensivmedizinerberufsvereinigung, ein Tool zur Verfügung hatten, was die Kliniken nebenher noch mal gepflegt haben. Es war ein extra Aufwand und die hatten ja so schon genug zu tun. Was brauchen wir jetzt in Zukunft? Es stand mal kurz - - oder es war auch verpflichtend vorgeschrieben, aber im IFSG steht momentan nichts dazu drinnen. Was brauchen wir in Zukunft, um so etwas ohne zusätzliche Arbeitsbelastung tatsächlich nutzen zu können?



Dr. Peter Tinnemann (Leiter des Gesundheitsamtes Frankfurt am Main): Danke für die Frage. Ich glaube, das ist einerseits die Frage nach den Datenstandards. Das hatte ich in meinem Eingangsstatement schon spezifiziert. Wir brauchen, glaube ich, eine HL7/FHIR-Incodierung, dass die Daten austauschbar sind. Die zweite Frage geht in Richtung Interoperabilität. Ein großes Problem bei uns im Gesundheitswesen ist ja, dass wir die Daten nicht zwischen den verschiedenen Institutionen einfach und gut und unkompliziert austauschen können. Das hängt maßgeblich damit zusammen, dass die meisten Fachverfahren oder die meisten Systeme, die wir haben, proprietär sind. Und wir brauchen hier quellcodeoffene Standards, um sicherstellen zu können, dass die verschiedenen Schnittstellen einfach zueinander gebaut werden können. Also, dass Daten, wo möglich und wo notwendig, einfach aus dem ambulanten Sektor, aus dem stationären Sektor oder auch aus dem Öffentlichen Gesundheitsdienst miteinander verbunden werden können. Die gibt es mittlerweile. Das ist ja durchaus möglich. Das ist kein Hexenwerk, solche Sachen zu etablieren. Wir müssen aber, glaube ich, dazu hinkommen, auch da eine ganz klare Priorität darauf zu setzen, dass diese quellcodeoffenen, interoperablen Schnittstellen hergestellt werden. Danke schön.

SV Prof. Dr. Christian Weidner: Vielleicht gleich noch dazu. Das meint aber dann: Die Schnittstelle muss offen sein, ja? Weil die Daten liegen im Krankenhausinformationssystem vor. Und da wird natürlich jeder das nutzen, was er halt nutzt. Und die Wahlfreiheit muss sicherlich erhalten bleiben. Sie sehen, dass da eine Verpflichtung da sein muss, eine solche Schnittstelle zur Verfügung zu stellen, aus jedem Krankenhausinformationssystem.

Dr. Peter Tinnemann (Leiter des Gesundheitsamtes Frankfurt am Main): Nicht nur aus dem Krankenhausinformationssystem, sondern tatsächlich aus allen Fachanwendungen. Ich glaube, da müssen wir hinkommen. Wir müssen in allen Bereichen so in der Lage sein, jederzeit die Daten zum Fließen zu bringen. Da muss ja die Reise hingehen. Dass wir die Schnittstellen so offen haben, dass da keiner sagen kann: „Nein, ich lasse hier nicht mehr die Daten raus“, sondern die Möglichkeit der Datenübergabe muss sichergestellt sein.

SV Prof. Dr. Christian Weidner: Und wie sehen Sie die Situation im IfSG momentan?

Dr. Peter Tinnemann (Leiter des Gesundheitsamtes Frankfurt am Main): Wir haben die Möglichkeit die Daten nach oben zu geben, sage ich mal. Wir können die Daten an die Landes- und an die Bundesbehörden – ans RKI – geben. Im IfSG sehe ich da noch nichts im Moment, um auch horizontal, beispielsweise, auch sektorenübergreifend, derzeit Daten gut strukturiert austauschen zu können. Diese Rechtsgrundlage müsste noch geschaffen werden.

SV Prof. Dr. Christian Weidner: Gut. Und ich würde gleich noch einen weiteren Datenstrom ansprechen wollen. Sie haben ja, weiß ich, in Frankfurt den größten deutschen Flughafen. Und Sie haben sich sicher auch eingehend mit den Passenger Locator Forms befassen dürfen. Jetzt können Sie gerne mal bildlich schildern, was das war, was Sie da gemacht haben, und was dann dadurch der Aufwand und das Verhältnis zum Nutzen war. Und wo stehen wir jetzt? Können wir Fluggastdaten nutzen, um herauszufinden: Wer kommt aus Südafrika, zum Beispiel? Und was bräuchte es, damit wir das können?

Dr. Peter Tinnemann (Leiter des Gesundheitsamtes Frankfurt am Main): Also die bildliche Darstellung, auf die Sie ja wahrscheinlich abzielen, ist die Art und Weise, wie wir an die Flugzeuge rangegangen sind, zu Beginn der Pandemie; auf Papier Bögen ausgeteilt haben, dann haben alle was aufgeschrieben und wir haben es dann mit dem LKW abtransportiert und alle 14 Tage weggeschmissen. Das war totaler Quatsch. Da hat uns tatsächlich die digitale Einreise-Datenbank sehr geholfen. Auch an anderen Stellen, also bei den internationalen Seehäfen war das sehr ähnlich. Wir sind aber immer noch nicht dazu in der Lage, einfach und unkompliziert die Daten auch aus diesen Datenbeständen, also von den Airlines beispielsweise oder von den Flughäfen, einfach zu übertragen. Das ist leider noch nicht hergestellt. Das wäre sehr gut, wenn wir das haben. Es gab da bereits europäische Projekte. Da waren Griechenland und Spanien, glaube ich, sehr federführend, die das vorangetrieben haben, im Rahmen eines europäischen Projektes. Aber das ist leider im Moment nicht weitergeführt worden. Danke.



SV Prof. Dr. Christian Weidner: Vielen Dank.

Die **Vorsitzende:** Vielen herzlichen Dank. - Dann kommen wir zur AfD-Fraktion. Herr Ziegler bekommt das Wort.

Abg. **Kay-Uwe Ziegler** (AfD): Vielen Dank, Frau Vorsitzende. Eigentlich einmal für alle, die jetzt hier die ganze Zeit von Daten und von Datenmangel sprechen. Es gibt ein Infektionsschutzgesetz, § 13 Abs. 5. Da steht alles drin. Das hat die CDU auf den Weg gebracht. Das macht nur keiner. Da steht alles drin – dass die Kassenärztlichen Vereinigungen als auch das Paul-Ehrlich-Institut und das Robert Koch-Institut die Daten melden müssen. Mit einem strafbewährten Bußgeldbescheid von 25.000 Euro an die Kassenärztlichen Vereinigungen. Aber das macht keiner. Die Zahlen und die Daten sind da, aber sie scheinen niemanden zu interessieren. Darüber können wir jetzt vielleicht reden. Eine Sache. Ich bin jetzt kein Wissenschaftler, so wie Sie, Herr Drost. Meine Frage geht an Prof. Drost. Wir reden, Stand heute, über aktuell 188.000 Tote aus der Corona-Zeit. Jeder Normale, der das liest, und ich bin, glaube ich, einer davon, fragt sich, wie so eine Bezeichnung: „an und mit Corona verstorben“ entstanden ist. Wie kann so eine unwissenschaftliche – und das ist zutiefst unwissenschaftlich – Beurteilung „an und mit Corona“ - - das bedeutet, dass auch jeder Verkehrsunfall, der einen positiven Test hat, als Corona-Toter gewertet wird. Wie kann man mit solchen Daten überhaupt arbeiten? Ich habe nachgeguckt. Ich habe keine Kritik Ihrerseits gefunden. Das können Sie jetzt gerne korrigieren. Sie hatten beste Beziehungen zur Bundeskanzlerin. Sie haben beste Beziehungen zu den Regierungen gehabt. Warum wird mit solchen Zahlen gearbeitet?

Prof. Dr. Christian Drost (Direktor des Institutes für Virologie an der Charité Berlin): Die Begrifflichkeit ist ja nicht im Kanzleramt entstanden, sondern in den Medien. Das ist eine rein sprachliche Ungenauigkeit oder semantische Verschiebung oder wie auch immer man das nennen möchte. In anderen Ländern ist das Thema nie relevant gewesen, weil es nicht relevant ist. Vielleicht kann man einfach mal mit einem gesunden Menschenverstand daran gehen: Wenn es so wäre, dass in relevantem Maße solche Verwechslungen auftreten würden, also dass wir in Wirklichkeit an was anderem verstorbene Leute in

den Statistiken hätten, dann dürfte man ja keine Todeswellen sehen, die einhergehen, die parallel laufen, mit der Inzidenz.

Abg. **Kay-Uwe Ziegler** (AfD): Vielen Dank. Ich will da mal nachhaken. Wenn Sie jetzt damit implizieren, es wäre so, dass die ja dann doch alle an Corona gestorben sind, dann frage ich mich ganz ehrlich - - ich habe eine Anfrage gemacht am 26. Dezember 2025, da hat die Bundesregierung mir geantwortet: Von den damals 187.000 Corona-Toten wäre wohl bekannt, dass 39.000 Fälle ungeimpft und 33.000 Fälle mindestens einmal geimpft worden sind. Und bei 115.000 weiß es keiner. Wie wollen Sie auf Basis solcher Daten überhaupt irgendwas beurteilen können? Das ist nicht möglich. Und das müssten Sie genauso wissen wie ich, weil wenn ich auf dieser Basis Daten verlangen würde und ich würde sagen: Im Moment sterben etwa eine halbe Million jedes Jahr an Herpesviren – „an und mit“ –, dann wäre das wissenschaftlich nicht verkehrt. Das ist genau dieselbe Herangehensweise wie hier in dem Fall. Warum ist das so? Warum wird absichtlich mit solchen Ungenauigkeiten gearbeitet? Das ist meine Frage.

Prof. Dr. Christian Drost (Direktor des Institutes für Virologie an der Charité Berlin): Also diese Datenbasis, die Sie jetzt hier gerade vorgetragen haben, die ist für mich nicht ersichtlich. Ich weiß nicht, wie zuverlässig das ist. Ja, schön, Sie halten ein weißes Blatt Papier in die Luft. Das ist aber doch nicht die Beurteilungsbasis beispielsweise für die Wirksamkeit der Impfungen. Dafür sind doch Studien gemacht worden und die hatten doch eindeutige Ergebnisse.

Abg. **Kay-Uwe Ziegler** (AfD): Vielen Dank. Wenn Sie jetzt das Bundesgesundheitsministerium in Frage stellen - -. Das würde ich jetzt persönlich nicht machen.

Prof. Dr. Christian Drost (Direktor des Institutes für Virologie an der Charité Berlin): Habe ich das getan?

Abg. **Kay-Uwe Ziegler** (AfD): Warten Sie, ich bin dran. Wenn wir 39.000 Fälle „ungeimpft“ haben, wo wir wissen, dass im Jahr 2020 fast keine Impfung stattgefunden hat und wir davon ausgehen müssen, dass alle Toten im Jahr 2020 logischerweise ungeimpft waren, dann sind alle anderen entweder geimpft, die verstorben sind, oder wir wissen es nicht. Und ich bin der Meinung,



dass Wissenschaftler sich doch dringend dahinterklemmen sollten, um rauszukriegen: Woran sind denn die anderen verstorben? Aber es scheint ja niemanden zu interessieren. Warum interessiert das niemanden? Haben Sie irgendeine Erklärung, warum die Daten nicht da sind? Ich hätte von Ihnen gerne eine Erklärung, warum es die Daten nicht gibt.

Prof. Dr. Christian Drosten (Direktor des Institutes für Virologie an der Charité Berlin): Ich kann leider Ihrer Fragestellung nicht ganz folgen und ich kann deshalb auch nicht beurteilen, welches Problem Sie da exakt gerade aufwerfen. Aber wenn es hier um die Wirksamkeit der Impfung geht, wie gesagt: Es gibt Studien, wenn es um Todes- und Todesursachenstatistiken geht, auch das wird aufgenommen und zusammengefasst in vielen Ländern.

Die **Vorsitzende**: Vielen Dank. - Dann kommen wir zur SPD-Fraktion und Frau Prof. Kießling.

SV Prof. Dr. Andrea Kießling: Vielen Dank, Frau Vorsitzende. Ich hätte eine Frage an Frau Dr. Böhm. Es war jetzt schon viel davon die Rede, was beim ÖGD gut gelaufen ist oder wo es vielleicht Verbesserungsbedarf gibt. Könnten Sie antworten zu den ÖGD-Gesetzen? Sehen Sie da irgendwo Anpassungsbedarf? Also entweder ganz konkret und da würde ich jetzt vorschlagen, es muss jetzt gar nicht zum Datenschutz, zur Datenströmung etwas sein, dazu haben wir ja schon viel gehört. Vielleicht fällt Ihnen etwas anderes Konkretes ein, aber Sie können das auch gerne vielleicht auf abstrakterer Ebene beantworten. Wir haben ja 16 Gesetze, die sehr unterschiedlich da aussehen. Danke.

Dr. Kristina Böhm (Leiterin des Amtes für Gesundheit und Prävention der Landeshauptstadt Dresden, ehemalige Vorsitzende des Bundesverbandes der Ärztinnen und Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes e. V. (BVÖGD)): Ja, danke für die Frage. Tatsächlich haben wir nur 15 Gesundheitsdienstgesetze, weil das Land Thüringen ja – Stand jetzt – immer noch mit einer Rechtsverordnung gearbeitet. Also als kurze Erklärung dazu: Die Gesundheitsdienstgesetze der Bundesländer umfassen praktisch alle Aufgaben des Öffentlichen Gesundheitsdienstes, die in anderen Gesetzen nicht geregelt sind; die sollen also das Bild abrunden. Insofern sind die

bundesgesetzlichen Regelungen, insbesondere beim Infektionsschutzgesetz oder auch der Trinkwasserverordnung, da natürlich ausgenommen, aber die GDGs greifen natürlich auf die Aufgabe zu. Und was man schon feststellen muss, ist, dass die Gesundheitsdienstgesetze in den Bundesländern höchst unterschiedlich aufgestellt sind, was bestimmte Forderungen anbelangt, insbesondere aber auch die Verbindung von Aufgabe und Befugnis. Und das setzt die Gesundheitsämter durchaus auf der Arbeitsebene in die Schwierigkeit, dass Aufgaben in der Form nicht durchgeführt werden können bzw. die Ermächtigungsgrundlage dann über einen anderen gesetzlichen Kontext geregelt werden muss. Das braucht Expertise und in der Corona-Pandemie haben wir sehr deutlich gesehen, dass die juristische Beratung in den Gesundheitsämtern von hohem Wert ist. Inzwischen haben viele Gesundheitsämter eigene Juristen, die sich tatsächlich in die breite Materie zusätzlich zu den GDGs mit einarbeiten, um unsere Arbeitsgrundlagen auch entsprechend aufzubereiten und uns arbeitsfähig an der Stelle zu machen. Ich denke, dass die GDGs zukünftig durchaus einer Harmonisierung bedürfen, um uns, was Schnittstellen anbelangt, länderübergreifend - - also Infektionen halten auch nicht an der Landesgrenze an, sondern sie müssen überregional bearbeitet werden. Und ich denke, dass diese Harmonisierung notwendig ist, um uns das Arbeiten und die Handlungsfähigkeit deutlich zu erleichtern und auch eine gute Grundlage in der Auseinandersetzung und in der haushälterischen Planung mit den jeweiligen Kommunen zu haben, um die Aufgabe, die dahintersteht, dann auch personell zu untermauern. Das ist nämlich jetzt tatsächlich höchst schwierig, weil viele GDGs durchaus sehr schwammig formuliert sind und nicht absolut. Danke.

SV Prof. Dr. Andrea Kießling: Vielen Dank.

SV Isabel Rothe: Ich würde mich dann gerne mit einer Frage an Herrn Dr. Nießen anschließen. Wir haben jetzt sehr viel gehört von Daten, Monitoring etc. und ich würde gerne fragen, wie Sie das einschätzen. Sollten wir möglicherweise noch systematischer, intensiver und breiter nicht nur die Evidenz von Erkrankungen, sondern auch - - wie gut sind die Maßnahmen in den jeweils unterschiedlichen Lebens- und Arbeitswelten



umsetzbar? Wie greifen die? Sind die nachhaltig? Funktionieren die? Gibt es Schutzzielkonflikte? Wo müssen wir vielleicht noch mehr kommunizieren und informieren, damit auch ein breites Portfolio unterschiedlicher Maßnahmen möglichst gut und praktikabel und maßgeschneidert umgesetzt wird und man gegebenenfalls auch durch eine gute Kommunikation motiviert und sagt: „Schaut mal, das hat sich als sehr wirksam erwiesen; hier wollen wir noch mehr machen“ etc. Also Maßnahmen-Monitoring in den verschiedenen Lebens- und Arbeitswelten. Das ist meine Frage. Danke.

Dr. Johannes Nießen (Kommissarischer Leiter des Bundesinstitutes für Öffentliche Gesundheit (BIÖG), ehemaliger Leiter des Kölner Gesundheitsamtes): Vielen Dank für die Frage. Das ist genau der Punkt, wo wir einen Dissens haben, oft auch politisch: Was wirkt und was wirkt nicht? Und dann muss man, wenn man es nicht weiß, das wissenschaftlich evaluieren, beforschen. Ganz konkret ein Beispiel aus meiner Hamburger Zeit noch. Da war es so, dann stiegen sie in Pinneberg in die S-Bahn, hatten einen Mund-Nasen-Schutz an und wenn sie an der Stadtkanzle waren in Hamburg, mussten sie eine FFP2-Maske anziehen. Das ist der Föderalismus so, wie er blüht und so, wie wir ihn eigentlich in der nächsten Pandemie nicht brauchen. Ich glaube, da muss man gucken: Wie kann man das evaluieren? Was bringt wirklich was in welcher Situation? Ich darf Herrn Drostens zitieren aus einem seiner Interviews. Er hat gesagt, dass das Händeschütteln – ich hoffe, ich sage es jetzt richtig – nicht so der große Überträger war und auch das Schließen von Spielplätzen und Sportstätten draußen war auch nicht unbedingt richtig. Wir müssen im Nachhinein auch erkennen, was wir falsch gemacht haben, um zu gucken, was wir in Zukunft richtig machen. Ich glaube, das ist die wesentliche Botschaft. Von daher gilt es, das wissenschaftlich zu evaluieren, was an Maßnahmen wirklich wirkt und was beim nächsten Mal sein gelassen werden kann. Das nächste Virus wird ein anderes, wird wieder neue Maßnahmen mit sich bringen, aber da muss man sich jeweils schnell darauf einstellen. Ich glaube, dafür ist es wichtig viele wissenschaftliche Erkenntnisse zu haben.

Die **Vorsitzende**: Punktlandung. Vielen herzlichen Dank. - Wir kommen dann zum Abschluss dieser

Runde zur Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und Frau Dr. Piechotta.

Abg. **Dr. Paula Piechotta** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Vielen Dank, Frau Vorsitzende. Auch von mir noch mal Danke an alle Sachverständigen für die bislang sehr fruchtbare Diskussion. Herr Prof. Drostens, es klang ja jetzt gerade auch schon beim Kollegen an, dass Sie ja auch sich definitiv dazu geäußert haben, was auch in der Pandemie nicht optimal lief. Ich würde Ihnen jetzt auch noch mal für die verbleibenden Minuten die Möglichkeit geben, noch mal darzustellen, was aus Ihrer Sicht definitiv Fehler waren, die man aber nur in der Rückschau erkennt und was man gegebenenfalls auch prospektiv hätte anders machen können, verbunden mit der Frage, wo aus Ihrer Sicht tatsächlich beim nächsten Mal die größten Hebel sind für ein besseres Datenmanagement und eine bessere Datenerhebung, die dann eben auch den Einsatz von NPIs gegebenenfalls regional diversifiziert ermöglichen, weil wir ja durchaus auch zum Beispiel in Ostdeutschland in vielen Phasen der Pandemie ein ganz anderes Infektionsgeschehen hatten als beispielsweise in Schleswig-Holstein.

Prof. Dr. Christian Drostens (Direktor des Institutes für Virologie an der Charité Berlin): Ja, also ich habe ja immer als Pandemieerklärer und nicht als Pandemiekritiker mich positioniert und das ist mir eigentlich bis heute wichtig. Ich habe eigentlich immer am Anfang gesagt: Das ist eine Naturkatastrophe. Niemand ist erstmal schuld. Und natürlich kann man jetzt im Nachhinein sagen, ein paar Dinge sind missverstanden worden vielleicht oder falsch eingeordnet worden. Dazu gehört zum Beispiel, was Herr Nießen sagt: Wir wussten ganz früh, dass das Virus draußen viel weniger übertragen wird, und natürlich das Schließen von Spielplätzen draußen – das sind Extremerscheinungen. Oder jetzt - - es gibt dieses ewig wiederholte Polizeibild in Hamburg, wo jemand gejagt wird von einem Polizeiauto. Ob das so häufig stattgefunden hat, weiß ich nicht, ist aber sicherlich nicht richtig gewesen.

Abg. **Dr. Paula Piechotta** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): In Leipzig gab es zumindest ansatzweise ähnliche Vorfälle.

Prof. Dr. Christian Drostens (Direktor des Institutes für Virologie an der Charité Berlin): Genau. Also



solche Dinge kann man nennen. Ganz häufig wird ja auch über die Schulschließungen geredet. Schulschließungen in der ersten Welle waren eindeutig eine Vorsichtsüberlegung, der Schutz der Kinder stand im Vordergrund. In der zweiten Welle sind viele Länder inzwischen dazu übergegangen die Maßnahmen anders zu gewichten. Alle Länder, auch wir, wussten bis zu diesem Zeitpunkt: Das Virus verteilt sich so ungefähr gleich in der Bevölkerung, in allen Altersgruppen. Darum sind die Schulen sicherlich nicht außen vor, aber man kann natürlich politisch den Entschluss fassen, die Schulen nicht belasten zu wollen mit diesen Maßnahmen. Jetzt haben wir aber, genau wie bei einigen anderen Ländern auch, den Befund, dass damals im Winter 2021 der R-Wert um die Eins pendelte. Das heißt, man hat so gerade eben genug gemacht. Wollte man also die Belastung wie in Deutschland nach dem Jahreswechsel auf das Jahr 2021 von den Schulen wegnehmen, hätte man eine entsprechende Belastung auf einen anderen Bereich der Gesellschaft geben müssen. Da waren natürlich im Fokus die Arbeitsstätten. Da liegen politische Zielkompromisse, die nichts mehr mit einer wissenschaftlichen Beratung zu tun haben. Da sind aber auch strukturelle Unterschiedlichkeiten zu erwähnen. Ich will hier jetzt auch nicht sagen, die Politik hat damals nur die Arbeitgeber geschont, sondern Deutschland ist da auch zum Teil anders von den Grundvoraussetzungen. Wir haben viel produzierende Industrie, wo man nicht Homeoffice machen kann. Wir hatten noch nicht so eine gute Digitalisierung wie in anderen Ländern – Großraum Stockholm zu der Zeit schon 40 Prozent im Homeoffice ohne Probleme mit sehr großem Dienstleistungssektor. Also die Umsetzbarkeit ist auch nicht in allen Ländern gleich. Und deshalb - - man denkt häufig ein zweites Mal darüber nach und nimmt sich mit der Kritik dann doch lieber wieder zurück.

Abg. **Dr. Paula Piechotta** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Wenn Sie uns die Möglichkeit geben, dass wir auch noch mal die Kollegen fragen: Herr Prof. Tinnemann, was würden Sie denn sagen, aus heutiger Sicht, was tatsächlich Fehler waren, die man prospektiv hätte sehen können und was gegebenenfalls aber wirklich erst retrospektiv deutlich geworden ist?

Dr. Peter Tinnemann (Leiter des Gesundheitsamtes Frankfurt am Main): Also retrospektiv, prospektiv beurteilen ist relativ schwierig. Erlauben Sie mir, das ist unmöglich meiner Ansicht nach. Ich glaube, wir müssen jetzt überlegen – retrospektiv – was wir beim nächsten Mal besser machen könnten. Und ich meine, da sind ja schon die ersten Ideen gefallen. Bessere Daten sammeln. Manche Sachen - - um ein unbekanntes atemwegsübertragbares Virus einschätzen zu können, braucht es erstmal ausreichend Informationen und die Einschätzung von Wissenschaftlern, was das mit sich bringt. Wie schnell, wie effektiv wird es übertragen? Wie schwer macht es die Erkrankung? Und das kann man per se nicht prospektiv voraussagen. Das können wir machen in Pandemieplänen und wir können uns Gedanken darüber machen, was wir tun sollten, wenn wir ein Virus haben, beispielsweise ein Influenzavirus, was wir einigermaßen kennen, wo wir einigermaßen wissen, wie es übertragen wird, wo wir gut wissen, wie es die Erkrankung macht. Aber das war ja zu dem Zeitpunkt, als das Corona-Virus auf die Welt gekommen ist, alles noch gar nicht absehbar. Insofern ist es schwierig, das retrospektiv, prospektiv besser zu legen. Danke.

Die **Vorsitzende**: Vielen Dank. - Damit haben wir Runde vier abgeschlossen und wir kommen zu Runde fünf zur Unionsfraktion und das Wort bekommt Herr Prof. Kluge.

SV Prof. Dr. Stefan Kluge: Vielen Dank. Es werden hier häufig Studien zitiert. Ich wollte darauf hinweisen, dass in der medizinischen Datenbank PubMed sich bis dato heute 497.000 Studien zu COVID-19 international befinden. Wir wissen, es gibt durchaus Studienergebnisse, die sich dann auch widersprechen. Es gibt qualitativ hochwertige Studien, nicht so gute Studien, aber es ist natürlich, wenn wir von Studien sprechen, immer unglaublich schwer, darauf jetzt so kurzfristig Bezug zu nehmen. Ich will aber auch eine Studie ganz kurz zitieren, weil die Frage ja aufkam: Sterben die Patienten an oder mit Corona? Und das ist, glaube ich, schon eine wichtige Frage. Und ich muss darauf hinweisen: Es hat sich, wie ich vorhin sagte, während der Pandemie halt sehr verändert. Und als Arzt ist es manchmal auch sehr schwierig zu entscheiden, wenn jemand akut verunglückt oder auf der Intensivstation stirbt, und er hat eine Corona-Infektion – ist er jetzt wirklich an der



Infektion gestorben oder hat er einen Herzinfarkt gehabt? Und wir hatten das große Glück – und da möchte ich noch mal den Behörden in Hamburg danken und auch den vielen Patienten und Patientenangehörigen –, dass die ersten Corona-Toten, über 700, alle in Hamburg obduziert wurden, weil die Obduktion, die ja nicht sehr populär ist – in Deutschland werden weniger als zwei Prozent der Menschen, die versterben, obduziert, wenn überhaupt – extrem selten durchgeführt wird. Und in Hamburg hat man das gemacht und dort hat man gezeigt, bei unserem Institut für Rechtsmedizin mit den Pathologen zusammen, dass round about 90 Prozent wirklich in den ersten Phasen an Corona gestorben sind. Aber während der Dauer der Pandemie ist dieser Prozentsatz immer weiter gesunken und nachher waren es nur noch 45 Prozent und dann ist man quasi teilweise auch mit Corona gestorben und nicht mehr an Corona. Und deswegen wurden die Maßnahmen ja auch angepasst, haben aber meines Erachtens auch ein bisschen zu lange dann gedauert. Aber ich glaube, das müssen wir immer im Hinterkopf haben; das war eine komplexe Gemengelage, die sich auch wirklich während der Zeitdauer der Pandemie halt immer wieder laufend geändert hat. Meine Frage ist jetzt noch mal an die Kolleginnen und Kollegen von den Gesundheitsämtern. Wir haben ja sehr viel – ein anderes Thema – über Personal gesprochen. Personal ist ja ein Schlüsselement heute, überall. Dieses Personal, was wir ja vorhalten müssen für so eine Pandemie, für einen Katastrophenfall – was macht man denn mit dem in den Nicht-Pandemie-Zeiten? Sie brauchen ja eine zusätzliche Aktivierung, eine Reserve. Im Krankenhaus haben wir Personal verschoben, OPs wurden abgesagt. Das geht dann sehr gut, aber wie macht man das in so einem Gesundheitsamt-Setting? Wie stelle ich mir das vor? Vielleicht noch mal die Frage an Herrn Schäfer.

Dr. Peter Schäfer (Vorsitzender des Bundesverbandes der Ärztinnen und Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes e. V. (BVÖGD)): Herr Prof. Kluge, ich glaube – vielleicht zwei Stränge: Wir brauchen eine Grundausstattung an Personal in den Gesundheitsämtern und einfach einen Personalstamm, der wirklich in der Tiefe qualifiziert und eingearbeitet ist. Und dann greift ja das Instrument, wie bei Ihnen, wie Sie es gerade auch beschrieben haben: Man muss priorisieren

oder posteriorisieren – welche Aufgaben lässt man dann an der Stelle? Und ich glaube, der andere Punkt ist aber tatsächlich, so eine Reserve auch zu haben. Die könnte zum Beispiel aus einer Verwaltung auch mit sein, aber dort greift dann das Element des Übens. Ich glaube, die kann ich nicht erst aktivieren, wenn es dann brennt, sondern wenn wir noch mal bei dem Feuerwehribild bleiben: Ich habe vielleicht so eine freiwillige Feuerwehr an der Stelle, die es dann braucht, die ich neben der Berufsfeuerwehr dort auch dann hinzuziehen kann, alarmieren kann. Danke.

SV Carolin Kubbe: Ja, ich habe noch eine Frage an Herrn Drost. Erst einmal herzlichen Dank, dass Sie so unfassbar gut auf die Rückfragen antworten und geduldig sind. Sie hatten die Schulschließung erwähnt. Und in der Rückschau: Waren denn die Schulschließungen auch in den unterschiedlichen Wellen betrachtet tatsächlich sinnvoll und was würden Sie vielleicht auch für zukünftige Pandemien empfehlen in diesem Bereich „Schulschließungen“?

Prof. Dr. Christian Drost (Direktor des Institutes für Virologie an der Charité Berlin): Also das mit den zukünftigen Pandemien ist ganz schwierig, weil ein zukünftiges Virus könnte andere Eigenschaften haben. Wir kennen Viren, die bei Kindern schwerste Folgeschäden hinterlassen, sprich nicht akut sichtbar, sondern nach Monaten erst auftreten und das wussten wir beispielsweise in der ersten Welle nicht exakt. Ich hatte schon gesagt, in dieser ersten Welle waren die Schulschließungen in erheblichem Maße auch Vorsichtsüberlegungen und später ist es eben eine Verteilung der Lasten. Die Schulen haben sicherlich beigetragen. Es gibt auch für diejenigen, die es bezweifeln, Daten aus Deutschland, die das zeigen. Nur kann man ja sagen – beispielsweise eine neue Erkenntnis – die Maßnahmen im laufenden Schulbetrieb, wie ständiges Testen und so weiter und gleichzeitig dann Maske tragen, die haben auch geholfen. Zwar nicht so viel, aber die haben die Inzidenz in den Schulen reduziert. Jetzt könnte man sagen: Das ist ja super. Das heißt, das müssen wir jetzt wirklich vorbereiten für die Zukunft. Wir brauchen jetzt die Möglichkeit, in Form von Material und von Ausbildung in so einen Betrieb in den Schulen reinzugehen.



Die **Vorsitzende**: Vielen Dank. - Wir kommen zur AfD-Fraktion und Frau Dr. Baum bekommt das Wort.

Abg. **Dr. Christina Baum** (AfD): Vielen Dank. Herr Drosten, ich bitte Sie um eine Antwort. Herr Wieler und Sie, Sie waren ja während der Coronajahre die Experten schlechthin, die täglich öffentlich präsent waren und damit auch die Meinungsbildung der Bevölkerung geprägt haben. Ich hätte gern Ihre Einschätzung zu einer Aussage von Herrn Wieler, dem Leiter des Robert Koch-Institutes, vom 12.11.2020 in einem Phoenix-Interview, also im November 2020. Auf die Frage des Reporters, wie er die Wahrscheinlichkeit eines Impfstoffes innerhalb der nächsten sechs Monate beurteile, antwortet er wörtlich: „Wir gehen alle davon aus, dass im nächsten Jahr Impfstoffe zugelassen werden. Wir wissen nicht genau, wie die wirken, wie gut die wirken, was die bewirken, aber ich bin sehr optimistisch, dass es einen Impfstoff gibt“. Wir wissen, dass es keine sechs Monate, sondern nur sechs Wochen gedauert hat und der Impfstoff war da. Sind Sie meiner Meinung, dass man die Verabreichung eines als Impfstoff deklarierten Medikamentes, dessen Wirkung in keinsten Weise bekannt war und das bei Milliarden von Menschen weltweit injiziert wurde, als Menschenexperiment bezeichnen muss?

Prof. Dr. Christian Drosten (Direktor des Institutes für Virologie an der Charité Berlin): Nein, da würde ich Ihnen nicht zustimmen. Ich finde eigentlich die Aussage von Lothar Wieler sicherlich in seinem Stil - - Jeder hat seine eigene Art zu kommunizieren. Ich finde das aber vollkommen richtig. Er hat natürlich mit der Vorsicht eines Behördenleiters gesagt: Nächstes Jahr auf jeden Fall. Natürlich wusste er schon, dass Zulassungsstudien laufen und dass man sehr viel schon wusste. Eine Zulassung eines Impfstoffes beginnt nicht im Menschen. Man wusste da schon sehr viel.

Abg. **Dr. Christina Baum** (AfD): Danke schön. Das genügt mir. Wie ordnen Sie dann die Aussage von Frau Dr. Birgit Keller-Stanislawski ein, der Abteilungsleiterin „Sicherheit von Arzneimitteln und Medizinprodukten“ am Paul-Ehrlich-Institut vom 01.09.2023 bei der Anhörung im zweiten Corona-Untersuchungsausschuss im Landtag Potsdam? Sie sagte wörtlich: „Es gab Leute, die haben sich nur um Todesfälle gekümmert und

Leute, die haben sich nur um Myokarditis gekümmert. Wir hatten ja viel mehr Arbeit als je zuvor nur durch diesen Impfstoff.“ Wie bewerten Sie diese Aussage?

Prof. Dr. Christian Drosten (Direktor des Institutes für Virologie an der Charité Berlin): Das will ich gar nicht bewerten. Warum sollte ich denn Aussagen von Leuten bewerten, die ich noch nicht mal kenne zu einer Zeit - - Wer weiß, ob Sie das überhaupt richtig zitieren? Ich kann doch gar nichts dazu sagen.

Abg. **Dr. Christina Baum** (AfD): Danke schön. Dann noch eine Frage. Und zwar ist jetzt am Wochenende ja bekannt geworden, dass die FDA festgestellt hat, dass mindestens zehn Kinder nach und infolge einer Covid-Impfung verstorben sind. Können Sie es als Mediziner verantworten, wenn billigend in Kauf genommen wird, dass auch nur ein gesunder Mensch, der keiner medizinischen Behandlung bedarf, durch mRNA-Injektionen geschädigt wird oder sogar daran stirbt?

Prof. Dr. Christian Drosten (Direktor des Institutes für Virologie an der Charité Berlin): Wollen Sie mir jetzt sagen, dass ich für die Todesfälle dieser zehn Kinder irgendwie verantwortlich bin?

Abg. **Dr. Christina Baum** (AfD): Ich habe Sie gefragt, ob Sie das moralisch verantworten könnten. Wir wissen ja alle, die Impfung wird ja prophylaktisch, also schutzwirkend gegeben. Und wir wissen jetzt, dass es eben diese schweren Nebenwirkungen und Todesfälle gab. Wie, sagen wir mal, rückwirkend, wie beurteilen Sie das jetzt? Würden Sie das genauso noch mal tun? Würden Sie diese Impfung genauso noch mal bewerben, wie es ja aktuell noch geschieht?

Prof. Dr. Christian Drosten (Direktor des Institutes für Virologie an der Charité Berlin): Schauen Sie mal, Sie sind hier bei einem Problem der Vakzinologie und Bevölkerungsmedizin. Wir haben Institutionen, die diese Dinge, auch diese ethischen Dinge, die Sie da beschreiben, bewerten. Das sind staatliche Institutionen und unabhängige Kommissionen. Und ich schließe mich dem Urteil dieser Institutionen an.

Abg. **Dr. Christina Baum** (AfD): Gut, danke, das reicht mir.



Prof. Dr. Christian Drosten (Direktor des Institutes für Virologie an der Charité Berlin): Und ich glaube, das sollte Ihnen reichen.

Abg. **Dr. Christina Baum** (AfD): Ich übergebe gerne noch mal an Prof. Homburg.

SV Prof. Dr. Stefan Homburg: Herr Drosten, Sie sagten am 27. Februar 2020 im NDR: „Für dieses Tragen von Masken in der normalen Umgebung, da gibt es keine wissenschaftliche Evidenz, dass das irgendeinen Nutzen hat oder irgendeinen Schutz bietet.“ Das deckte sich mit dem nationalen Pandemieplan des RKI, in dem auch kein Maskenzwang drinstand. Aber am 18.09.2020 sagten Sie der Deutschen Welle: Auch wenn wir mit den Impfungen beginnen – die ja noch gar nicht zugelassen waren – „wird der größte Teil der Bevölkerung weiter Masken tragen müssen.“ Warum haben Sie Ihre Meinung da so geändert?

Prof. Dr. Christian Drosten (Direktor des Institutes für Virologie an der Charité Berlin): Na ja, in der Zeit ist ja viel Wissenschaft gemacht worden und es sind zunächst mal Studien gemacht worden zu Coronaviren, die gab es vorher gar nicht in der Spezifität und dann zu SARS-2.

Die **Vorsitzende**: Vielen Dank. - Wir kommen dann zur SPD-Fraktion und Frau Dr. Seitzl bekommt das Wort.

Abg. **Dr. Lina Seitzl** (SPD): Vielen Dank, Frau Vorsitzende. Ich würde noch mal gerne den Blick voraus, also in die Zukunft, werfen. Wir haben vorhin viel gesprochen über vulnerable Gruppen und auch über Pandemiepläne, die sozusagen vorbereitet sein müssen. Es gab vorhin die Frage nach den vulnerablen Gruppen, die in den Pandemieplänen - - ob die mit aufgenommen sind. Wir wissen ja noch gar nicht – Herr Dr. Nießen, Sie hatten das auch gesagt – wie die nächste Pandemie aussieht. Keine Ahnung, ob es vielleicht mal irgendwann ein Virus gibt, das besonders kleine Kinder betrifft und gar nicht ältere Personen. Wie können wir Pandemiepläne so vorbereiten? Wie können wir uns insgesamt, unser Gesundheitssystem, so vorbereiten auf eine mögliche neue Pandemie, von der wir gar nicht wissen, wer die vulnerablen Gruppen sind?

Dr. Johannes Nießen (Kommissarischer Leiter des Bundesinstitutes für Öffentliche Gesundheit (BIÖG), ehemaliger Leiter des Kölner

Gesundheitsamtes): Vulnerable Gruppen hatte ich ja vorhin versucht zu skizzieren. Das sind oft ältere Menschen mit bestimmten Erkrankungen - - Wohnen sie allein oder in Heimen? Das sind Menschen, die auch jünger sind, aber chronische Erkrankungen haben. Also Kinder und Jugendliche heutzutage ja auch, weil sie psychisch nach der Pandemie auch gelitten haben. Ich glaube, die Zielgruppen oder die Gruppen sind soweit klar. Herr Drosten hat vorhin schon gesagt: Wir wissen nicht, wie das nächste Virus aussieht. Was wir aber wissen, ist, was wir in Corona gut gemacht haben, was wir in Corona nicht geschafft haben. Die Schulschließung stand zur Disposition. Wann, wie lange? Ich persönlich meine, dass acht Monate Homeschooling zu lange war, aber das ist dann eine Interessenabwägung. Da muss man schauen: Wie kann man das in Zukunft gerade in den Stadtteilen, wo es brennt, so adäquat mit zielgruppenspezifischen Aktivitäten aufhalten? Ich glaube, das Wichtige ist zu gucken, dass man die Pandemiepläne aktualisiert, guckt, was ist passiert und jetzt, wenn ein neues Virus in der Tür steht, zu sagen, was brauchen wir jetzt? Was hat es jetzt für Eigenschaften? Ich muss dann auch die Freiheit haben, Pandemiepläne so umzuschreiben, dass sie dann auch stimmen. Man kann nicht alles vorher wissen, aber man kann aktuell akut reagieren. Ich glaube, das ist die wesentliche Erkenntnis, die wir gehabt haben. Da waren wir im Expertinnen- und Expertenrat der Bundesregierung in einem aktuellen Gremium. Ich glaube, nächstes Mal - - die neue Bundesregierung wird sicherlich früher den Expertinnen- und Expertenrat einberufen, dass man nicht erst anderthalb Jahre nach Beginn der Pandemie damit anfängt. Das muss man selbstkritisch, glaube ich, noch mal heute sagen dürfen. Und dann akut die Pandemiepläne zusammen mit dem Robert Koch-Institut so beschreiben, dass sie auch halten und das Virus dann auch erfolgreich bekämpfen.

Abg. **Dr. Lina Seitzl** (SPD): Vielen Dank, Herr Dr. Schäfer. An Sie hätte ich noch mal die Frage, wie die Zusammenarbeit des ÖGD mit dem RKI und dem Paul-Ehrlich-Institut gestärkt werden kann. Gibt es dafür strukturierte langfristige Formate?

Dr. Peter Schäfer (Vorsitzender des Bundesverbandes der Ärztinnen und Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes e. V. (BVÖGD)): Ich glaube, beim ÖGD unterscheidet man dann die



Kreis- beziehungsweise kommunale Ebene, Länderebene und eben dann die Bundesebene. Klassischerweise sind wir im föderalen System über die Länder dann in der Kommunikation. Wichtig ist einfach nur – durch das Thema, was wir wiederholt angesprochen haben, durch die Daten –, dass einfach die Informationen, die man an der Basis hat, in den Gesundheitsämtern, schneller bei Entscheidungsträgern auf Bundesebene ankommen.

Abg. **Dr. Lina Seitzl** (SPD): Vielen Dank. Ich hätte noch eine weitere Frage an Sie, Herr Dr. Schäfer. Sie hatten in Ihrem Eingangsstatement darauf hingewiesen, dass sich die Gesundheitsämter auf neue Herausforderungen einstellen, zum Beispiel im Bereich des Klimaschutzes. Sie hatten dafür auch Beispiele in Ihrer Stellungnahme genannt. Was bedeutet das jetzt auch für das Thema „Pandemic Preparedness“? Also, wenn da neue Felder aufkommen. Wie sind dann die Gesundheitsämter noch mehr belastet?

Dr. Peter Schäfer (Vorsitzender des Bundesverbandes der Ärztinnen und Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes e. V. (BVÖGD)): Ich glaube, dass die neuen Aufgaben die zwingenden gesellschaftspolitischen Themen mit Gesundheitsbezug sind. Und das eine, was ich genannt hatte, waren dann kommunale Hitzeaktionspläne, aber das andere ist dann eben auch das Thema „Veränderte politisch-militärische Sicherheitslage, Bedrohungslage“ gewesen. Und ich glaube, auch dort braucht es dringend sowohl Quantität als auch Qualität an Personal, weil wir, ich glaube, derzeit vieles noch gar nicht in der Breite sehen, was dort eigentlich gefordert wird und wo die Gesundheitsämter eine ganz wichtige fachliche, aber auch politische Schnittstellenaufgabe erfüllen. Und im Grunde – Das liegt auf der Hand, weil das ist eine andere Form von Krise, die dann auf uns zukommt, neben der Infektiologie.

Die **Vorsitzende**: Vielen Dank. – Damit haben wir die fünfte Runde abgeschlossen und beginnen die sechste Runde mit der Unionsfraktion und Prof. Weidner bekommt das Wort.

SV Prof. Dr. Christian Weidner: Frau Vorsitzende, vielen Dank. Ich würde mich an die Kollegin Böhm wenden. Noch mal eine Rekapitulation der Hauptprobleme in den Pandemieplänen, in der

praktischen Umsetzung, aber jetzt gekoppelt an die Vorgehensstrategien in der Pandemie, also Containment, Mitigation und dann Protection, also die drei großen Hauptäste des Vorgehens. Beziehungsweise vielleicht sogar noch vorgeschaltet die Phase des Vorsorgeprinzips, wo ich also noch keine evidenzbasierte Vorgehensmöglichkeit habe und Evidenzen erst generieren müssen. Also, sind Sie der Ansicht, dass die Pandemiepläne, so wie Sie sie hatten, Ihnen da eine Anleitung zur Gewichtung zwischen diesen verschiedenen Instrumenten gegeben haben? Und, ein bisschen unfair die Frage, weil die nächste Frage ist: Oder glauben Sie, geht das überhaupt virusunabhängig? Also, weil, wie gesagt, die Pandemiepläne fokussierten in erster Linie auf Influenza und jetzt ist es dann doch ein Coronavirus geworden und das heißt: Sehen Sie die Möglichkeit, dass Pandemiepläne in Zukunft so ein modulares Angebot machen können, was man auch dann auswählen kann, und sehen Sie eventuell sogar Verankerungsmöglichkeiten im IfSG an dieser Stelle?

Dr. Kristina Böhm (Leiterin des Amtes für Gesundheit und Prävention der Landeshauptstadt Dresden, ehemalige Vorsitzende des Bundesverbands der Ärztinnen und Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes e. V. (BVÖGD)): Spannende Frage und man muss ganz klar sagen, dass die Pandemiepläne, so wie sie damals vorlagen, einfach kein hilfreiches Instrument gewesen sind, weil sie, und das ist traurig, aber wahr, in großen Teilen überaltert gewesen sind. Es gab einfach lange kein Ereignis und das Papier ist irgendwo in der Schublade versackt. Es wurde weder aktualisiert und viel wichtiger: Es wurde auch nicht kommuniziert in den Gesundheitsämtern. Und somit war es, als die Lage anfang, kein Instrument, was man sofort gezogen hat, und aufgrund der dynamischen Lage hat man das dann auch relativ schnell verlassen. Ich glaube, tatsächlich, wir müssen für die Zukunft eine generische Krisenplanung machen und was mir ganz wichtig ist, weil es hier immer mal wieder gefallen ist: Katastrophenschutz und Krisenschutz, das sind zwei unterschiedliche Paar Schuhe. Im Katastrophenschutz haben wir ganz andere gesetzliche Gegebenheiten, die wir ziehen können. Das haben wir in der Krise nicht. Und ich glaube, das ist ein wesentlicher Baustein für zukünftige Pläne und da ist der Pandemieplan für mich ein



Baustein in der generischen Krisenplanung, sowohl auf kommunaler, Landes- als auch Bundesebene und ich bin sehr wohl der Auffassung, dass man Sachen vorbereiten kann. Man kann nämlich durchaus vorbereiten, in welcher Form welches Personal zur Verfügung steht. Auch Stabsarbeit ist eine unglaublich wichtige Komponente im Rahmen einer Krisenbewältigung, weil das nämlich Sicherheit und Struktur in die jeweilige Institution bringen kann. Sowa kann man vorbereiten, da kann man Köpfe benennen, da kann man ausbilden und man kann vor allen Dingen üben. Und was die speziellen Komponenten anbelangt, da müssen wir uns tatsächlich dann tief in die Augen schauen, wie weit man das im Detail planen kann. Ich glaube, da muss man tatsächlich auch in Kauf nehmen, dass es ein Stück weit eine oberflächliche Planung ist. Und was dann unweigerlich mitgedacht werden muss – und das ist tatsächlich gerade wieder nicht mehr der Fall –: Wir brauchen dann noch eine Vorhaltung für Material, was dann zum Einsatz kommt und genutzt werden kann. Ansonsten bleibt es bei einem wilden Aktionismus, einem Reagieren, und nicht einem Agieren und deswegen glaube ich persönlich, dass zukünftige Planungen nicht das Label „Pandemieplanung“ brauchen, sondern es ist eine generische Krisenplanung auf allen Ebenen in der Bundesrepublik.

SV Prof. Dr. Christian Weidner: Vielleicht darf ich da noch mal nachhaken an dieser Stelle. Wenn Sie jetzt Material ansprechen. Das hat sich ja in der Anfangsphase natürlich dramatisch dargestellt, schlicht und ergreifend, weil der Markt zusammengebrochen ist. Aber wenn Sie jetzt sagen sollten: Was sind in materieller Hinsicht die Dinge, die man nicht ohne Weiteres, ohne Vorbereitung, zur Verfügung hat? Also Sie haben Personalausbildung angesprochen, das ist auch was, das kann ich nicht während der Pandemie nachholen, weil das Zeit kostet. Aber wenn Sie jetzt andere materielle Dinge aufführen sollten, die man halt auch nicht während der Pandemie korrigieren würde, was würde Ihnen da jetzt mit Blick auf die Defizite in dieser Pandemie besonders einfallen?

Dr. Kristina Böhm (Leiterin des Amtes für Gesundheit und Prävention der Landeshauptstadt Dresden, ehemalige Vorsitzende des Bundesverbands der Ärztinnen und Ärzte des

Öffentlichen Gesundheitsdienstes e. V. (BVÖGD)): Also tatsächlich war es ja in Größenordnung die Schutzausstattung, die einfach nicht zur Verfügung gestanden hat. Und wir müssen uns schon der Tatsache stellen, dass auch in zukünftigen Krisen unter Umständen Lieferketten abgebrochen werden. Und wir hatten nun mal die Situation, dass insbesondere Medizinprodukte durchaus aus langen Lieferketten resultieren und wir gar keine Vorhalthelagerung mehr gehabt haben in Deutschland oder zumindest nicht in hinreichender Form, um auf solche Krise zu reagieren. Wir werden uns überlegen müssen, wie wir insbesondere persönliche Schutzausstattung, Desinfektionsmittel vorhalten. Bei Medikamenten wäre ich durchaus vorsichtig. Und wir brauchen eine kreative Lösung der Lagerlogistik, damit dieses Material schlicht und ergreifend nicht verfällt. Wer sich noch erinnert: Wir hatten auch mal eine Phase, wo Ebola im Raum stand und in Größenordnung wirklich teure Schutzausstattung weggeschmissen wurde, die lange in den Kellern gelagert hatte, aber dann nach Medizinproduktegesetzgebung einfach das Verfallsdatum erreicht hatte.

Die **Vorsitzende:** Vielen herzlichen Dank für diese Punktlandung und als nächstes bekommt die AfD-Fraktion das Wort und Herr Lausen.

SV Tom Lausen: Vielen Dank, Frau Vorsitzende. Herr Prof. Antes, mit Ihnen würde ich mich gerne noch mal kurz darüber unterhalten, dass, wenn man drastische Maßnahmen macht – wir sind ja auch bei der Risikobewertung, das ist ja auch Thema heute – also Ausgangssperren oder Lockdowns und Besuchsverbote in Altenheimen und die nur modelliert, so wie das jetzt vom Imperial College für England und Amerika gemacht wurde und vom RKI fast sinnig für Deutschland Hunderttausende Tote voraussagt, was dann am Ende gar nicht eintrifft und dann drastische Maßnahmen macht, wie den Lockdown, die möglicherweise Todesfälle verursachen – darüber haben wir ja eben schon kurz gesprochen. Müsste man nicht vorher, bevor man solche drastischen Maßnahmen macht – - weil eigentlich wäre ja eine freiwillige Maßnahme, also eine Empfehlung der Regierung, wie in Schweden, zunächst einmal der Standard und erst, wenn man gesicherte Daten hat, kann man ja auch möglicherweise Sterbefälle verursachen durch Maßnahmen. Meine Frage an Sie: In Thüringen



wollte man nicht orakeln, wie viele Menschen gestorben sein könnten anhand der Lockdowns oder überhaupt durch die Maßnahmen und meine Frage an Sie ist, müsste man nicht zunächst einmal vor solchen drastischen Maßnahmen die Kosten berechnen?

Prof. Dr. Gerd Antes (Mathematiker und Medizinstatistiker): Ja, man müsste mehrere Sachen gleichzeitig beginnen und was außerordentlich schwierig ist. Also die Kosten sind die eine Sache – das ist noch das einfachste. Die Schäden schon abzuschätzen – dann sind sie ja schon abhängig von der Modellierung und von der Prognose in die Zukunft. Und das ist, seit Menschengedenken, ein extrem schwieriges Thema, insbesondere - - da gibt es den dummen Spruch auf der Methodikerseite: „Prognosen sind schwierig, vor allen Dingen, wenn es den Blick in die Zukunft betrifft“. Und deswegen sind die - - also was man da macht, und dann ist man wieder da, was ich Ihnen im Eingangsstatement gesagt habe: Sie müssen – und das müssen die Leute, die es machen – bewerten, wie die Sicherheit der Aussage ist. Und das ist auch vom RKI ein paar Mal gemacht worden und dann sehen Sie – dann haben Sie den Blick in die Zukunft –, das sind aber dann keine Punktlandungen mehr und keine exakten Zahlen, deswegen die Warnung vorhin davor, sondern das sind richtige Schläuche, wo es alles passieren könnte. Und dann, wenn Sie darauf politische Entscheidungen fußen lassen sollen, dann müssen Sie mit den Politikern sprechen, wie man das dann noch in der Risikokommunikation vermitteln kann, aber das ist nichts, was man mal so mit dem Fingerschnipp machen kann.

SV Tom Lausen: Also ich will Ihnen mal zitieren - - deswegen hatte ich vorhin noch das Buch „Den Stein des Anstoßes“ von Anders Tegnell, das ist der schwedische Gesundheitsmanager, der Epidemiologe. Der schwedische Gesundheitsmanager schreibt ganz deutlich in seinem Buch, man hat ihm gesagt: Wenn du, also, wahrscheinlich hat man ihn gesiezt; wenn du keine strengen Maßnahmen machst, dann wirst du pro Tag 16.000 Fälle in deinen Intensivbetten haben. Und er hat gesagt, er konnte das überhaupt gar nicht nachvollziehen, was für Modellierungen da gemacht wurden, und hatte am Ende retrospektiv einmal in der Spitze 550 Intensivbetten belegt und das war auch schon das Maximum. Wenn solche

Modellierungen so auseinanderdriften, also so überschätzt werden, müssten dann nicht sofort Maßnahmen sofort zurückgeholt werden, insbesondere ein Lockdown, den es ja auf der Welt noch nie gab. Das hat ja Herr Drosten in seinem Buch auch geschrieben. Er hat selber nicht geglaubt, dass man das machen würde, hat dann aber selbst in seinem Podcast gesagt: Drastische Maßnahmen müssen her. Müsste man das nicht sofort stoppen?

Prof. Dr. Gerd Antes (Mathematiker und Medizinstatistiker): Das Dumme ist, man weiß ja nicht, wo die Wahrheit liegt. Ja, und das müssen alle eingestehen, aber man muss -

SV Tom Lausen: Na, wenn die Krankenhäuser leer sind, weiß man es schon.

Prof. Dr. Gerd Antes (Mathematiker und Medizinstatistiker): Ja, in dem Moment. -

SV Tom Lausen: Dann kommt das Präventionsparadoxon.

Prof. Dr. Gerd Antes (Mathematiker und Medizinstatistiker): Ja, dann kommt das Präventionsparadoxon und dann kommt „Korrelation ist nicht Kausalität“. Also alle diese Dinge, die in den letzten fünf Jahren auch intensiv diskutiert worden sind. An der Stelle hätten eigentlich, und die Kritiker gab es ja – ich bin selbst in einem Artikel dabei gewesen –, in Wissenschaftlerkreisen auch die Kritiker befragt werden müssen: Wo sind die Punkte - - und zum Beispiel, es gab eine andere Gruppe mit Modellierungen aus dem Max-Planck-Institut, und da gab es einmal von der Publikation „Science“, sehr hochrangig, über 20 sehr, sehr substanziell kritische Anmerkungen dazu, weil diese Bedingungen, die man dann verarbeiten muss, sind aktuelle Daten und die Annahmen, die in die Modellierung reingehen - - und dann, das führt in dem Kreis viel zu weit, aber dann wird es wirklich kritisch. Aber die Leute gibt es und die Diskussion muss geführt werden und dann muss darauf fußend diese Risikoschadensabwägung passieren und das ist völlig versäumt worden an jeder Stelle.

SV Tom Lausen: Vielen, vielen Dank. Ich würde gerne mit dem Besprechen der kritischen Dinge anfangen hier in der Enquete-Kommission. Vielleicht gelingt uns das ja.



Die **Vorsitzende**: Vielen Dank. - Dann kommen wir zur SPD-Fraktion und Frau Rothe bekommt das Wort.

SV Isabel Rothe: Ja, vielen Dank. Ich möchte ein Thema ansprechen, was auch gerade der Kontext, aus dem ich komme, Arbeitsschutz, Arbeitsmedizin – was dort sehr intensiv diskutiert wird, auch in der Reflektion – „Lessons learned“ – aus der Pandemie. Und zwar die Frage: Wir sprechen jetzt sehr viel immer von Daten, empirischen Grundlagen, die während einer Pandemie ja kontinuierlich sich weiterentwickeln. Das ist ja „a matter of fact“, dass man unterwegs dann lernt. Die Frage, ob nicht möglicherweise zum Beispiel die Meldepflicht im Infektionsschutzgesetz um ein paar gezielte Daten – aus unserem Kontext wären das jetzt zum Beispiel branchen- oder arbeitsplatzbezogene Daten – ergänzt werden könnte, um tatsächlich unterwegs besser zu lernen, wo gegebenenfalls – da muss man natürlich dann vertiefend reinschauen – Indikationsherde sind aus dann näher zu klärenden Kontexten. Ich stelle das jetzt so in den Raum, die Frage, weil - - Okay, der Herr Nießen hat sich schon gemeldet. Sie wissen am besten, wer darauf antworten kann, aber das beschäftigt uns. Vielen Dank.

Dr. Johannes Nießen (Kommissarischer Leiter des Bundesinstitutes für Öffentliche Gesundheit (BIÖG), ehemaliger Leiter des Kölner Gesundheitsamtes): Ich würde einfach mal anfangen, wenn es recht ist. Also 46 Millionen Erwerbstätige können nicht lügen. So viel sind es, die wir oft vergessen, wenn wir die Fokusgruppen Kinder, Jugendliche und ältere Menschen haben. Dazwischen gibt es 46 Millionen Menschen, die in Deutschland im Erwerbsleben stehen und stecken und dann oft arbeitsmedizinisch oder betriebsmedizinisch nicht so immer versorgt werden, wie es vielleicht sein sollte. Es gibt viele gute Ansätze. Die Krankenkassen werden demnächst mehr Geld für die Prävention in Betrieben ausgeben. Das ist trotz allem „Minus“, was die Krankenkassen betreiben, eine gute Botschaft. Zum einen. Zum anderen glaube ich aber, dass wir zu wenig wissen, wie vielleicht die Infektionen am Arbeitsplatz auch weitergetragen werden. Dafür wäre es sicherlich hilfreich und sinnvoll zu gucken, wie sehr man das mit dem RKI jetzt auf den Weg bringen könnte. Wir sind für Anregungen immer dankbar. Ich sage das als

jemand, der eine Bundesbehörde, eine nachgeordnete Bundesbehörde, leiten darf, dass ich das gerne mit Herrn Schaade, der vielleicht auch noch hier kommen darf, weiß ich nicht - - aber zumindest im Austausch stehe und diesen Tipp oder diese Idee gerne mittrage.

Die **Vorsitzende**: Ich glaube, es war so ein bisschen in Ihre Runde gerufen und wer sich berufen wird, darf das Mikro anmachen.

Dr. Kristina Böhm (Leiterin des Amtes für Gesundheit und Prävention der Landeshauptstadt Dresden, ehemalige Vorsitzende des Bundesverbands der Ärztinnen und Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes e. V. (BVÖGD)): Ich würde das tatsächlich noch ergänzen. Ich glaube, das ist ein ganz wichtiger Aspekt, weil wir ja auch tatsächlich in der Kontaktpersonermittlung und Unterbrechung von Infektionsketten das Setting kennen müssen. Da gehört zur Wahrheit aber auch, und da muss man das Infektionsschutzgesetz kennen, dass es eine Labormeldung und eine Arztmeldung gibt. Die reine Labormeldung sagt uns tatsächlich relativ wenig aus. Wenn ich mir was wünschen dürfte, dann brauchen wir tatsächlich einen Datentransfer, der es uns ermöglicht, sehr schnell Kontakt aufzunehmen. Der Datensatz nach IfSG erlaubt das aber nicht. Wenn man dann auch noch der Logik folgt, dass die Betroffenen nach Postleitzahlen in dem zuständigen Gesundheitsamt zugeordnet werden, und das ist ein Punkt, der uns am Anfang der Corona-Pandemie durchaus zeitliche Verzögerungen beschert hat, weil das Papier ja dann den entsprechenden Gesundheitsämtern übersandt wurde, sei es in Papier oder Fax - - unbenommen davon brauchten wir aber auch noch die Arztmeldung. Und diese Ermittlung und insbesondere herauszufinden, wer mit wem wann und in welchem Zeitfenster, dafür braucht es zusätzliche Informationen. Und wenn Sie aber keine Telefonnummer und keine E-Mail-Adresse bekommen, dann versuchen Sie es auf dem Postweg. Und je nachdem, mit welcher Infektionskrankheit Sie es zu tun haben, ist das einfach Zeit, die Sie nicht haben. Und das hat die Mitarbeiter durchaus unter enorm hohen Stress gesetzt. Und das Thema der Arztmeldung, die Qualität der Arztmeldung, ist durchaus ein Punkt, den wir auch kritisch reflektiert haben im Zuge der Corona-Pandemie.



Prof. Dr. Gerd Antes (Mathematiker und Medizinstatistiker): Ja, ein Punkt, der noch gar nicht angesprochen wurde, ist die sogenannte Begleitforschung. Und die ist extrem wichtig, weil wenn Sie gezwungen sind, schnell, auch politisch schnell, zu agieren, dann können Sie mehr oder weniger anfangen. Und wenn es vorbereitet ist, zum Beispiel über Betriebsärzte – ein Beispiel: Die Schließung von Bus- oder Straßenbahntüren vorne, um die Fahrer nicht zu infizieren und damit den Verkehr zusammenbrechen zu lassen - - das können Sie machen. Dann nehmen Sie 50 Städte, die es gemacht haben und 50 nicht und alles, was da methodisch passieren muss, ist völlig vorbereitet. Ja, das ist ein Fingerschnippen. Logistisch müssen Sie was tun, aber dann haben Sie Ergebnisse über die Betriebsprozesse und das funktioniert sehr, sehr schnell. Und dann können Sie auch wieder alle zusammenführen, von Gesundheitsämtern über die Firmen, und auch diese Zusammenarbeit ist nicht gut vorbereitet gewesen.

Dr. Peter Schäfer (Vorsitzender des Bundesverbandes der Ärztinnen und Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes e. V. (BVÖGD)): Ganz kurz: Was sehr fruchtbar war vor Ort, war der regelmäßige Austausch mit den Betriebsärzten, für uns Gesundheitsämter. Das hat nämlich geholfen, um genau den Punkt aufzugreifen.

Die **Vorsitzende**: Vielen Dank. - Wir kommen zur Unionsfraktion und Frau Wittmann.

Abg. **Mechthilde Wittmann** (CDU/CSU): Ja, vielen Dank. Ich würde ganz gerne noch mal schnell nachhaken, Frau Dr. Böhm, zu Ihrer Aussage gerade vorhin. Sie sagten, es war natürlich auch ein unglaublicher Zeitverlust, diese Kontakte dann weiter zu vermitteln, da es eben noch auf einem sehr analogen Weg vor allen Dingen funktioniert hat. Darüber haben wir ja heute schon mehrfach gesprochen. Ich habe noch eine zweite, quasi eine vertiefende Nachfrage. Sie können Kontakte nur schnell weitergeben, wenn Sie auch die richtigen Kontaktdaten haben. Jetzt gab es ja so unfassbar witzige Menschen, die sich als Donald Duck bezeichnet haben und die Telefonnummer 12345 hatten. Was würden Sie denn da empfehlen? Wie geht man mit so etwas um? Und ich würde gerne noch auf eine Kleinigkeit hinweisen. Wir wollen weiter lernen als nur für eine andere Variante eines Virus. Wir wollen so weit lernen, dass es auch abstraktere Erlebnisse, die wir einfach heute nicht

ahnen, ein bisschen mitgeben können: Was können Sie sich wirklich ganz losgelöst von, oder nicht losgelöst - - losgelöst vom Virus, aber aus Ihren Erfahrungen dazu vorstellen?

Dr. Kristina Böhm (Leiterin des Amtes für Gesundheit und Prävention der Landeshauptstadt Dresden, ehemalige Vorsitzende des Bundesverbands der Ärztinnen und Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes e.V. (BVÖGD)): Also tatsächlich zu dem Donald Duck eine ganz pragmatische Lösung: Das sind Meldungen, die sind bei uns in die Ablage P gekommen, weil eine Weiterbearbeitung schlicht und ergreifend nicht möglich war. Und dazu muss man aber verstehen, dass wir zeitweise viele hunderte solcher Papiere in das Gesundheitsamt bekommen haben. Und eine der ersten Stufen war analog nach Postleitzahlen zuzuordnen: Ist das in meinem Gesundheitsamt zu bearbeiten oder muss ich das in andere schicken? Und die Zeitverzögerung, die damit verbunden ist, können Sie sich vorstellen. Und sofern es denn möglich war, und in der Anfangsphase haben wir es versucht und mussten uns dann aber letztendlich geschlagen geben, haben wir tatsächlich die meldenden Arztpraxen angerufen, um noch bestimmte Informationen zu generieren. Dieser Weg ist aber letztendlich überhaupt nicht durchhaltefähig, weil die Arztpraxen standen natürlich unter genauso großem Druck, weil die Patienten haben ja auch ihre Anlaufstelle gesucht und wollten Hilfe. Und dann noch Telefonate zu beantworten war schlechterdings überhaupt nicht möglich. Wir brauchen ein Meldesystem, was tatsächlich im Sinne einer Autobahn funktioniert – DEMIS ist ja da der Aufschlag – und da haben wir ja auch inzwischen die ersten guten Ergebnisse, dass die Labormeldungen und auch die Krankenhausmeldungen auf diesem Weg automatisch den entsprechenden Gesundheitsämtern zugeordnet werden. Wir müssen aber dabei aufpassen, dass insbesondere der Ausbruch, der noch mal einer anderen Meldelogik folgt - - und was uns in Potsdam zum Beispiel auf die Füße gefallen ist: Wir hatten ein großes Klinikum am Standort. Alle Meldungen aus dem Klinikum gingen automatisch an das Gesundheitsamt am Standort und die sind aber sozusagen nicht in Summe eingetroffen, sondern locker, sodass man im ersten Aufschlag mit der Labormeldung noch gar nicht das Krankenhaus identifiziert hatte. Das heißt mit der Postleitzahl



dann weitergeleitet an die jeweiligen Gesundheitsämter und das kam natürlich retour und das hat unglaublich viel Zeit gefressen. Wenn man diese Meldungen tatsächlich durchdigitalisiert von Labor und auch von Arztmeldungen, dann glaube ich, kann man auch mit einer klugen KI da durchaus eine unglaubliche Filterfunktion und Vorbereitung einführen, dass die Gesundheitsämter dann wesentlich besser arbeiten können und wenn die Fachsoftware, die dann damit gekoppelt ist – also im Zuge der Infektionsbearbeitung ist es ja insbesondere das SurvNet, ein Tool, was dann zum Robert Koch-Institut über die Landesebene weiterleitet –, dann glaube ich, ist da ganz, ganz viel möglich und kann das beschleunigen. Wir müssen weg vom Papier und vom Fax und wir müssen aber alle gemeinsam auch die Wichtigkeit dieser Meldekette begreifen und, dass bestimmte Informationen notwendig sind, die jenseits der Labormeldung dann eben auch transportiert werden müssen.

SV Prof. Dr. Stefan Kluge: Der Vergleich mit Schweden ist ja ein bisschen schwierig. Ich wollte es noch mal sagen. Wenn wir in andere Länder gucken - - wir müssen auf uns gucken. Schweden ist ja dünn besiedelt, wir haben achtmal mehr Einwohner und die Bevölkerungsdichte ist ja eine ganz andere. Und man hat ja auch in Schweden klare Empfehlungen gemacht zu Beginn der Corona-Pandemie und hat ganz klar gesagt: Schränkt eure Mobilität ein. Und auch in Schulen und so weiter gab es ja überall Empfehlungen auch zum Homeoffice und man sieht ja bei den Bewegungsdaten in Schweden, dass die Mobilität deutlich runtergegangen ist. Trotzdem war die Übersterblichkeit in der ersten Welle und dann hat sich das wieder nivelliert. Jetzt eine Frage an Herrn Prof. Antes. Sie gelten ja als Wegbereiter der evidenzbasierten Medizin auch, also insofern toll, dass wir Sie heute da haben, bloß wir haben das ja jetzt heute ganz oft gehört von allen: Wir brauchen Daten, Daten, Daten. Jetzt in der ersten Welle, wenn so eine Welle kommt und man weiß, da kommt ein Tsunami auf uns zu, dann können wir natürlich nicht sagen: Halt Stopp, wir machen gar nichts und sammeln erstmal Daten und Studien, weil wir wissen, das dauert Monate, unter Umständen Jahre. Welche Daten hätten Sie sich denn retrospektiv gewünscht in den ersten Wochen, Monaten der Welle und wie lange soll man denn warten, bis man Maßnahmen ergreift, aus Ihrer Sicht? Wir

haben ja gelernt dann auch, dass die Alten besonders betroffen waren, sowohl in Schweden als auch bei uns. Das haben wir dann aber auch erst gelernt; erst wusste man nicht, wer am stärksten gefährdet ist. Aber wie viel Zeit gibt man dieser Datensammlung? Das ist ja eine ganz, ganz schwierige Frage, gerade in dieser dramatischen ersten Welle, die glaube ich nicht zu vergleichen ist mit den nachfolgenden Wellen.

Die **Vorsitzende:** Die nächste Runde hat auch die Unionsfraktion, wir starten aber in die nächsten fünf Minuten. Sie können jetzt antworten.

Prof. Dr. Gerd Antes (Mathematiker und Medizinstatistiker): Gut, also ich habe die drei wirklich tragfähigen Datensammelinstitutionen ganz zum Schluss der einleitenden Worte genannt und die NARCO - - also so etwas aufzustellen kostet Millionen, kostet unglaubliche Zeit pro Patient – die Anamnese allein erstmal –, aber wenn sie dann da ist, dann ist das das Instrument, dann hätten sie stratifiziert nach Altersgruppen. Ganz zu Anfang habe ich aus dem Bauch heraus 40.000 gesagt. Nehmt 40.000 raus aus den 200.000 und in der Post können die angeschickt werden und die kriegen ganz, ganz schnell Antworten auf den aufgeschlüsselten Immunstatus der Bevölkerung. Das ist praktisch - - das Ding ist ein Spiegel der Bevölkerung. Und das hätte man ganz, ganz schnell anstellen können, habe ich auch ganz früh gesagt, im März 2020. Das wäre der naheliegende Weg. Dann sind die professionell. Zum Beispiel das IQIG [Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen] habe ich genannt, die sind die fittesten in Deutschland, so etwas schnell anzuleiern, aber wir sind dann natürlich in allen Schlamassel, sage ich mal, drin, was die Föderation angeht, also die Bundesstaaten, weil die Gesundheit ist ja praktisch horizontal und vertikal. Da müssen sie irgendwie auf Bundesebene rein in die Organisation und das müsste eigentlich auch ein Ergebnis der Arbeit hier sein. Ja, also die Patentantwort gegenwärtig, die gibt es nicht, aber die Einstiege. Ich habe ganz früh auch vorgeschlagen: Macht bei den Tests sofort, zum Beispiel, eine Berufserfassung mit – dass wir irgendwie versuchen, sofort Schwerpunkte herauszubilden. Und das hätte man auch ganz schnell machen können und wenn das jetzt mit der Digitalisierung vorangeht, wie es vorgeschlagen wird, dann wird das nur irgendwo ein Klick in die



Gruppe. Deswegen, das wäre jetzt nur Detailarbeit, wie man das macht. Wir haben ja auch hier eine Arbeitsgruppe. Aber eigentlich ist es nicht einfach, aber die Einstiege sind logisch völlig klar. Zum Beispiel, wenn ich das noch sagen darf: Es war ja extrem abhängig von den Schnelltests. Ich glaube, es gab ungefähr über 600, dann wurden irgendwann mal 170, wenn ich das richtig sehe, qualitätsbewertet, aber eigentlich waren die Schnelltests nicht bewertet und waren bezüglich falsch-positiv, falsch-negativ und prädiktivem Wert nicht benutzbar in dem Sinn, dass man es auswerten konnte. Das war auch sehenden Auges ein Ritt ins Dunkle, aber das könnte man sofort verbessern.

SV Prof. Dr. Stefan Kluge: Aber Patienten anschreiben, die akut erkrankt sind, vielleicht im Krankenhaus liegen – das zeigt ja schon, welches Problem dahinter ist. Bei diesen Umfragen, wenn man Patienten anschreibt – das wissen die Gesundheitsämter sicherlich viel besser – ist die Antwortquote unter 10 Prozent, wenn es freiwillig ist, sonst müssen sie auch ins Krankenhaus gehen. Es ist ja nicht ganz so einfach. Die Datenqualität ist ja auch entscheidend. Es bringt ja nichts, wenn wir von 10 Prozent der erkrankten Patienten dann irgendwelche Daten haben.

Prof. Dr. Gerd Antes (Mathematiker und Medizinstatistiker): Ja, was auch noch zu kurz gekommen ist, das sind die Krankenkassendaten. Was ja mit viel Zeit geht, das sind prospektive Studien. Das scheidet da an der Stelle fast völlig aus. Die Schweden haben auch das gemacht. Die Schweden haben am 8. Mai 2020 öffentlich kundgetan – der dortige Gesundheitsminister –, dass das Projekt, die Schulen mit Hybrid-, Vollunterricht oder Heimunterricht miteinander zu testen, Größenordnung 50 gegen 50, gescheitert ist, weil die Eltern revoltiert haben. Die wollten sich nicht randomisieren lassen. Das sind alles dann die konkreten Probleme. Aber im Prinzip geht das alles und dann müssen die Profis ran, wie man es macht und dann ist der Zeitfaktor ganz, ganz entscheidend. Es muss schnell gehen und dann muss ich auch mal, wie sagt man, fünfe gerade sein lassen, auch wissenschaftlich. Da kann ich jetzt nicht anfangen, da irgendwie die Wissenschaft zu kultivieren. Diese Kompromisse sind alle da und die werden ja auch hier alle richtig besprochen. Und wenn sie dann die Digitalisierung haben, dann

müssen sie auch den nicht mehr anschreiben. Aber eigentlich, und das hat man auch ganz zu Anfang versäumt: Die Impfzentren, die wurden nicht abgerechnet über die Krankenkassen, sondern über das ehemalige Bundesversorgungsamt. Das war ein kolossaler Fehler. Da hatten sie praktisch keine Ausführbarkeiten mehr, weil sie zwei Lager hatten – die Niedergelassenen, die es gemacht haben oder sogar die Apotheken, und die Impfzentren. Wenn man das zusammen über die Krankenkassen gemacht hätte und hätte der Bund das erstattet über den Weg, hätte man einen Datenkörper gehabt und da sitzen richtig gute Leute in den großen Kassen – bei der BARMER, bei der Techniker – die hätten das gekonnt und schnell, als Beobachtungsstudie.

Abg. Michael Hose (CDU/CSU): Vielen Dank. Ich hätte noch eine Frage an Prof. Drost. Sie haben ja vorhin ausgeführt, dass wir in Deutschland glücklicherweise beim Thema Impfen und Impfstoffentwicklung sehr führend waren. Deswegen meine Frage: Wie schätzen Sie denn im Moment die aktuellen Forschungen ein, um potenzielle Erreger - - Wissen über diese Erreger aufzubauen und halten Sie die finanziellen Grundlagen für diese Forschung für ausreichend momentan?

Die Vorsitzende: Die Union hat den nächsten Frageblock ebenso, deswegen starten wir mit der Antwort wieder den nächsten Frageblock.

Prof. Dr. Christian Drost (Direktor des Institutes für Virologie an der Charité Berlin): Was Sie da jetzt ansprechen, sind Forschungsbudgets im Bereich Pandemic Preparedness Research, also vorbereitende Forschung, um zum Beispiel zu verstehen, was da alles so im Tierreich ist und was man dann machen kann. Da sind natürlich medizinische Gegenmaßnahmen auf der Agenda, also vorgeifende Impfstoffentwicklung. Was übrigens weniger auf der Agenda ist, ist vorgeifende Diagnostika-Entwicklung. Da könnten wir gerade in Deutschland gut eine Lücke füllen, weil wir da eine gewisse deutsche Identität uns erworben haben. So könnte man also sagen, es sollen ja nicht immer alle das Gleiche machen. Da ist also wirklich eine Marktlücke sozusagen für eine deutsche Forschungsstrategie, dass man sehr stark auf Diagnostik noch mal setzt. Wir investieren ansonsten natürlich in Strukturen. Wir haben das Deutsche Zentrum für Infektionsforschung. Man muss sich natürlich fragen, ob 50 Millionen Euro



pro Jahr für ganz Deutschland, für die gesamte Infektionsforschung – Antibiotika-Resistenz, Impfstoffentwicklung, Diagnostik, Immunologie – ob das wirklich ausreicht. Das ist natürlich nicht mal ein Zehntel von dem, was man wirklich braucht. Dann ist die Frage Europa. Ja, wir haben die Pandemie-Kontrollbehörde HERA, die gute Forschungsbudgets erhalten hat und jetzt nach und nach auch in diesem Bereich Pandemic Preparedness Research investiert, Forschungsaufträge macht. Hier ist so eine Sache, die man bemerkt, dass vielleicht in anderen Ländern mehr darauf gedrungen wird, eine nationale Repräsentation auch da zu haben. Also, dass die Politik anderer Länder durchaus darauf schaut: Wie hoch ist denn jetzt in den Forschungsverbänden die Quote unserer Wissenschaftler? Und das wäre - - Also bei aller Neutralität des Forschungsbewertungssystems und bei der sowieso guten und sehr guten Leistung deutscher Wissenschaftler, ist trotzdem manchmal das Gefühl, dass dieser Schutzschirm, der von der Politik kommt - - der eben daraus besteht, zu fragen: Wie sind wir denn weggekommen? Ist das normal, dass das Geld so ungleich verteilt ist? Können wir was machen, um mehr Quote zu bekommen von großen internationalen Fördertöpfen, in die Deutschland übrigens übermäßig viel einlegt? Das muss man ja auch wissen. An der Stelle könnte man einiges verbessern.

Abg. **Michael Hose** (CDU/CSU): Konkret noch mal nachgefragt: Dass Deutschland da so erfolgreich war beim Thema Impfstoffe - - Könnten Sie vielleicht noch mal ausführen, was damals dafür entscheidend war?

Prof. Dr. Christian Drosten (Direktor des Institutes für Virologie an der Charité Berlin): Na ja, damals ganz klar eine Forschungsförderung seitens der Forschungsförderorganisationen. Das geht los bei der Grundlagenförderung durch die DFG [Deutsche Forschungsgemeinschaft] und natürlich bei der Programmförderung durch das BMBF. Dann haben wir natürlich Gründungsinitiativen, die mit Forschungsmitteln angefordert werden und dazu gehört sicherlich BioNTech. Ich kenne diese Firma gar nicht so gut. Ich gehe aber davon aus, dass die in den Genuss von solchen Mitteln gekommen sind und wir sehen ja das sehr positive Resultat. Ich glaube, da hat unsere Wirtschaft auch eine ganz

große Stärke, die wir mehr spielen sollten. Diese Priorisierung, dass man einfach sich klar macht: Investiertes Geld in die Forschung, das kommt immer zurück. Da müssen wir aufpassen, dass wir nicht zurückfallen in diesem Wettbewerb und da müssen wir auch aufpassen, dass wir nicht Erzählungen beispielsweise jetzt aus den USA übernehmen, die eher in Richtung Wissenschaftszweifel gehen. Das darf hier nicht die Gedankengänge zu sehr verdünnen. Ich glaube, unsere ganz große Stärke ist eben da in der Forschung.

Abg. **Michael Hose** (CDU/CSU): Sie haben sich vorhin als wissenschaftlicher Berater, Begleiter, bezeichnet, nicht als Kritiker. Jetzt standen Sie und stehen sehr stark in der Öffentlichkeit bei dem Thema, haben sich deswegen auch viel Kritik ausgesetzt gesehen. Wenn Sie vielleicht mal Ihre Rolle oder die Rolle auch Ihrer Kolleginnen und Kollegen als Berater noch mal reflektieren würden, das wäre, glaube ich, sehr interessant.

Prof. Dr. Christian Drosten (Direktor des Institutes für Virologie an der Charité Berlin): Wissenschaftsberatung bedeutet meistens, dass eine Gruppe von Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftlern sich vor eine Gruppe von Politikerinnen und Politikern setzt und – in kurzer Redezeit meist – anfänglich Ausführungen gibt und dann aus der Sitzung aber auch ausgeschlossen ist und dann genau wie alle anderen auch aus den Medien erfährt, wie dann die politische Diskussion in der Güter-Mittel-Abwägung und Interessensabwägung ausgefallen ist. So war das wirklich auch bei den ganz großen fundamentalen Politikentscheidungen während der Pandemie.

Die **Vorsitzende**: Ich frage mal die Unionsfraktion, weil Sie noch eine Runde hätten, ob noch Fragen offen geblieben sind mit Blick auf die Zeit?

Abg. **Michael Hose** (CDU/CSU): Ich würde da gerne noch mal ganz kurz weitermachen, weil wir haben ja Gott sei Dank die Zeit, dass Sie das vielleicht noch mal reflektieren für sich. Jetzt haben Sie Ihre Rolle beschrieben, aber Sie sind ja auch in Talkshows gegangen. Ihre Kolleginnen und Kollegen sind in Talkshows gegangen. Sie haben ja auch politische Entscheidungen erlebt. Wenn Sie jetzt im Nachhinein diese Rolle noch mal reflektieren, von Ihnen persönlich, aber auch von Ihren Kolleginnen und Kollegen. Gibt es da Punkte,



wo Sie sagen: Sehe ich jetzt im Nachhinein tatsächlich ein bisschen kritisch.

Prof. Dr. Christian Drosten (Direktor des Institutes für Virologie an der Charité Berlin): Also die Verwischung der Grenze zwischen einer wissenschaftlichen Beratungstätigkeit und einer politischen Entscheiderfähigkeit ist natürlich ein Problem. Und das ist ein Problem, das in den Medien entsteht, das verkürzte Darstellungen zur Basis hat und es ist ganz schwer, das wirklich zu korrigieren. Ich glaube, was man machen muss, ist, beide Seiten müssen sich diese Rollen klar machen und diese Rollen in der Öffentlichkeit auch immer wieder betonen. Dann kann man, glaube ich, auf Dauer in den Medien diese Verwechslungen und Kurzdarstellungen vermeiden. Und das andere große Problem ist eben, vielleicht mehr eine formalisierte Politikberatung zu haben. Wir haben das ja auch gehabt in der Pandemie, durchaus. Es gibt aber Länder, die uns da voraus sind. Also in England zum Beispiel ist das noch mal auf einer ganz anderen Qualitätsbasis. Und in diesem ganzen Zwischenspiel sind, glaube ich, ganz entscheidend zwei Dinge: Erstens, dass die Politik diese Beratung natürlich anfragen muss, sonst liest es und hört es ja keiner. Aber dass dann eigentlich die Institutionen der Wissenschaft diese Gremien besetzen sollten, dass also eher nicht nach Talkshow-Präsenz oder Parteinähe Wissenschaftsexperten ausgesucht werden, sondern einfach nach Fachkompetenz. Und da sind die Strukturen und Organisationen, also Akademien, große Fördereinrichtungen, große Wissenschaftseinrichtungen, benannt, das zu beraten, wer, welche Personen denn da sitzen sollten. Und dann das andere ist Transparenz und Schriftlichkeit, Nachlesbarkeit, also die Bevölkerung muss das nachlesen können, Journalisten müssen das nachlesen können. Und ich glaube, dann ist noch eine Sache zu leisten und damit nimmt man das Ganze dann aus der Politik oder Politikberatung raus – auch da wird häufig nicht unterschieden –: Das ist Wissenschaftskommunikation. Es ist natürlich Aufgabe von öffentlich finanzierten Wissenschaftlern auch die Öffentlichkeit zu informieren, gerade in so einer Krisensituation. Also das macht man nicht für jede Art von seltenen Problemen, aber für solche Hauptgesellschaftsprobleme ist das einfach eine Leistung, die eine öffentlich finanzierte

Wissenschaft leisten muss und da müssen sich auch die Wissenschaftsstrukturen natürlich an die Nase fassen. Wir haben es ja erlebt, dass wir Einzelpersonen haben, die sich – Sie sagen Talkshows – da auf ganz breite Bühne gesetzt haben und eben Dinge verbreitet haben, die nicht durch ihre Wissenschaftsfächer gedeckt waren, die sich eher selbst dargestellt haben. Und es ist dann sehr schwer, das zu kommentieren. Es ist ganz schwierig, wenn eine Person sehr sichtbar in der Talkshow sitzt, dann zu sagen: Das war aber nicht richtig. Das ist passiert –

Wissenschaftsorganisationen wie Fachgesellschaften und andere haben sich in schriftlichen Stellungnahmen nie gegen die Personen, aber gegen die Inhalte dieser Medienkommunikation auch positioniert, aber wir haben die Erfahrung gemacht, dass das dann nicht mehr die Verbreitung und die Leserschaft erreicht, sodass viele Dinge dann unkommentiert in der Öffentlichkeit stehen, bis heute, als Scheinkonflikte, die es eigentlich in der wirklichen Wissenschaftsstruktur gar nicht gibt.

Abg. **Michael Hose** (CDU/CSU): Jetzt weiß ich gar nicht, ob Sie das beantworten können, ich frage trotzdem mal. Als Virologe, hätten Sie sich bei dieser Politikberatung vielleicht auch noch mehr andere Fachrichtungen gewünscht, also Psychologen, Erziehungswissenschaftler etc. pp.?

Prof. Dr. Christian Drosten (Direktor des Institutes für Virologie an der Charité Berlin): Es gibt so geflügelte Worte und eins davon ist, man hat zu viel auf die Virologen gehört. Meine Erfahrung war das aber nicht. Ich habe ganz früh in Gruppen Politikberatung gemacht, eigentlich kaum jemals wirklich als Einzelperson. Das war wirklich selten, und ich weiß, dass das parallel praktisch in allen Staatskanzleien so passiert ist, und da waren natürlich immer Virologen dabei, aber die waren nie alleine. Da waren wirklich häufig auch Sozialwissenschaftler und andere Disziplinen, sehr viel auch Kliniker natürlich – sowieso – und Sie können das auch nachvollziehen. Sie sehen beispielsweise, dass die frühesten Leopoldina-Stellungnahmen durchaus auch gerade von Sozialwissenschaftlern – mit und alleine – geschrieben worden sind zum Thema, und Sie können das eigentlich nicht objektivieren, dass man nur und zu viel auf Virologen gehört hat.



Die **Vorsitzende**: Vielen herzlichen Dank. Wir sind am Ende der Beratungsrunden angekommen. Frau Dr. Baum bekommt gleich das Wort, aber ich möchte gerne am Ende der Beratung für die wirklich - - wir haben jetzt drei, über drei Stunden, intensiv miteinander beraten. Ich möchte mich ganz herzlich bei Ihnen allen und auch bei Ihnen, Herr Tinnemann, bedanken, dass Sie das mit uns in dieser Ruhe und Fachlichkeit so gemacht haben und so intensiv mit uns in den Austausch gegangen sind. Bevor ich die Sitzung schließe, hat Frau Dr. Baum mich noch mal ganz kurz um das Wort gebeten.

Abg. **Dr. Christina Baum** (AfD): Ja, vielen Dank. Ich möchte als stellvertretende Obfrau für die AfD-Fraktion noch etwas zu Protokoll geben, und zwar eine Erwiderung auf die Frau Seitzl von der SPD, die ja hier in der Runde und auch draußen bei den Medien praktisch die hohe Präsenz der Polizei angesprochen hat und so unterschwellig unterstellt hätte, als wenn das etwas mit uns zu tun hat. Ich weiß nicht, warum das jetzt notwendig war, aber ich möchte eine solche Unterstellung jedenfalls vehement zurückweisen.

Die **Vorsitzende**: Frau Dr. Seitzl.

Abg. **Dr. Lina Seitzl** (SPD): Darauf möchte ich gerne reagieren. Vielen Dank, Frau Vorsitzende, dass Sie das zulassen. Ich habe das in keiner Weise mit Ihrer Fraktion in Verbindung gebracht. Ich finde es - - im Gegenteil, es spricht für Sie, dass Sie das mit sich in Verbindung bringen. Ich habe nur festgestellt, und ich glaube, das muss uns allen zu Bedenken geben, und ich bin mir eigentlich relativ sicher, dass es uns allen zu Bedenken gibt, dass die Debatten, auch die öffentlichen Debatten, rund um die Corona-Pandemie dazu führen, dass ein sehr renommierter Wissenschaftler, und er ist, glaube ich, nicht der Einzige, der Bedrohungen erhalten hat – also sehr sicher weiß ich, dass er nicht der Einzige ist – dann unter Polizeischutz laufen muss. Das, finde ich, muss uns allen zu Bedenken geben und zeigt auch, vor welcher großen Aufgabe diese Enquete-Kommission neben der fachlich-inhaltlichen Aufarbeitung und auch den Lehren für zukünftige Krisensituationen - - welche Aufgabe da auf die Corona-Enquete-Kommission zukommt.

Die **Vorsitzende**: Vielen Dank.

Abg. **Dr. Christina Baum** (AfD): Vielen Dank für die Richtigstellung.

Die **Vorsitzende**: Vielen Dank. Dann danke ich Ihnen allen für die intensive Beratung. Ich schließe damit die Sitzung. Wir sehen uns das nächste Mal am 15. Dezember.

Schluss der Sitzung: 17:18 Uhr

gez.
Franziska Hoppermann, MdB
Vorsitzende



Verweise auf Stellungnahmen der Sachverständigen im Anlagenkonvolut

Dr. Peter **Tinnemann**
Kom-Drs. 21(27)14

Dr. Peter **Schäfer**
Kom-Drs. 21(27)15

Dr. Johannes **Nießen**
Kom-Drs. 21(27)16

Prof. Dr. **Drosten**
Kom-Drs. 21(27)18