Protokoll-Nr. 21/22

21. Wahlperiode

Deutscher Bundestag

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

Wortprotokoll
der 22. Sitzung

Enquete-Kommission „Aufarbeitung der Corona-Pandemie und Lehren für zukünftige pandemische Ereignisse“
Berlin, den 7. Mai 2026, 14:00 Uhr
Paul-Löbe-Haus, Europasaal (4.900)

Vorsitz: Franziska Hoppermann, MdB

Tagesordnung – Öffentliche Anhörung

Einziger Tagesordnungspunkt **Seite 4**

„Eindämmungsstrategien (NPIs) und Abwägung alternativer Ansätze“

Anwesende parlamentarische Mitglieder der Kommission

Fraktion	Ordentliche Mitglieder	Stellvertretende Mitglieder
CDU/CSU	Hoppermann, Franziska Hose, Michael Müller, Axel Rohwer, Lars	Grasse, Adrian Müller, Carsten
AfD	Baum, Dr. Christina Ziegler, Kay-Uwe	Lamely, Pierre
SPD	Peick, Jens Rinkert, Daniel Seitzl, Dr. Lina	Machalet, Dr. Tanja
BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN	Gumnior, Dr. Lena Piechotta, Dr. Paula	
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
Müller, Michael
Pfeil, Dr. Beate Sibylle
Rosenbrock, Prof. Dr. Rolf
Salzberger, Prof. Dr. Bernd
Weidner, Prof. Dr. Christian

Liste der Sachverständigen:

Prof. Dr. Helge Braun
Präsident der Universität zu Lübeck, Bundesminister für besondere Aufgaben und Chef des Bundeskanzleramtes a. D.

Dr. Anders Tegnell[1]
Ehemaliger Staatsepidemiologe der Behörde für öffentliche Gesundheit in Schweden

Dr. Piotr Kramarz
Chefwissenschaftler am Europäischen Zentrum für die Prävention und die Kontrolle von Krankheiten (ECDC)

Prof. Dr. Eva Annette Rehfuess, BA MA (Oxon) PhD
Professorin für Public Health und Versorgungsforschung, Interimsdirektorin des Instituts für medizinische Informationsverarbeitung, Biometrie und Epidemiologie an der Ludwig-Maximilians-Universität München

Prof. Dr. Doreen Reifegerste
Professorin für Gesundheitskommunikation an der Universität Bielefeld

Prof. Dr. Lars Schaade
Präsident des Robert Koch-Instituts

[1] Dr. Anders Tegnell hat seine Teilnahme an der öffentlichen Anhörung kurzfristig abgesagt. Die von ihm zugesandte Präsentation liegt als Stellungnahme dem Protokoll bei.

Beginn der Sitzung: 14:09 Uhr

Einziger Tagesordnungspunkt

„Eindämmungsstrategien (NPIs) und Abwägung alternativer Ansätze“

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 herzlich zur öffentlichen Anhörung der Enquete-Kommission zum Thema „Eindämmungsstrategien, NPIs [nicht-pharmazeutische Intervention] und Abwägung alternativer Ansätze“. Wir haben heute verschiedene Gäste zu Gast. Und der Grund ist, dass wir einen besonders breiten Austausch möglich machen wollen. Ich darf begrüßen:

- Professor Dr. Helge Braun, Präsident der Universität zu Lübeck, Bundesminister für besondere Aufgaben und Chef des Bundeskanzleramtes a. D.,
- digital zugeschaltet Dr. Piotr Kramarz, Chefwissenschaftler am Europäischen Zentrum für die Prävention und die Kontrolle von Krankheiten,
- Professorin Dr. Eva Annette Rehfuess, Professorin für Public Health und Versorgungsforschung, Interimsdirektorin des Instituts für medizinische Informationsverarbeitung, Biometrie und Epidemiologie an der Ludwig-Maximilians-Universität München,
- Professorin Dr. Doreen Reifegerste, Professorin für Gesundheitskommunikation an der Universität Bielefeld

und

- Professor Dr. Lars Schaade, Präsident des Robert Koch-Instituts.

Ich danke Ihnen erstmal ganz herzlich – und entschuldige mich für die Verspätung –, dass Sie sich heute die Zeit nehmen und Ihre Fachkenntnisse und Erfahrungen heute mit uns teilen werden. Vorgesehen war auch, dass Anders Tegnell aus Schweden zugeschaltet wird. Der musste uns gestern aus persönlichen Gründen leider absagen.

Der heutige Ablauf ist ein bisschen besonders. Wir haben aktuell parallel im Plenum laufende Wahlen. Deswegen werden wir das heute so machen, dass wir nach Ihren Eingangsstatements, also wahrscheinlich gegen 20 vor drei, eine etwa 30-minütige Sitzungsunterbrechung machen werden und danach dann direkt mit den Fragerunden beginnen. Außerdem wird Herr Dr. Kramarz aus dem Englischen simultan übersetzt. Deshalb haben Sie alle auf Ihren Plätzen Kopfhörer liegen oder oben sozusagen die Möglichkeit für mobile Kopfhörer. Wer hier in der Reihe mit Mikrofon sitzt, hat sozusagen seinen Kopfhörerstöpsel für das Kabel direkt neben seinem Mikrofon. Im Stream wird immer automatisch die Übersetzung zu hören sein. Sollte es Probleme mit der Technik geben, ist das Sekretariat gerne für Sie der Ansprechpartner.

Dann erkläre ich vielleicht noch mal das heutige Verfahren. Unsere Gäste haben zuerst die Gelegenheit für ihre fünfminütigen Eingangsstatements. Nach der Sitzungsunterbrechung machen wir insgesamt zehn Fragerunden mit fünf-Minuten-Blöcken. Es hat sich so bewährt, dass wir ungefähr zwei Minuten Fragen, drei Minuten Antworten einplanen. Wegen der Übersetzung haben wir in der Obleuterunde vereinbart, das ein bisschen mit nachlaufender Übersetzung dann ein bisschen flexibler zu handhaben, damit auch ausreichend Zeit für die Antworten ist. In der Runde eins und zwei werden alle Fraktionen der Größe nacheinander ihre Fragen stellen. Es beginnt die Unionsfraktion, gefolgt von der AfD-Fraktion, die SPD-Fraktion, die Fraktion Bündnis 90/Die Grünen und Die Linke. In der Runde drei und vier ist es Union, AfD, SPD, Grüne, fünf und sechs Union, AfD, SPD und Runde sieben bis zehn die Unionsfraktionen. So aufgeteilt, dass jedes Kommissionsmitglied theoretisch fünf Minuten Fragezeit hat. Aufgrund der Zeit darf ich alle bitten, sich möglichst kurz zu fassen, damit auch die Nachfragen innerhalb der fünf Minuten möglich sind, und ich werde Sie höflich bitten, zum Schluss zu kommen, wenn die Zeit abgelaufen ist.

Die Sitzung wird live im Parlamentsfernsehen übertragen und danach in der Mediathek des Bundestages zur Verfügung gestellt. Wir erstellen außerdem ein Wortprotokoll.

Und ein letzter Hinweis an die Gäste auf der Besuchertribüne: Beifallskundgebungen und

Zwischenrufe sowie die Nutzung von Kameras sind auf der Tribüne oben nicht gestattet. Es wurde interfraktionell vereinbart, die Eingangsstatements in folgender Reihenfolge zu hören – ich lese das kurz vor: Professor Braun, Dr. Kramarz, Professorin Rehfuess, Professorin Reifegerste und Professor Schaade. Lieber Professor Braun, ich darf Ihnen also als Erster das Wort geben.

Prof. Dr. Helge Braun (Präsident der Universität zu Lübeck, Bundesminister für besondere Aufgaben und Chef des Bundeskanzleramtes a. D.): Vielen herzlichen Dank für die Einladung und die Gelegenheit, einige Gedanken mit Ihnen zu teilen aus der Erfahrung mit der Corona-Pandemie und insbesondere mit dem Blick auf die Frage, wie können wir uns möglichst gut vorbereiten, dass im Fall einer erneuten Pandemie wir besser vorbereitet sind und besser durch die Pandemie kommen.

Ich falle gleich mit dem ersten, aus meiner Sicht wichtigsten und schwierigsten Punkt für die Politik ins Haus, nämlich die föderalen Verantwortlichkeiten in dem Kontext. Grundsätzlich ist es ja so, dass nach Artikel 74 Absatz 1 Nummer 19 [Grundgesetz] der Bund die Verantwortung für den Infektionsschutz trägt und hat in der Vergangenheit sehr weitgehend auf Länder und Kommunen delegiert, was vor dem Hintergrund eines örtlichen Einzelfalls oder eines regionalen Ausbruchs auch eine absolut sachgerechte Aufteilung der Verantwortlichkeiten ist. In der Pandemie haben wir natürlich gesehen, dass durch diese Zuständigkeitsverteilung wir in verschiedenen Bundesländern die unterschiedlichsten Regelungen hatten, was zum einen in der Sache schwierig war, zum anderen aber auch in der Kommunikation und auch für die Bevölkerung zu Verwirrung geführt hat. Und deshalb plädiere ich dafür, dass man sehr genau darüber nachdenkt, ob in einem Pandemiefall, also einer Betroffenheit der überwiegenden Zahl der Bundesländer in Deutschland, die Verantwortung des Bundes wieder zu stärken und dafür zu sorgen, dass mit – jedenfalls ab einem gewissen Ausbruchsgeschehen – einem einheitlichen Vorgehen die Pandemiebekämpfung verbessert und auch die Kommunikation der Maßnahmen und das Gerechtigkeitsempfinden der Bürger gestärkt werden kann.

Das zweite, was mir am Herzen liegt, ist mehr Vorsorge bei der Vorhaltung und Produktion von Schutzausrüstung. Die Diskussion, die wir in den letzten Monaten und Jahren geführt haben, hat sich sehr mit dem Tatbestand befasst, dass wir zum Beginn der Corona-Pandemie in einer massiven Notlage waren, was den Bedarf an Schutzausrüstung angeht, mit den bekannten Konsequenzen. Wenn ich mir den Status quo heute angucke, haben verschiedene Bundesländer dahingehend gehandelt, dass sie die Leistungserbringer im Gesundheitswesen verpflichtet haben, eine gewisse Vorhaltung für ihren eigenen Bedarf zu machen. Ich glaube aber sehr, dass das noch lange nicht ausreicht, insbesondere um den zeitlichen Bedarf in einer Pandemie, aber auch den Bedarf innerhalb der Bevölkerung insgesamt auch nur annähernd zu decken. Deshalb ist aus meiner Sicht das Thema, wie können wir uns hier besser vorsorgen - -, und dabei spreche ich mich explizit nicht für eine nationale Vorratshaltung auf staatlicher Seite aus, sondern ich glaube, dass das System insgesamt mit überschaubaren Kosten in der Lage wäre, stärkere Pufferfunktionen wahrzunehmen.

Der dritte Punkt: Pandemiepläne, die ihren Namen verdienen. Zu Beginn der Corona-Pandemie war es für mich so, dass man erstmal ganz beruhigt denkt, wir sind ein Land, das immer gut vorbereitet ist und schaut in viele Pandemiepläne hinein und schon stellt man fest, dass mancher Pandemieplan eigentlich den Namen nicht wirklich verdient, weil er eher auf endemische und eher kleinräumigere Dinge tatsächlich vorbereitet als auf den Pandemiefall. Und das ist etwas, was, glaube ich, nachgearbeitet werden muss. Insbesondere habe ich dabei im Blick die einrichtungsbezogenen Maßnahmen, weil der schwierigste Moment, glaube ich, in der Corona-Pandemie aus meiner Sicht der Winter 2020 war, wo wir beim Schutz vulnerabler Gruppen vor massiven Herausforderungen standen, weil wir gesehen haben, dass viele der Einrichtungen eigentlich sozusagen mit dem, was ihnen im Alltag an Aufgaben gegeben wird, schon maximal ausgelastet sind, sodass diese wichtige Aufgabe - - Sie erinnern sich ja vielleicht daran, dass wir damals auch die Bundeswehr zum Testen in Pflegeeinrichtungen eingesetzt haben. Das waren natürlich alles Notfallmaßnahmen, die, aus meiner Sicht jedenfalls, deutlich besser organisiert werden müssen.

Und der vierte Punkt, den ich Ihnen mitgebracht habe, ist die wissenschaftliche Politikberatung. Ich glaube, dass Institutionen wie zum Beispiel die Leopoldina als Nationale Akademie der Wissenschaften im Bereich der Lebenswissenschaft eine zentrale Rolle haben, wenn es darum geht, für uns das Wissen aufzubereiten, genauso wie die Ressortforschungsfunktion des Robert Koch-Instituts. Beides muss gestärkt werden, damit auch klar ist, dass die Politik eine gute Beratung hat, nicht nach Zufall, sondern durch diejenigen in der Wissenschaft, die sich einem breiten Konsensprozess unterzogen haben, sodass man die herrschende wissenschaftliche Meinung als Evidenzbasis zugrunde legen kann. Last but not least: Wir brauchen auch Wissenschafts- und Analysestrukturen, deshalb eine Stärkung der Surveillance-Instrumente, der Panel-Instrumente, mehr Infektiologie und Immunologie sind, glaube ich, absolut wichtig dafür, dass wir mit jeder Pandemie, die kommt, mit mehr Erkenntnissen in sie hineingehen und deshalb besser hindurchkommen. Danke.

Die **Vorsitzende**: Vielen herzlichen Dank. - Dann darf ich Dr. Kramarz bitten, einmal zu uns zu sprechen.

Dr. Piotr Kramarz (Chefwissenschaftler am Europäischen Zentrum für die Prävention und die Kontrolle von Krankheiten (ECDC)): Vielen Dank. Können Sie mich hören?

Die **Vorsitzende**: Ja, können wir, danke.

Dr. Piotr Kramarz (Chefwissenschaftler am Europäischen Zentrum für die Prävention und die Kontrolle von Krankheiten (ECDC)): Danke. Mein Name ist Piotr Kramarz. Ich bin Chefwissenschaftler am ECDC [European Centre for Disease Prevention and Control] und war während der COVID-19-Pandemie einer der Krisenmanager in unserem Zentrum für Notfallmanagement. Zunächst möchte ich auf die Mission des ECDC eingehen, die darin besteht, von übertragbaren Krankheiten ausgehende Bedrohungen für die menschliche Gesundheit zu erkennen, zu bewerten und darüber zu informieren. Unser Mandat beschränkt sich auf Infektionskrankheiten. Während der Notlage gehörten zu unseren wichtigsten Aufgaben im Rahmen dieses Mandats die Erhebung, Analyse und Interpretation von Daten, aber natürlich auch die Risikobewertung und Beratung in Bezug auf Maßnahmen zur Bekämpfung der Pandemie sowie vor allem die Abstimmung mit den für die öffentliche Gesundheit zuständigen Behörden in den Mitgliedstaaten. Ein wichtiger Punkt, den ich klarstellen möchte, ist, dass wir eine regionale Rolle spielen. Daher leisten wir wissenschaftliche Beratung stets auf regionaler Ebene, und die Mitgliedstaaten greifen diese Ratschläge auf und setzen sie in konkrete Empfehlungen und Maßnahmen um, da sie ihre lokalen Gegebenheiten und Umstände am besten kennen. Wichtig ist zudem der Hinweis, dass sich unsere Risikobewertung und wissenschaftliche Beratung während der Notlage, je mehr Daten wir erhoben und je mehr Erkenntnisse verfügbar wurden, weiterentwickelt haben. Nun möchte ich ein wenig über die Geschichte der Pandemiebekämpfung sprechen. Zu Beginn, als es noch keine Impfstoffe gab, haben wir uns natürlich stark auf sogenannte nicht-pharmazeutische Interventionen konzentriert, die vor der Zulassung von Impfstoffen eine zentrale Rolle spielten. Sie umfassten Maßnahmen wie Handhygiene, Hustenetikette und das Tragen von Gesichtsmasken, aber auch die Belüftung von Räumen, Reinigungsmaßnahmen sowie Maßnahmen zur sozialen Distanzierung, einschließlich Quarantäne und Absonderung. Ab Dezember 2020 wurden dann die ersten COVID-19-Impfstoffe eingesetzt. Dies war eine zusätzliche, aber sehr wichtige pharmazeutische Maßnahme. Ein Faktor, der die Entwicklung der ersten COVID-19-Impfstoffe vorantrieb, war die langjährige Forschung an sogenannter Boten-RNA oder mRNA, die bereits Jahrzehnte vor der Entwicklung der Impfstoffe betrieben wurde. Um die Wirksamkeit der Impfstoffe zu bewerten, führten wir im Rahmen des Projekts mit der Bezeichnung VEBIS breit angelegte Beobachtungsstudien durch und konnten nachweisen, dass diese Impfstoffe besonders gut vor schweren Krankheitsverläufen und Todesfällen im Zusammenhang mit COVID-19 schützten. Schätzungen zufolge haben die COVID-19-Impfstoffe in Europa Millionen von Todesfällen verhindert. Die Zusammenarbeit, insbesondere die internationale Zusammenarbeit, gestaltete sich während der gesamten Pandemie außerordentlich gut. Sehr eng war unsere Zusammenarbeit mit der WHO [World Health Organization], der Europäischen Kommission und den einzelstaatlichen Behörden. In Deutschland haben

wir hervorragend mit dem Robert Koch-Institut zusammengearbeitet. Am wichtigsten ist jetzt wahrscheinlich Folgendes: Was haben wir daraus gelernt, und wie können wir uns besser für die nächste Krise rüsten? Vor einiger Zeit haben wir eine Erkenntnisauswertung durchgeführt. Den vollständigen Bericht finden Sie auf unserer Website. Die wichtigsten Ergebnisse betreffen die zentralen Bereiche, in denen zunächst Bedarf an Investitionen in das Gesundheitspersonal besteht. Zweitens benötigen wir eine bessere Vorsorge und bessere Vorsorgepläne, wie Professor Braun erwähnt hat. Sehr wichtig sind drittens Risikokommunikation und Bürgerbeteiligung. Schließlich gilt es, die Erhebung und Analyse von Daten und Evidenz zu verbessern. Äußerst wichtig ist in diesem Zusammenhang die Digitalisierung der Datenerhebungs- und Surveillance-Systeme, da dies personelle Ressourcen für andere Aufgaben freisetzt. Zu erwähnen sind auch Änderungen des Mandats des ECDC und einiger anderer EU-Rechtsvorschriften, in deren Folge uns beispielsweise die zusätzliche Aufgabe übertragen wurde, alle drei Jahre in jedem EU-Mitgliedstaat Bewertungen der Vorsorge für gesundheitliche Notlagen vorzunehmen. Wir befinden uns derzeit im dritten Jahr des ersten Zyklus dieser Besuche, und dies beinhaltet eine bereichsübergreifende Erörterung der Frage, wie wir uns in Zukunft besser für größere Gesundheitskrisen wappnen können. Abschließend möchte ich mich bei Ihnen für die Einladung zu dieser wichtigen Diskussion bedanken.

Die **Vorsitzende**: Vielen Dank für Ihre Ausführungen, Dr. Kramarz. Wir freuen uns sehr, dass Sie heute bei uns zu Gast sind. - Und dann kommen wir jetzt zu Professorin Rehfuess. Vielen Dank, dass Sie jetzt zu uns sprechen.

Prof. Dr. Eva Annette Rehfuess, BA MA (Oxon) PhD (Professorin für Public Health und Versorgungsforschung, Interimsdirektorin des Instituts für medizinische Informationsverarbeitung, Biometrie und Epidemiologie an der Ludwig-Maximilians-Universität München): Ja, herzlichen Dank für Ihre Einladung zu dieser Anhörung. Ich würde gerne starten mit einem Rückblick, um darauf zu blicken, was wir während der Pandemie über NPIs gelernt haben und möchte dann aber auch nach vorne schauen, wie wir uns für den Einsatz von NPIs in einer zukünftigen Pandemie besser rüsten können.

Erstens: Es ist wichtig, dass wir die Grundprinzipien von NPIs in der Corona-Pandemie verstehen. NPIs sollen natürlich die Virusübertragung verhindern oder zumindest reduzieren. Und dafür haben wir bei einem Virus wie SARS-CoV-2, das über Kontakte übertragen wird, prinzipiell zwei Möglichkeiten. Wir können Kontakte reduzieren oder wir können Kontakte sicherer machen. Zum Beispiel zielt eine Homeofficeregelung primär darauf ab, Kontakte zu reduzieren. Eine Maskenpflicht am Arbeitsplatz dient primär dazu, Kontakte möglichst sicher zu gestalten.

Zweitens: Es ist nur bedingt sinnvoll, rückblickend nach der Wirksamkeit einzelner Maßnahmen in bestimmten Situationen zu fragen. Zum einen lassen die meisten Studien, die während der Pandemie durchgeführt wurden, das gar nicht zu. Und zum anderen wissen wir, dass Maßnahmen am besten in Maßnahmenbündeln wirken. Wir haben im Februar 2021 die erste Version einer evidenzbasierten Schulleitlinie verfasst. Darauf basierend wurden auf Grundlage der besten wissenschaftlichen Erkenntnisse – und ganz wichtig unter Beteiligung unterschiedlicher fachlicher Disziplinen und von Mitgliedern der Schulfamilie – evidenzbasierte Empfehlungen für einen Schulbetrieb gestaltet, der durch Maßnahmenbündel so sicher wie möglich gemacht wurde.

Drittens: Wie gut Maßnahmen tatsächlich wirken, hängt ganz entscheidend von der Art der Umsetzung und vom Kontext ab. Lassen Sie mich das kurz anhand des Maskentragens erläutern. Masken sind natürlich seit langem Standard in der klinischen Praxis. In einer Pandemie kann das Tragen von Masken in der Allgemeinbevölkerung Kontakte sicherer machen. Um dies zu erreichen, können verschiedene Wege gewählt werden. Von der kostenlosen Abgabe von Masken bis hin zu einer Maskenpflicht. Es muss aber klar sein, dass die Wirkung je nach Art der Umsetzung unterschiedlich ausfallen kann. Und die Wirkung hängt natürlich auch davon ab, in welcher Situation Masken getragen werden. Ob auf dem kurzen Weg im Bus oder während eines langen Tages im Kindergarten. Und sie hängt auch davon ab, unter welchen Umständen die Masken getragen

werden, ob wir jetzt ein hohes Infektionsgeschehen haben oder nur wenige Fälle.

Und jetzt möchte ich aber nach vorne blicken im Hinblick auf Pandemic Preparedness für NPIs. Denn auch in einer nächsten Pandemie werden NPIs zum Einsatz kommen. NPIs können Leben schützen, sie können aber auch Schaden verursachen. Meine Disziplin Public Health verdrängt diesen Zielkonflikt nicht, sondern sie macht ihn sichtbar, messbar und damit auch demokratisch entscheidbar. Und für einen möglichst evidenzbasierten Umgang mit NPIs müssen wir uns jetzt möglichst gut rüsten. Wir brauchen solide Forschung zu NPIs. Wir müssen jetzt die Studien vorbereiten, die uns dann im Ernstfall schnelle und belastbare Erkenntnisse liefern können. Dazu gehören Forschungsprotokolle und Ethikanträge, die man dann in einer erneuten Gesundheitskrise schnell aus der Schublade holen kann. Diese Studien müssen zum einen die Wirksamkeit von Maßnahmen und deren Umsetzungsmodalitäten untersuchen, aber auch auf die Nebenwirkungen blicken und diese sauber dokumentieren. Für solide Forschung zu NPIs könnte Norwegen als Beispiel dienen. Dort wurde jetzt als eine Lehre aus der Pandemie am National Public Health Institute ein Center für Epidemic Interventions Research eingerichtet. Wir brauchen auch möglichst evidenzbasierte Empfehlungen zu NPIs. Das klang ja gerade auch schon ein bisschen an mit der Stärkung der wissenschaftlichen Politikberatung. Wir müssen jetzt in Strukturen und Prozesse investieren, die eine gute und transparente Grundlage für politische Entscheidungen schaffen. Und hier sind folgende Aspekte besonders wichtig: Eine Beteiligung unterschiedlicher Fachdisziplinen, aber auch der Perspektiven aus unterschiedlichen Teilen der Gesellschaft und der Betroffenen. Die Gesamtschau der Evidenz, basierend auf sogenannten systematischen Übersichtsarbeiten. Wir wollen weg von dem Blick auf einzelne Studien. Und wir brauchen klar definierte Kriterien, die uns eine Abwägung, eine systematische Abwägung möglicher erwünschter und unerwünschter Folgen früh möglich machen. Die bereits erwähnte evidenzbasierte Schulleitlinie könnte hier als Vorlage dienen. Es lohnt aber auch, den Blick nach Großbritannien zu wenden, wo die Scientific Advisory Group for Emergencies, SAGE, vielfältige Disziplinen zusammenbringt und auch in untergeordneten Gremien konkret an Antworten arbeiten lässt. Herzlichen Dank für Ihre Aufmerksamkeit.

Die **Vorsitzende**: Vielen Dank für diese Punktlandung, Frau Professorin Rehfuess. - Und ich darf an Professorin Reifegerste das Wort geben.

Prof. Dr. Doreen Reifegerste (Professorin für Gesundheitskommunikation an der Universität Bielefeld): Ja, danke auch von mir für die Einladung. Und wir haben ja gerade schon gehört, welche wichtige Rolle Gesundheitskommunikation spielt. Ja, danke. Genau, ich mache es ein bisschen lauter. Kommunikation ist wichtig, auch laute Kommunikation. Und eine Möglichkeit, die wir damit haben, ist ja informierte Entscheidungen zu ermöglichen und gleichzeitig auch Vertrauen in öffentliche Institutionen zu schaffen. Und das ist, wie Sie gerade sagten, manchmal auch so ein Zielkonflikt, aber kann natürlich auch kombiniert werden. Ich möchte dazu auf fünf Punkte eingehen, die mir dabei wichtig sind. Ich könnte natürlich noch viel mehr sagen, aber fünf Minuten sind kurz.

Erster Punkt wären die kognitiven Strategien. Also, wie schaffe ich es, auch Wissensbestände zu transportieren? Dabei ist Qualität ein wichtiger Punkt, aber auch – gerade wenn wir hier als Wissenschaftler sitzen – die Frage, wie unsicher oder sicher ist auch unser Wissen, das wir hier darbieten. Und bringen wir das auch immer so rüber, dass wir gar nicht immer 100 Prozent sicher sind und auch der Zweifel dazugehört. Das hat natürlich auch was damit zu tun, welche Machtverhältnisse ich sozusagen auch vermittle.

Neben dieser Vermittlung von Wissensbeständen ist mir auch wichtig, darauf einzugehen, die emotionale Seite. Also, mit einer Krisensituation – und deswegen haben wir ja auch solche Ideen, wie: wir wollen uns darauf vorbereiten – sind auch immer ganz viele Ängste verbunden. Furcht, das wird auch oft eingesetzt, um natürlich auch eine gewisse Bereitschaft für Verhaltensänderungen hervorzurufen, also Stichwort Furchtappelle. Gleichzeitig kann ich damit aber auch viele Widerstände hervorrufen. Und es kann auch sein, dass mir die Leute dann sozusagen in die Verdrängung oder Informationsvermeidung gehen. Das heißt, hier kann ich ansetzen. Und das ist vielleicht auch was, wo noch ein Potenzial ist für zukünftige Krisenlagen mit dem Blick auf

positivere Emotionen. Also, wie kann ich Sicherheit, Hoffnung vermitteln, Zuversicht und so weiter. Und das vielleicht auch mit einer abgestimmten Kommunikation, Stichwort Bundesbehörden und föderale Strukturen und so weiter. Dann möchte ich unter dem Punkt auch noch mal eingehen auf das Thema kontroverse Meinungen. Auch das ist in der Demokratie anstrengend. Ich habe gerade noch eine Führung durchs Haus gemacht, wo das noch mal sozusagen auch auf räumlicher Ebene sichtbar wird, wie anstrengend das sein kann und wie kräftezehrend. Das wissen Sie wahrscheinlich hier alle viel besser. In der Wissenschaft ist es manchmal auch so. Gehört aber sozusagen auf emotionaler Ebene eben auch dazu, das mit in den Blick zu nehmen und dafür auch eine Kommunikationsstrategie zu entwickeln.

Und das bringt mich zum nächsten Punkt, nämlich den sozialen Strategien. Auch das ist was, was wir während Corona wieder gemerkt haben, wie hypersozial wir als Menschen sind. Das hatten wir so ein bisschen vergessen, dass wir alle so individualistisch sind. Auch unser ganzes Gesundheitssystem ja sehr individuell ausgerichtet ist in der Abrechnung, in der Behandlung und so weiter. Mit Corona haben wir wieder gemerkt, wie wir auch einander brauchen und auch miteinander kooperieren. Kommunikativ kann man das einerseits darüber ansprechen, dass man auch in diese Motive reingeht. Also wie wichtig sind mir andere, meine Liebsten zu schützen. Ja, ist ein wichtiges Motiv in der Gesundheitskommunikation. Aber auch: Ich will von anderen Anerkennung finden. Also ist mir das vielleicht auch wichtig. Und ist es mir vielleicht sogar noch wichtiger als eine Maske zu tragen. Dass ich bei meinen Peers – so sagen wir ja, Gleichaltrigen oder Kolleginnen – dann nicht sozusagen aus der Norm falle, weil ich dann möglicherweise sowas mache. Oder eben beim Impfen merkt man das auch sehr.

Das bringt mich zu dem Punkt, der auch mit zu den sozialen Strategien gehört, nämlich die Frage, welche interpersonalen Kontakte kann man denn noch nutzen? Also ein großer Bereich der Kommunikation, der auch genutzt wurde, sind die massenmedialen Sachen, also über Social Media, über Fernsehen, über Zeitungen oder eben Printmedien zu gehen. Gleichzeitig gibt es eben auch ganz viele Ideen dazu, wie man in die Lebenswelten gehen kann und dort kommunizieren. Das führe ich jetzt gar nicht weiter aus, weil da gibt es ganz viel dazu zu sagen.

Ich komme zum vierten Punkt: Die Frage, welche Kanäle nutze ich denn? Da habe ich gerade schon ein bisschen was dazu gesagt. Da ist mir noch mal wichtig, dass es darum geht, die Vielfalt, die da ist, auch zu nutzen und zu gucken, wer nutzt denn welche Medien, um sich über Gesundheitsthemen zu informieren? Und das ist eben die Frage: Wer ist mit Apps erreichbar und wer vielleicht auch nicht und wen muss ich über TikTok möglicherweise erreichen? Auch wenn ich da selber vielleicht keine Ahnung davon habe und wen erreiche ich da möglicherweise auch nicht? Und das schließt natürlich auch ein, dass ich mir auch Gedanken mache, wen kann ich überhaupt medial erreichen und wen muss ich vielleicht aus Diversitätssensibilitätsgründen ohne Ton oder ohne Bild oder wie auch immer barrierefrei erreichen?

Abschließend ist mir noch der Punkt Evaluation wichtig, also auch zu gucken, wird das auch wirken, was ich da machen will, und hat es gewirkt und das macht ja die Kommission nun auch. Danke.

Die **Vorsitzende**: Vielen Dank, Professorin Reifegerste. - Dann für das letzte Statement Professor Schaade.

Prof. Dr. Lars Schaade (Präsident des Robert Koch-Instituts): Ja, vielen Dank für die Einladung. Meine schriftliche Stellungnahme liegt Ihnen ja vor, die ich jetzt noch mal zusammenfasse. Während der COVID-19-Pandemie starben von 2020 bis zum Auslaufen der Corona-Maßnahmen im April 2023 etwa 172 000 Menschen im Zusammenhang mit COVID-19. Im Jahr 2021 war COVID-19 die dritthäufigste Todesursache in Deutschland, weltweit die zweithäufigste Todesursache. Die Lebenserwartung bei Geburt ging im Jahr 2020 in Deutschland um 0,33 Jahre und 2021 um 0,44 Jahre zurück. Einen solchen Rückgang der Lebenserwartung hat es in Deutschland seit Jahrzehnten nicht gegeben. Weltweit ging die Lebenserwartung bei Geburt zwischen 2019 und 2021 um 1,6 Jahre zurück. Diese Zahlen verdeutlichen, dass es sich bei COVID-19, gerade in der Anfangsphase, um eine schwere Infektionskrankheit handelte und die Pandemie

2020 bis 2023 eine Gesundheitskrise war, die auch mit den wirksamen Gegenmaßnahmen in Deutschland immer noch zu einer deutlich erhöhten Sterblichkeit und reduzierten Lebenserwartung geführt hat. Bevor die Impfung im Laufe des Jahres 2021 auf breiter Basis zur Verfügung stand, waren die sogenannten nicht-pharmazeutischen Maßnahmen oder Interventionen, NPIs oder auch Public Health and Social Measures die einzigen verfügbaren Maßnahmen zur Eindämmung von COVID-19. Diese Public Health and Social Measures tragen generell dazu bei, die Übertragung von Atemwegserregern wie SARS-CoV-2 zu reduzieren. Die Kontaktpersonensuche, Isolation von Fällen und Quarantäne von Kontaktpersonen, Absage von Veranstaltungen, Schulschließungen oder Homeofficeregelungen reduzieren die Anzahl von Risikokontakten. Andere Maßnahmen, wie zum Beispiel das Tragen einer Maske oder Abstand halten, helfen dabei, das Risiko bei direkten Kontakten zu verringern. Eine Pandemie ist immer eine Situation mit einem noch unbekannten Erreger und geht am Anfang mit vielen Unsicherheiten einher. Auch wenn zu Beginn der COVID-19-Pandemie die Evidenzlage zur Wirksamkeit von Public Health and Social Measures gegen SARS-CoV-2-Infektionen noch begrenzt und deren Dauer noch nicht absehbar war, zeigte sich früh, dass insbesondere die Kombination verschiedener Maßnahmen, die sogenannten Maßnahmenbündel, die Übertragung auf Bevölkerungsebene deutlich reduzieren können. Die Wirksamkeit von einzelnen Maßnahmen konnte erst zeitversetzt abgeschätzt werden. Welche Public Health and Social Measures zu welchem Zeitpunkt ergriffen werden, ist eine politische Entscheidung, bei der viele verschiedene Faktoren abgewogen und die von den Entscheidungsträgern entsprechend kommuniziert und begründet werden muss. Das RKI hat frühzeitig und wiederholt während der Pandemie in den COVID-19-Strategiepapieren, z. B. der ControlCOVID-Strategie, Hinweise und Empfehlungen veröffentlicht, um an die jeweilige pandemische Situation angepasste Entscheidungen für die Kombination, Intensität und Dauer von Maßnahmen für verschiedene Settings zu unterstützen. Public Health and Social Measures sind zusammenfassend ein zentraler Bestandteil der Pandemiebekämpfung und haben insgesamt wirksam zur Reduktion der Transmission von SARS-CoV-2 beigetragen, jedoch auch, das muss auch gesagt werden, Belastungen verursacht. Wichtige Ziele der Maßnahmen waren, schwere Krankheitsverläufe und Todesfälle zu vermeiden. An diesen Zielen orientierten sich auch die fachlichen Empfehlungen. Ob künftig andere Zielgrößen für die Entscheidungen zu Maßnahmen herangezogen werden, bedarf aus meiner Sicht bereits jetzt einer expliziten politischen und gesellschaftlichen Diskussion, auch mit dem Blick auf mögliche Zielkonflikte. Danke schön.

Die **Vorsitzende**: Vielen herzlichen Dank auch für dieses Eingangsstatement. - Eine Wortmeldung von Herrn Ziegler.

Abg. **Kay-Uwe Ziegler** (AfD): Nicht weiter schlimm, und zwar hatten wir den Sachverständigen Herrn Tegnell noch eingeladen, der hat heute abgesagt. Frage an Sie: Können wir die Stellungnahme oder die Präsentation des Herrn Tegnell, so wie wir es am Dienstag verabredet haben, trotzdem zu Protokoll nehmen und mit als Drucksache mit aufnehmen? So hatten wir es ja zumindest verabredet. Das ist nur, weil dann für alle noch -

Die **Vorsitzende**: Das ist jetzt eine Verfahrensfrage sozusagen, kein weiterer Antrag.

Abg. **Kay-Uwe Ziegler** (AfD): Nehmen Sie es, wie es am besten passt.

Die **Vorsitzende**: Ja, das ist aus meiner Sicht überhaupt kein Problem, so haben wir das in der Obleuterunde auch besprochen.

Abg. **Kay-Uwe Ziegler** (AfD): Alles klar, danke schön.

(Im Sitzungssaal ertönt eine Lautsprecherdurchsage)

Die **Vorsitzende**: Die Wahlen finden jetzt statt, deswegen würde ich jetzt gerne die Sitzung unterbrechen.

(Sitzungsunterbrechung von 14:39 Uhr bis 15:02 Uhr)

Die **Vorsitzende**: So, sehr geehrte Damen und Herren, vielen Dank für Ihre Geduld. Alle Abgeordneten haben abgestimmt. Ich darf damit die Sitzung wieder eröffnen und wir steigen in den Gesprächsteil ein. Die ersten Fragen stellt die

Unionsfraktion und ich darf Professor Weidner das Wort geben.

SV **Prof. Dr. Christian Weidner**: Frau Vorsitzende, herzlichen Dank. Meine Frage richtet sich an Herrn Professor Schaade. Herr Kollege Schaade, denken wir mal gemeinsam an das Frühjahr, also März 2020 zurück. Ich bin aus Bayern, wir hatten gerade den Erstausbruch bei Webasto mit immensem Aufwand und Einzelkontaktpersonennachverfolgung eingehaust und die Infektionszahlen waren so hoch, dass völlig klar war, dass man mit Einzelkontaktpersonennachverfolgung nicht mehr weiterkommen wird. Welche weiteren Faktoren, würden Sie sagen, zum Beispiel Infektionsdynamik, Pathogenität, klinische Erfahrungen aus anderen Ländern, also Italien, China, haben dazu beigetragen, dass in Deutschland globalere Kontaktbeschränkungsmaßnahmen, also NPIs, letztlich als notwendig erachtet worden sind?

Prof. Dr. Lars Schaade (Präsident des Robert Koch-Instituts): Vielleicht fange ich an mit der Tatsache, dass letztendlich die Bevölkerung dieses Virus ja noch nie gesehen hat. Das heißt also, wir haben keine Immunität, vielleicht eine gewisse zelluläre Immunität in ganz geringem Ausmaß, aber im Großen und Ganzen keine Immunität. Das heißt, das Virus kann sich erstens sehr schnell verbreiten und es macht eben schwere Krankheitsbilder in diesem Moment. Woher wissen wir, dass die Krankheitsbilder schwer waren? Da gibt es ja verschiedene Kennzahlen. Man kann zum Beispiel anfangen bei der Infection Fatality Ratio. Die liegt so, je nachdem, ich rede jetzt von den ersten Studien, die es dazu gab, aus China zum Beispiel, oder auch unter Rückkehrern, also europäische Bevölkerung, die zurückgekehrt ist, so etwa zwischen 0,5 und 1,5 Prozent. Jetzt mal im Bevölkerungsschnitt gesehen, aber durchaus eben bei Kindern deutlich niedriger, aber eben auch bei hochaltrigen Patienten deutlich im zweistelligen Bereich. Also jeder bei elf Prozent oder eben teilweise noch höher. Also eine hohe Infektionstodesfallrate, und zwar rede ich jetzt von Infection Fatality Ratio, nicht etwa Fälle, die im Meldesystem sind, sondern echte Infektionen. Diese Rate ist ja normalerweise niedriger, weil nicht jede Infektion auch erkannt wird. Da gibt es aber Methoden, um das letztendlich zu erfassen. Dann geht es weiter über das Klinische. Wir wussten ja aus China, wie die Patienten klinisch sind, aber auch aus Italien. Also heißt, hoher Anteil an Personen, die ins Krankenhaus gehen, von diesen dann relativ hoher Anteil an Personen, die auch in den Intensivstationen sind, dort beatmet werden müssen, oder dann eben auch zu einem sehr hohen Anteil, ganz anders als bei der Influenza, an die extrakorporale Membranoxygenation mussten, also an die ECMO. Auch die Beatmungsdauer und die Häufigkeit hat sich halt geändert. Und wenn ich das mal kurz sagen darf, also in der zwölften Kalenderwoche hatten wir zum Beispiel in den 70 oder 72 Krankenhäusern, die wir in der SARI[schwere akute respiratorische Infektionskrankheiten]-Überwachung hatten, Covid-SARI, insgesamt in der zwölften Woche 102 Fälle, in der 13. Woche 245 Fälle, in der 14. Woche 254 Fälle und davon auf Intensivstationen in der zwölften Woche dann von den 102, 49, von den 245, 91 in der 13. Woche und in der 14. von den 254, 200 - - 92 Fälle auf der Intensivstation. Also fast doppelt so viele wie bei den anderen SARI-Infektionen in dieser Anfangsphase. Das sind nur die 71 Krankenhäuser, die wir jetzt endlich in der SARI-Überwachung haben. Das ist ein wichtiger Punkt. Und dann die Dynamik ist natürlich ein anderer wichtiger Punkt. Wir hatten gesehen, das Virus ist jetzt in Deutschland. Wir hatten eine lange Zeit Fälle hier und da, die ein bisschen aufflackerten. Aber dann Anfang März bzw. in der zweiten Märzwoche sah man eben doch sehr deutlich, dass es jetzt sozusagen ins exponentielle Wachstum übergeht mit einer klar nachweisbaren Verdopplungszahl, also Verdopplungsrate alle drei Tage. Das ist auch leicht ausrechenbar. Also alle drei Tage heißt, dass aus 1 000 Patienten nach 30 Tagen eine Million werden und nach weiteren zehn Tagen zehn Millionen. Wenn man letztendlich das so laufen lässt, dann ist klar, dass bei einer entsprechenden Infection Fatality Rate relativ leicht auszurechnen ist, dass das eine sehr hohe Anzahl an Todesfällen letztendlich nach sich ziehen wird. Besonders betroffen die älteren Personen, aber eben auch das verteilt über die gesamten Altersgruppen. Dazu kommt natürlich noch, dass wir wussten, dass Kinder nicht schwer krank werden, aber mögliche Langzeitfolgen und ähnliches oder besondere Syndrome, wie es sich hinterher auch mit dem PIMS [Pädiatrisches

Inflammatorisches Multisystem-Syndrom] ja gezeigt hat, mit dem Inflammatorischen Syndrom, waren zu der Zeit noch nicht abzusehen. Also selbst wenn man sagt, die Bevölkerung hätte von sich aus sicherlich reagiert bei so einem Krankheitsbild, wäre es selbst bei einer Reduktion dieses theoretischen mathematischen Verlaufs immer noch zu sehr vielen Krankheits- und sehr vielen Todesfällen gekommen. Und ich denke, das war ein guter Grund hier zu handeln.

SV **Prof. Dr. Christian Weidner**: Herzlichen Dank.

Die **Vorsitzende**: Vielen herzlichen Dank. - Damit kommen wir zur AfD-Fraktion und es fragt Herr Lausen.

SV **Tom Lausen**: Vielen Dank, Frau Vorsitzende. Herr Schaade, wir haben ja schon ein paar Mal darüber gesprochen. Der Sonntag, der 15.03.2020, Sie haben das ja eben so ein bisschen gestreift, das ist der wichtigste Tag von Millionen Deutschen gewesen. Da haben Sie alleine mit Herrn [Dr. Lothar H.] Wieler auf dem Sonntag die wichtigste Entscheidung des RKI seit 1945 getroffen. Wo waren Sie an diesem Sonntag, dem 15.03., als Sie mit Herrn Wieler die Risikobewertung auf hoch besprochen haben?

Prof. Dr. Lars Schaade (Präsident des Robert Koch-Instituts): Wozu soll ich jetzt was sagen?

SV **Tom Lausen**: Ja, wo Sie waren.

Prof. Dr. Lars Schaade (Präsident des Robert Koch-Instituts): Da kann ich mich nicht mehr genauer dran erinnern, ob ich jetzt im Institut war. Ich war oft am Sonntag im Institut, weil wir das telefonisch gemacht haben. Das weiß ich nicht mehr.

SV **Tom Lausen**: Also es kann auch sein, dass Sie das telefonisch gemacht haben. Wo war denn Herr Wieler?

Prof. Dr. Lars Schaade (Präsident des Robert Koch-Instituts): Das kann ich Ihnen genauso wenig sagen. Das Ganze ist sechs Jahre her.

SV **Tom Lausen**: Dann möchte ich gerne Herrn Braun fragen. Wo waren Sie denn am 15.03., Sonntagnachmittag?

Prof. Dr. Helge Braun (Präsident der Universität zu Lübeck, Bundesminister für besondere Aufgaben und Chef des Bundeskanzleramtes a. D.): Wenn Sie mir die Frage vorher gestellt hätten, hätte ich in meinen alten Kalendern gekramt, aber das kann ich Ihnen so nicht sagen.

SV **Tom Lausen**: Okay, ich lese Ihnen das vor. In der „Süddeutschen“ steht das nämlich. Da steht: „Shutdown vom 26.04.2020, 15. März: Im Kanzleramt tritt ein kleiner Kreis zusammen, der eine große Weiche stellen wird. Neben Merkel ist Vizekanzler Olaf Scholz da, Kanzleramtschef Braun, Innenminister Seehofer, Gesundheitsminister Spahn und RKI-Präsident Wieler.“ Also können Sie uns über den Ablauf dieses Tages etwas sagen, also was da passiert ist? Haben Sie an dem Tag quasi entschieden, das Land runterzufahren mit Frau Merkel, Herrn Spahn, Herrn Seehofer und so weiter? Ist das der Tag, an dem Sie das entschieden haben, am 15.03.? Haben Sie das im Kanzleramt so entschieden?

Prof. Dr. Helge Braun (Präsident der Universität zu Lübeck, Bundesminister für besondere Aufgaben und Chef des Bundeskanzleramtes a. D.): Das Allererste, was ich dazu sagen möchte, ist, dass wir in einer Enquete-Kommission nicht die Möglichkeit haben, alle Unterlagen der Zeit aus der Regierung im Detail einzusehen. Deshalb kann ich Ihnen in der Detailtiefe, die Sie sich vielleicht vorstellen, das nicht beantworten. Aber was ist ganz klar ist -

SV **Tom Lausen**: Aber es steht auch in der „Süddeutschen Zeitung“.

Prof. Dr. Helge Braun (Präsident der Universität zu Lübeck, Bundesminister für besondere Aufgaben und Chef des Bundeskanzleramtes a. D.): - was ganz klar ist, -

SV **Tom Lausen**: Sie haben doch bestimmt Erinnerungen an den Tag.

Prof. Dr. Helge Braun (Präsident der Universität zu Lübeck, Bundesminister für besondere Aufgaben und Chef des Bundeskanzleramtes a. D.): Ja, die Süddeutsche Zeitung, das können Sie lesen, was die Zeitung schreibt -

SV **Tom Lausen**: Waren die dabei?

Prof. Dr. Helge Braun (Präsident der Universität zu Lübeck, Bundesminister für besondere Aufgaben und Chef des Bundeskanzleramtes a. D.): - aber Sie fragen mich jetzt, was ich Ihnen dazu sagen möchte. Im Kern ist es so, dass wir natürlich weder im Kanzleramt noch in Teilen des Kabinetts

irgendeine solche Entscheidung hätten treffen können, weil das auch gar nicht in der Verantwortung und der Macht dieser Gruppe steht.

SV **Tom Lausen**: Ich zitiere mal weiter, Herr Braun, vielleicht erinnern Sie sich dann besser: „Lothar Wieler trägt vor, wie sich die Zahlen entwickeln könnten und welche Folgen das für Krankenhäuser hätte. Helge Braun zieht schnell seinen Schluss aus Wielers Rechenmodell. Eine ungebremste Durchseuchung darf es in Deutschland nicht geben.“ Sie sind ja sozusagen da auf dem Vormarsch. Und am - - Oben steht ja, von der „Süddeutschen“, Sie haben eine große Weiche gestellt. Haben Sie an dem Tag entschieden, das Land runterzufahren? Für alle Deutschen?

Prof. Dr. Helge Braun (Präsident der Universität zu Lübeck, Bundesminister für besondere Aufgaben und Chef des Bundeskanzleramtes a. D.): Also Sie haben eben von Herrn Schaade auch noch mal aus genau diesem zeitlichen Kontext gehört, wie die Einschätzung des RKI war, zu der sich zu dem Zeitpunkt entwickeln -

SV **Tom Lausen**: Das ist nicht die Frage. Ich will das nur wissen -

Die **Vorsitzende**: Herr Lausen, lassen Sie doch bitte Herrn -

SV **Tom Lausen**: Nein, es tut mir leid, wir haben so wenig Zeit -

Die **Vorsitzende**: Nein, Sie lassen jetzt bitte den Sachverständigen -

SV **Tom Lausen**: - Sie haben ja den Gast darauf hingewiesen, Frau Hoppermann.

Die **Vorsitzende**: - mal ausreden.

SV **Tom Lausen**: Ja, Sie haben ja den Gast darauf hingewiesen.

Die **Vorsitzende**: Stopp, jetzt habe – Herr Lausen – ich habe das Wort als Vorsitzende. Wir haben die Uhr angehalten. Wenn Sie es ernst meinen mit einer Beratung zu einer Frage, die hier lautet „Eindämmungsstrategien und Entwicklung alternativer Ansätze“ und eine Frage stellen, müssen Sie auch die Antworten darauf hören lassen. Dann stellen Sie bitte eine Frage und lassen die Experten darauf antworten. Jetzt kann die Uhr weiterlaufen und Sie stellen eine Frage, bitte.

SV **Tom Lausen**: Haben Sie an dem Tag entschieden, das Land runterzufahren?

Prof. Dr. Helge Braun (Präsident der Universität zu Lübeck, Bundesminister für besondere Aufgaben und Chef des Bundeskanzleramtes a. D.): Nein, wir haben zu dem Zeitpunkt im Kanzleramt in mehreren Beratungen mit unseren zuständigen Behörden und Experten den Ernst der Lage natürlich genauso beraten und eingeschätzt, wie Herr Schaade das gerade gesagt hat. Daraus ergab sich selbstverständlich die Notwendigkeit eines Handelns, auch mit entsprechenden Maßnahmen. Die haben wir dann im weiteren Verlauf intensiv mit Parlament und natürlich mit Koalition und mit den Bundesländern beraten und dann gemeinsam die Entscheidungen getroffen, die Sie kennen.

SV **Tom Lausen**: Gut, also war die Risikobewertung, die Herr Wieler vorgetragen hat, schon auf hoch oder war die noch auf mäßig? Denn sie war am Freitag, dem 13., noch auf mäßig, also nachdem die Ministerpräsidentenkonferenz die Schulschließung beschlossen hatte und die elektiven Operationen auszusetzen. War die Risikostufe am Nachmittag auf hoch oder auf mäßig?

Prof. Dr. Helge Braun (Präsident der Universität zu Lübeck, Bundesminister für besondere Aufgaben und Chef des Bundeskanzleramtes a. D.): Wir haben zu dem Zeitpunkt nahezu täglich uns das Risiko angeguckt und wir haben genau in diesem zeitlichen Zusammenhang sehr deutlich gesehen, dass wir uns in einem exponentiellen Wachstum befinden und das ist eben das Besondere.

SV **Tom Lausen**: War die Risikobewertung auf hoch oder auf mäßig war die Frage?

Prof. Dr. Helge Braun (Präsident der Universität zu Lübeck, Bundesminister für besondere Aufgaben und Chef des Bundeskanzleramtes a. D.): Wir haben in solchen Runden ganz sicherlich nicht so kategorial diskutiert, sondern die Frage immer -

SV **Tom Lausen**: Gibt es ein Protokoll zu der Sitzung an dem Tag? Denn offensichtlich - -, Herr Schaade hatte mir beim letzten Mal gesagt, seine Entscheidung sei nicht dokumentiert. Es wundert mich bei zwei Beamten, dass sie diese Entscheidung der Hochstufung nicht dokumentiert haben. Herr Schaade, warum haben Sie das nicht dokumentiert?

Prof. Dr. Lars Schaade (Präsident des Robert Koch-Instituts): Also, wir haben die Beweggründe in dem Text dokumentiert, der dann auch veröffentlicht worden ist. Da steht es ja sehr genau drin, warum wir uns dazu entschlossen haben.

SV **Tom Lausen**: Ja, aber die Sitzung, das Gespräch haben Sie nicht dokumentiert.

Die **Vorsitzende**: Ich glaube, wir müssen dann jetzt die nächste Befragung auf die nächste Runde verschieben. Damit endet - -

SV **Tom Lausen**: Danke schön.

Die **Vorsitzende**: - Kommen wir zur SPD-Fraktion und Frau Machalet.

Abg. **Dr. Tanja Machalet** (SPD): Ja, vielen Dank, Frau Vorsitzende. Meine Frage richtet sich zunächst an Piotr Kramarz. Und zwar können Sie noch mal sagen, ab welchem Zeitpunkt waren Sie in der Lage zu beurteilen, dass sich die Verbreitung des Virus zu einer weltweiten Pandemie mit erheblichem Risiko für die Bevölkerung, Gesundheitssysteme und die staatliche Handlungsfähigkeit entwickeln könnte?

Dr. Piotr Kramarz (Chefwissenschaftler am Europäischen Zentrum für die Prävention und die Kontrolle von Krankheiten (ECDC)): Wir erfuhren bereits am 31. Januar 2019 von der Häufung von Lungenentzündungen in Wuhan und verfolgten die Entwicklungen im Rahmen unserer Epidemieaufklärung von Anfang an, stets jedoch auch in sehr enger Zusammenarbeit mit unseren Partnern, den globalen Zentren für Krankheitsbekämpfung und -prävention und der WHO. Am 30. Januar 2020 erklärte der WHO-Generaldirektor den Ausbruch auf Empfehlung des Notfallausschusses zu einer gesundheitlichen Notlage von internationaler Tragweite. Das war ein klares Anzeichen dafür, dass sich diese Notlage zu einer globalen Pandemie entwickeln könnte. Natürlich haben wir die epidemiologische Lage seit Ende 2019 ebenfalls aktiv überwacht und die EU-Mitgliedstaaten darüber informiert, und wir waren sehr besorgt, sobald wir erkannten, dass das Virus von Mensch zu Mensch übertragbar war und Fälle tatsächlich schon recht früh außerhalb von Wuhan entdeckt wurden. Daher haben wir bereits am 20. Januar in unserer schnellen Risikobewertung festgestellt, dass der Ausbruch unter Berücksichtigung aller Faktoren große Auswirkungen haben könnte und eine weitere weltweite Ausbreitung wahrscheinlich sei.

Abg. **Dr. Tanja Machalet** (SPD): Welche Daten waren denn in der Pandemie für das EC/DC besonders entscheidend, um die epidemiologische Lage in Europa belastbar einzuschätzen? Und wo gab es strukturelle Defizite bei der Qualität, Vergleichbarkeit und Geschwindigkeit der Datenlieferungen?

Dr. Piotr Kramarz (Chefwissenschaftler am Europäischen Zentrum für die Prävention und die Kontrolle von Krankheiten (ECDC)): In einigen Phasen der Pandemie haben wir verschiedene Arten von Daten verwendet. In der Regel verfügen wir zu Beginn eines solchen Ereignisses, bei dem ein neuer Erreger auftritt, nicht über ein für die Erhebung solcher Daten geeignetes Surveillance-System, sondern greifen auf epidemische Aufklärung und Ereignisberichterstattung zurück. Mit diesen Systemen haben wir Daten erhoben und über das Frühwarn- und Reaktionssystem weitergegeben, das ein sicheres System für unsere Kommunikation mit den Ansprechpersonen in den Mitgliedstaaten ist. Auf diese Weise haben wir also die Informationen zusammengetragen, und in der Anfangsphase der Pandemie lag der Schwerpunkt auf der Eindämmung, der Erkennung eingeschleppter Fälle und darauf, die Ausbreitung der Infektion zu bremsen, um Zeit für den Aufbau eines Surveillance-Systems, die Entwicklung von Maßnahmen, etwa in Form von Impfstoffen, und die Vorbereitung des Gesundheitssystems zu gewinnen. In der nächsten Phase haben wir in Zusammenarbeit mit unseren Kolleginnen und Kollegen von der WHO unser reguläres Surveillance-System aufgerüstet, damit es die Daten aufnehmen kann. Bereits am 24. Januar 2020 haben wir dann mit der Erhebung strukturierter Daten zu den Infektionen begonnen. Die detaillierte Überwachungsstrategie besprechen wir in der Regel mit Sachverständigen in den Mitgliedstaaten. Zudem haben wir sie im Rahmen unseres gemeinsamen Surveillance-Netzwerks mit der WHO erörtert und im April 2020 eingehendere Empfehlungen zur Surveillance veröffentlicht. Schon damals waren wir in der Lage, Daten zu erheben und sie nach Indikatoren wie Alter, Geschlecht, Zeitpunkt, Ort, Hospitalisierung, Einweisung auf Intensivstationen und Todesfälle aufzuschlüsseln. Anschließend begann eine Phase,

in der Tests nicht mehr nur zum Zweck der epidemiologischen Überwachung, sondern auch für den Zugang zu öffentlichen Räumen oder grenzüberschreitende Reisen durchgeführt wurden. Auch in dieser Phase mussten wir die Datenerhebung ausweiten, um diesen Gegebenheiten Rechnung zu tragen. Es gab also einige Phasen der Datenerhebung, in denen wir rasch auf die sich ändernde Lage reagieren mussten.

Die **Vorsitzende**: Vielen herzlichen Dank. - Wir kommen zu BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und Professor Salzberger.

SV **Prof. Dr. Bernd Salzberger**: Ja, meine Frage geht an Herrn Braun zunächst mal. Herr Braun, vielen Dank, dass Sie da sind. Vielen Dank, dass Sie damals Anfang März oder Mitte März so sozusagen dezisiv und kräftig gehandelt haben. Ich glaube, die erste Welle in Deutschland ist nicht ausgeblieben, aber die erste Welle ist sozusagen mit wenig Folgeschäden abgelaufen. Und das ist, glaube ich, sozusagen tatsächlich ein Erfolg Ihrer und der Politik des RKIs.

Ich wollte aber auf was anderes hinaus. Wir haben am Anfang ja sozusagen gar nicht gewusst, in welcher Größenordnung die einzelnen dieser Maßnahmen wirken. Haben Sie von Anfang an Instrumente aufgesetzt, die sozusagen im Rückblick dann diese Wirksamkeit in irgendeiner Form bewerten? Es war ja klar, dass etwas Ähnliches in vielen Ländern gleichzeitig passiert. Nicht gleichzeitig, aber sozusagen tatsächlich ähnlich zeitig.

Prof. Dr. Helge Braun (Präsident der Universität zu Lübeck, Bundesminister für besondere Aufgaben und Chef des Bundeskanzleramtes a. D.): Also im Wesentlichen muss man sagen, in der Tat rund um Ostern 2020 haben wir alle nach den Maßnahmen sehr lange auf die Zahlen geschaut und haben uns gefragt, ob sie der Größenordnung nach geeignet sind, um diese erste Welle zu brechen. Und das war ein sehr glücklicher Moment zu sehen, als wirklich das Plateau erreicht war und die Zahlen wieder runtergingen. Das war zu dem Zeitpunkt sehr schwer abzuschätzen. Es gab natürlich in der Wissenschaft schon viele, die auch Modellierungen machen, aber die Grundlage war relativ gering. Und wir haben in dem weiteren Kontext, glaube ich, der Pandemie eine ganze Menge Dinge aufgesetzt, also mehr in den Bereich der Modellierung investiert. Aber ich glaube, das ist eben ja auch schon angekommen, gerade das Thema Surveillance-Systeme und auch das Thema Panels ist extrem wichtig, um in solchen Situationen das einschätzen zu können. Und da haben wir damals auch gelernt, dass wir gerade beim Thema Surveillance zum Beispiel extrem viel schlechter sind als zum Beispiel Südafrika oder solche Länder, die mit Infektionskrankheiten wirklich mehr zu tun haben, mehr Erfahrungen im Alltag. Und das weiter zu stärken, wäre auch eine Strong Recommandation.

SV **Prof. Dr. Bernd Salzberger**: Ja, vielen Dank. Der zweite Punkt betrifft eigentlich die internationale Kommunikation. Wir haben das ECDC in Europa, was sozusagen Daten aus den verschiedenen Ländern sammelt. Ist da eine enge Abstimmung gewesen, was in den anderen Ländern passiert? Europa ist ja sozusagen eine große Gemeinschaft. Hat man sich überlegt, Dinge parallel zu machen, gemeinsam zu machen oder auch die Erfahrungen aus anderen Ländern rasch zu analysieren?

Prof. Dr. Helge Braun (Präsident der Universität zu Lübeck, Bundesminister für besondere Aufgaben und Chef des Bundeskanzleramtes a. D.): Es gab natürlich ja auch zu dem Zeitpunkt viele europäische Räte, aber auch ich habe ganz persönlich mich mit den Amtskollegen – den Chief of Staffs oder Kanzleramtsministern oder wie sie in den unterschiedlichen europäischen Ländern heißen, auch gerade den direkten Kollegen, mit denen wir gemeinsame Grenzen haben – sehr intensiv ausgetauscht. Und unterm Strich muss man sagen, die Maßnahmen sind ja auch in den Ländern dem Umfang und der Intensität nach relativ ähnlich ausgefallen. Und trotzdem, so wie wir zwischen den Bundesländern unterschiedliche Maßnahmenstärken hatten, hatten wir das auch in Europa natürlich, eine gewisse Unterschiedlichkeit. Wir haben uns ausgetauscht, aber natürlich hat in so einer Situation auch jeder mit der Akzeptanz im eigenen politischen System, im eigenen Land gerungen und deshalb kann man sozusagen von einer komplett abgestimmten Handlungsweise nur da sprechen, wo auch wirklich eine europäische Kompetenz war, und die hatten wir in der Tat in diesem Bereich, über den wir heute sprechen, nicht.

SV **Prof. Dr. Bernd Salzberger**: Okay, vielen Dank.

Die **Vorsitzende**: Sie haben noch über eine Minute Zeit. Möchte noch jemand für die Fraktion fragen?

SV **Prof. Dr. Bernd Salzberger**: Ja, ich glaube, da stelle ich die nächste Frage an Frau Rehfuess. Ich glaube, Sie haben sich mit diesen Dingen sehr beschäftigt mit der nachträglichen Bewertung von NPIs. Was müssen wir denn tun, damit wir in der nächsten Pandemie dafür gut aufgestellt sind? Welche Strukturen würden Sie sich in Deutschland wünschen, damit wir eine solche Analyse schnell durchführen können und auch gut durchführen können?

Prof. Dr. Eva Annette Rehfuess, BA MA (Oxon) PhD (Professorin für Public Health und Versorgungsforschung, Interimsdirektorin des Instituts für medizinische Informationsverarbeitung, Biometrie und Epidemiologie an der Ludwig-Maximilians-Universität München): Ich versuche das mal in 40 Sekunden. Wir können es ja noch mal vertiefen. Also zum einen die Datenlage. Surveillance-Daten wurden jetzt schon vielfach angesprochen. Ohne die geht es natürlich nicht. Wir müssen aber auch die Maßnahmen an sich viel besser dokumentieren, auch in den Ländervergleichen. Es gab - - also ich allein kenne sieben unterschiedliche Taxonomien, wie diese Maßnahmen sortiert werden und das erklärt dann auch oft die Unterschiedlichkeit der Ergebnisse, wenn man dann basierend auf der einen oder der anderen Taxonomie und mit Schwächen bei den Surveillance-Daten da zugange ist in der Forschung.

Und dritter Punkt, und der ist fast am wichtigsten: Wir müssen uns jetzt wirklich daran machen, diese Forschungsfragen sauber zu formulieren, Forschungsprotokolle zu erstellen, Ethikanträge jetzt schon vorab prüfen zu lassen und zum Beispiel auch Zugänge zu Einrichtungen wie Schulen, Arbeitsplatz usw. in die Wege zu leiten. Das geht sonst auf die Schnelle nicht.

Die **Vorsitzende**: Vielen herzlichen Dank. - Dann kommen wir zur Fraktion Die Linke und es fragt Professor Rosenbrock.

SV **Prof. Dr. Rolf Rosenbrock**: Vielen Dank, Frau Vorsitzende. Meine Frage geht an Frau Professorin Reifegerste. Frau Reifegerste, Sie haben uns in Ihrem mündlichen Statement wie auch in Ihrer, wie ich finde, hervorragend strukturierten schriftlichen Vorlage eindrücklich gezeigt, wie professionell nach den Regeln von Public Health ablaufende Risiko- oder Gesundheitskommunikation abläuft, dass sie eben in der Lage ist, die Anzahl der Neuinfektionen zu senken, gesellschaftliches Vertrauen zu stärken, Polarisierung zu verhindern, sozialen Zusammenhalt zu stärken. Hatten Sie denn während der Pandemie den Eindruck, dass die Bundesregierung oder die nachgeordneten Stellen – in dem Fall wäre ja in erster Linie die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, heute Bundesinstitut für öffentliche Gesundheit, zu nennen – eine diesen Kriterien entsprechende oder diesen Anforderungen entsprechende Risikokommunikation betrieben haben und wenn das nicht der Fall ist, welche Defizite sind Ihnen denn besonders aufgefallen und welche halten Sie für besonders wichtig?

Prof. Dr. Doreen Reifegerste (Professorin für Gesundheitskommunikation an der Universität Bielefeld): Ja, danke für die Nachfrage. Da würde ich mit dem klaren Jein antworten. Also einerseits, ich habe ja gesagt, in der Krise braucht es immer viele Informationen. Das würde ich sagen, gab es. Manchmal eher zu viele. Ein Problem bei so vielen, und das war eins, was ich ja schon angedeutet habe, wenn es so widersprüchliche oder von vielen verschiedenen Institutionen - - Sie haben ja konkret mitgefragt, auch nach Bundesbehörden. Also was wir eher von den Medienhäusern hatten, ich erinnere da an den Podcast von [Professor Dr. Christian] Drosten, der auch immer wieder kommt von Menschen, wenn ich mit denen spreche. Dort hatten wir diese Sache, dass auch klar wurde: Ah ja, es gibt Unsicherheiten und wir wissen nicht immer alles, was wir da so erzählen oder was Sie ja gerade thematisiert hatten. Was sind die Sicherheiten, mit denen wir arbeiten können oder was sind auch die Unsicherheiten? Das würde ich sagen, ist eher von anderen Quellen gekommen als von den Bundesbehörden.

Dann hätten wir noch das Thema partizipative oder dialogische Entwicklung. Da würde ich sagen, ist auch noch Verbesserungsbedarf. Das ist natürlich in so einer Krise immer schwierig, da erstmal in den Diskurs zu gehen und auszuhandeln, wer jetzt welche Bedürfnisse hat und wie abgeholt werden muss. Da weiß man aber auch aus anderen Zusammenhängen schon vieles. Das ist auch nicht so etwas, wo man dann plötzlich überrascht ist,

dass es manche Gruppen gibt, Bevölkerungsgruppen oder auch mediale Gruppen, die vielleicht andere Bedürfnisse haben, wo soziale Bedürfnisse vielleicht wichtiger sind. Da würde ich sagen, an manchen Stellen und in manchen Phasen der Pandemie gab es da eher abwertende Bewertungen auch von abweichenden Meinungen, die dann eher wieder zu Widerständen möglicherweise geführt haben.

Jetzt überlege ich kurz, was noch ein Punkt ist. Generell der Punkt, darüber haben wir gerade schon gesprochen, der Punkt, dass solche Bedürfnisse, also kommunikative Bedürfnisse, soziale Bedürfnisse auch einfach mitgedacht werden, wenn ich Entscheidungen treffe. Also vielleicht, dass die Entscheidungen trotzdem so fallen, wie sie fallen, aber dann auch überlege, wie kann ich die auch verständlich und nachvollziehbar rüberbringen. Das sind ja oft auch Zumutungen gewesen. Und die Frage ist ja eher, wie vermittle ich dann so eine Zumutung, warum ist die notwendig, auf welchen Wissensständen basiert das und wie kann ich die Leute emotional und sozial da auch mitnehmen.

SV **Prof. Dr. Rolf Rosenbrock**: Eine Zusatzfrage, wenn ich darf, ich habe ja noch eine Minute: Sie sagten, also wenn man fragt, wer hat Risikokommunikation betrieben, hört man immer nur Drosten, Drosten, Podcast, Podcast. Das heißt aber auch sozusagen, dass die relevanten staatlichen Akteure ein bisschen außen vor waren. Also hat die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, die eigentlich ja die Aufgabe hätte, den nationalen Risikodiskurs zu organisieren, mit Pros und Kontras und Unsicherheiten und klaren Anweisungen, was zu tun ist - - ist ein bisschen ausgefallen. Habe ich Sie da richtig verstanden?

Prof. Dr. Doreen Reifegerste (Professorin für Gesundheitskommunikation an der Universität Bielefeld): Also ausgefallen, auch da wieder so ein Jein. Ich glaube, was eher den Institutionen auf die Füße gefallen ist oder so ein bisschen schwierig war – da habe ich ja hier auch RKI sitzen – ist so diese - -, man hatte so eine klare Idee oder vermeintlich klare Idee, wer für was zuständig ist, also RKI eher für das Fachpublikum, die BZgA [Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung] eher für die breite Öffentlichkeit und ich glaube, in dem Zuge ist es dann einfach aufgefallen, so leicht lässt sich das gar nicht trennen in so einer Medienwelt, die konvergiert. Also wo sozusagen die Bevölkerung sich das eben auch aus ganz anderen Quellen noch heranholt, das Wissen und auch eine Bevölkerung, der das eigentlich am Ende egal ist, wer ihr das sagt, sondern sie will das wissen.

Die **Vorsitzende**: Vielen Dank. - Damit sind wir mit der ersten Runde zum Ende gekommen und starten die zweite Runde mit der Unionsfraktion und der Kollege Hose bekommt das Wort.

Abg. **Michael Hose** (CDU/CSU): Vielen Dank, Frau Vorsitzende. Herr Professor Braun, Sie haben vorhin in Ihrem Eingangsstatement gesagt, dass Sie wissenschaftliche Institutionen, die konsensbasiert sind, wie die Leopoldina, stärken wollen. Meine Fragen dazu wären, wie ist das Ihnen gelungen gerade in der Anfangsphase und was würden Sie sich bei der Wissenschaftseinbindung konkret für eine nächste Notsituation, Pandemie, wünschen?

Prof. Dr. Helge Braun (Präsident der Universität zu Lübeck, Bundesminister für besondere Aufgaben und Chef des Bundeskanzleramtes a. D.): Also ich glaube, wenn man heute darauf schaut, dann gibt es viele, die in der Wissenschaft sich bemüht haben, mit ihrer Expertise mit zur Aufklärung und zum Verständnis der Pandemiesituation beizutragen und gleichzeitig haben wir natürlich medial auch erlebt, dass der notwendige wissenschaftliche Diskurs, also das Bestreitbare, das die Wissenschaft immer in sich trägt, am Ende auch zur Verwirrung in der Bevölkerung geführt haben. Und deshalb glaube ich, braucht es ein breites Verständnis darüber, dass zum Beispiel in Fachgesellschaften, aber ganz besonders natürlich in sowas wie einer nationalen Akademie der Lebenswissenschaften Leopoldina, Konsensprozesse ablaufen, die uns helfen zu verstehen, was die weit überwiegende Mehrheit der Wissenschaft momentan als gesicherte Erkenntnis sieht und auf sowas muss die Politik sich stützen. Genauso wie auch zum Beispiel das RKI als Ressortforschungseinrichtung, die ja sogar den gesetzlichen Auftrag hat, die Bundesregierung zu beraten und ihr die Informationen bereitzustellen. Und das ist eine Einordnung, glaube ich, die ist wichtig fürs Verständnis, damit der Bürger nicht ratlos zurückbleibt, wenn er in einen wissenschaftlichen Diskurs verwickelt wird, in dem auch sehr unterschiedliche Positionen dargelegt werden. Das haben wir sehr häufig

wahrgenommen und es hat sich am Ende – es ist auch versucht worden, von interessierter Stelle gegen die Wissenschaft als Ganzes zu wenden – und deshalb genau solche Institutionen zu stärken, auch Institutionen wie zum Beispiel den Nationalen Ethikrat, der auch eine wichtige Rolle gespielt hat. Ein Verständnis für die Aufgabe der STIKO [Ständige Impfkommission], des Paul-Ehrlich-Instituts, also all der Ressortforschungseinrichtungen, Institutionen, glaube ich, ist ganz wichtig. Und auch sozusagen journalistische Gremien, die häufig die Funktion oder die akademische Funktion der Personen herausstellen, aber diesen Kontext nicht immer mit beleuchten. Das ist, glaube ich, ganz wichtig für die Akzeptanz, damit die Bevölkerung in einer sinnvollen Weise am wissenschaftlichen Diskurs teilhaben kann, ohne verunsichert zu sein.

Abg. **Michael Hose** (CDU/CSU): Vielen Dank. Sie haben jetzt schon angesprochen, es gab jetzt Versuche, die Wissenschaft zu diskreditieren. Ehrlicherweise waren die ja auch nicht ganz unerfolgreich. Gleichzeitig haben wir natürlich auch viele Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler auch hier schon gehört, die gesagt haben, die Expertise, die sich geholt wurde, war ein bisschen zu einseitig. Also es hätten andere Professionen, andere Fachrichtungen vertreten sein sollen. Wie stehen Sie dazu?

Prof. Dr. Helge Braun (Präsident der Universität zu Lübeck, Bundesminister für besondere Aufgaben und Chef des Bundeskanzleramtes a. D.): Also ich glaube, wir haben zum einen genau den Weg gewählt, den ich gerade gesagt habe. Wir haben im Nationalen Ethikrat zum Beispiel eine ganz breite Professionalität, um eben die verschiedensten Fragen zu berücksichtigen. Deshalb hatte er eine große Rolle. Wir haben die Leopoldina, wir haben unsere Referenzinstitute, wir haben das Deutsche Zentrum für Infektionsforschung. Also wir haben versucht, genau solche Dinge heranzuziehen und haben gerade in dem Bereich sozialwissenschaftlicher Expertise, die teilweise in diesen lebenswissenschaftlichen Kontexten so nicht eingebunden waren, auch noch weitere Einzelpersonen mit in die Beratungen einbezogen. Also ich glaube, wir haben das getan. Aber wichtig ist, glaube ich, eine Lehre, dass die sozialwissenschaftlichen Aspekte zum Beispiel in Zukunft in den schon genannten Institutionen auch noch eine stärkere Einbindung erfahren, um noch einen breiteren Blick auch der Politik zur Verfügung zu stellen.

Abg. **Michael Hose** (CDU/CSU): Und was erhoffen Sie sich von diesem breiteren Blick? Also es ist ja auch eine Frage dessen, dass gerade diese Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler, die Sie angesprochen haben, gesagt haben, Ihre Aspekte oder die Folgen, die die Maßnahmen haben, sind vielleicht nicht genug betrachtet worden. Also hoffen Sie sich dafür, dass man das nächste Mal, dass die Politik breiter auf diese Punkte schauen kann?

Prof. Dr. Helge Braun (Präsident der Universität zu Lübeck, Bundesminister für besondere Aufgaben und Chef des Bundeskanzleramtes a. D.): Ich glaube, dass eigentlich man – wenn man auf die Corona-Pandemie schaut – das als eine großartige Erfolgsgeschichte der Wissenschaft betrachten kann. Also die Tatsache, dass wir so schnell zu einem Impfstoff gekommen sind, auch mit großem wissenschaftlichem Anteil aus Deutschland, die Tatsache, dass wir so schnell und umfangreich Tests hatten, dass wir - - das sind alles Dinge, das hätten sich in früheren Jahrzehnten, Jahrhunderten andere gewünscht, dass sie in einer solchen Situation so viel Unterstützung haben. Und ich glaube, gerade der Anteil der deutschen Wissenschaft, auch mit der Aufklärung des Genoms und anderem, wir waren besonders schnell und auch haben einen sehr, sehr relevanten Anteil geleistet. Wenn man dann gleichzeitig sieht, dass sozusagen auch empirisch das Vertrauen in Wissenschaft während der Pandemie leidet, dann eben genau deshalb, weil dieses der Wissenschaft immanente, das wir dazugelernt haben. Dass das, was man vielleicht im März 2020 gesagt hat, im Jahr 2024 nicht mehr so gilt, das ist wissenschaftliche Weiterentwicklung und das muss richtig eingeordnet werden und deshalb, glaube ich, ist das noch nicht überall klar und das muss aber so sein.

Die **Vorsitzende**: Vielen Dank. - Damit kommen wir zur AfD-Fraktion und es fragt Professor Homburg.

SV **Prof. Dr. Stefan Homburg**: Vielen Dank, Frau Vorsitzende. Meine Frage geht an Herrn Braun noch mal. Also wir versuchen zu verstehen einfach, was da im März passiert ist und warum wir überhaupt einen Lockdown hatten. Ich zitiere

noch mal kurz aus der „Süddeutschen“: „Im Kanzleramt tritt ein kleiner Kreis zusammen am Sonntag, der eine große Weiche stellen wird. Merkel, Scholz, Braun, Seehofer, Spahn, Wieler.“ Und dann heißt es weiter: „Die Runde im Kanzleramt wird sich einig, einen Shutdown zu verhängen.“ Einen Tag später verkündet das RKI, das Risiko würde hochgestuft. Das wirkt doch so, dass Sie politisch entschieden haben, einfach einen Lockdown zu verhängen und dann hat das RKI die Risikostufe so angepasst, dass das irgendwie wissenschaftsgeleitet aussah. Aber ich habe auch Herrn Drosten gefragt, auf welche Daten sich eigentlich die ganze Panikmache stützte. Bis jetzt habe ich hier noch nie eine Antwort bekommen. Was wäre Ihre?

Prof. Dr. Helge Braun (Präsident der Universität zu Lübeck, Bundesminister für besondere Aufgaben und Chef des Bundeskanzleramtes a. D.): Also ich kann Ihnen nur sagen, wir haben schon im Januar, als in China deutlich wurde, dass eine Übertragung von Mensch zu Mensch auch unter den hygienischen Bedingungen im Krankenhaus stattfindet, angefangen, dieses Coronavirus sehr genau zu betrachten. Schon im Januar ist es auch ja genetisch analysiert worden. Also wir haben das sehr viel früher als März ernst genommen und Mitte März war genau die Phase, wo wir gesehen haben – und das war ja auch das Eingangsstatement von Herrn Schaade –, dass wir nicht mehr durch Einzelnachverfolgung in der Lage sind, diese Pandemie zu verhindern -

SV **Tom Lausen**: Ja, aber warum? Warum?

Prof. Dr. Helge Braun (Präsident der Universität zu Lübeck, Bundesminister für besondere Aufgaben und Chef des Bundeskanzleramtes a. D.): - oder eine Ausweitung auf deutschen Boden. Sondern, dass wir in ein logarithmisches Wachstum der Fälle in Deutschland gehen und deshalb können Sie sagen, nicht nur an diesem Tag, sondern an ganz vielen Tagen in diesem Umfeld haben wir immer wieder zusammengesessen, haben immer wieder evaluiert, ob unsere Maßnahmen ausreichen.

SV **Prof. Dr. Stefan Homburg**: Okay, okay, danke, das reicht mir. Dann stelle ich die Folgefrage an Herrn Schaade: Sie waren ja Vorsitzender des RKI-Krisenstabs, dessen Protokolle durch einen Whistleblower geleakt wurden. Sie wissen genau, dass nach Ihrer syndromischen Surveillance, sogenannte SARI-Fälle, wir bereits ab Mitte März einen Rückgang hatten und kein Wachstum. Ich zitiere jetzt mal wortwörtlich aus Ihrem Protokoll: „Ergebnisse legen nahe, dass SARS-CoV-2 nicht breit zirkuliert. Diese Trends sollten besser erstmal nicht formuliert werden, da es sonst schwierig sein kann, weitere Maßnahmen zu begründen.“ Meine Frage: Es geht ja hier offensichtlich um eine Manipulation der Öffentlichkeit. Hat das Herr Spahn Ihnen gegenüber angeordnet? Hat das Herr Holtherm angeordnet oder war das Ihre eigene Idee?

Prof. Dr. Lars Schaade (Präsident des Robert Koch-Instituts): Also mir hat niemand etwas gegenüber angeordnet und Sie irren sich einfach in der Annahme, dass die SARI-Fälle in dieser Zeit gesunken seien und da überhaupt keine Covid-SARI-Fälle beigewesen sind. Wenn Sie die natürlich in Ihren Darstellungen weglassen, dann macht das natürlich den Eindruck - - Ich habe hier auch mal eine Darstellung, die sieht jetzt etwas anders aus, da habe ich die weiter auseinanderdividiert und da sieht man eben sehr wohl, dass in der Woche, ab Woche neun, bis Woche zehn, auch die SARI-Fälle, die Covid-SARI-Fälle, steigen, dass die aber in der Darstellung der Gesamt-SARI-Fälle – und da muss man immer zu wissen und das lassen Sie gern weg –, dass die Gesamt-SARI-Fälle sämtliche Atemwegsinfektionen sind, die es gibt. Das heißt, alle Viren und alle Bakterien und auch Influenza. Und am Anfang des Jahres kommt man halt aus der Influenzawelle raus, das heißt der absteigende Schenkel der Influenzawelle verdeckt die dann auftauchenden Covid-SARI-Fälle, wenn man sie sozusagen in einer Darstellung summiert. Das kann man aber auseinanderziehen, das habe ich jetzt hier gemacht, ich darf das jetzt nicht hochhalten -

SV **Prof. Dr. Stefan Homburg**: Wir dürfen hier leider keine Grafiken zeigen.

Prof. Dr. Lars Schaade (Präsident des Robert Koch-Instituts): - dann sieht man sehr schön, dass eben hier in dem absteigenden Schenkel der Influenzawelle gleichzeitig die Covid-SARI-Fälle aufsteigen -

SV **Prof. Dr. Stefan Homburg**: Ja aber, Herr Schaade, das ist doch -

Prof. Dr. Lars Schaade (Präsident des Robert Koch-Instituts): Kann ich bitte aussprechen -

SV **Prof. Dr. Stefan Homburg**: - das ist doch -

Prof. Dr. Lars Schaade (Präsident des Robert Koch-Instituts): Nein. Möchten Sie jetzt hören, was ich antworte oder nicht?

SV **Prof. Dr. Stefan Homburg**: - lächerlich. Sie haben doch die SARI-Fälle insgesamt und klinikpflichtige Atemwegserkrankungen, egal durch welchen Erreger, egal ob durch Rhino, RS-Viren, Influenza - - und diese Gesamtbelastung der Krankenhäuser durch schwere Atemwegsinfektionen, die sank und das wussten Sie zu dem Zeitpunkt, wo Sie das Risiko hochstuften, weil Sie gleichzeitig irgendwelches PCR[Polymerase-Kettenreaktion]-Voodoo einführen, was völlig irrelevant ist.

Prof. Dr. Lars Schaade (Präsident des Robert Koch-Instituts): Bei gleichzeitig exponentiell steigenden Covid-SARI-Fällen und das kann man sich dann ja überlegen, wie sich die Sache weiterentwickelt und das können Sie auch nachlesen, das ist alles veröffentlicht. Das steht auch auf dem Infektionsradar, da können Sie den Anteil der Covid-SARI-Fälle sehen und deshalb glaube ich, dass Sie das einfach hier falsch darstellen.

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

Abg. **Dr. Lina Seitzl** (SPD): Vielen Dank, Frau Vorsitzende. Im Gegensatz zu Herrn Professor Homburg und Herrn Lausen interessiert mich tatsächlich, was Herr Professor Schaade zu sagen hat zu diesen Fragen, die gestellt wurden. Deswegen würde ich Ihnen gerne die Zeit oder die Möglichkeit geben, noch mal auszuführen, was Sie jetzt gerade aufgrund der Zeit und der Zwischenunterbrechung Ihres Redeflusses nicht sagen konnten.

Prof. Dr. Lars Schaade (Präsident des Robert Koch-Instituts): Ja, also ich möchte noch mal anführen, also erstmal ist es wichtig zu verstehen: Was sind SARI-Fälle? Das sind schwere, akute Atemwegsinfektionen. Das ist so definiert, dass diese Personen im Krankenhaus sind und unter diesen Fällen gibt es natürlich auch noch welche, die dann auf der Intensivstation sind. Das messen wir jedes Jahr, üblicherweise haben wir auch das ganze Jahr über irgendwelche Atemwegsinfektionen, weil eben alle Bakterien und alle Viren, die das machen, dort gesammelt sind und wir sehen eben jedes Jahr im Winter die Influenzawelle, die dann eben auch die Hauptlast ausmacht. Und wenn dann natürlich ein neues Virus hinzukommt und sich das gerade erst beginnt zu verbreiten in Deutschland – und das kann man sowohl an den SARI-Fällen sehen als auch eben an der PCR –, dann macht das natürlich am Anfang erst nur einen kleinen Teil dieser Gesamtfälle aus. Und wenn man aus einer - - von einem sehr großen Niveau kommt und gleichzeitig bei diesem Sinken ein Anstieg eines neuen Virus in diesem Land zu sehen ist, dann macht das natürlich, wenn man auf die Gesamtzahl guckt, den Eindruck, als ob das gar nicht da wäre, weil es schlicht darin untergeht. Man kann dann sehr schön sehen, dass mit dem Ergreifen der Maßnahmen nicht nur die PCR-Nachweise fallen, sondern dass eben auch die SARI-Fälle fallen. Und dann im Folgejahr, im Herbst, ist eben auch wieder sehr schön zu sehen, dass die nächste Kurve oder die nächste Welle im Winter, die ja in der Darstellung von Herrn Homburg eben auch immer so aussieht, als sei alles ganz normal, komplett von COVID-19 im Grunde – ganz komplett nicht, da sind auch noch die anderen im Hintergrund – aber die eigentlichen Zacken werden eben von COVID-19 gemacht. Also ein massiver Anstieg. Die eigentliche Krankheitslast. Spätestens dann, wissen wir alle, dass dann auch die Maßnahmen – Stichwort Lockdown light und so weiter – nicht mehr ganz so stringent waren. Spätestens dann setzt sich das Virus durch, was eben in der ersten Welle noch abgefangen werden konnte durch die Maßnahmen. Das ist ein zeitlich recht klarer Zusammenhang und insofern kann ich eigentlich nur sagen, dass sowohl nach den PCR-Ergebnissen oder an den PCR-Befunden als auch nach letztendlich den schweren Atemwegsinfektionen in den Krankenhäusern, das genau der richtige Zeitpunkt war, diese Maßnahmen zu ergreifen, weil wir sonst ein Riesenproblem gehabt hätten.

Jetzt möchte ich noch mal ganz kurz, wenn ich darf, auf den Punkt eingehen, dass gesagt wird, die PCR ist ja bedeutungslos und hat auch letztendlich keine politische Handlung hervorgerufen, weil dann später im Verlauf der Pandemie waren die PCR-Werte ja so hoch und die Inzidenzen - -, so hat auch niemanden mehr interessiert – warum ist das so? Das ist so, weil sich das Virus verändert hat

und weil sich die Immunität in der Bevölkerung verändert hat. Am Anfang haben wir einen relativ klaren Zusammenhang zwischen den PCR-Nachweisen in der Bevölkerung und auch den Atemwegsinfektionen, den schweren Atemwegsinfektionen, auch die dann im Krankenhaus landen, weil es eben das neue Virus war, Wuhan, das eben sehr schwer krankmachend war. Etwa 4 Prozent der Infizierten mussten dann auch ins Krankenhaus und davon wieder ein Teil, nicht ganz die Hälfte, ungefähr ein Drittel, dann letztendlich auf die Intensivstation. Und im weiteren Verlauf durch die beginnenden Impfungen – auch ein Teil durch die Infektion und dann ganz besonders durch die Omikron-Infektion – gab es natürlich eine hohe Immunität in der Bevölkerung und gleichzeitig hat das Omikron-Virus auch weniger krankmachende Eigenschaften gehabt. Das heißt, ab diesem Zeitpunkt war im Grunde eine andere, nicht mehr so scharfe Korrelation zwischen Infektionsfällen und Belastungen im Gesundheitssystem. Das heißt, wir hatten dort teilweise eine Inzidenz von tausend und eben trotzdem waren nicht alle krank. Jetzt möchte ich einfach noch mal sagen, das muss man eben bedenken. Die Dinge ändern sich, die Immunität ändert sich, das Virus ändert sich, es gibt Evolution und deswegen müssen sich natürlich auch die Maßnahmen ändern. Das heißt aber auch andererseits, dass wir ja – oder die Politik an dieser Stelle – das ja auch wahrgenommen hat und auch reagiert hat in dieser Zeit. Und eben nicht blind irgendwelchen PCR-Befunden oder irgendwelchen anderen Werten gefolgt ist, sondern sehr wohl gesehen hat, dass die Inzidenz und die Krankheitslast in den Krankenhäusern sich entkoppelt – Immunität und anderes Virus – und das eben entsprechend auch berücksichtigt hat bei den Maßnahmen. Also insofern glaube ich, dass auch auf dem Rückweg der Maßnahmen hier an diesem Punkt mit den geänderten Begebenheiten eigentlich grundsätzlich korrekt gehandelt worden ist. Danke.

Die **Vorsitzende**: Vielen Dank. - Damit kommen wir zur Fraktion Die Grünen und Frau Dr. Piechotta.

Abg. **Dr. Paula Piechotta** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Vielen herzlichen Dank, Frau Vorsitzende, vielen herzlichen Dank an alle Sachverständigen. Meine erste Frage würde an Professorin Rehfuess gehen: Schulschließungen, nächtliche Ausgangssperren, Kontaktverbote reduzieren nicht nur die Viruslast, sondern sie haben tatsächlich auch manifeste gesundheitliche Nebenwirkungen. Die Schulschließungen haben dazu geführt, dass unter anderem Fälle von Kindesmissbrauch schlechter detektiert werden konnten. Die Kontaktverbote haben dazu geführt, dass Menschen alleine ohne Angehörige sterben mussten. Und auch die nächtlichen Ausgangssperren haben insbesondere im Ostteil der Bevölkerung auch Erinnerungen an die Zeit in der Diktatur wieder hochkommen lassen. Wir schauen uns immer noch sehr stark an, diese Maßnahmen, welche Wirksamkeit sie haben bei der Virusbekämpfung. Aber wir schauen uns kaum die gesundheitlichen Nebenwirkungen an. Wie können wir das in der zukünftigen Krise von Anfang an stärker auch in der politischen Entscheidung mitberücksichtigen?

Prof. Dr. Eva Annette Rehfuess, BA MA (Oxon) PhD (Professorin für Public Health und Versorgungsforschung, Interimsdirektorin des Instituts für medizinische Informationsverarbeitung, Biometrie und Epidemiologie an der Ludwig-Maximilians-Universität München): Ja, vielen Dank für die Frage. Also tatsächlich gibt es inzwischen schon auch einige systematische Übersichtsarbeiten, die so versucht haben, in der Zusammenschau auch diese Nebenwirkungen zu betrachten. Und man muss – das ist jetzt nicht nur für Deutschland gesprochen, sondern wirklich international – sagen, diese Nebenwirkungen wurden zu wenig beforscht. Da ergibt sich eher so ein Flickenteppich, der sich nicht so ganz deckt, auch mit der persönlichen Erfahrung, die wir ja alle gemacht haben mit den Nebenwirkungen dieser Maßnahmen. Also sprich, auch ich würde sagen, da müssen wir in Zukunft früher ran, auch mit der Forschung, auch wirklich als verantwortliche Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler dafür. Da müssen wir unbedingt interdisziplinär ran. Sie hatten jetzt die gesundheitlichen Nebenwirkungen angesprochen, aber darüber hinaus gibt es ja auch noch die gesamtgesellschaftlichen Nebenwirkungen. Das heißt, wir brauchen eigentlich - - da sind wir wieder bei den Sozialwissenschaften, aber vielleicht auch den Umweltwissenschaften, den Volkswirtschaftlern und so weiter – müssen wir uns eigentlich gemeinsam überlegen, wie man das gut

dokumentiert und gut beforscht. Alles das, was ich vorher gesagt habe, greift eigentlich in ähnlicher Weise. Wir müssen verknüpfen und da bietet sich jetzt sowohl quantitative als auch qualitative Forschung an, was dann im Zuge von solchen Maßnahmen und Nebenwirkungen passiert. Und das könnte dann auch wiederum einfließen in politische Entscheidungen, wo man dann versucht, entweder Maßnahmen noch mal anzupassen oder aber auch zusätzliche Maßnahmen zu setzen, um diese Nebenwirkungen aufzufangen. Vielleicht lohnt sich da auch der Blick zur Weltgesundheitsorganisation, die vor zweieinhalb Jahren – schon wieder länger her – im Nachgang eines Beschlusses der Weltgesundheitsversammlung 2021 eine Initiative aufgesetzt hat zu diesen Public Health and Social Measures, wo sowohl auf die Wirksamkeit geschaut wird als auch auf die Nebenwirkungen und eben auch über Forschungsprotokolle nachgedacht wird, wie man das gut auffangen kann.

Abg. **Dr. Paula Piechotta** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Vielen herzlichen Dank. Meine zweite Frage würde gehen an Professor Helge Braun, dem ich auch noch mal sehr danke für eine letzte Wahlperiode, in der er den Haushaltsausschuss wirklich ganz hervorragend und kollegial geleitet hat. Deswegen, lieber Helge, vergib mir bitte, falls diese Frage zu kritisch ist. Die Folgen der verschiedenen Infektionsschutzmaßnahmen waren ja relativ schnell dann schon absehbar. Wir haben gesehen, die Adipositas-Zahlen bei Kindern gehen hoch. Wir haben gesehen, wir haben tatsächlich auch psychische Probleme, auch im Bereich Suchterkrankungen, die schlechter adressiert werden können als außerhalb von Infektionsschutzmaßnahmen. Ab welchem Zeitpunkt wurde das auf Bundesebene diskutiert und in welcher Form hat man dann vor diesem Hintergrund und angesichts dieser Erkenntnisse auch Veränderungen vorgenommen?

Prof. Dr. Helge Braun (Präsident der Universität zu Lübeck, Bundesminister für besondere Aufgaben und Chef des Bundeskanzleramtes a. D.): Ich glaube, besprochen haben wir das von Anfang an und in der Analyse sind wir da überhaupt nicht auseinander. Ein aus meiner Sicht ganz zentraler Schlüsselpunkt in dem Problem ist ja, wenn man sich fragt: Was wäre denn die Alternative? Es kam sehr häufig die Forderung: Schützt doch die vulnerablen Gruppen stärker und besser. Und im Gegenzug kann dann sozusagen die weniger gefährdete Bevölkerung ihrem normalen Leben weiter nachgehen. Das ist eigentlich der Kernpunkt dieser Diskussion. Und das, was wir erlebt haben – deshalb habe ich auch im Eingangsstatement hingewiesen auf den Winter 2020 – war, dass wir nicht vorbereitet waren und nicht in der Lage waren, diesen Schutz so zu gewährleisten, dass wir uns diese andere Freiheit hätten nehmen können. Ich finde wirklich, die größte, schwierigste Lage war das Sterben im Winter 2020, gerade in den Einrichtungen. Und deshalb glaube ich, wenn man jetzt für die Zukunft sich überlegt, wie machen wir genau das besser, damit man in dem Moment, wo die Sorge sinkt, dass breite Bevölkerungsgruppen größere Schäden möglicherweise davontragen, dass man dann darauf eine bessere Antwort hat. Und das sind genau, glaube ich - - dass Verfügbarkeit möglicherweise von Schutzausrüstung für die Breite aller vulnerablen Gruppen, genauso wie die institutionelle Befähigung von Einrichtungen, so einen Schutz auch herzustellen. In Pflegeeinrichtungen arbeiten häufig wenige Leute, Leute, die selber junge Kinder haben, also die Infektionsketten, die sind da auch gewesen. Wenn man die beiden Probleme in den Griff kriegt, dann kann man über die anderen Freiheitsgrade leichter diskutieren.

Die **Vorsitzende**: Vielen Dank. - Damit sind wir auch mit der Fragerunde durch und kommen zur Fraktion Die Linke und Professor Rosenbrock.

SV **Prof. Dr. Rolf Rosenbrock**: Vielen Dank, Frau Vorsitzende. Meine Frage geht an Frau Professorin Reifegerste. Frau Reifegerste, in der ersten Runde - - das, was mir da zentral auch hängen geblieben ist, war die Tatsache, dass nach Ihrer Wahrnehmung und Ihren Untersuchungen bei der Gesundheits- und Risikokommunikation nicht so sehr der Staat wahrgenommen worden ist, sondern bestimmte Medien, die sozusagen die Führungsposition da übernommen hatten. Es fehlte die mittlere, die autoritative Säule der Kommunikation über das Risiko, die Krankheit und die Möglichkeiten, flattening-the-curve zu machen und sozialen Zusammenhalt zu organisieren. Die Frage ist nur - - die Frage, die sich mir mehr aufträgt, ist: Wären diese Defizite – also sozusagen wäre das auch unter dem hohen Zeitdruck, der im Frühjahr 2020 existierte – wären diese Defizite

ganz oder zumindest zum Teil vermeidbar gewesen oder war das ganz alternativlos, dass der Staat eigentlich hilflos war? Ich habe damals eine Anfrage der Grünen im Bundestag an die Bundesregierung mitformuliert und da kam das: Wir hatten gar keine Zeit, so etwas zu organisieren. Und das hat mich nicht überzeugt. Hätte Sie das überzeugt?

Prof. Dr. Doreen Reifegerste (Professorin für Gesundheitskommunikation an der Universität Bielefeld): Ich würde es mal andersrum aufzäumen. Also die Krise ist immer was, wo man schnell reagieren muss. Das würde ich erst mal auch so anerkennen, dass es einen Zeitdruck gibt und jetzt haben wir das ja auch bei anderen Zusammenhängen immer wieder, dass es, wenn wir unter Zeitdruck was machen, dann braucht es klare Abläufe. Das ist bei der Feuerwehr so oder in der Notaufnahme und so weiter. Das heißt, wenn ich Strukturen habe, die auf das vorbereitet sind – und das wissen wir aus ganz vielen Zusammenhängen in der Krisenkommunikation – dann funktioniert es besser. Das war ja vorhin auch so ein bisschen Ihre Frage mit der Zusammenarbeit, BZgA, RKI und andere Behörden. Und das haben wir in anderen Ländern gesehen, die schon auch generell für Gesundheitskommunikation – zum Beispiel in Schweden – ein Portal haben, wo Bürger/-innen wissen, ah ja, dort kann ich mich verlässlich, evidenzbasiert informieren. Da funktioniert es dann besser. Das liegt vielleicht auch ein bisschen an unserer Größe und unserer Komplexität. Also was ich sagen will - vermeidbar ist es dann, wenn ich vorher schon Strukturen habe, die darauf vorbereitet sind.

SV **Prof. Dr. Rolf Rosenbrock**: Ja, vielen Dank. Eine zweite Frage dazu: Nun sind diese Defizite eingetreten. Wir hatten keine geordnete, schon gar nicht so Kommunikation auf den drei Ebenen, die Sie uns ja auch skizziert haben. Welche Folgen hatte das? Also welche Folgen hatte es eigentlich, oder hatte es in diesem Falle, wenn die Risikokommunikation, die staatliche Risikokommunikation sozusagen, nur sehr defizitär und zum Teil sehr spät funktioniert?

Prof. Dr. Doreen Reifegerste (Professorin für Gesundheitskommunikation an der Universität Bielefeld): Also da möchte ich jetzt vorab eine kleine Unsicherheitsinfo mitgeben. Also so wie Sie auch schon gesagt haben, so Systematic Reviews gibt es an manchen Stellen, aber es gibt jetzt nicht - - also und Wirksamkeitsstudien zur Kommunikation sind immer sehr schwierig, weil komplex und Kommunikation an sich eine dialogische Sache. Was man aber weiß, auch aus anderen Zusammenhängen, dass sozusagen die gute oder gelingende Kommunikation dazu führt, auch zwischen Arzt und Patient zum Beispiel, dass ich mich eher an empfohlene Maßnahmen halte, dass ich eher mich impfen lasse, dass Vertrauen in Institutionen sich auch darauf auswirkt, dass ich das umsetze. Das heißt im Umkehrschluss, wenn ich das irgendwie nicht schaffe, dann sind halt solche - - ist mit Widerständen zu rechnen und mit Vermeidung.

SV **Prof. Dr. Rolf Rosenbrock**: Vielen Dank. Und vielleicht noch eine dritte Nachfrage dazu: Haben Sie Kenntnisse oder Hypothesen darum, warum in Deutschland diese professionellen Standards der Gesundheits- und Risikokommunikation in diesem Fall eben nicht eingehalten worden sind?

Prof. Dr. Doreen Reifegerste (Professorin für Gesundheitskommunikation an der Universität Bielefeld): Ja, da würde ich jetzt mal so ganz fachspezifisch antworten. Das ist für uns ein Dauerthema als Kommunikationswissenschaftlerin und die Public Health Seite kennt das möglicherweise auch, dass Kommunikation sowas Generelles ist, dass jeder denkt, ich kann das schon. Es gibt genau einen Studiengang in Deutschland, in Bielefeld, im Bachelor und einen im Master in Erfurt. Und wir sehen das auch in den Medizinstudiengängen zum Beispiel, dass es erst seit wenigen Jahren dazu überhaupt extra Kurse gibt. Ja, also da ist viel zu tun in der Professionalisierung und das haben wir eben während Corona gemerkt, aber das ist eigentlich sozusagen ein generelles, strukturelles Problem und die Mitarbeit der Sozialwissenschaften haben wir ja schon besprochen. Also da würde ich sozusagen die Kommunikationswissenschaft explizit auch mit reinnehmen, als - - wenn die nicht dabei ist, dann machen das halt andere und dann wissen die vielleicht nicht so genau über Mediennutzungsstudien Bescheid. Zum Beispiel.

SV **Prof. Dr. Rolf Rosenbrock**: Vielen Dank.

Die **Vorsitzende**: Vielen Dank. Ich glaube, da haben Sie eine sehr charmante Beschreibung, die auch auf andere Fachlichkeiten zutreffen würde. Ich musste

an mehrere Beispiele, ich sage die jetzt nicht, aber mir würden welche einfallen. - Gut, damit kommen wir zur Runde drei und das beginnt die Unionsfraktion mit dem Kollegen Hose.

Abg. **Michael Hose** (CDU/CSU): Frau Vorsitzende, ich kann mir nicht vorstellen, wen Sie meinen und da ich aus Erfurt komme, scheint ja alles gut zu sein. Herr Professor Braun, Sie haben auch in Ihrem Eingangsstatement gesagt, dass Sie als eine Erkenntnis uns mitgebracht haben, dass der Bund mehr Kompetenzen haben sollte. Könnten Sie das vielleicht genauer machen? Welche Kompetenzen und was wäre dafür notwendig, dass der Bund diese auch erlangen kann?

Prof. Dr. Helge Braun (Präsident der Universität zu Lübeck, Bundesminister für besondere Aufgaben und Chef des Bundeskanzleramtes a. D.): Ja, also angesichts der - - Es geht mir nicht im Kern um sozusagen den Selbstzweck, irgendwie dem Bund mehr Kompetenz zu geben, sondern um diese Frage, wie können wir – jetzt waren wir gerade bei der Kommunikation – ein Maßnahmen-Setting im Bereich dieser Maßnahmen erreichen, das von der Bevölkerung verstanden und akzeptiert und damit auch breit umgesetzt wird. Und ich glaube, da ist spätestens in dem Moment, wo viele Bundesländer in Deutschland betroffen sind, es notwendig, dass es ein Maßnahmen-Setting gibt, wo man einfach sagt, bei einem vergleichbaren Infektionsgeschehen müssen auch vergleichbare Maßnahmen gelten. Und das würde aus meiner Sicht bedeuten, dass man das, was sozusagen in Ministerpräsidentenkonferenzen an Maßnahmen-Settings besprochen, aber von den jeweiligen Ländern dann relativ frei und individuell umgesetzt worden ist, als Maßnahmenkatalog im Infektionsschutzgesetz hinterlegt, sodass man hinterher eine Einheitlichkeit in der Umsetzung von Maßnahmen hat, die bundesweit gelten für jeweils - - Und die Frage, was ist eine Maßnahme und was ist der Maßstab dafür, dass es notwendig und verhältnismäßig ist, eine solche Maßnahme zu ergreifen. Das wäre, glaube ich, in der Kommunikation und im Verständnis und in der Befolgung der Maßnahmen wichtig.

Abg. **Michael Hose** (CDU/CSU): Vielen Dank. Sie haben die Ministerpräsidentenkonferenz angesprochen. Wie haben Sie das erlebt, wenn Sie von Bundesebene in diese Ministerpräsidentenkonferenz eingegangen sind? Haben Sie da eine Veränderung festgestellt?

Prof. Dr. Helge Braun (Präsident der Universität zu Lübeck, Bundesminister für besondere Aufgaben und Chef des Bundeskanzleramtes a. D.): In dieser Zeit hatten wir mehr Ministerpräsidentenkonferenzen als normalerweise in einem halben Jahrzehnt und ich finde, das ist eine auch berechtigte Kritik, dass man sagt, das ist ja kein Verfassungsorgan, sondern das ist sozusagen ein Abstimmungsinstrument zwischen Bund und Ländern. Und in einer so weitreichenden Frage wie dem Umgang mit einer Pandemie und auch Maßnahmen, die Grundrechte zum Teil einschränken, ist in der damals vorhandenen Zuständigkeitsverteilung ein anderes Vorgehen nicht denkbar gewesen. Aber jetzt sozusagen in der Ruhe, wenn man genau die Probleme nicht hat, sollte man das wirklich noch mal ernsthaft überlegen, ob diese Zuständigkeitsverteilung richtig ist, weil wir ja gesehen haben - - und das hat viele Folgen. Also ich glaube, wenn man sagt, die Maßnahmenebene liegt stärker beim Bund, dann ist natürlich auch die Frage - - Wir haben ja am Anfang der Pandemie auch darum gerungen, schnell beim RKI eine zentrale Datenlage überhaupt aus den Gesundheitsämtern vor Ort zu kriegen und sozusagen die Handlungsfähigkeit auch an der Stelle herzustellen, heißt auch sozusagen den Datenfluss zwischen den verschiedenen Ebenen zu optimieren, die Digitalität der Systeme zu optimieren, also da steckt noch sehr viel mehr dahinter als eine reine Zuständigkeitsfrage.

Abg. **Michael Hose** (CDU/CSU): Wie stehen Sie zur Thematik Bundesinfektionsschutzgesetz? Halten Sie das für eine Maßnahme, die wir ergreifen sollten?

Prof. Dr. Helge Braun (Präsident der Universität zu Lübeck, Bundesminister für besondere Aufgaben und Chef des Bundeskanzleramtes a. D.): Ja, also ich glaube, das Bundesinfektionsschutzgesetz hat ja jetzt so ein paar Spuren aus der Corona-Pandemie, da sind manche Dinge dann auch wieder gestrichen worden und ich glaube, das fängt genau an dieser Frage - - Ich finde ganz wichtig, sozusagen erst mal als Zugangstür dafür, dass der Bund handelt, die Epidemische Lage von nationaler Tragweite, also eine Kontrolle durch das Parlament, dass überhaupt an solche Maßnahmen erst dann gedacht

wird, wenn es dazu eine parlamentarische Zustimmung gibt. Und dann eben der Aufbau von den Surveillance- und Panel-Instrumenten, dass man sagt, wir haben einen breiteren Katalog auch an Indikatoren, um eine solche Infektionslage im Land gut beurteilen zu können und daraus abgeleitet ein intelligentes System, was dann in Kraft gesetzt werden kann, wenn es wieder eine pandemische Lage gibt. Verbunden mit dem, was eben auch zum Beispiel Frau Professorin Rehfuess schon gesagt hat, dass man das dann auch wissenschaftlich begleitet, damit man möglichst schnell – ja immer bezogen auf dann einen neuen Keim, den wir alle noch nicht kennen und der möglicherweise ganz andere Eigenschaften hat, als wir das aus unserer Corona-Erfahrung so vielleicht annehmen – darauf angepasst dann auch die Maßnahmen optimieren.

Die **Vorsitzende**: Vielen Dank. - Wir kommen zur AfD-Fraktion und es fragt Professor Homburg.

SV **Prof. Dr. Stefan Homburg**: Herr Schaade, noch einmal nachgehakt: Sie sagten eben, dass in der Anfangsphase die PCR-Zahlen sehr gut korrelierten mit den klinischen Daten, auch wenn das dann später offensichtlich nicht mehr so gewesen war. Aber intern notierte das RKI ja, dass die Trends positiv sind, dass man diese nicht nach außen kommunizieren solle, weil es sonst schwierig sein könne, neue Maßnahmen zu begründen und direkt danach steht ja dort der Satz, dass die Kliniken nicht zu 90 Prozent belegt sind, sondern nur zu 50 Prozent. Später hat das Bundesgesundheitsministerium eine historische Unterauslastung analysiert, während gleichzeitig, und darauf will ich jetzt hinaus, gleichzeitig ihre PCR-Fälle explodierten, weil sie immer mehr testeten. Das heißt, gerade in der Anfangsphase haben wir eine perfekt negative Korrelation zwischen den PCR-Zahlen und dem klinischen Bild. Meine Frage an Sie: Warum haben Sie ein Problem zuzugeben, dass in der Elefantenrunde um Frau Merkel einfach gesagt wurde: „Wir wollen einen Lockdown“ und dann hat man Ihnen gesagt: „Stufen wir das Risiko einfach hoch“. Ich meine, Sie sind ja weisungsgebunden. Ihnen kann doch nichts passieren.

Prof. Dr. Lars Schaade (Präsident des Robert Koch-Instituts): Also ich war an der Runde nicht dabei. Ich habe auch überhaupt kein Problem, irgendetwas zuzugeben. Ich glaube nur, Ihre Sichtweise ist nicht richtig. Wir haben eine Entlastung bei den normalen SARI-Fällen, bei gleichzeitig einem Ansteigen der Covid-SARI-Fälle. Ich kann jetzt auch nicht sagen, zu welchem Datum – das ist sechs Jahre her – irgendein Kollege im Krisenstab irgendeine Anmerkung gemacht hat. Ich habe diese Anmerkung sicherlich nicht gemacht.

SV **Prof. Dr. Stefan Homburg**: Zweiter Tag des Lockdowns.

Prof. Dr. Lars Schaade (Präsident des Robert Koch-Instituts): Zweiter Tag des Lockdowns. Ich kann das jetzt auch nicht bestätigen, dass das so ist. Ich gehe einfach mal davon aus, dass das so ist. Es ist natürlich so, dass in dieser Anfangsphase, da hatten wir ich weiß nicht, 6 000 oder 8 000 Fälle, ich weiß es nicht mehr ganz genau, in Deutschland. Da haben wir natürlich nicht sozusagen das Virus an jeder Ecke, aber es ist eben erkennbar, was kommt. Und das ist der entscheidende Punkt. Wir hatten am 6.3. 600 Fälle. Wir hatten eben -

SV **Prof. Dr. Stefan Homburg**: Entschuldigung, ich gebe weiter an Herrn Lausen.

Prof. Dr. Lars Schaade (Präsident des Robert Koch-Instituts): - am 16.3. 6 000 Fälle. Und wenn Sie das weiter extrapolieren, dann weiß man eben was kommt.

SV **Prof. Dr. Stefan Homburg**: Es sind nur Ihre PCR-Fälle. Ich will mich da nicht wiederholen.

Prof. Dr. Lars Schaade (Präsident des Robert Koch-Instituts): Nein, das ist nicht richtig.

SV **Prof. Dr. Stefan Homburg**: Es ist PCR-Fantasie, im Krankenhaus wird es leerer und Sie reden von irgendwelchen PCR-Voodoo-Fällen.

Prof. Dr. Lars Schaade (Präsident des Robert Koch-Instituts): Dann gucken Sie sich doch bitte die Covid-SARI-Fälle an, da ist die gleiche Entwicklung -

SV **Tom Lausen**: Herr Schaade, ich würde -

Prof. Dr. Lars Schaade (Präsident des Robert Koch-Instituts): - zu sehen exponentiell. Respektieren Sie es einfach.

SV **Tom Lausen**: Herr Schaade, ich würde gerne mal Ihnen die Zahlen geben, über die Sie jetzt hier gerade so in der Luft sprechen. Es sind in den geleakten RKI-Files, die die meisten von Ihnen hier auch alle noch nicht gelesen haben,

Begleitmaterialien gewesen. Und aus diesen Begleitmaterialien ging eine Liste von 2 049 Fällen hervor. Ein paar Tage vor der Hochstufung auf hoch. Ich lese Ihnen mal vor, was die für Symptome nach einer Analyse hatten: „213 von 2 000 hatten Husten, 161 Fieber“ – ich erspare Ihnen jetzt - - „Allgemeine Schmerzen 111, Kopfschmerzen 83, Pneumonie 7.“ Das heißt also, wir haben zu einem Zeitpunkt, wo Sie das ganze Land runtergefahren haben und die Risikostufe auf hoch gesetzt haben, hatten wir 0,0058 Prozent Leute, die einen positiven Test hatten mit Symptomen, die ich Ihnen jetzt hier beschrieben habe. Woraus entnehmen Sie selbst bei der schlimmsten exponentiellen Geschichte, die Sie am Anfang immer sehen, weil kleine Fallzahlen von 0,00 – die werden natürlich nicht automatisch exponentiell, sondern können auch sofort wieder runtergehen, was Sie aus China ja auch gesehen haben. Woraus entnehmen Sie das Risiko hoch? Aus diesen Fällen, die ich Ihnen jetzt, die Sie selber hatten, die hatten Sie ja in der Hand. Haben Sie die überhaupt angeguckt?

Prof. Dr. Lars Schaade (Präsident des Robert Koch-Instituts): Jetzt aktuell nicht, aber ich glaube, Sie verstehen einfach ganz grundsätzlich die Surveillance-Systeme und die Dignität nicht -

SV **Tom Lausen**: Na, Sie hatten ja die Fälle.

Prof. Dr. Lars Schaade (Präsident des Robert Koch-Instituts): - und das, was letztendlich hinter diesen Informationen steckt, das verstehen Sie offensichtlich nicht.

SV **Tom Lausen**: Ja, aber die Gesundheitsämter haben Ihnen das doch geschickt, Herr Schaade.

Prof. Dr. Lars Schaade (Präsident des Robert Koch-Instituts): Was da an Symptomen letztendlich mitgeteilt worden ist, ist genau das, was die Gesundheitsämter geschickt haben -

SV **Tom Lausen**: Ja, genau. Und das müssen Sie doch mit einbeziehen.

Prof. Dr. Lars Schaade (Präsident des Robert Koch-Instituts): - und dazu haben wir ja noch die Angaben, wie viele davon sind im Krankenhaus gelandet -

SV **Tom Lausen**: Ja, das würde ich Ihnen jetzt auch gerne noch kurz vorlesen.

Prof. Dr. Lars Schaade (Präsident des Robert Koch-Instituts): - das haben Sie jetzt nicht vorgelesen.

SV **Tom Lausen**: Es sind 80. Darf ich Ihnen ganz kurz die Zahlen -

Prof. Dr. Lars Schaade (Präsident des Robert Koch-Instituts): Ich habe noch 16 Sekunden -

SV **Tom Lausen**: - ich sage Ihnen ganz kurz die Zahlen.

Prof. Dr. Lars Schaade (Präsident des Robert Koch-Instituts): - ich darf also nicht antworten. Deswegen kann ich nur noch sagen, dass in der Gesamtabschätzung ich zu einem anderen Urteil, wir alle zu einem anderen Urteil gekommen sind.

SV **Tom Lausen**: Herr Schaade, wir haben vom 01.03. -

Prof. Dr. Lars Schaade (Präsident des Robert Koch-Instituts): - und damit ist es jetzt auch zu Ende.

SV **Tom Lausen**: - bis zum 15.3., vom 01. bis zum 15.03. wurden in deutschen Krankenhäusern 80 000 Leute auf den Intensivstationen aufgenommen. Und davon waren 244 mit einer COVID-19-Pneumonie. 244 von 80 000. Was sagen Sie dazu?

Die **Vorsitzende**: So, damit kommen wir zur Fraktion der SPD und der Kollege Müller bekommt das Wort.

SV **Michael Müller**: Also, es wird jetzt von Seiten der Sachverständigen der AfD seit Stunden probiert zu konstruieren, dass es eine Runde im Kanzleramt gab, die willkürlich, ohne jede sachliche Grundlage, beschlossen hat, das Land runterzufahren. Gibt es irgendeinen Sachverständigen, der mir erklären kann, oder Sie, Herr Braun, wenn Sie in der Runde dabei waren, ob jemand davon ausgegangen ist, dass das ein großer politischer oder persönlicher Erfolg wird, das Land runterzufahren. Dass es uns in irgendeiner Weise nach vorne bringt, dass jemand davon profitiert, eine Wahl gewinnt, Unternehmensansiedlung darstellen kann. Gibt es irgendetwas Erfolgversprechendes, was mit dieser willkürlichen Handlung, die unterstellt wird, verbunden werden kann?

[Beifallsklopfen vereinzelt]

Zweite Frage. Zweite Frage, Herr Schaade, Sie merken, Sie sind ein zentraler Ansprechpartner.

Sie werden es bleiben. Das RKI ist einfach eine wichtige Institution, möglicherweise auch, wenn man der Empfehlung von Herrn Braun folgt, dass man in Zukunft eher zentraler organisiert auf solche Herausforderungen reagiert. Deswegen interessiert mich noch mal der Blick nach vorn, weil das RKI ja auch in einer sicherlich selbstkritischen Analyse der vergangenen Jahre sehen muss, wie man in Zukunft gut reagieren kann, kommunikativ gut reagieren kann, viele Menschen mitnehmen kann, die Politik entsprechend beraten kann, öffentlich Statements abgibt oder so. Gibt es jetzt irgendetwas, gerade im Hinblick auf mögliche weitere Aufgaben in Krisenzeiten, wo Sie sagen: Ja, da haben wir im RKI auch das ein oder andere angepasst, gelernt, wir wissen, wir müssen mit dem ein oder anderen anders umgehen. Ich glaube, dass es entscheidend ist, eben auch aus der Enquete-Kommission heraus den Blick nach vorne zu richten und zu gucken: Wie können wir gemeinsam an der einen oder anderen Stelle auch Dinge, die nicht gut gelaufen sind, auch noch mal auffangen und in Zukunft besser machen.

Prof. Dr. Helge Braun (Präsident der Universität zu Lübeck, Bundesminister für besondere Aufgaben und Chef des Bundeskanzleramtes a. D.): Also, danke für die Frage, weil das muss man glaube ich noch mal betonen. Die ganze Zeit im März war getragen bei allen in der Politik, in der Bundesregierung, aber auch bei den Ministerpräsidenten von einer tiefen Sorge über die Entwicklung. Und das, was wir ja auch wahrgenommen haben, war, dass sich in den April hinein die Zahlen sehr, sehr schnell und sehr dynamisch entwickelt haben und dass wir in der ersten Welle auf einem so niedrigen Stand das getan haben, hat uns eine Luft verschafft, die glaube ich an ganz vielen Stellen uns hinterher sehr, sehr gutgetan hat. Und ich glaube darüber hinaus, dass die Bedeutung der ersten Corona-Welle auch im Zusammenhalt der Bevölkerung uns sehr viel Unterstützung gegeben hat. Und wenn Sie mal schauen, die PCR-Daten, die wir erhoben haben, hätten wir sehr viel früher sehr viel mehr erheben müssen und diese Idee, dass wir multifaktorieller schauen, die würde ich mit der AfD völlig teilen – das ist jetzt auch genau der Punkt. Aber wenn man die gesamte Übersterblichkeit in Deutschland sich anschaut, auch mal vergleicht zwischen den verschiedenen Bundesländern, dann ist, glaube ich, die Annahme, dass man hätte länger warten können und müssen in der Corona-Pandemie. Das wäre absolut fahrlässig gewesen.

Prof. Dr. Lars Schaade (Präsident des Robert Koch-Instituts): Ja, wie schauen wir nach vorne? Ich meine, in Bezug auf die Kommunikation ist es ja angeklungen - - und das hat ja auch die Kollegin schon gesagt, ist es natürlich so, dass - - wir haben natürlich versucht, an der einen oder anderen Stelle - - eigentlich muss ich sagen, haben wir es durchgehend versucht – ob es immer gelungen ist, war eine andere Frage –, Unsicherheit mit zu kommunizieren. Wir haben auch gesagt, dass sich der Sachstand regelmäßig ändern kann, aber ich denke, es ist uns vielleicht nicht an jeder Stelle so gut gelungen, den wissenschaftlichen Fortschritt – oder den wissenschaftlichen Erkenntnisgewinn – so zu kommunizieren, dass dann auch klar wird, warum das eben auch Anpassungen erforderlich macht in den Maßnahmen. Also, dass man von einer Prämisse ausgeht, die sich dann im Weiteren auch verändern kann, weil man eben neue Daten bekommt, entsprechend Anpassungen und so weiter und so fort. Ein Punkt, den ich da gerne nennen möchte, ist zum Beispiel die Tatsache, dass sich das Coronavirus SARS-CoV-2 eben schon zwei Tage vor Symptombeginn überträgt, während das SARS-CoV-1, was wir 2003 hatten, eben erst mit Symptombeginn. Das war eine neue Erkenntnis, die gekommen ist und die vieles geändert hat, die zum Beispiel sich auch auf den Maskengebrauch ausgewirkt hat, dass wir dann nämlich auch die Masken empfohlen haben. Wir hatten vorher empfohlen, bei Infektiösen, also bei Patienten, die krank sind, die Maske zu benutzen und nicht bei Gesunden. Damit haben wir auch eine Änderung gemacht. Das ist ein Punkt. Und zum anderen ist es die Begleitevaluation. Das muss von vornherein mitgedacht werden, wenn man Maßnahmen macht. Das ist generell ein Problem, glaube ich, im deutschen Gesundheitssystem. Und das muss, glaube ich, in Zukunft besser werden, mit auch entsprechenden Ressourcen, muss man dazu sagen.

Die **Vorsitzende**: Vielen herzlichen Dank. - Dann kommen wir zu BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und Frau Dr. Piechotta.

Abg. **Dr. Paula Piechotta** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Vielen Dank. Die Frage geht an Professor Helge Braun. Es ist jetzt allgemein

anerkannt, dass wir in der Corona-Pandemie die Schulen zu lange geschlossen gehalten haben, mit großem gesundheitlichem Schaden für viele Kinder und Jugendliche bis heute. Es ist inzwischen auch anerkannt, dass es ein Fehler war, Menschen allein sterben zu lassen. Und es gibt auch viel Kritik an den nächtlichen Ausgangssperren, die wirklich erheblichste Eingriffe in die Freiheitsrechte von Bürgerinnen und Bürgern in der Demokratie sind. Was würden Sie vor dem Hintergrund des Wissens von heute rückblickend anders und vor allen Dingen auch in der nächsten Pandemie bei diesen drei Punkten anders machen?

Prof. Dr. Helge Braun (Präsident der Universität zu Lübeck, Bundesminister für besondere Aufgaben und Chef des Bundeskanzleramtes a. D.): Also ich finde grundsätzlich die Frage: Was würde man mit dem Wissen von heute anders machen? - - ist eben genau eine Frage, die kann man einfach nicht stellen und nicht beantworten, weil das, was eine Pandemie am Anfang prägt, ist die enorme Unsicherheit über das, was da wirklich vor uns liegt.

Und zu der Frage: Was ist eigentlich die Eigenschaft neben der Infektiosität, neben den kurzfristigen Symptomen? Die Natur hat sich schon so viele Viren und Keime ausgedacht, die außergewöhnliche Nebenwirkungen haben, die man teilweise erst sehr viel später sieht. Ich glaube, dass im Grundsatz das Handeln der Bundesregierung, der Ministerpräsidenten und des Deutschen Bundestages in dieser Pandemie zu versuchen, die Zahlen jedenfalls mit den Zielwerten, unsere Krankenhausversorgung nicht zu überlasten und das zu erreichen, bis wir wirklich in einer Situation sind, wo wir einen Impfstoff haben, dass das unterm Strich verhältnismäßig und angemessen war.

Abg. **Dr. Paula Piechotta** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Also würden Sie in der nächsten Pandemie mit einem ähnlich gelagerten Virus die Schulen wieder für so viele Phasen der Pandemie geschlossen halten?

Prof. Dr. Helge Braun (Präsident der Universität zu Lübeck, Bundesminister für besondere Aufgaben und Chef des Bundeskanzleramtes a. D.): Ich glaube, dass das komplett hypothetisch ist, weil bei der nächsten Pandemie ist mit einem Keim - - Also gerade das Thema Schulschließungen ist eines der kompliziertesten und mit Rückblick auf die Corona-Pandemie deshalb so schwierig, weil wir heute wissen, dass zum Beispiel das PIMS, also die ganz schweren Nebenwirkungen bei Kindern eher wirklich selten sind. Hätten wir es mit einem Keim zu tun, der sich ähnlich verhält wie die spanische Grippe vor gut einem Jahrhundert, dann wäre die Situation, wie wir mit Kindern umgehen, ganz anders, dann würden Eltern nichts anderes tun, als den ganzen Tag ihre Kinder sozusagen aus der Öffentlichkeit zu nehmen. Und deshalb glaube ich, genau vor dieser Unsicherheit wird man stehen und deshalb ist die Forschung an der Frage: Wie können wir frühzeitig genau solche Eigenschaften von Viren beurteilen? Indem man diese Frage - - Wer ist denn eigentlich die vulnerable Gruppe in dem Zusammenhang und wer ist es, Gott sei Dank, überhaupt nicht? Wenn wir das beantworten können, dann können wir auch entschlossener und einfacher handeln, aber unter den umwaltenden Wissensbekenntnissen, die wir hatten, war das Verhalten wirklich angemessen und verantwortungsvoll.

Abg. **Dr. Lena Gumnior** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Ja, ich würde daran noch mal anschließen und noch mal auf die Ausgangssperren zu sprechen kommen. Frau Rehfuess, Sie haben es gerade auch schon gesagt, dass man die Maßnahmen nicht isoliert betrachten kann. Da gebe ich Ihnen natürlich total recht. Trotzdem noch mal an Sie, Herr Braun, noch mal die Frage: Auch zu dem Zeitpunkt, als es zu den Ausgangssperren gekommen ist, gab es ja schon Hinweise darauf, dass sie eher eine niedrige Wirksamkeit haben. Und Sie haben gerade selbst noch mal gesagt, dass diese Maßnahmen natürlich immer in einem Verhältnismäßigkeitskontext gesehen werden müssen, denn Sie stellen ja am Ende Grundrechtseingriffe dar. Würden Sie auch im Rahmen dieser Verhältnismäßigkeitsprüfung jetzt sagen, dass wir eigentlich nichts aus den Entscheidungen in der Corona-Pandemie für zukünftige pandemische Entscheidungen lernen können?

Prof. Dr. Helge Braun (Präsident der Universität zu Lübeck, Bundesminister für besondere Aufgaben und Chef des Bundeskanzleramtes a. D.): Wir können da ganz sicher was lernen. Aber wenn wir uns die damaligen Verhältnismäßigkeitsentscheidungen angucken,

dann haben die auch immer zwei Komponenten gehabt. Das eine ist sozusagen: Was wussten wir über die Wirksamkeit der einzelnen Maßnahmen, die Größenordnung und natürlich auch das Maßnahmenbündel. Zu sagen: Wir machen ausschließlich das, was extrem viel bringt, kann in der Summe noch nicht genug sein. Also kann es auch sein, dass mehrere Maßnahmen, die eher einen kleineren Beitrag leisten in der Gesamtschau, auch noch erforderlich sind, um das Gesamtziel zu erreichen. Und deshalb ist auch die Frage: Sind sie in der Hinsicht verhältnismäßig? Der Eingriff, ob man abends mal nicht mehr rausgehen darf, ist vielleicht weniger schlimm, als nicht in die Schule gehen zu dürfen. Und deshalb, in der Gesamtschau, glaube ich, war die Abwägung jeweils sehr intensiv und sehr akzeptabel. Ich glaube, das, was ich jetzt nicht vorwegnehmen kann, ist, dass genau diese Forschungsaufgabe, die eben benannt worden ist - - dass man unter den Umständen eines möglichen zukünftigen Pandemiekeims dann genau wieder die Fragen stellt: Was sind sozusagen die Übertragungswege? Was sind die wirksamen Maßnahmen, und was erweist sich als weniger wirksam? Das muss man für einen neuen Keim neu evaluieren und dann in der Situation entsprechend anpassen. Und da kann man besser sein, wenn wir jetzt in die Forschung investieren.

Die **Vorsitzende**: Vielen Dank. Damit haben wir die dritte Runde abgeschlossen. - Wir beginnen mit Runde vier und für die Unionsfraktion Frau Kubbe.

SV **Carolin Kubbe**: Vielen Dank, Frau Vorsitzende. Meine Frage richtet sich an Professorin Rehfuess. Es ist ja relativ gut dokumentiert, 2021, wie viele Stunden Kinder mit schulischen Tätigkeiten verbracht haben. Das war eine sehr geringe Anzahl von knapp vier Stunden. Aber auch der IQB-Trend [Institut zur Qualitätsentwicklung im Bildungswesen] hat 2021 gezeigt, dass Kompetenzverluste gleichzeitig bestanden haben. Da wäre meine Frage: Hätte Deutschland die Schulschließungen politisch gesehen früher als Ultima Ratio definieren müssen? Und wenn ja, welche NPI-Maßnahmen oder Mindeststandards hätten als Gegenmaßnahme gegolten werden müssen, beziehungsweise wären zwingend erforderlich gewesen?

Prof. Dr. Eva Annette Rehfuess, BA MA (Oxon) PhD (Professorin für Public Health und Versorgungsforschung, Interimsdirektorin des Instituts für medizinische Informationsverarbeitung, Biometrie und Epidemiologie an der Ludwig-Maximilians-Universität München): Vielen Dank für die Frage. Wir bleiben beim Thema Schulschließungen. Vielleicht nochmal kurz - ich glaube, dass die Schulschließungen im ersten großen Lockdown völlig gerechtfertigt waren. Wir wussten nicht, mit was für einem Erreger wir es zu tun haben. Und da musste man harte Maßnahmen ergreifen. Ein zweites Mal Schulschließungen ist, glaube ich, die große Frage, die sich sicherlich viele von uns stellen. Wir haben genau in dieser Situation damals eine Leitlinie – eine evidenzbasierte Leitlinie und tatsächlich weltweit die einzige evidenzbasierte Leitlinie – zum Thema Schulmaßnahmen erstellt. „Wir“ war ein großer Zusammenschluss von unterschiedlichen Fachgesellschaften und, wie ich vorhin schon erwähnt hatte, eben unter Beteiligung von Mitgliedern der Schulfamilie, von Schulämtern, von Gesundheitsämtern und so weiter. Wir haben versucht, alle an einen Tisch zu bringen. Wir haben damals – jetzt setze ich mir als Sprecherin der Leitlinienrunde den Hut auf – wir haben damals ganz klar gesagt, wir befassen uns nicht mit dem Thema Schulschließungen. Das wird immer eine politische Entscheidung bleiben. Aber wir wollen ein Maßnahmenbündel gemeinsam beschließen, so weit wie möglich evidenzbasiert. Viele der Maßnahmen, die dann empfohlen wurden, waren nicht evidenzbasiert, weil es die Evidenz nicht gab. Und wo nicht evidenzbasiert, dann zumindest konsensbasiert in diesem großen Miteinander von, ich glaube 60, über 60 Mandatsträgern zum damaligen Zeitpunkt. Wir wollen ein Maßnahmenbündel schnüren, was einen möglichst sicheren Schulbetrieb ermöglicht. Als Gruppe waren wir damals, glaube ich, recht überzeugt, dass das funktionieren könnte, haben aber immer gesagt, im Endeffekt ist es eine politische Entscheidung. Vielleicht noch mal zurückgerudert – jetzt setze ich mir wieder den Forscherinnenhut auf – ich glaube, eine Chance, die wir wirklich in Deutschland, aber nicht nur in Deutschland, sondern weltweit, verpasst haben, war diese Zeit nach dem ersten Lockdown gut zu nützen. Man hätte damals die Schulen mit unterschiedlichen Modi aufmachen können. Also zum Beispiel idealerweise randomisiert – da spricht die Wissenschaftlerin – in dem einen Bundesland oder in der einen randomisiert, also

zufällig ausgewählten Schulgruppe, eben zum Beispiel mit einer Mischung aus Distanzunterricht und Präsenzunterricht, in einer anderen Gruppe mit Maskentragen, in einer anderen Gruppe mit einer anderen Kombination von Maßnahmen. Ist das ethisch vertretbar? Zu einem Zeitpunkt, wo man ohnehin nicht weiß, was funktioniert: Ja. Zu Beginn einer Pandemie: Nein, weil da müssen wir erstmal schauen, wie sich dieser Erreger verhält. Also ich glaube, das ist genau das, worauf ich hinaus möchte jetzt, dass uns das die Möglichkeit ergibt, dann in einer zukünftig vielleicht noch mal viel schlimmer ausfallenden Pandemie dann im Laufe der Zeit besser gerüstet zu sein. Aber das kostet Geld und das kostet eigentlich auch jetzt Geld, weil wir das vorbereiten müssen, weil man das eben auf die Schnelle innerhalb von wenigen Wochen nicht entwickeln kann.

SV **Carolin Kubbe**: Eine kurze Nachfrage: Wären dann Unterschiede zwischen der Primarstufe beziehungsweise weiterführenden Schulen aus Ihrer Sicht zu sehen?

Prof. Dr. Eva Annette Rehfuess, BA MA (Oxon) PhD (Professorin für Public Health und Versorgungsforschung, Interimsdirektorin des Instituts für medizinische Informationsverarbeitung, Biometrie und Epidemiologie an der Ludwig-Maximilians-Universität München): Ja, also natürlich müssen wir da auf die Bedürfnisse und auch die Fähigkeiten dieser unterschiedlichen Altersgruppen von Kindern Rücksicht nehmen. Viele Länder haben ja auch ein Ampelsystem gefahren – also ich weiß es im Übrigen auch von den Schweden –, dass eben bei Rot alles zugemacht wurde, also alle Altersgruppen, aber zum Beispiel bei Orange bei der Ampel nur die weiterführenden Schulen in den Distanzunterricht gegangen sind. Also sowas müsste man schon andenken. Und dass jetzt bei Grundschulkindern der Distanzunterricht digital besonders schwierig ist, kann man, glaube ich, ganz gut nachvollziehen.

SV **Carolin Kubbe**: Vielen Dank.

Die **Vorsitzende**: Sie haben noch eine Minute Zeit. Wer möchte noch für die Unionsfraktion fragen?

SV **Carolin Kubbe**: Dann schiebe ich noch eine Frage hinterher: Sie haben auch in dieser Leitlinie verfasst, dass Bildungsungleichheiten stattgefunden haben. Was würden Sie denn sagen, welche pandemischen Maßnahmen hätten gebracht werden müssen oder zumindest installiert sein sollen, um das auch zu verringern, diese Bildungsungleichheiten?

Prof. Dr. Eva Annette Rehfuess, BA MA (Oxon) PhD (Professorin für Public Health und Versorgungsforschung, Interimsdirektorin des Instituts für medizinische Informationsverarbeitung, Biometrie und Epidemiologie an der Ludwig-Maximilians-Universität München): Das zeigt wieder, wie herausfordernd diese Maßnahmen sind, weil sie natürlich mehrere Sektoren umfassen. Also ich glaube, was relativ klar wurde: Die finanziell bessergestellten Familien in den größeren Häusern mit entsprechender Ruhe in den Räumen, mit entsprechender digitaler Einrichtung, mit vielleicht auch Eltern, die aus dem Homeoffice arbeiten konnten und das unterstützen konnten, da hatten die Kinder natürlich viel bessere Chancen als in den vergleichsweise schlechteren Situationen. Und auch da kann natürlich eine Politik gegensteuern.

Die **Vorsitzende**: Alles klar. Herzlichen Dank. - Damit kommen wir zur AfD-Fraktion und Frau Dr. Baum.

Abg. **Dr. Christina Baum** (AfD): Vielen Dank, Frau Professorin Rehfuess. Ich möchte auch Sie um eine Antwort bitten. Wie Sie selber sagten, waren Sie ja der Kopf der Schulleitlinien sozusagen, die ja dazu führten, dass die Maskenpflichten eingeführt wurden, soziale Isolation und Abstandsregeln für lange Zeit zum Dauerzustand wurden. Auf welchen wissenschaftlichen Erkenntnissen stützen Sie sich dabei, die belegen, dass diese Maßnahmen geeignet und verhältnismäßig sind? Bitte um eine kurze Antwort.

Prof. Dr. Eva Annette Rehfuess, BA MA (Oxon) PhD (Professorin für Public Health und Versorgungsforschung, Interimsdirektorin des Instituts für medizinische Informationsverarbeitung, Biometrie und Epidemiologie an der Ludwig-Maximilians-Universität München): Also erstmal bin ich ganz froh, dass Sie den Impact der Schulleitlinie so groß wahrnehmen, denn in unserer Wahrnehmung – wir haben das auch evaluiert – wurde die natürlich schon viel gesehen, aber hat nur in wenigen Bundesländern tatsächlich zu Änderungen daran geführt, wie dann diese Schulmaßnahmen

umgesetzt wurden. Ich hätte mir das tatsächlich mehr gewünscht, so wie Sie das jetzt darstellen.

Was haben wir gemacht? Wir haben zum damaligen Zeitpunkt alle Studien ausgewertet, die es international gab, nach einem sehr systematischen Vorgehen, dem bereits angerissenen – ich hatte es vorhin auch schon gesagt – systematischen Übersichtsarbeiten und haben diese Studien sehr systematisch ausgewertet, deren Qualität bewertet und die haben unsere Empfehlungen unterstützt. Ich kann aber natürlich dazu sagen, und das ist in der Leitlinie sehr transparent dokumentiert, dass nicht alle dieser Studien gleichermaßen gut waren. Das ist die sogenannte Vertrauenswürdigkeit der Evidenz, die waren zum damaligen Zeitpunkt, je nach Maßnahme, wenn wir überhaupt Studien gefunden haben, entweder sehr niedrig oder niedrig, wobei man sagen muss, im Public-Health-Bereich und bei sozialen Maßnahmen ist es leider oft der Fall. Aber auch da, wir haben die Unsicherheit klar mittransportiert.

Abg. **Dr. Christina Baum** (AfD): Danke. Das reicht mir schon. Wussten Sie, dass eine öffentliche Anhörung der Kinderkommission im Bundestag stattfand, und zwar schon am 09.09.2020? Wussten Sie das? Einfach nur ja oder nein?

Prof. Dr. Eva Annette Rehfuess, BA MA (Oxon) PhD (Professorin für Public Health und Versorgungsforschung, Interimsdirektorin des Instituts für medizinische Informationsverarbeitung, Biometrie und Epidemiologie an der Ludwig-Maximilians-Universität München): Nein.

Abg. **Dr. Christina Baum** (AfD): Nein. Dann zitiere ich mal so frühzeitig die Aussagen von Professor Klundt aus dem Protokoll: „Praktisch alle Entscheidungen und Maßnahmen der Politik seit März, April wurden somit völkerrechtsverstoßend und bundesgesetzwidrig ohne vorrangige Berücksichtigung des Kindeswohls vorgenommen. (…) Das Kindeswohl ist nicht nur ignoriert worden, sondern es wurde plötzlich aus dem Kinderschutz der Schutz vor Kindern. (…) Sie waren die Virenverbreiter und sie wurden wie Objekte behandelt, die man nicht weiter fragen muss, sondern die müssen irgendwie weg.“ Das war der Professor Klundt, der damals gesprochen hat. Haben Sie jemals in dieser Zeit mit Jugendlichen über ihre Sorgen und Ängste und Qualen während dieser Zeit gesprochen?

Prof. Dr. Eva Annette Rehfuess, BA MA (Oxon) PhD (Professorin für Public Health und Versorgungsforschung, Interimsdirektorin des Instituts für medizinische Informationsverarbeitung, Biometrie und Epidemiologie an der Ludwig-Maximilians-Universität München): Ja, und zwar sowohl im Kontext der Schulleitlinie, wo wir explizit die Beteiligung von Schülerinnen und Schülern mit dabei hatten, die saßen mit am Tisch, natürlich als Vertreter für viele, die dahinter standen. Es gab auch eine WHO-Expertenrunde von der WHO in Europa eingesetzt, die regelmäßig zusammenkam, die dann zum Beispiel auch bei sogenannten High Ministerial Meetings Empfehlungen ausgesprochen hat. Da saßen drei Vertreterinnen von Schülerinnen und Schülern aus unterschiedlichen Ländern mit am Tisch und die haben sehr viel Gehör bekommen.

Und vielleicht noch mal kurz zur Schulleitlinie. Ich gebe Ihnen völlig recht, also Kindeswohl muss ganz oben auch auf der Tagesordnung stehen. Wir haben das in vielfältiger Weise gemacht, indem wir tatsächlich - - Und ich glaube, das ist eine Stärke der Leitlinien, wir hatten eben nicht nur die Virologen und Modellierer – die waren auch mit drin – und die entsprechenden Fachgesellschaften, sondern wir hatten diverse Vertreterinnen und Vertreter der kinderärztlichen Fachverbände, wir hatten Pädagogen mit dabei und wir haben systematisch mit einem Framework – das nennt sich das WHO-INTEGRATE Framework – diese ganzen Wirkungen, ob nun positiv oder negativ, auf die unterschiedlichen Lebensbereiche betrachtet. Manchmal evidenzbasiert, wo es ging, in vielen Bereichen nicht evidenzbasiert, weil es diese Evidenz zum damaligen Zeitpunkt gar nicht gab.

Abg. **Dr. Christina Baum** (AfD): Ich danke Ihnen. Also ich war ja zu der Zeit im Landtag von Baden-Württemberg. Wir haben zum Beispiel im November eine Mail bekommen, also alle Abgeordneten von einer Mutter, die schrieb wörtlich: „Sie dürfen meine Nachricht als Hilferuf verstehen, meine Tochter möchte wegen der Schule morgens nicht mehr aufwachen, die Schule sei nur noch Horror, es ist fünf nach zwölf.“ Die haben damals alle bekommen. Es gibt Zitate aus einem - - Das „Cicero“-Magazin hat Jugendliche gefragt, die

haben Folgendes zu dieser Zeit gesagt: „Ich stand auf der Brücke und überlegte zu springen. Ungeimpfte Schüler wurden an meiner Schule ausgegrenzt und bloßgestellt. Ich bekomme Tränen, wenn ich an meine Selbstmordgedanken zurückdenke. Wo war eigentlich die Solidarität mit uns Schülern? Ich fühlte mich wie ein Ausgestoßener, auf den mit Verachtung heruntergeblickt wird.“ All diese Dinge wussten wir schon frühzeitig. Kennen Sie die COPSY-Studien?

Prof. Dr. Eva Annette Rehfuess, BA MA (Oxon) PhD (Professorin für Public Health und Versorgungsforschung, Interimsdirektorin des Instituts für medizinische Informationsverarbeitung, Biometrie und Epidemiologie an der Ludwig-Maximilians-Universität München): Anteilig, ja.

Abg. **Dr. Christina Baum** (AfD): Also da gab es vier Stück und von Anfang an, die erste war - - Moment, schon im Oktober 2020, wurde festgestellt, wie stark die psychische Belastung der Jugendlichen ist. Also das war bekannt. Und jede weitere, Februar 2021, Februar 2022 und dann gab es noch eine spätere. April 2021, auch nicht, das war eine andere Studie. Jedenfalls: All die Studien haben gezeigt, wie schwer die Kinder unter diesen Maßnahmen leiden und trotzdem wurden sie weitergeführt. Das verstehe ich einfach nicht. Tut mir leid.

Die **Vorsitzende**: Vielen Dank. - Damit kommen wir zur SPD-Fraktion und Frau Dr. Machalet bekommt das Wort.

Abg. **Dr. Tanja Machalet** (SPD): Ja, vielen Dank. Ich möchte gerne noch mal den Blick ein bisschen auf die internationale Ebene heben und zwar haben wir ja damals auch viel nach Schweden geguckt und es gab große Diskussionen, ob das die bessere Strategie gewesen sei und deswegen möchte ich einfach Herrn Kramarz noch mal fragen, ob rein auf der Datenlage Sie beurteilen können - - also welche Strategie sich bewährt hat, um die Gesundheit der Bevölkerung, insbesondere auch der vulnerablen Gruppen, zu schützen und welche Maßnahmen der schwedischen Strategie Sie für sinnvoll halten – sinnvoller vielleicht als die Deutschen – und welche nicht.

Dr. Piotr Kramarz (Chefwissenschaftler am Europäischen Zentrum für die Prävention und die Kontrolle von Krankheiten (ECDC)): Vielen Dank. Wie ich bereits in meinen einleitenden Bemerkungen feststellte, haben wir nicht die Aufgabe, Länder direkt miteinander zu vergleichen und zu behaupten, dass ein bestimmtes Modell erfolgreicher sei als ein anderes. Vielmehr bestand unsere Rolle darin, die Länder zu unterstützen und sehr eng mit ihnen zusammenzuarbeiten. Was unsere Maßnahmenempfehlungen für die Anfangsphase bis zu dem Zeitpunkt, an dem Impfstoffe verfügbar waren, betrifft, so haben wir stets ein mehrschichtiges Vorgehen, also keine bestimmte Einzelmaßnahme, sondern eine Kombination verschiedener Maßnahmen, empfohlen. Bereits im September 2020 lagen uns einige Erkenntnisse zur Bewertung der Wirksamkeit der Maßnahmen vor, sodass wir ausgehend von Erkenntnissen aus SARS-CoV-2-Studien genauere Ratschläge formulieren konnten, bevor die ersten Empfehlungen auf der Grundlage von Forschungen zu anderen ähnlichen Viren abgegeben wurden. Es stand den einzelnen Ländern jedoch stets frei, die für sie am besten geeignete Kombination von Maßnahmen zu wählen, da sie die Situation am besten kannten. Natürlich ist es äußerst schwierig, die Wirksamkeit dieser verschiedenen Maßnahmenbündel oder Vorgehensweisen in den verschiedenen Ländern zu bewerten, da tatsächlich erhebliche Unterschiede zwischen ihnen bestehen. Wenn wir in diesem Fall Schweden und Deutschland betrachten, sind zahlreiche Unterschiede festzustellen, zum Beispiel bei der Bevölkerungsdichte, der Altersstruktur der Bevölkerung, dem Verhältnis von jüngeren zu älteren Menschen, dem Grad des Vertrauens in die Institutionen, den Rechtsvorschriften allgemein und den spezifischen Rechtsvorschriften zur Regelung der Seuchenbekämpfung in den einzelnen Ländern. Dies gilt nicht nur für Schweden und Deutschland. Derartige Unterschiede bestehen auch zwischen anderen Ländern oder selbst zwischen Gruppen von Ländern. Aus diesem Grund entscheiden sich die Länder für Maßnahmen, die ihrer Ansicht nach zu einem bestimmten Zeitpunkt am besten greifen, und wir versuchen, sie möglichst umfassend zu unterstützen, indem wir ihnen die zugrunde liegende Evidenz in zusammengefasster Form zur Verfügung stellen.

Abg. **Dr. Tanja Machalet** (SPD): Ja, danke schön. Dann würde ich tatsächlich auch noch mal fragen,

weil Sie die Strategie vor dem Impfen angesprochen haben. Würde aber noch mal fragen, also welche Erkenntnisse Sie bzw. das ECDC aus den unterschiedlichen Impfstrategien der Mitgliedstaaten gewonnen haben. Also insbesondere, weil wir ja viel auch über die Priorisierung Älterer oder andere vulnerable Gruppen gesprochen haben. Und auch das Gesundheitspersonal.

Dr. Piotr Kramarz (Chefwissenschaftler am Europäischen Zentrum für die Prävention und die Kontrolle von Krankheiten (ECDC)): Auch beim allgemeinen Herangehen an das Thema Impfungen unterscheiden sich die Länder beträchtlich. Schaut man sich die Impfpläne für andere Impfstoffe an, so sind sie je nach Land verschieden. Dies richtet sich oft nach der Organisation der Gesundheitsversorgung und den Impfkalendern in verschiedenen Ländern, wo die Schulsysteme in gewissem Umfang Impfungen für Kinder vorsehen, und der Frage, ob Impfungen in der Schule tatsächlich angeboten werden. Es gibt also Unterschiede. Unser Ansatz bestand jedenfalls erneut darin, Evidenz für die Wirksamkeit der Impfstoffe und Optionen für die Impfung bereitzustellen und, auch mit Hilfe mathematischer Modelle, aufzuzeigen, wo, in welcher Bevölkerungsgruppe und mit welcher Struktur die größte Wirkung erzielt werden könnte. Besonders wichtig war dies, als die Auffrischimpfungen verfügbar wurden, und dabei ging es um den Zeitpunkt und die Zahl der Auffrischimpfungen. Wir waren den Ländern behilflich, indem wir ihnen – unter Verwendung der mathematischen Modelle – einerseits Daten zur Wirksamkeit der Impfstoffe und andererseits Daten zur potenziellen Wirkung bereitstellten.

Die **Vorsitzende**: Vielen Dank. Vielen Dank für diese Runde mit den sozialdemokratischen Kollegen. - Jetzt kommen wir zu BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und Professor Salzberger.

SV **Prof. Dr. Bernd Salzberger**: Danke. Ich möchte auch noch mal auf den internationalen Fokus gehen. ECDC hat in der Pandemie, glaube ich, einen sehr, sehr guten Job gemacht, im Monitoring, auch über ganz Europa. Es ist zu sehen, dass sozusagen viele, viele Differenzen zwischen den Ländern aufgetreten sind. Wir haben heute schon mal darüber gesprochen, was in den Altenheimen in ganz Europa passierte. Aber auch, wenn man sich anguckt, sozusagen, was mit der Übersterblichkeit in verschiedenen Ländern - -, wenn man das mal als vielleicht übergreifenden Maßstab nimmt. Was ist sozusagen der Schluss von ECDC? Was hat die Übersterblichkeit in den, oder die unterschiedliche Übersterblichkeit in den verschiedenen Ländern am stärksten beeinflusst?

Dr. Piotr Kramarz (Chefwissenschaftler am Europäischen Zentrum für die Prävention und die Kontrolle von Krankheiten (ECDC)): Wir haben uns bei der Überwachung der Pandemie nicht auf einen bestimmten Indikator beschränkt, sondern stets eine Kombination verschiedener Faktoren, darunter die Sterblichkeit, herangezogen. Später haben wir zur Bewertung des epidemiologischen Risikos eine zusammengesetzte Messgröße entwickelt, die mehrere Indikatoren, etwa die Testpositivitätsrate, die Hospitalisierungsraten und die Sterblichkeit, in einem einzigen Wert vereint, den wir für jedes Land sowie auf subnationaler Ebene berechnet, geschätzt und dargestellt haben. Anschließend haben wir, wiederum anhand mathematischer Modelle, versucht, Prognosen darüber abzugeben, ob dieser Wert steigt und somit das Risiko in den nächsten Wochen zunehmen würde oder nicht. Wir verwenden und empfehlen also stets solche zusammengesetzten Messgrößen, die zuverlässiger sind als die Übersterblichkeit. Allgemein war allerdings eine erhebliche Übersterblichkeit zu verzeichnen, und zwar auch dann, wenn man die Gesamtsterblichkeit ungeachtet der Ursachen betrachtet. In diesem Zusammenhang verweise ich auf unser Projekt EuroMOMO [European mortality monitoring] zur Beobachtung der Mortalität in Europa. Sie können es im Internet finden, oder ich kann Ihnen den Link schicken. Auch mit diesem Projekt lassen sich die Auswirkungen von COVID-19 im Zeitverlauf, im Jahresvergleich während der Pandemie, im Vergleich zum Zeitraum vor 2020, also vor der Pandemie, und aktuell erkennen. Es gibt nämlich nur wenige Faktoren, die diese allgemeine Sterblichkeit beeinflussen können: die Virusgrippe im Winter, einige Hitzewellen im Sommer und eben COVID-19.

SV **Prof. Dr. Bernd Salzberger**: Vielen Dank. Die zweite Frage geht an Professor Braun noch mal. Wir haben vorhin gehört, nicht mehr Zentralisierung, aber sozusagen tatsächlich, dass der Bund in einer Pandemie oder eine zentrale Stelle in der Pandemie mehr für die Entscheidungen zuständig sein soll.

Das könnte man natürlich auch auf Europa ausweiten und das ist sozusagen in der Pandemie - - das hat man jetzt aus der bayerischen Sicht relativ wenig beobachtet. Wir haben sozusagen wirklich Probleme gehabt mit großen Ausbrüchen, die in der Tschechischen Republik stattgefunden haben, die Wanderarbeiter, die rüberkommen. Also sozusagen der Level von europäischer Koordination. Würden Sie sich den auch höher wünschen?

Prof. Dr. Helge Braun (Präsident der Universität zu Lübeck, Bundesminister für besondere Aufgaben und Chef des Bundeskanzleramtes a. D.): Ja, also so abstrakt würde ich mir den auch höher wünschen. Wenn wir es realistisch betrachten, habe ich jetzt nur dafür plädiert, dass wir auf der Ebene dessen, was grundgesetzlich bei uns schon angelegt ist, zu einem einheitlicheren Vorgehen der Bundesrepublik Deutschland in einem nächsten Fall kommen. Das braucht sozusagen einfachgesetzliche Änderungen, wenn man sich überlegt, wie könnte man zu einem kohärenteren Handeln auf der europäischen Ebene kommen, wo wir hier gar keine aktuelle Kompetenz auf europäischer Ebene haben. Das ist, glaube ich, ein sehr, sehr dickes Brett, deshalb würde ich das nicht zur Forderung erheben, aber denklogisch haben Sie da natürlich einen Punkt.

SV **Prof. Dr. Bernd Salzberger**: Könnte man das auf europäischer Ebene fixieren? Was gäbe es für sozusagen Werkzeuge?

Prof. Dr. Helge Braun (Präsident der Universität zu Lübeck, Bundesminister für besondere Aufgaben und Chef des Bundeskanzleramtes a. D.): Naja, das niedrigschwelligste Werkzeug sind eben sozusagen auf der Vereinbarung, auf der Summe aller Nationalstaaten, auf der nationalstaatlichen Ebene - - Aber sozusagen in der europäischen Kompetenzverteilung der Europäischen Union, glaube ich, wäre das ein sehr, sehr dickes Brett.

Die **Vorsitzende**: Vielen Dank. Damit haben wir die vierte Runde abgeschlossen. - Wir kommen zur fünften Runde, zur Unionsfraktion und Professor Weidner.

SV **Prof. Dr. Christian Weidner**: Ja, vielen Dank. Meine Frage richtet sich an Sie, Frau Rehfuess. Und zwar, ich will noch mal auf die sozioökonomischen Kosten von NPIs fokussieren. Und da ist es ja so, dass insbesondere Händewaschen, Abstand halten, Maske tragen sind ja sehr kosteneffektive NPIs. Und die sind natürlich in der Lage, gerade schwerwiegendere Freiheitseinschränkungen möglicherweise zu verhindern oder zu verzögern. Trotzdem ist gerade das Tragen von FFP2-Masken, obgleich es ja im klinischen Alltag langjährig bewährt ist und seine Effizienz im Arbeitsschutz bewiesen hat, unter die Räder gekommen oder ins Gerede gekommen. Obgleich es ja eigentlich weitergehende freiheitsbeschränkende Maßnahmen hätte verhindern können möglicherweise. Und hier gilt wieder das, was wir heute den ganzen Tag schon lernen, fürchte ich: Wenn man an eine Stelle guckt und Cherry Picking macht, kommt ein ziemlich falsches Bild raus. Und ich würde Sie bitten, ich weiß nicht, ob Sie Jefferson, das Cochrane Review kennen. Das gibt einen Blick auf die Lage. Ich würde gerne von Ihnen einen Überblick über die Gesamtliteraturlage haben und wenn Sie Jefferson kennen, können Sie auch gerne noch mal was über das Jefferson Review sagen. Das war hier auch schon mal Thema, deswegen ist es vielleicht ganz interessant.

Prof. Dr. Eva Annette Rehfuess, BA MA (Oxon) PhD (Professorin für Public Health und Versorgungsforschung, Interimsdirektorin des Instituts für medizinische Informationsverarbeitung, Biometrie und Epidemiologie an der Ludwig-Maximilians-Universität München): Ich muss jetzt natürlich als Wissenschaftlerin schon wieder einschränken, dass ich die aktuelle Lage, den ganz aktuellen Studienstand auch nicht überblicke. Aber ich glaube, der Jefferson Review, da können wir gleich noch dazu kommen. Ich glaube, es lohnt ein Blick zur Royal Society in Großbritannien, die nämlich auch die Wirksamkeit – die haben sich tatsächlich nur auf die Wirksamkeit von NPIs fokussiert, nicht auf die Nebenwirkungen – in Form von fünf Evidence Reviews angeschaut haben. Einer dazu speziell zum Thema Masken und vergleichbare Maßnahmen. Und die kommen ganz klar zu dem Schluss, basierend auf der Sicht der Evidenz, dass Masken insgesamt wirken. Sie wirken wahrscheinlich eher, wenn man sie mit sozusagen härteren Umsetzungsmodalitäten begleitet, als wenn man sie nur empfiehlt. Wobei ich da gleich wieder einschränkend sagen würde, eine Empfehlung in skandinavischen Ländern greift vielleicht genauso gut wie eine Maskenpflicht bei

uns, weil es natürlich enorme soziokulturelle Unterschiede gibt, wenn man in die asiatischen Länder blickt, noch mehr. Aber zu dem Schluss kommen die. Und sie kommen auch zu dem Schluss – da sind allerdings Kinder ein bisschen ausgeklammert –, dass normalerweise die FFP2-Masken noch mal höheren Schutz gewähren als die einfachen chirurgischen Masken. Also da lohnt vielleicht der Blick noch mal. Der Jefferson Review hatte – was mich sehr erstaunt hat, ich verfasse selber Cochrane Reviews – aber der hatte ganz viele handwerkliche Fehler und die Cochrane Collaboration hat sich ja dann auch dafür entschuldigt. Die haben unterschiedliche Erreger zusammengeworfen, was per se mal in Ordnung ist, aber man muss sie dann auch wieder auseinander sortieren und schauen. Wir wissen, wie unterschiedlich Influenza zum Beispiel ist im Vergleich zu Corona-Virus, SARS-CoV-2. Und vor allem haben sie nicht sauber getrennt zwischen der Wirksamkeit einer Maske an sich als dieser Gegenstand und dieser Wirksamkeit der unterschiedlichen Umsetzungsmodalitäten. Das wurde da alles sozusagen miteinander vermengt und dann kamen sie zu dieser vermeintlich eindeutigen Aussage, dass die gar nicht so viel bringen. Genau, zu Tom Jefferson: Also er ist sicherlich auch generell bekannt als Vertreter von möglichst wenig Maßnahmen. Das kann man vielleicht noch mitdenken.

SV **Prof. Dr. Christian Weidner**: Jetzt vielleicht noch fortgesetzt, eineinhalb Minuten: Die Nachteile spielen ja üblicherweise, also von NPIs, auf einer anderen Skala. Die Vorteile, das sind gesundheitliche Vorteile im Regelfall oder infektionsepidemiologische und die Nachteile sind Freiheitseinschränkung, sind Beschulungsmangel und so weiter, psychische Folgen. Wenn Sie sowas wissenschaftlich beraten, können Sie doch nicht die Waage selber ins Gleichgewicht setzen. Wie bringen Sie die anderen Nachteile in eine vergleichbare Situation, sodass es dann der Politik möglich ist, halbwegs objektiv diese Entscheidung zu treffen?

Prof. Dr. Eva Annette Rehfuess, BA MA (Oxon) PhD (Professorin für Public Health und Versorgungsforschung, Interimsdirektorin des Instituts für medizinische Informationsverarbeitung, Biometrie und Epidemiologie an der Ludwig-Maximilians-Universität München): Das ist eine sehr wichtige und sehr schwere Frage natürlich. Ich glaube auch, dass der erste Schritt ist, erstmal gut zu dokumentieren und zu durchdenken: Es gibt eben nicht nur Vorteile, man muss diese Nachteile im Idealfall von Anfang an mitdenken und die betreffen eben verschiedene Sektoren in der Gesellschaft. Deshalb ist es nicht nur eine gesundheitliche Krise, sondern eine gesamtgesellschaftliche Krise, wo ich eben auch diese unterschiedlichen fachlichen Disziplinen – jetzt wieder von Seiten der Wissenschaft gesprochen – brauche. Das ist das Erste, das sauber abzubilden, transparent zu machen. Idealerweise mit Evidenz, wenn es nicht geht, eben auch ohne. Was wir aber zum Beispiel in der Schulleitlinie, die wir ja auch mehrfach aktualisiert haben, auch gesehen haben, ist, dass sich das Gewicht dieser einzelnen Faktoren im Laufe einer Pandemie auch ändert. Also zum einen in Abhängigkeit vom Infektionsgeschehen, zum anderen natürlich in Abhängigkeit von der Evidenz, die sich weiterentwickelt, aber auch im Sinne der Wertigkeit, die man dann den einen Wirkungen oder den anderen Wirkungen zuschreibt. Und tatsächlich, Frau Baum, meine Antwort an Sie vorhin wäre auch noch gewesen: Im Laufe der Zeit sind diese Bedürfnisse und die Einschränkungen bei den Kindern natürlich viel stärker in den Vordergrund getreten, und ganz zu Recht so, und haben dann zum Beispiel auch die Empfehlungen in der Schulleitlinie verändert.

Die **Vorsitzende**: Vielen Dank. - Das war ein sehr galanter Übergang sozusagen zur AfD-Fraktion und es fragt für sie Frau Dr. Pfeil.

SV **Dr. Beate Sibylle Pfeil**: Ja, meine Frage richtet sich an den Herrn Professor Braun zunächst mal. Ich möchte nach all dem, was heute diskutiert wurde, noch mal den Blick richten auf das Grundgesetz und die Grundrechte. Es ist ja immer wieder angeklungen und wir hatten in der Covid-Zeit die Ausgangslage, dass eine Gefahr im Raum stand und es ging zunächst mal um eine Gefahrenabschätzung. Prinzipiell ist es auch möglich und zulässig, dass im Rahmen einer Gefahrenbewertung auch Eingriffe erst mal so quasi präventiv möglich sind, aber nur unter strengsten Voraussetzungen. Und nach dem, was wir heute jetzt schon besprochen haben, gibt es jetzt, was das Vorhandensein bzw. die ordnungsgemäße

Gefahrenabschätzung betrifft, ganz offensichtlich hier unterschiedliche Auffassungen. Das lässt sich hier nicht auflösen. Ich schließe mich dem an, was ich als wissenschaftliche Evidenz betrachte, was die Kollegen hier auch schon angesprochen haben, auch was der Herr Kohn bei der letzten Sitzung, der Beamte im Bundesinnenministerium, noch mal ganz klar gesagt hat: Es gab Kriterien und man hat sich an diese etablierten bewährten Kriterien aus seltsamen Gründen nicht gehalten.

Ich möchte aber noch auf einen weiteren Punkt eingehen, der für mich auch ein ganz großes Problem darstellt, dass nämlich, wenn man diese Maßnahmen ergreift, dann eben, die Frau Professorin Rehfuess sagt richtig, es hätte eine Abschätzung der Wirksamkeit, Evaluierung der Wirksamkeit der Maßnahmen geben müssen oder sollen, und zwar begleitend. Und wenn ich dann mir den Evaluierungsbericht, der im Kontext des Infektionsschutzgesetzes bereits 2022 verabschiedet wurde, anschaue, dann lese ich hier: „Es fehlte eine ausreichende und stringente begleitende Datenerhebung, die notwendig gewesen wäre, um die Evaluierung der Maßnahmen oder Maßnahmenpakete zu ermöglichen.“ Das ist für mich ein systemischer, methodischer Fehler, der zulasten der Grundrechte der Bürger gegangen ist, ganz eindeutig. Man hätte begleitend evaluieren müssen. Und das Gleiche gilt aus meiner Sicht definitiv auch für die begleitende Folgenabschätzung im Rahmen des Möglichen, die Evaluierung der Kollateralschäden. Herr Professor Braun, was ist aus Ihrer Sicht der nachvollziehbare Grund dafür, dass – es spricht sehr viel dafür – diese Abschätzungen unterblieben sind? Und wenn ich mir die internationale Studienlage anschaue, zum Beispiel, was die Wirksamkeit der Maßnahmen betrifft, da gibt es beispielsweise jetzt eine Metastudie, die haben 181 Staaten untersucht, nach 100 000 verschiedenen Modellen und 16 verschiedenen NPIs und kamen zum Ergebnis, dass kein Nachweis der Wirksamkeit dieser Maßnahmen erbracht werden konnte. Im Zweifel hätte man aus meiner Sicht nicht eingreifen dürfen.

Ein dritter Punkt ist noch: Wir haben in dieser Covid-Zeit eine in der Geschichte unseres Landes bisher beispiellose Ausgrenzung und Diffamierung bis dato unangefochten anerkannter, renommierter Wissenschaftler erlebt, und zwar ganz speziell der Wissenschaftler, die genau das Fehlen dieser Daten moniert haben. Ich sage, beispielsweise Professor Hockertz, Professor Walach haben auch in der Anfangszeit sich an alle politischen Verantwortlichen gewandt mit den Hinweisen, dass hier die Methodik nicht gestimmt hat. Warum hat man diese Menschen, diese bis dato wirklich unangefochten anerkannten Wissenschaftler ignoriert und diffamiert?

Prof. Dr. Helge Braun (Präsident der Universität zu Lübeck, Bundesminister für besondere Aufgaben und Chef des Bundeskanzleramtes a. D.): Also in der Corona-Pandemie haben es sehr viele Wissenschaftler sehr schwer gehabt, auch insbesondere diejenigen, die vor den Folgen von Corona-Infektionen gewarnt haben. Und ich muss mal sehr, sehr deutlich sagen: Selbstverständlich hat jeder in der Bundesregierung, auch jeder Ministerpräsident und jeder Parlamentarier - - die Frage: Ist das, was wir hier erleben und die Maßnahmen, die wir ergreifen, sind die erforderlich, sind die verhältnismäßig? Die Frage hat sich jeder individuell und wir haben uns gemeinsam gestellt, die haben wir geprüft, die haben wir beantwortet und vom Verfassungsgericht ist es auch regelmäßig überprüft worden und in der großen Zahl der Fälle auch absolut deutlich geworden, dass es diese Prüfung in angemessener Weise, nämlich akzeptabel, erfolgt ist und richtig so war.

SV **Dr. Beate Sibylle Pfeil**: Aber Herr Professor Braun, es gab keine Datenerhebung zur Wirksamkeit.

Die **Vorsitzende**: Frau Dr. Pfeil, Sie haben jetzt mehr als dreieinhalb Minuten für eine Frage gebraucht, jetzt lassen Sie ihn antworten.

Prof. Dr. Helge Braun (Präsident der Universität zu Lübeck, Bundesminister für besondere Aufgaben und Chef des Bundeskanzleramtes a. D.): Die Datenerhebung zur Wirksamkeit kommt ja dann im zweiten Schritt und da haben wir, habe ich ja vorhin gesagt, dass wir im Bereich Surveillance und an vielen Stellen echte Herausforderungen haben. Was haben wir gemacht? Wir haben, was die Datenerhebung angeht, hohe Millionenbeträge aufgewandt, um sehr schnell die Datenlage zu verbessern. Wir haben zum Beispiel die Frage „Wie sind die Ansteckungsumstände überhaupt?“ in den Datensatz überhaupt erstmal aufgenommen und

wir haben uns darum bemüht, dass wir die Daten sehr viel schneller bekommen. Also die Zahl der Maßnahmen war gigantisch, um genau diese Fragen besser beantworten zu können.

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

SV **Prof. Dr. Andrea Kießling**: Ja, vielen Dank, Frau Vorsitzende. Ich hätte auch eine Frage an Herrn Braun, auch eine kürzere, und ich knüpfe noch mal an das an, was Sie vorhin mit Herrn Hose diskutiert haben, weil mir nicht ganz klar war, was das Ergebnis war. Also es geht noch mal um das Infektionsschutzgesetz und Sie haben irgendwie von mehr Kompetenzen für den Bund gesprochen, also wenn ich Sie richtig verstanden habe. Und der Bund hat ja schon die Gesetzgebungskompetenz und wir haben ja auch schon ganz lange ein Infektionsschutzgesetz des Bundes und das heißt, der Bund hätte auch von Anfang an, also direkt im März, das Infektionsschutzgesetz ändern können, beziehungsweise er hat es geändert, aber nicht an dieser Stelle, wo es um die Maßnahmen des Lockdowns ging. Und stattdessen hat der Bund sehr lange an der Auffassung festgehalten, dass wir diese ganzen Maßnahmen auf die Generalklausel stützen können, also auf eine sehr unbestimmte Vorschrift. Und erst im November 2020 wurde das Gesetz dann an der Stelle angepasst und, wie ich finde, auch auf eine eher zurückhaltende Weise. Und ich habe Sie jetzt gerade, also wenn ich Sie richtig verstanden habe, so verstanden, dass Sie das viel enger regeln würden. Und der Bund hat ja, als es dann die Bundesnotbremse gab, hat er ja sogar im Gesetz selber dann festgeschrieben, wo die Inzidenzen über 100 sind, da gilt jetzt automatisch alles das. Ist das der Weg, an den Sie gerade gedacht haben, dass wir so einen Automatismus irgendwie haben, den wir ins Gesetz schreiben? Wenn das und das passiert, dann gelten automatisch folgende Maßnahmen oder sagen Sie schon, die Länder müssen es letztlich ausführen? Und dann wäre die Frage: Aber muss der Bund vielleicht viel enger im Gesetz schon vorgeben, was die Länder aber machen dürfen und machen müssen auch?

Prof. Dr. Helge Braun (Präsident der Universität zu Lübeck, Bundesminister für besondere Aufgaben und Chef des Bundeskanzleramtes a. D.): Also jetzt hätte ich beinahe ja gesagt, aber beim Wort „Automatismus“ hätte ich gesagt, so stelle ich es mir nicht vor. Also ich will keine neue Kompetenz, sondern der Bund soll die Kompetenz, die er hat, stärker ausfüllen, aus meiner Sicht. Mit diesem einen ganz klaren Ziel: Mehr Einheitlichkeit, mehr Verständlichkeit, bessere Kommunikationsfähigkeit in den Maßnahmen für Akzeptanz, Umsetzung und Durchsetzung und auch natürlich solche Dinge. Aber die Flexibilität zum Beispiel, das, was eben anklang, fand ich sehr interessant. Möglicherweise auch verschiedene Modelle parallel zu evaluieren im Hinblick auf ihre Wirksamkeit. Für sowas muss Raum sein. Aber dass zum Beispiel die Maßstäblichkeit, sozusagen welche Eingriffstiefe ab welchem Infektionsgeschehen wirklich auch dann verhältnismäßig sind und welche Maßstäbe wir dafür anwenden, da ist sozusagen - - Die Notbremse war in einer Situation eine Notbremse, sowas zu versuchen. Aber jetzt mit etwas Abstand kann man, glaube ich, etwas sehr viel Intelligenteres schaffen, was die Maßstäbe angeht, aber auch was sozusagen die Maßnahmenpakete angeht, was diesem Aspekt der Einheitlichkeit, Überprüfbarkeit, Durchsetzbarkeit und Kommunikationsfähigkeit einfach besser gerecht wird.

Die **Vorsitzende**: Wer mag?

Abg. **Dr. Tanja Machalet** (SPD): Ich mag, danke. Ich würde auch da noch mal anknüpfen mit der Frage nach der internationalen Dimension, und zwar ob der Eindruck da ist, dass die Länder jetzt tatsächlich gut auf anstehende Pandemien vorbereitet sind. Ich weiß, das ist eine sehr offene Frage, aber vielleicht mal so eine grobe Einschätzung. Und auch noch mal – wir sind ja in Europa nicht alleine – die Frage, wie sich auch gerade solche Dinge, wie die Schließung von USAID [United States Agency for International Development] oder auch der Rückzug der USA aus der WHO, möglicherweise dann auch hier auswirken. Ach so, ja, Piotr Kramarz.

Dr. Piotr Kramarz (Chefwissenschaftler am Europäischen Zentrum für die Prävention und die Kontrolle von Krankheiten (ECDC)): Es lässt sich wirklich schwer sagen, ob Länder mit föderaler Struktur besser oder schlechter vorbereitet sind. Natürlich wird die Komplexität dadurch erhöht, auch aufgrund der unterschiedlichen Aufgabenverteilung zwischen der föderalen und der subföderalen Ebene. Wie ich bereits in meinen einleitenden Bemerkungen festgestellt habe, richten wir nun all unsere Bemühungen auf die

Zukunft. Wir besuchen jeden EU-Mitgliedstaat und erörtern im derzeit dritten Jahr des laufenden Zyklus den Stand der Vorbereitungen für die nächste große Gesundheitskrise. An diesen Sitzungen sind Vertreter verschiedener Bereiche, nicht nur aus dem Gesundheitswesen, sondern unter anderem auch aus der Bildung und dem Verkehrssektor, beteiligt, und wir besprechen die Pläne für die Zukunft. Am Ende dieses Zyklus dürften wir die Arbeit abschließen, da wir uns im dritten und letzten Jahr der ersten Bewertungsrunde befinden. Wir sollten in der Lage sein, wichtige Schlussfolgerungen für die Zukunft zu ziehen, doch ist es jetzt noch etwas zu früh dafür. Was die globale Lage angeht: Wir sind eine wissenschaftlich-technische Behörde und unterhalten weiterhin einen fachlichen Austausch mit den wichtigsten Zentren für Krankheitsbekämpfung weltweit, darunter den US-amerikanischen CDC [Centers for Disease Control and Prevention], denn das ist unerlässlich. Wir müssen Informationen austauschen und tun dies in Bezug auf epidemische Bedrohungen, führen also unsere fachliche Zusammenarbeit fort.

Die **Vorsitzende**: Super, herzlichen Dank. - Damit haben wir die Runde fünf beendet und kommen zur Runde sechs von Unionsfraktion und Professor Dr. Kluge.

SV **Prof. Dr. Stefan Kluge**: Ja, vielen Dank. Ich wollte alle noch mal erinnern, dass wir den Auftrag auch haben, vor allem Deutschland für eine aktuelle nächste Pandemie vorzubereiten, ob die nun in drei Jahren kommt oder in 50 oder 100 Jahren. Und heut Morgen sind die Medien voll von einem Hantavirus-Ausbruch auf einem Kreuzfahrtschiff mit drei Toten, mehreren Infizierten und auch Verdachtsfällen bis nach Singapur und Amsterdam. Es besteht ein sehr geringes Risiko, weil sich ja die normale Variante oder die Varianten – das weiß ja Herr Schaade viel besser – in Europa nicht von Mensch zu Mensch weitergeben lassen, also infizieren, aber bei der südamerikanischen ja schon. Aber was da jetzt gerade abläuft, diese Unsicherheit, die Isolation auf diesem Kreuzfahrtschiff, Kontaktverbote, Maskennutzung, PCR-Testung, Nachverfolgung von Kontaktpersonen, das erinnert mich dramatisch an die Anfänge der Corona-Pandemie. Noch mal: Das Risiko ist eigentlich gering bis nicht existent, dass das jetzt weitergeht. Aber ich will nur alle daran erinnern, dass die Mechanismen sehr schnell so ablaufen, und deswegen glaube ich, ist es schwierig, wenn man sich hinstellt und sagt: Nächstes Mal werden diese Maßnahmen nicht ergriffen. Wir können Maßnahmen ausschließen und wir werden alle Player mit einbeschließen oder miteinbeziehen bei einer Diskussion. Das wird so nicht laufen, das weiß auch die Politik. Ja, wenn es ernst wird, dann muss man relativ schnell handeln. Und jetzt haben wir ja – und das ist meine Frage an Herrn Professor Braun – viel über medizinische Expertise gesprochen und die Kollegen, die sich da aus der Deckung gewagt haben, werden ja auch sehr angegriffen von einigen. Wir haben auch viele Pseudo-Experten erlebt während der Pandemie. Auch bei dem Thema Hantavirus sehe ich ganz viele Experten. Ist es nicht einfacher für die Politik, wenn sie dann wirklich auf die medizinischen Fachgesellschaften zugeht und da einen Vertreter fordert? Ich meine, wir haben wirklich für alles eine medizinische Fachgesellschaft für Virologie, Intensivmedizin, Lungenheilkunde. Macht man sich dadurch nicht ein bisschen weniger angreifbar, dass man sagt, wir haben da jemanden ausgewählt. Warum habt ihr gerade den genommen? Da ist eine Nähe da. Was sagen Sie dazu? Das würde mich interessieren.

Prof. Dr. Helge Braun (Präsident der Universität zu Lübeck, Bundesminister für besondere Aufgaben und Chef des Bundeskanzleramtes a. D.): Ja, nach meinem Empfinden haben wir in der Pandemie genauso gehandelt, wie Sie sagen, also Zurückgriff genommen auf eine dafür legitimierte Expertise als Bundesregierung. Das heißt nicht, dass sich in der öffentlichen Diskussion noch ganz viele andere eingeschaltet haben. Gar keine Frage. Und insofern will ich noch mal hinweisen auf die besondere Rolle des RKI als Ressortforschungseinrichtung. Und weil auch vorhin so der Vorwurf kam: Ihr seid ja weisungsbefugt und deshalb habt ihr diesen infantilen Wunsch der Bundesregierung, Bürgerrechte zu beschneiden, nachgegeben, indem ihr was konstruiert habt. Das RKI ist ein ganz wichtiger Bestandteil sozusagen der Exekutive, auch zum Beispiel im Datenfluss und in vielen Maßnahmen. Aber in der Frage der Auswertung und wissenschaftlichen Expertise sind sie frei. Und ich habe auch in der Corona-Pandemie nicht einen Funken von Informationen oder das Gefühl gehabt, dass sie das nicht so in der Freiheit wahrnehmen. Und deshalb ist das RKI sozusagen als

Ressortforschungseinrichtung diese erste wissenschaftliche Institution, auf die wir natürlich in besonderer Weise gehört haben. Wenn wir sagen, wir brauchen eine sehr spezifische Expertise, die Fachgesellschaften, auch für Virologie, für Mikrobiologie haben auch eine große Rolle gespielt. Unsere Referenzlabore natürlich in den diagnostischen Fragen haben eine große Rolle gespielt. Und dann würde ich wirklich sagen, finde ich aber diese Gesamtschau, dass man auch andere wissenschaftliche Disziplinen, dass man breiter drauf blickt, gut. Und an der Stelle kommt dann so was wie Akademien halt eine enorme Bedeutung zu. Hier zentral die Leopoldina, aber wir haben auch andere Akademien, die man berücksichtigen kann, sodass man einen breiteren Blick aus der Wissenschaft - - Und da, wo die Wissenschaft die Abwägung für uns übernehmen kann, der Politik, hier dafür auch den Raum zu geben. Deshalb eine Stärkung der Akademien, finde ich, ist wirklich ein ganz, ganz zentraler Punkt, um das nächste Mal gut beraten durch eine Pandemie zu gehen.

SV **Prof. Dr. Stefan Kluge**: Vielen Dank. Vielleicht noch eine ganz kurze Abschlussfrage an Frau Reifegerste: Wenn man sich die Kommunikation jetzt – ich bleibe mal bei Hantavirus – anschaut, dann ist das genau wie bei Corona, die Medien auch ein bisschen Panikmache. Ist das die nächste Pandemie? Da werden irgendwelche Experten rangezogen. Das RKI wird teilweise zitiert, manchmal auch nicht. Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung hat sich auch umbenannt. Herr Rosenbrock und ich wussten das anscheinend beide nicht, was, glaube ich, schwierig ist für Wissenschaftskommunikation, wenn sich so ein Player umbenennt. Aber vielleicht noch ganz kurz: Sie haben gesagt, man muss sich Gedanken machen über Kommunikation. Aber was würden Sie denn der Politik oder dem RKI empfehlen? Die Informationen sind ja sehr wertvoll des RKI, auch auf der Homepage zum Hantavirus zum Beispiel. Aber wie bringt man das jetzt an die breite Masse? Haben Sie da noch eine Antwort in 20 Sekunden?

Prof. Dr. Doreen Reifegerste (Professorin für Gesundheitskommunikation an der Universität Bielefeld): „Vertrauen stärken“ wäre so eine Grundsatzantwort. Und ja, Namensänderung brauchen dann auch die Metakommunikation der Erklärung. Also warum heißt es jetzt BIÖG [Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit]? Und ändert sich möglicherweise was in dem, was dann vermittelt werden soll oder auch nicht, im Auftrag? Also ich glaube, auch das ist wichtig. Ja, Metakommunikation.

Die **Vorsitzende**: Es gäbe ja noch mannigfaltig Möglichkeit in den Runden sieben bis zehn daran anzuknüpfen an diese Diskussion. - Damit kommen wir zur AfD-Fraktion und Herr Ziegler.

Abg. **Kay-Uwe Ziegler** (AfD): Vielen Dank. Hier wurde in einer Wortmeldung ebenso, glaube ich, in der vorletzten Runde gesagt, dass FFP2-Masken ziemlich erfolgreich im Gesundheitswesen benutzt werden. Also das wäre mir neu. Das sind OP-Masken. Und ich bin mir ziemlich sicher, was der ehemalige Gesundheitsminister Spahn hier gesagt hat: „Es gibt gar keine Infektionsschutzmasken. Es gibt Staubschutzmasken.“ Und da können Sie auch alle ihre Stirn wieder entkräuseln. Das ist nicht meine Aussage. Das hat Herr Spahn hier am 01. Dezember letzten Jahres gesagt. Müssen Sie sich mit dem vielleicht noch mal auseinandersetzen, wenn Ihnen das nicht gefällt. Folgende Frage, Herr Schaade: Sie hatten vorhin gesagt, die Bevölkerung hat dieses Virus nie gesehen. Habe ich das richtig verstanden?

Prof. Dr. Lars Schaade (Präsident des Robert Koch-Instituts): Das Immunsystem hatte noch keine -

Abg. **Kay-Uwe Ziegler** (AfD): Nee, nee keine Vorlesung. Hat die Bevölkerung - - das haben Sie gesagt, die Bevölkerung -

Prof. Dr. Lars Schaade (Präsident des Robert Koch-Instituts): Das habe ich metaphorisch gemeint, natürlich. Das Immunsystem -

Abg. **Kay-Uwe Ziegler** (AfD): Aber genau das ist das Problem.

Prof. Dr. Lars Schaade (Präsident des Robert Koch-Instituts): Nein, das ist überhaupt kein Problem.

Abg. **Kay-Uwe Ziegler** (AfD): Doch Herr - - genau das ist das Problem. Sie sind hier als Chef des RKIs. Und ich erwarte von Ihnen, Sie sind Wissenschaftler, das gestehe ich Ihnen gerne zu. Ich erwarte von Ihnen auch eine wissenschaftliche Aussage. Dass Sie sagen, die Bevölkerung hat dieses Virus nicht gesehen. Wissen Sie, was das ist? Das ist Angstmache. Genau das ist Angstmache. Das ist das, was Sie gemacht haben. Und genau das

ist eine Aussage, die muss hinterfragt werden. Genau das ist der Grund, warum Kinder so behandelt worden sind. Weil niemand hinterfragt hat. Und Sie wissen doch genau, was passiert, wenn ein neues Virus auf eine Population trifft. Das muss ich Ihnen doch nicht erklären. Das wissen Sie doch.

Prof. Dr. Lars Schaade (Präsident des Robert Koch-Instituts): Genau das habe ich gemeint. Das heißt, dass das Immun- -

Abg. **Kay-Uwe Ziegler** (AfD): Warum machen Sie so eine Aussage? Sagen Sie mir bitte, warum Sie so eine Aussage machen.

Prof. Dr. Lars Schaade (Präsident des Robert Koch-Instituts): Das war bildlich gesprochen, das habe ich Ihnen bereits gesagt und gemeint war damit, dass das Immunsystem naiv war gegenüber diesem Virus. Ich habe mich bemüht, das jetzt nicht so wissenschaftlich auszudrücken. Aber das ist letztendlich das, was dahintersteht.

Abg. **Kay-Uwe Ziegler** (AfD): Okay, habe ich verstanden. Dann erklären Sie mir mal bitte eins: Wenn das Immunsystem naiv war gegenüber diesem Virus, wieso sind Kinder und Jugendliche quasi gar nicht erkrankt? Die, die eigentlich jede -

Prof. Dr. Lars Schaade (Präsident des Robert Koch-Instituts): Ja -

Abg. **Kay-Uwe Ziegler** (AfD): - warten Sie, ich bin noch nicht fertig - quasi die, die jede Erkrankung kriegen, jedes Elternteil von uns weiß das, die sind in der gesamten Zeit am wenigsten betroffen geworden. Und dann konnte man sehen, dass umso älter die Bevölkerung wird, umso gefährlicher war diese Erkrankung. Da hätte doch mal irgendjemand einen Schluss ziehen müssen, und sagen: Was gibt es denn da für Kreuzimmunitäten? Warum sind denn die Kinder nicht betroffen? Müssen wir die einsperren? Müssen wir die mit Masken irgendwo hinschicken? Warum hat das niemand getan? Ich habe mich das die ganze Zeit gefragt, warum das Thema Kinder nirgendwo hier eine Rolle gespielt hat. Warum ist das nicht hinterfragt worden?

Prof. Dr. Lars Schaade (Präsident des Robert Koch-Instituts): Ich beantworte die Frage mal so: Das ist kein ganz unbekanntes Phänomen. Das sieht man auch zum Beispiel bei den klassischen Kinderkrankheiten, dass die üblicherweise bei Kindern milder verlaufen als bei Erwachsenen, wenn sie die dann im späteren Lebensalter kriegen. Das liegt daran, dass das Immunsystem von Erwachsenen stärker reagiert, bis sie dann älter sind. Dann reagiert es meist eben nicht mehr stärker, mit Ausnahmen. Und dass letztendlich das Immunsystem oder die Immunantwort eben einen großen Teil der Pathogenese ausmacht. Das heißt, die Immunreaktion ist ein Teil des Problems in diesem Fall. Deswegen wirkt ja auch zum Beispiel bei Corona-Virus-Lungeninfektionen Kortison, weil das Immunsystem damit runtergedrückt wird -

Abg. **Kay-Uwe Ziegler** (AfD): Vielen Dank. Wir wollten bei den Kindern bleiben.

Prof. Dr. Lars Schaade (Präsident des Robert Koch-Instituts): - und das ist letztendlich insofern nicht verwunderlich. Das hat aber nichts mit Kreuzreaktion zu tun. Das muss ich hier ganz klar sagen. Das hat nichts mit Kreuzreaktion zu tun. Sondern ist die Antwort des Immunsystems, die bei Kindern -

Abg. **Kay-Uwe Ziegler** (AfD): Können wir uns später noch mal drüber unterhalten.

Prof. Dr. Lars Schaade (Präsident des Robert Koch-Instituts): - in vielen Viruserkrankungen entsprechend milder ausfällt.

Abg. **Kay-Uwe Ziegler** (AfD): Ich frage mich nur – und das sollten Sie vielleicht alle sich mal ein bisschen. Warum hat das Thema Kinder keiner hinterfragt? Die Frau Rehfuess hat das vorhin noch mal bestätigt, dass das Thema einfach viel zu lange laufen gelassen worden ist. Herr Dr. Braun, ich habe noch mal an Sie eine Frage: Sie sagten vorhin, Sie wollen die Wissenschaft stärker einbinden und Sie suchen einen wissenschaftlichen Konsens. Und die überwiegende Mehrheit muss gestärkt werden. Habe ich Sie da richtig verstanden? Da kommt gleich meine Frage. Habe ich Sie richtig verstanden? Das hatten Sie so gesagt. Ich habe es mir so aufgeschrieben.

Prof. Dr. Helge Braun (Präsident der Universität zu Lübeck, Bundesminister für besondere Aufgaben und Chef des Bundeskanzleramtes a. D.): Es muss nicht gestärkt werden, sondern es muss transparent sein, was in der Wissenschaft Mehrheits- und Minderheitsmeinungen sind.

Abg. **Kay-Uwe Ziegler** (AfD): Ja, aber wie? Minderheitsmeinungen sind dann also die, die

dann keine Rolle bei Entscheidungen spielen. Habe ich Sie richtig verstanden?

Prof. Dr. Helge Braun (Präsident der Universität zu Lübeck, Bundesminister für besondere Aufgaben und Chef des Bundeskanzleramtes a. D.): Nein, das haben Sie nicht richtig verstanden. Sondern das Prinzip der Wissenschaft ist, es darf immer einen geben, der selbst die weitherrschende Meinung infrage stellt. Und der auf der Grundlage vielleicht -

Abg. **Kay-Uwe Ziegler** (AfD): Und wo waren die in der Corona-Zeit?

Prof. Dr. Helge Braun (Präsident der Universität zu Lübeck, Bundesminister für besondere Aufgaben und Chef des Bundeskanzleramtes a. D.):
- vielleicht einen riesigen Durchbruch erzielt.

Abg. **Kay-Uwe Ziegler** (AfD): Und jetzt sagen Sie mir bitte, wer war das bitte in der Corona-Zeit?

Prof. Dr. Helge Braun (Präsident der Universität zu Lübeck, Bundesminister für besondere Aufgaben und Chef des Bundeskanzleramtes a. D.): Aber -

Abg. **Kay-Uwe Ziegler** (AfD): Ich kann mich an die nicht erinnern. Die wurden platt gemacht. Jeder, der gesagt hat, ich habe eine andere Position dazu, wurde öffentlich hingerichtet, nicht körperlich. Der wurde sozial diskriminiert, geächtet, ausgeschlossen. Wo - - sagen Sie mir einen Namen -

Die **Vorsitzende**: Herr Ziegler -

Abg. **Kay-Uwe Ziegler** (AfD): Sagen Sie mir einen Namen, der Ihnen einfällt, der in der Corona-Zeit eine andere Meinung haben durfte. Einen Namen, nur einen.

Prof. Dr. Helge Braun (Präsident der Universität zu Lübeck, Bundesminister für besondere Aufgaben und Chef des Bundeskanzleramtes a. D.): So, aber ich kann Ihnen noch viel mehr Namen nennen -

Abg. **Kay-Uwe Ziegler** (AfD): Einen.

Prof. Dr. Helge Braun (Präsident der Universität zu Lübeck, Bundesminister für besondere Aufgaben und Chef des Bundeskanzleramtes a. D.): - die Ihre Meinung nicht vertreten haben und genau diese -

Abg. **Kay-Uwe Ziegler** (AfD): Ist auch nicht schlimm.

Prof. Dr. Helge Braun (Präsident der Universität zu Lübeck, Bundesminister für besondere Aufgaben und Chef des Bundeskanzleramtes a. D.):
- Anfeindungen direkt von Ihnen erfahren haben.

Abg. **Kay-Uwe Ziegler** (AfD): Ich wollte einen Namen.

Die **Vorsitzende**: Herr Ziegler -

Abg. **Kay-Uwe Ziegler** (AfD): Aber wissen Sie, was das Problem ist, es gibt keinen.

Die **Vorsitzende**: - Herr Ziegler, „hingerichtet“ ist an der Stelle kein parlamentarisch angemessenes -

Abg. **Kay-Uwe Ziegler** (AfD): Nein, sozial, sozial.

Die **Vorsitzende**: Und ich glaube, dass wir auch eine angemessene Beratung hier hinbekommen, wenn wir auch die Gäste, die wir einladen, zur Diskussion angemessen und freundlich behandeln. Ich habe schon mal darauf hingewiesen, dass es mitunter sonst auch dazu führen kann, dass wir Absagen bekommen, weil sich andere Gäste so nicht behandeln lassen wollen. Vielleicht nehmen das auch alle noch mal mit. - Jetzt kommen wir zur SPD-Fraktion und Frau Dr. Machalet.

Abg. **Dr. Tanja Machalet** (SPD): Ja, vielen Dank. Vielleicht kann ja der Kollege Streeck auch noch mal Auskunft geben. Aber ich würde gerne noch mal eine Frage richten - - Wir haben jetzt über das Impfen gesprochen und über Masken usw. Worüber wir noch wenig gesprochen haben, ist über die Teststrategie. Wenn wir uns anschauen, dass wir am Anfang zertifizierte Teststellen hatten, wo man dann nachher das Gefühl hatte, vor jedem Supermarkt durfte irgendwie eine Teststelle aufgemacht werden, habe ich mich schon immer gefragt: Ist das tatsächlich ein wirklicher Beitrag aus Sicht der Wissenschaft und auch aus Sicht von Ihnen, Herr Braun? In der Nachschau kann man beurteilen, ob das wirklich in der Breite auch so sinnvoll war, vor allem natürlich auch mit Blick darauf, dass es da nicht immer so ganz legal korrekt zugegangen ist, was diese Testungen angeht, wo wir ja nachher auch Betrugsskandale feststellen konnten. Vielleicht dazu auch noch mal eine Einschätzung.

Prof. Dr. Helge Braun (Präsident der Universität zu Lübeck, Bundesminister für besondere Aufgaben und Chef des Bundeskanzleramtes a. D.): Ich glaube, die frühe Verfügbarkeit von Tests, die schon zu einem Zeitpunkt positiv anschlagen, wo man wirklich noch selber gar nicht wirklich im

symptomatischen Fenster ist, ist für die Chance, eine Pandemie zu mitigieren, wirklich ein großartiges Instrument. Deshalb glaube ich, ist Testen und auch das weiter daran arbeiten, dass uns wann immer wir wieder so etwas brauchen, auch schnell und in genügendem Umfang Tests zur Verfügung haben, ein absolut notwendiges Instrument. Und in der Tat, dieses Thema Tests in die Breite zu bringen und zu versuchen, es zu institutionalisieren, statt es möglicherweise den Leuten stärker selbst zu überlassen und die Frage, wie kann ich dann auch einen negativen Test gut dokumentieren, das war in der Systematik und aufgrund der Vergütungsstruktur sehr anfällig für Missbrauch. Und dass auch diejenigen, die sozusagen die Aufgabe übernommen hatten, das umzusetzen, sich in der Kontrolle dann nicht in der Lage gesehen haben – das hat der Rechnungshof ja weidlich aufgearbeitet. Also hierfür sozusagen ein stringenteres System zu finden, also operationell es besser machen, glaube ich, da ist es absolut notwendig. Inhaltlich ist das frühe Testen, glaube ich, extrem wichtig, um so eine Pandemie in den Griff zu bekommen.

Abg. **Dr. Tanja Machalet** (SPD): Danke. Und dann würde ich auch noch mal eine Frage zum internationalen Kontext stellen. Noch mal auch mit Blick auf das, was wir jetzt eben hier hatten, zum Thema Falschinformation und Desinformation. Herr Kramarz, welche Erfahrungen hat das ECDC im Umgang mit Falschinformation und Desinformation während der Pandemie gehabt, also insbesondere im Zusammenhang mit Impfung, Virusstrategie und Schutzmaßnahmen?

Dr. Piotr Kramarz (Chefwissenschaftler am Europäischen Zentrum für die Prävention und die Kontrolle von Krankheiten (ECDC)): Vielen Dank. Dieser Punkt ist sehr wichtig, und das haben wir während der Pandemie auch erkannt. Wir hatten sehr gute, auf fundierten Erkenntnissen beruhende wissenschaftliche Ratschläge, nicht nur vom ECDC, sondern auch von unseren Partnern, den Einrichtungen des öffentlichen Gesundheitswesens. Die Akzeptanz in der Bevölkerung war jedoch, vorsichtig ausgedrückt, suboptimal, da es eine Schwemme von Informationen und in einigen Fällen auch Falschinformationen oder Desinformation gab. Darauf mussten wir also irgendwie reagieren. Gegen diese „Infodemie“, wie sie mitunter auch genannt wird, sind wir zunächst vorgegangen, indem wir versucht haben, Kommunikationsmaterialien bereitzustellen, die möglichst zugänglich sind, etwa verschiedene Infografiken und Videos. Wir haben zahlreiche Medieninterviews durchgeführt, um die Vorgänge in einfacher Sprache zu erklären und unsere Empfehlungen zu begründen, doch wurde uns auch klar, dass wir die Sozial- und Verhaltenswissenschaften stärker einbeziehen müssen. Beispielsweise haben wir erkannt, dass wir wirklich verstehen müssen, warum Menschen sich nicht impfen lassen wollen. Wir haben ein deutsches Tool, die sogenannte 5C-Skala, die wie ein soziales Diagnosetool funktioniert, verwendet, um zu ermitteln, wie und warum es zu dieser Impfverweigerung kommt. Das Tool wurde von Cornelia Betsch und ihrem Team an der Universität Erfurt entwickelt, und wir haben es angepasst. Anstatt also den Menschen Impfskepsis vorzuwerfen, können wir mit dem Tool aufzeigen, dass sie zum Beispiel Probleme beim Zugang zu Impfstellen haben. Wir bauen dieses Konzept nun aus, weil wir daraus gelernt haben, und möchten diesen sozial- und verhaltenswissenschaftlichen Ansatz auch auf andere Krankheiten übertragen, denn dies ist mittlerweile unumgänglich.

Die **Vorsitzende**: Super, herzlichen Dank. Damit haben wir auch die Runde sechs abgeschlossen. Die Runde sieben bis zehn würde ich, wie auch in den letzten Sitzungen zusammenfassen, einen 20-Minuten-Block für die Union machen. - Und ich würde Professor Kluge dann das Wort geben.

SV **Prof. Dr. Stefan Kluge**: Ja, wir waren ja eben noch mal beim Thema Kommunikation. Vielleicht können Sie es noch ein bisschen näher ausführen – wie informieren wir die Bevölkerung? Also wir merken ja hier auch: Wir benutzen Abkürzungen, die, glaube ich, ganz, ganz viele Menschen nicht kennen, die uns zuhören, oder Begriffe. Und das ist einfach ein Riesenproblem, auch die medizinischen Fachbegriffe. Ich glaube, da nehmen wir ganz viele nicht mit. Also wie müssen wir kommunizieren? Sie haben auch gesagt, man hat das, viele haben das gar nicht gelernt. Aber vor allem in welchen Medien? Also die sozialen Medien, ich habe vorhin mal durchgeguckt, spielen eine Riesenrolle mittlerweile. Und die Altersgruppen haben ja unterschiedliche Nutzungsverhalten von Medien. Können Sie da

noch mal in die Tiefe gehen? Sie haben ja auch zu digitaler Nutzung geforscht und gearbeitet. Was würden Sie da bei der nächsten Gesundheitskrise, Pandemie, empfehlen? Welche Medien sollte ja auch das RKI nutzen, sollte die Regierung nutzen, um ihre Entscheidungen mitzuteilen, aber natürlich auch medizinische Informationen zu geben?

Prof. Dr. Doreen Reifegerste (Professorin für Gesundheitskommunikation an der Universität Bielefeld): Ja, danke noch mal für die Nachfrage. Ich versuche es noch mal ein bisschen auszuführen. Also das eine: Sie hatten ja auch was referiert gerade zum Hantavirus und wie Medien gerade darauf reagieren. Das eine ist, man muss natürlich verstehen, Medien haben ihre eigenen Logiken, warum die was so erzählen, wie sie es erzählen und warum sie das auch so darstellen. Und das wär jetzt so ein Bedürfnis an die Politik auch zu sagen, ja, diese Logiken sind da so aus Gründen, aber die muss man nicht unbedingt bedienen. Also da muss man vielleicht auch was dagegensetzen. Ich hatte ja gesagt, Emotionen ist ein wichtiger Bestandteil, also eben eher diese Gefühle auch so ein bisschen aufgreifen wie Sicherheit und Hoffnung. Das ist jetzt nicht unbedingt was, womit ein Medium Geld verdient, aber Politik am langen Ende vielleicht mehr Vertrauen schafft. Also das war ja so ein Punkt, den ich stark gemacht habe. Das wäre eher so auf der Botschafts- und Inhaltsebene. Oder man könnte auch kommunikationstheoretisch sagen, auf der Beziehungsebene. Sie haben ja quasi ständig die Anforderung, dass Sie an der Beziehungsarbeit auch arbeiten, unabhängig von den Inhalten. Und das war so ein bisschen mein Punkt, auch vorher von der Frage von Herrn Rosenbrock. Die muss sich halt langfristig aufbauen, die Beziehung. Die ist nicht plötzlich - - in der Krise, sozusagen kann man da erst anfangen, sondern das ist sowas, was lange Vorlauf braucht und eben auch Strukturen. Und genau bei diesen Strukturen können wir jetzt auch noch mal darüber sprechen: Welche Kanäle sind denn da geeignet? Da ist zum einen die Frage natürlich, welche Techniken - - und das ist sowas, da rennen wir quasi auch ständig hinterher. Deswegen habe ich das mit den Reviews auch gesagt, es ist so ein bisschen schwierig, da immer up to date zu bleiben. Wir haben jetzt mit ChatGPT und KI und so weiter eine ganz andere Medienlandschaft schon wieder. Also ich könnte nicht sagen, was wäre jetzt angemessen, weil - - oder, also jetzt ist was ganz anderes angemessen als vor einigen Jahren, weil wir sozusagen schon wieder eine völlig veränderte technologische Nutzungslandschaft haben. Meine Empfehlung wäre daher immer - - also recht aktuell und wir hatten ja gerade Cornelia Betsch auch schon genannt, die hatten ja auch während der Corona-Zeiten Monitoring der Mediennutzung. Also auch sowas zu installieren und dann eben nicht erst anzufangen, wenn ich das Problem habe, sondern das langfristig zu haben, dass ich gucke: Was nutzen die Menschen denn, um sich zu informieren? Also wo sind die Kanäle, wo ich die erreiche und die sind möglichst vielfältig, also die werden immer vielfältiger. Das ist auch so eine Schwierigkeit. Also ich werde Ihnen jetzt nicht sagen können, ja nutzen Sie das eine und dann erreichen Sie schon alle. Das wird nicht funktionieren. Und digital ist da eine Option. Das ist zunehmend natürlich. Wir haben eine hohe Digitalisierungsquote – sind in anderen Ländern - - die sind uns ein bisschen voraus. Man spricht da so von Entwicklungsland Deutschland auch, was die Digitalisierung gerade im Gesundheitswesen angeht. Also sind wir jetzt ja so langsam, dass wir da auch mit dem E-Rezept zum Beispiel durchgekommen sind und so weiter. Das hat alles gute Gründe. Was ich sagen will: Wo man - - also da muss man auch ein Monitoring nicht nur auf die ganzen - - Virenlast und so weiter - - was wir heute alles schon besprochen haben, sondern eben auch genau dahin, wo Informationswege sind.

SV **Prof. Dr. Stefan Kluge**: Noch eine kurze Frage an Professorin Rehfuess: Sie sind ja auch Expertin für systemische Reviews und Leitlinien und - - Schulleitlinie haben Sie schon erwähnt und eben wurde ja gesagt, dass das so Außenseitermeinungen weggewischt werden. Also ich erinnere mich bei der Leitlinie, wo ich beteiligt war, dass wir auch sehr kontrovers diskutiert haben. Aber die Grundlage ist ja immer die wissenschaftliche Evidenz. Also was für Studienlagen liegen vor? Vielleicht können Sie das noch mal kurz ausführen. Aber die Frage ist eigentlich, Forschung zu machen in so einer Krisensituation ist unglaublich schwer. Und Sie haben gesagt, wir müssen eigentlich schon den Ethikantrag einreichen. Nun wird keine deutsche Ethikkommission einen Ethikantrag von uns akzeptieren, wenn wir nicht genau reinschreiben,

was wir vorhaben. Und ich habe nicht das Gefühl, dass das Thema Digitalisierung, Datenschutz, Bürokratieabbau beim Thema Akutforschung besser geworden ist seit der Pandemie. Frau Professor Vehreschild hat das auch eindrücklich noch mal dargestellt. Können Sie zu den beiden Punkten bitte noch mal einen Kommentar abgeben?

Prof. Dr. Eva Annette Rehfuess, BA MA (Oxon) PhD (Professorin für Public Health und Versorgungsforschung, Interimsdirektorin des Instituts für medizinische Informationsverarbeitung, Biometrie und Epidemiologie an der Ludwig-Maximilians-Universität München): Ja, eigentlich sind es sogar drei.

Der erste Punkt: Leitlinien. Also tatsächlich in Deutschland haben wir als Goldstandard die sogenannte S3-Leitlinie. Kommt eigentlich aus diesem klinisch-medizinischen Kontext, wird aber in vielen anderen Ländern auch für Public-Health-Fragestellungen, also sehr viel größere gesamtgesellschaftliche Fragestellungen, eingesetzt und in Deutschland zunehmend auch. Es sind gerade zwei ÖGD-Leitlinien, also Leitlinien, die direkt im öffentlichen Gesundheitsdienst dienen sollen in der Mache mit genau der gleichen Systematik. Also ganz entscheidend, es kann nur eine – Sie wissen das sehr gut – evidenzbasierte Leitlinie sein, wenn dieser Leitlinie auch ein systematischer Review zugrunde liegt.

Das Problem in der Pandemie ist natürlich, dass wir am Anfang diese ganz klare Evidenz nicht haben. Also zum Beispiel haben wir in der ersten, in einem ersten systematischen Review zu internationalen Reisebeschränkungen noch alle möglichen anderen Viren mit betrachtet. Also das muss man, glaube ich, mitdenken. Aber ich glaube, diese Form der Leitlinienerstellung, wo dann ja auch noch diese formalisierten Konsensusverfahren dazukommen, wo auch bei uns wurde gestritten zwischen den Virologen und den Kinderärzten und den Pädagogen. Aber diese Vielfältigkeit versucht man dann aufzulösen in diesem Konsensverfahren. Also aufzulösen ist vielleicht der falsche Begriff, aber dafür eine gute Lösung zu finden und sich zu einigen.

Leitlinien. Vorabgenehmigung durch Ethikkommissionen ist sicherlich schwierig, wird aber schon auch in anderen Ländern angedacht. Aber in Deutschland sind wir noch mal einen Schritt weiter zurück. Also wir haben die große Chance durch das Netzwerk Universitätsmedizin, dass wir im Bereich der klinischen Einrichtung, der klinischen Vernetzung, der klinischen Forschung viel besser aufgestellt sind für eine nächste Pandemie. Das ist wirklich ein großes Kompliment an dieser Entscheidung. Aber das gilt nur für die Universitätskliniken. Das heißt, NPIs können wir mit diesem Instrument nicht wirklich beforschen und weiterentwickeln. Ich sage jetzt nicht, dass wir in ähnlicher Millionensumme da Beträge auch in die NPI-Forschung stecken können, aber zumindest ansatzweise auch eine solche Forschungsinfrastruktur aufzubauen, wäre ganz, ganz wichtig. Und ich glaube, geballt könnte man schon auch diese größeren Themen angehen.

Datenschutz ist ein Riesenthema. Genau – vielleicht so ganz kurz. Aber vielleicht noch ein letzter Satz. Also ich meine, der Vorteil bei den klinischen Studien ist, dass wir ja im Prinzip so ein Rezept haben, was wir abarbeiten können. Und ich will nicht sagen, dass das immer einfach ist, aber wir haben ein Standardvorgehen. Bei diesen komplexeren Public Health und Social Measures, NPIs, ist es noch um ein Vieles schwerer und da sind wir nicht gerüstet im Moment. Da müssen wir ran.

SV **Prof. Dr. Stefan Kluge**: Vielen Dank Ihnen beiden.

SV **Carolin Kubbe**: Ja, ich übernehme. Ich würde ganz gerne mal auf die Aussage hinführen, dass Kinder nicht frühzeitig beachtet worden sind oder einbezogen worden sind. Frau Professorin Dr. Rehfuess, Sie hatten ja die Leitlinie angesprochen. Können Sie sagen, wann diese erstmals veröffentlicht worden ist, was man so auch quasi durch Googeln herausfindet, und wer mit einbezogen ist bei der Verfassung?

Prof. Dr. Eva Annette Rehfuess, BA MA (Oxon) PhD (Professorin für Public Health und Versorgungsforschung, Interimsdirektorin des Instituts für medizinische Informationsverarbeitung, Biometrie und Epidemiologie an der Ludwig-Maximilians-Universität München): Also die allererste Version der Leitlinie kam Anfang Februar 2021 raus und das hatten wir auch bewusst so getimt und ich kann nur sagen, da waren unglaublich viele

Personen, Fachgesellschaften, Ehrenamt dabei, die auch in den Weihnachtsferien einfach durchgearbeitet haben und zum Teil die Wochenenden durchgearbeitet haben, um das möglich zu machen. Also das Timing ist sehr bewusst. Die Zusammensetzung dieses Gremiums hat sich von Anfang bis Ende nicht groß verändert und es waren von Anfang an eben auch Vertreterinnen der Schülerinnen und Schüler dabei, die mitgesprochen haben. Was ich vorhin schon angesprochen habe, also natürlich hat sich auch die Evidenz im Laufe der Zeit entwickelt. Wir haben zunehmend auch mehr über diese Nebenwirkungen erfahren, aber im Prinzip haben wir von Anfang an die gleichen Dinge betrachtet mit der gleichen Gruppe. Was sich ganz stark geändert hat, ist diese Gewichtung. Was treibt diese Entscheidungen? Was sollte die Entscheidung in die eine oder andere Richtung vorantreiben? Und es war zu Beginn der Pandemie natürlich stark von dem Thema Gesundheitsschutz bestimmt und ging dann zunehmend in diesem Bereich Kinderschutz, Bildung, psychische Erkrankungen und so weiter über. Aber im Prinzip immer das gleiche Vorgehen mit der gleichen Gruppe.

Und vielleicht auch noch eine Sache, das ist auch wieder die Chance eines leitlinienartigen Vorgehens, was ich mir in mehr Bereichen wünschen würde. Die Vielfalt der Meinungen zwischen Lehrerinnen und Lehrern wurde eben auch in die Fachgesellschaften reingetragen. Auch Schülerinnen und Schüler haben die Pandemie sehr unterschiedlich wahrgenommen. Es gab auch welche, die fanden Distanzunterricht ganz toll. Ich will nicht sagen, dass es die Mehrheit war, aber auch diese Minderheitsmeinung haben wir mitgehört. Die wurde über diese Vertretungen hineingetragen.

SV **Carolin Kubbe**: Also ist es korrekt, dass Sie schon 2021 Schülerinnen und Schüler befragt dazu haben und mit am Tisch hatten?

Prof. Dr. Eva Annette Rehfuess, BA MA (Oxon) PhD (Professorin für Public Health und Versorgungsforschung, Interimsdirektorin des Instituts für medizinische Informationsverarbeitung, Biometrie und Epidemiologie an der Ludwig-Maximilians-Universität München): Vom ersten Tag an.

SV **Carolin Kubbe**: Okay. Ich hatte vorhin angeteasert die Frage zur Bildungsungleichheit und ich würde ganz gerne wissen: Welche konkreten Schutzmechanismen könnten Sie als Autorin bzw. Mitautorin für vulnerable Kindergruppen geben könnten, damit diese nicht in der nächsten Pandemie erneut Lern- und Teilhabeverluste erleiden müssen?

Prof. Dr. Eva Annette Rehfuess, BA MA (Oxon) PhD (Professorin für Public Health und Versorgungsforschung, Interimsdirektorin des Instituts für medizinische Informationsverarbeitung, Biometrie und Epidemiologie an der Ludwig-Maximilians-Universität München): Das ist eine schwierige Frage und tatsächlich eine Gruppe, die wir immer mit abbilden wollten, aber dann auch aus verschiedenen Gründen nicht so sauber mit abbilden konnten, waren zum Beispiel Förderschulen. Also wir haben auch relativ bewusst dieses Thema Förderschulen ein bisschen ausgeklammert, weil es natürlich noch mal eine Hausnummer schwieriger war. Deshalb haben wir uns sozusagen eher auf diesen Regelschulbetrieb bezogen. Ich würde auch da sagen, ich glaube, wir haben sehr viel in dieser Pandemie gelernt und müssen genau dieses Wissen jetzt in zukünftige Arbeit dieser Art mit hineinbringen. Was ich vielleicht auch noch ergänzen würde: Ich glaube Leitlinien sind ein ganz tolles Instrument, um die breite wissenschaftliche Basis sowohl in Form von Erkenntnis als auch in Form von Expertise zusammenzubringen und eben auch diese Perspektiven der unterschiedlichen Gruppen von Betroffenen. Aber sie können natürlich immer nur Politik vorbereiten. Also die politischen Entscheidungen werden immer auf einer anderen Ebene getroffen und das ist auch gut so, durch politisch legitimierte Gremien. Aber ich glaube, dieses Zusammenführen von Evidenz und Expertise in einer evidenzbasierten Leitlinie ist ein Instrument, was wir uns auch für eine nächste Pandemie mehr ins Pflichtenheft schreiben sollten. Vielen Dank.

SV **Carolin Kubbe**: Vielen Dank.

SV **Prof. Dr. Christian Weidner**: Ich habe nur einen ganz kurzen Kommentar, Herr Ziegler, weil Sie es gerade angesprochen haben. Ich habe mich vielleicht etwas unscharf ausgedrückt. Die TRBA 250, also Technische Richtlinie für biologische

Arbeitsstoffe, besagt genau, bei welchen luftübertragenen Erkrankungen und bei welchen Verrichtungen man in der Klinik als Personal FFP2- und FFP3-Masken tragen muss. Das heißt, das ist eine Arbeitsschutzausstattung für den Arzt, für die Krankenpfleger. So hat Herr Salzberger vermutlich, ohne sich anzustecken, sein Berufsleben überstanden. Die Mund-Nasen-Schutzmasken, die Sie jetzt angesprochen haben, die man gemeinhin aus dem Fernsehen kennt, im OP, sind ein Fremdschutzinstrument, damit der Chirurg nicht den Patienten in den Bauchraum spuckt. Also nur, um das noch klarzustellen. Danke schön.

Abg. **Michael Hose** (CDU/CSU): So. Ich hätte noch an Sie, Herr Professor Braun, eine Frage: Sie haben vorhin ja zu Recht gesagt, wir wissen ja nicht, was auf uns zukommt. Deswegen ist natürlich immer die Frage, ja, was kann man jetzt daraus lernen? Etwas, wo man ein bisschen allgemeiner sein muss. Allgemein würde ich Sie deswegen auch fragen, wenn wir uns das Infektionsschutzgesetz – da haben wir vorhin schon drüber gesprochen – anschauen, wie es jetzt ist. Und wir gucken uns mal andere Katastrophen an, die in mehreren Ländern stattfinden. Wir haben hier schon mal über Hochwasser gesprochen etc. pp. Also über die Dinge, die erwartbar uns vielleicht mal irgendwann auch wieder überkommen werden. Halten Sie das Infektionsschutzgesetz, so wie es jetzt ist, bei solchen Katastrophen für anwendbar, geeignet?

Prof. Dr. Helge Braun (Präsident der Universität zu Lübeck, Bundesminister für besondere Aufgaben und Chef des Bundeskanzleramtes a. D.): Also sagen wir mal, im Grundsatz ist das Infektionsschutzgesetz nicht nur der richtige Ort, sondern hat sich an vielen Stellen auch bewährt. Im Kern glaube ich, brauchen wir diesen etwas klareren Regelrahmen. Und dann müssen wir - - wenn man den sehr klar hat, dann ergeben sich daraus Notwendigkeiten der operativen Umsetzung. Und das ist ja am Ende die Frage: Welche Kraft kriegt man auf die Straße? Hängt immer davon ab, wie gut ist man eigentlich in der Umsetzung eines solchen Gesetzes. Und deshalb glaube ich, dass solche Fragen wie: Haben wir das Surveillance-System wirklich so aufgestellt, dass es in der Lage ist, uns sozusagen möglichst frühzeitig, möglichst präzise eine Auskunft zu geben, über ein steigendes oder fallendes Infektionsgeschehen? Haben wir die Datenlage so? Ist der medienbruchfrei? Der Gedanke, den wir immer mal hatten – wir kriegen mal ein Dashboard, wo wir sozusagen in Echtzeit bundesweit aggregiert die Infektionsdaten sehen können und müssen nicht mehr auf die Tagesmeldung des RKI warten und können das sozusagen auch wissenschaftlich in verschiedenen Dimensionen auflösen. Und ich glaube, neben diesen rechtlichen Fragen sind auch - - sozusagen am Anfang steht ja immer diese Frage, was ist verhältnismäßig und erforderlich? Und an der Stelle ist es ganz wichtig, schnell Erkenntnisse zu haben und deshalb im Kontext der Infektionsschutzforschung, der Infektionsforschung, der Inflammationsforschung uns frühzeitiger mehr Erkenntnisse zu geben über mögliche Eigenschaften eines neuen, so noch nicht aufgetretenen Keimes, ist da genauso wichtig, wie auch auf der medikamentösen Ebene vielleicht präventiv wie auf der Behandlungsseite mehr Möglichkeiten zu haben. Auch hier fände ich sozusagen die Forschung an frühzeitiger wirkenden oder auch in der Spätphase, wenn wir hauptsächlich dieses immunologische Geschehen haben, was die Krankheit treibt, noch präziser eingreifende Medikamente zu haben als Cortison. Also das ist so der ganze Maßnahmenbaum und da ist sozusagen das Infektionsschutzgesetz mit dem Rahmen, den es setzt, nur der Anfang, aber in den einzelnen Säulen, glaube ich, ist das dann das, was uns erfolgreich macht.

Abg. **Michael Hose** (CDU/CSU): Das hätte ich Sie jetzt sowieso noch gefragt, was hätten Sie sich denn, also wenn Sie sich jetzt wieder in die Lage versetzen, Sie sind wieder Entscheidungsträger: Welche Art von Forschung brauchen wir denn noch, um besser vorbereitet zu sein, auch damit Politik besser vorbereitet ist?

Prof. Dr. Helge Braun (Präsident der Universität zu Lübeck, Bundesminister für besondere Aufgaben und Chef des Bundeskanzleramtes a. D.): Also ich glaube, eben diese Frage der wirkungsorientierten Versorgungsforschung und auch diese Frage: Wie können wir Wirkung und Nebenwirkung gut beurteilen, wie haben wir eine gute Datenerhebung, die uns auf der anderen Seite eine gute Modellierung ermöglicht? Ich habe ja angesprochen, wir hatten zu Beginn der Corona-Pandemie gar keine Erhebung sozusagen der Ansteckungsumstände, also diese Frage „Stecken

sich alle eigentlich nur im Altenheim an oder kann das auch auf dem Sportplatz passieren?“ war systematisch extrem schwer zu erheben. Und das sind alles Dinge, die schrittweise nachgezogen worden sind, und dann auch solche neuen Instrumente. Abwassermonitoring, ist das sozusagen auch ein Instrumentarium, was uns hilft, die Dunkelziffer, was in der Bevölkerung wirklich los ist zu erfassen. Das sind alles neue Instrumente, die man weiterentwickeln und systematisieren und dann im Infektionsschutzgesetz auch verankern muss. Und natürlich, das Besondere an der antiviralen Therapie ist ja, dass sie sehr, sehr früh beginnen muss, eigentlich in Stadien, wo von der eigenen Krankheitsschwere noch gar nicht so richtig zu beurteilen ist und deshalb auch da die Forschung voranzutreiben, wie wir vielleicht Medikamente haben, die in einem späteren Stadium auch noch gute Erfolge haben oder die so nebenwirkungsarm sind, dass man sie verstärkt auch präventiv einsetzen kann. Also ich glaube, da gibt es ganz, ganz viele Dinge, weil wir wenig wissen, aber dass es wahrscheinlich eher ein respiratorisch übertragener Virus ist, das ist doch highly likely und insofern gibt es glaube ich gute Ansätze, wo man da wissenschaftlich weiter vorgehen kann.

Abg. **Michael Hose** (CDU/CSU): Bevor ich meine letzte Frage stelle, möchte ich noch mal ausdrücklich meine Zeit nutzen, um Ihnen allen zu danken. Ich glaube, wir haben heute wieder wesentliche Erkenntnisse gewonnen, die für unsere Arbeit wichtig sind, vor allen Dingen, wo wir dann eben auch Empfehlungen ableiten können. Ich danke Ihnen allen, dass Sie sich die Zeit genommen haben, unsere Sitzung bereichert haben und deswegen möchte ich Sie aber trotzdem noch abschließend fragen: Wenn wir Umfragen uns anschauen, sind ja die Deutschen auch durchaus der Meinung, dass wir insgesamt gut durch die Pandemie gekommen sind. Woran würden Sie das – als jemand, der auch Verantwortung trägt – auch festmachen, dass das so ist.

Prof. Dr. Helge Braun (Präsident der Universität zu Lübeck, Bundesminister für besondere Aufgaben und Chef des Bundeskanzleramtes a. D.): Also ich glaube, wenn man es sich anschaut, ist das so multifaktoriell, dass es erstmal schwer zu beantworten ist. Aber wenn man sich die Extreme anschaut, also zum Beispiel die USA oder Brasilien, also Länder, die sehr stark die Pandemie negiert haben und die Folgen negiert haben, dass die deutlich schlechter durch die Pandemie gekommen sind, das ist, glaube ich, extrem evident. Dass es natürlich Länder gibt, auch in extremen Randlagen, Halbinseln, Inseln, die es leichter hatten - - aber Deutschland ist ja ein unglaublich vernetztes Land, das habe ich auch sozusagen in der Verantwortung der Pandemiesteuerung massiv gelernt, nicht nur komplexe Lieferketten, komplexe Arbeitsbeziehungen mitten in Europa. Und ich glaube, dafür kann man, wenn man die Übersterblichkeit und solche Dinge heranzieht, wirklich sagen, dass wir gut durch die Pandemie gekommen sind. Und ich glaube auch, was man gesehen hat, dass insbesondere in der wichtigen Phase ohne Impfstoff die Compliance der deutschen Bevölkerung für die Corona-Maßnahmen extrem hoch war. Insofern ist das auch weniger ein politisches Verdienst als wirklich eine gesamtgesellschaftliche, solidarische Leistung.

Abg. **Michael Hose** (CDU/CSU): Vielen herzlichen Dank.

Die **Vorsitzende**: Vielen Dank. Damit kommen wir zum Ende unserer Fragerunden. Ich darf den Dank noch mal wiederholen, den der Kollege Hose ausgesprochen hat, Ihnen allen fürs Hierherkommen und hier dabei sein. Dr. Kramaz, vielen Dank für Ihr Onlinedabeisein und dass Sie sich auch die Zeit genommen haben. Wir haben, glaube ich, viele Impulse jeweils mitgenommen, die wir in die weitere Beratung der Kommission einfließen lassen. Ich darf mich auch noch mal bei der Übersetzungsleistung, bei der Dolmetschung heute bedanken, dafür, dass das so reibungslos geklappt hat und darf Sie alle verabschieden und die Sitzung schließen. Herzlichen Dank.

Schluss der Sitzung: 17:31 Uhr

gez.
Franziska Hoppermann, MdB
Vorsitzende

Verweise auf Stellungnahmen der Sachverständigen im Anlagenkonvolut

Prof. Dr. Doreen **Reifegerste**
Kom-Drs. 21(27)35 NEU

Prof. Dr. Lars **Schaade**
Kom-Drs. 21(27)36
Kom-Drs. 21(27)38 – ergänzende Stellungnahme

Dr. Anders **Tegnell**
Kom-Drs. 21(27)37