



Wortprotokoll der 99. Sitzung

Ausschuss für Gesundheit

Berlin, den 9. September 2020, 14:00 Uhr
Marie-Elisabeth-Lüders-Haus, Saal 3 101, Adele-
Schreiber-Krieger-Straße 1, 10557 Berlin

Vorsitz: Harald Weinberg, MdB

Tagesordnung - Öffentliche Anhörung

Tagesordnungspunkt

Seite 5

- a) Gesetzentwurf der Abgeordneten Christine Aschenberg-Dugnus, Konstantin Kuhle, Grigorios Aggelidis, weiterer Abgeordneter und der Fraktion der FDP

Entwurf eines Gesetzes zur Weitergeltung von Rechtsverordnungen und Anordnungen aus der epidemischen Lage von nationaler Tragweite angesichts der COVID-19-Pandemie (COVID-19-Rechtsverordnungswertungsgesetz)

BT-Drucksache 19/20042

Federführend:

Ausschuss für Gesundheit

Mitberatend:

Ausschuss für Recht und Verbraucherschutz

Berichterstatter/in:

Abg. N. N. [FDP]



- b) Antrag der Abgeordneten Christine Aschenberg-Dugnus, Konstantin Kuhle, Grigorios Aggelidis, weiterer Abgeordneter und der Fraktion der FDP

Epidemische Lage von nationaler Tragweite beenden: Bevölkerung weiter schützen, Parlamentsrechte wahren

BT-Drucksache 19/20046

Federführend:

Ausschuss für Gesundheit

Mitberatend:

Ausschuss für Recht und Verbraucherschutz

Berichterstatter/in:

Abg. N. N. [FDP]

- c) Antrag der Abgeordneten Kai Gehring, Kordula Schulz-Asche, Katrin Göring-Eckardt, weiterer Abgeordneter und der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN

Pandemierat jetzt gründen - Mit breiterer wissenschaftlicher Perspektive besser durch die Corona-Krise

BT-Drucksache 19/20565

Federführend:

Ausschuss für Gesundheit

Mitberatend:

Ausschuss für Inneres und Heimat

Ausschuss für Bildung, Forschung und Technikfolgenabschätzung

Berichterstatter/in:

Abg. N. N. [FDP]

**Mitglieder des Ausschusses**

	Ordentliche Mitglieder	Stellvertretende Mitglieder
CDU/CSU	Henke, Rudolf Hennrich, Michael Irlstorfer, Erich Kippels, Dr. Georg Krauß, Alexander Kühne, Dr. Roy Maag, Karin Monstadt, Dietrich Pilsinger, Stephan Riebsamen, Lothar Rüddel, Erwin Schmidtke, Dr. Claudia Sorge, Tino Zeulner, Emmi	Albani, Stephan Brehmer, Heike Hauptmann, Mark Knoerig, Axel Lezius, Antje Nüßlein, Dr. Georg Pantel, Sylvia Schummer, Uwe Stracke, Stephan Tiemann, Dr. Dietlind Weiß (Emmendingen), Peter Zimmer, Dr. Matthias
SPD	Baehrens, Heike Dittmar, Sabine Franke, Dr. Edgar Heidenblut, Dirk Mattheis, Hilde Moll, Claudia Müller, Bettina Stamm-Fibich, Martina Völlers, Marja-Liisa	Bahr, Ulrike Baradari, Nezahat Bas, Bärbel Freese, Ulrich Katzmarek, Gabriele Steffen, Sonja Amalie Tack, Kerstin Westphal, Bernd Ziegler, Dagmar
AfD	Podolay, Paul Viktor Schlund, Dr. Robby Schneider, Jörg Spangenberg, Detlev Witt, Uwe	Braun, Jürgen Gehrke, Dr. Axel Oehme, Ulrich Wildberg, Dr. Heiko Wirth, Dr. Christian
FDP	Aschenberg-Dugnus, Christine Helling-Plahr, Katrin Schinnenburg, Dr. Wieland Ullmann, Dr. Andrew Westig, Nicole	Alt, Renata Kober, Pascal Nölke, Matthias Theurer, Michael Willkomm, Katharina
DIE LINKE.	Gabelmann, Sylvia Kessler, Dr. Achim Weinberg, Harald Zimmermann, Pia	Krellmann, Jutta Movassat, Niema Schreiber, Eva-Maria Wagner, Andreas
BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN	Hoffmann, Dr. Bettina Kappert-Gonther, Dr. Kirsten Klein-Schmeink, Maria Schulz-Asche, Kordula	Dörner, Katja Kurth, Markus Rottmann, Dr. Manuela Rüffer, Corinna



Die Anwesenheitslisten liegen dem Originalprotokoll bei.



Beginn der Sitzung: 14:02 Uhr

Der **stellvertretende Vorsitzende**, Abg. **Harald Weinberg**: Guten Tag meine sehr verehrten Damen und Herren, liebe Zuschauerinnen und Zuschauer, meine sehr verehrten Sachverständigen, sehr geehrte Vertreter der Bundesregierung, ich begrüße Sie ganz herzlich zur öffentlichen Anhörung des Ausschusses für Gesundheit, die heute wieder als eine Mischung aus Präsenzsitzung und Online-Meeting mit unseren Sachverständigen stattfindet. Vorab möchte ich die Sachverständigen bitten, sich mit Ihrem Namen in WebEx anzumelden, sodass ihre Teilnahme für uns erkennbar ist. Außerdem möchte ich Sie bitten ihre Mikrofone vorerst stumm zu schalten. Die im Saal anwesenden Abgeordneten bitte ich, sich mit ihrem Endgerät in die Sitzung einzuwählen und dieses Gerät ebenfalls stumm zu schalten. Ihre Fragen stellen Sie über die Tischmikrofone. Meine Damen und Herren, wir beschäftigen uns in der heutigen Anhörung mit dem Gesetzentwurf der Fraktion der FDP zur Weitergeltung von Rechtsverordnungen und Anordnungen aus der epidemischen Lage von nationaler Tragweite angesichts der COVID-19-Pandemie, also mit dem COVID-19-Rechtsverordnungsweitergeltungsgesetz auf Drucksache 19/20042. Dazu kommt der Antrag der FDP „Epidemische Lage von nationaler Tragweite beenden: Bevölkerung weiter schützen, Parlamentsrechte wahren“ auf Drucksache 19/20046 und ein Antrag der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN „Pandemierat jetzt gründen - Mit breiter wissenschaftlicher Perspektive besser durch die Corona-Krise“ auf Drucksache 19/20565. Gesetzentwurf und Antrag der FDP Fraktion drehen sich um die Feststellung, dass die derzeitige geltende epidemische Lage von nationaler Tragweite beendet werden kann. Nach Ansicht der FDP sind die Voraussetzungen dafür nicht mehr gegeben. Die Zahl der Corona-Infektionen entwickle sich moderat und es gebe genügend freie Intensivbetten, sodass keine Destabilisierung des Gesundheitssystems drohe. Da mit der Aufhebung der epidemischen Lage von nationaler Tragweite fast alle Rechtsverordnungen außer Kraft träten, es aber Verordnungen beispielsweise zur Unterstützung von medizinischen oder pflegerischen Einrichtungen gäbe, die weiterhin erforderlich seien, müssten diese vom Gesetzgeber neu geregelt

werden. Bis zum Abschluss eines solchen Gesetzgebungsverfahrens soll das COVID-19-Rechtsverordnungsweitergeltungsgesetz als Übergangsgesetz die Lücke schließen. Damit würden die Rechtsverordnungen bis zum 30. September 2020 in Kraft bleiben. BÜNDNIS 90/ DIE GRÜNEN verfolgen mit ihrem Antrag das Ziel einen unabhängigen wissenschaftlichen Pandemierat einzurichten. Dieser soll mit Expertinnen und Experten der unterschiedlichsten Fachrichtungen besetzt sein, sich international vernetzen und Empfehlungen für das weitere Vorgehen in der Corona-Krise entwickeln. Soweit ein kurzer Überblick dessen, was wir heute diskutieren. Bevor wir anfangen möchte ich noch kurz etwas zum Ablauf der Anhörung erklären. Die Anhörung dauert insgesamt 90 Minuten. Diese 90 Minuten werden auf die Fraktionen entsprechend ihrer Stärke verteilt. Auf die Unionsfraktion entfallen 32 Minuten, auf die SPD-Fraktion 19 Minuten, auf die AfD-Fraktion 11 Minuten, auf die FDP-Fraktion 10 Minuten sowie auf die Fraktionen DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN jeweils 9 Minuten. Ich darf sowohl die Fragenden als auch die Sachverständigen bitten, sich möglichst kurz zu fassen. Nur so können möglichst viele Fragen gestellt und beantwortet werden und damit auch möglichst viele Aspekte der vorliegenden Anhörungssachverhalte aufgeklärt werden. Die aufgerufenen Sachverständigen sollten vor der Beantwortung der Fragen daran denken, ihr Mikrofon und ihre Kamera freizuschalten und sich mit Namen und Verband vorzustellen. Sobald sie ihren Redebeitrag beginnen, sind sie für uns auf dem Videowürfel im Saal zu sehen und zu hören. Des Weiteren bitte ich alle im Saal Anwesenden ihre Mobiltelefone auszuschalten. Ein Klingeln kostet 5 Euro für einen guten Zweck. Ich weise darauf hin, dass die Anhörung zeitversetzt im Parlamentsfernsehen gezeigt wird. Das Wortprotokoll der Anhörung wird in den nächsten Tagen auf der Internetseite des Ausschusses veröffentlicht. An dieser Stelle möchte ich denjenigen Sachverständigen, die eine schriftliche Stellungnahme vorgelegt haben, herzlich dafür danken. Dann können wir jetzt beginnen.

Abg. **Karin Maag** (CDU/CSU): Meine erste Frage richtet sich an den Einzelsachverständigen Herrn Prof. Dr. Drosten. Die Autoren des Gesetzentwurfs gehen davon aus, dass, zumindest beim Stand der Einbringung des Entwurfs, eine Gefährdung des



öffentlichen Gesundheitssystems durch das Corona-Virus nicht mehr besteht. Wie schätzen Sie die Lage ein?

ESV Prof. Dr. Christian Drosten: Ich will nicht sehr lange dazu sprechen. Ich kann nur einfach zusammenfassen. Es gibt hier kaskadierende Effekte, die man übersehen und die man falsch bewerten kann. Wir hatten ja sehr lange Zeit eine niedrige Inzidenz dieser Erkrankung. Wir haben jetzt auch über den Sommer den Eindruck gehabt, dass wir trotz einer Zunahme der Fälle, keine schweren, sagen wir mal, Krankheiten sehen, keine Toten. Wir haben hier aber Dinge, die man einfach beachten muss. Eine Sache, die wir jetzt über den Sommer gesehen haben, ist, dass die Zunahme der neuen Fälle einen wesentlichen Anteil hatte in den getesteten Reisrückkehrern. Da ist die Quelle der Infektion im Ausland und nicht in Deutschland, das heißt diese Fälle sind kein Anzeiger eines noch unerkannten Infektionsgeschehens in Deutschland, wie das bei jedem anderen, in Deutschland diagnostiziertem Fall, der Fall ist. Das heißt, hier ist die dunkle Infektionsmasse nicht bei uns, sondern im Ausland, sodass wir das jetzige Zurückgehen der Fälle nicht falsch verstehen dürfen. Das ist also nicht alles nur eine geisterhafte Testerscheinung, sondern das ist die Reiseeintragung und die ist isoliert zu betrachten. Wir haben gleichzeitig eigentlich eine stabile basale Inzidenz in Deutschland. Das ist ein großer Gewinn, den wir erzielt haben durch unseren relativ frühen effizienten Lockdown und davon werden wir noch eine erhebliche Zeit profitieren, bis in den Herbst hinein. Es ist nicht zu erwarten, dass das so bleibt, denn die Bevölkerungsstruktur und andere Gegebenheiten in Deutschland, auch das Virus, das ist nicht anders als in anderen Ländern. Wir sehen jetzt in Ländern, in denen immer eine höhere Inzidenz im Hintergrund gewesen ist, so wie in Spanien, in Frankreich, leider jetzt auch in England, dass die Fälle dort schon ansteigen, obwohl wir gerade erst Anfang September haben. Es gibt verschiedene Effekte, die zusammenkommen, die dazu führen werden, dass die reine Fallinzidenz mit sehr, sehr großer Wahrscheinlichkeit auch bei uns genauso ansteigen wird. Dann ist natürlich die Frage die der dahinter liegenden Mortalität, also der Toten. Warum stirbt im Moment keiner daran? Es gibt mehrere Effekte, die

das erklären. Der eine Effekt, der das wahrscheinlich alles überwiegt, ist, dass sich jetzt vor allem junge Bevölkerungsanteile infizieren. Wir sehen gerade in Südfrankreich, dass das Ganze dort jetzt zunehmend wieder in ältere Bevölkerungsanteile eingetragen wird und auf dieser Basis die Krankenhausaufnahmen wieder ansteigen. Es sind dieselben Effekte, die wir auch im Frühjahr schon gehabt haben. Es gibt kleine Argumente zu sagen, vielleicht kommt es doch nicht so schlimm. Es gibt kleine Fortschritte in der Behandlung, zwei Medikamente, die man auf der Intensivstation einsetzen kann. Aber die Verstorbenen sind nicht alles, was man verhindern muss, sondern auch die schweren Krankheitsausgänge. Die sind damit nicht kuriert. Die Krankheitsschwere ist eigentlich nicht verändert. Einen anderen Punkt kann man nicht von der Hand weisen. Wir wissen nicht, ob nicht die Verwendung von Alltagsmasken in großer Verbreitungsweite dazu führt, dass im Durchschnitt die erhaltene Virusdosis bei einer Infektion geringer ist, und dass im Durchschnitt deshalb der Krankheitsverlauf auch weniger gefährlich sein könnte. Aber das ist eine reine Spekulation, dazu gibt es keine wissenschaftlichen Belege. Es gibt umgekehrt Länder, in denen man sagen kann, es wurde von Anfang an durchgängig Maske getragen, dazu gehören sehr viele asiatische Länder, und trotzdem ist es zu großen Ausbrüchen gekommen. So kann ich es zusammenfassen. Meine Einschätzung ist auf dieser Basis überhaupt nicht, dass sich die Grundsituation verändert hat.

Abg. Michael Hennrich (CDU/CSU): Herr Prof. Dr. Wollenschläger, mich interessiert das Thema Parlamentsrecht. Das ist natürlich für uns ein ganz zentraler Aspekt. Deswegen die Frage an Sie: Wie bewerten Sie den vorliegenden Gesetzesentwurf und Antrag? Scheint es aus Ihrer Sicht notwendig, dass wir die epidemische Lage von nationaler Tragweite jetzt aufheben?

ESV Prof. Dr. Ferdinand Wollenschläger: Der Deutsche Bundestag ist verpflichtet, die Feststellung der epidemischen Lage von nationaler Tragweite aufzuheben, wenn die Voraussetzungen hierfür entfallen sind. Das hat der Bundestag auch kontinuierlich zu beobachten. Um das Ergebnis vorweg zu nehmen, meines Erachtens besteht aktuell keine Pflicht zur Aufhebung und ich



möchte das in meiner kurzen Stellungnahme in zwei Schritten begründen, erstens die Voraussetzung für die Feststellung darlegen und zweitens, auf dieser Basis die aktuelle Situation bewerten. In Konkretisierung des relativ weiten Wortlautes von § 5 Absatz 1 Infektionsschutzgesetz (IfSG) lassen sich meines Erachtens Gesichtspunkte für die Voraussetzung, sowohl aus den Gesetzesmaterialien, als auch aus einer systematischen und teleologischen Auslegung dieser Norm entnehmen, sodass man nicht sagen kann, es bestünden keine Voraussetzungen für die Feststellung. Die entscheidenden Aspekte sind erstens das Vorliegen einer sich grenzüberschreitend ausbreitenden übertragbaren Krankheit, zweitens die Dynamik der Ausbruchssituation, drittens eine erhebliche Gefährdung für die öffentliche Gesundheit, viertens nur begrenzte Möglichkeiten auf Landesebene dem entgegen zu wirken, ein exekutiver Handlungsbedarf und damit der Bedarf nach raschem und flexiblem Handeln. Dieser Handlungsbedarf muss sich auf verschiedenen Feldern zeigen, was sich aus den Handlungsbefugnissen ableiten lässt. Da geht es einmal um die Gesundheitsversorgung vor dem Hintergrund der Notwendigkeit einer Destabilisierung des Gesundheitssystems vorzubeugen. Es geht um den grenzüberschreitenden Reiseverkehr, um Finanzhilfen zur Verbesserung der Funktionsfähigkeit der Gesundheitsämter, um die Sicherstellung der Ausbildung in Gesundheitsfachberufen, um die bundesweite Koordinierung durch das BMG und das RKI. All diese Gesichtspunkte hat der Bundestag im Rahmen seiner Feststellungsentscheidung beziehungsweise bei der Frage, ob die Feststellung aufzuheben ist, zu berücksichtigen. Es ist ganz wichtig, dass dem Bundestag bei dieser Feststellung, angesichts der komplexen Risikobewertung und auch Prognosen erfordernden Entscheidungssituation, eine Einschätzungsprärogative zukommt. Hierbei kann natürlich auch die Signalwirkung an die Bevölkerung durch eine Aufhebung berücksichtigt werden. Der Spielraum ist allerdings begrenzt angesichts des nicht unbeträchtlichen Ausmaßes der eingeräumten Verordnungsermächtigungen, wobei dieser Aspekt, das kann ich vielleicht später noch vertiefen, differenziert zu sehen ist. Bewertet man nun abschließend die aktuelle Situation, so bestehen, meines Erachtens, und das ist auch bei Herrn Prof. Dr. Drosten gerade angeklungen, aufgrund der aktuellen Risikoeinschätzungen des RKI, wesentliche, für die Bejahung

einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite relevante Parameter, so die Dynamik, das bundesweite Ausbruchsgeschehen, die erhebliche Gefährdung für die öffentliche Gesundheit. Richtig ist, und das zeigt auch die Einschätzung des RKI, dass die Ressourcenbelastung des Gesundheitssystems aktuell als gering erachtet wird. Aber in der Risikoeinschätzung findet sich auch der Hinweis auf die Möglichkeit einer sehr schnellen örtlichen Zunahme und einer damit einhergehenden entsprechenden Belastung für das Gesundheitswesen und für die Versorgungsinfrastruktur. Damit lässt sich auch die erforderliche Notwendigkeit, einer Destabilisierung des Gesundheitssystems vorzubeugen, bejahen. Es ist nicht erforderlich, dass schon eine Destabilisierung eingetreten ist. Die Gewichtung all dieser Parameter, die ich aufgezeigt habe, obliegt dem Deutschen Bundestag.

Abg. Dr. Georg Kippels (CDU/CSU): Die Frage richtet sich nochmal an Herrn Prof. Dr. Wollenschläger und ich möchte einen Aspekt Ihrer Ausführungen herausgreifen. Die Autoren des Gesetzesentwurfs scheinen davon auszugehen, dass für die Feststellung einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite allein die Gefährdung der Infrastrukturen des Gesundheitswesens ausschlaggebend sein soll. Ich verstehe das so, dass sich das nicht mit Ihrer Einschätzung deckt. Könnten Sie dies vielleicht nochmal vertiefend erläutern?

ESV Prof. Dr. Ferdinand Wollenschläger: Da haben Sie mich richtig verstanden. Meines Erachtens ist die Frage einer Gefährdung der Infrastrukturen des Gesundheitswesens nicht alleine entscheidend. Wie ist das zu begründen? Diese Voraussetzung der Infrastrukturelevanz wird gewonnen im Wege einer systematisch, teleologischen Auslegungen aus den Handlungsbefugnissen, die vorgesehen sind für den Fall einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite. Richtig ist natürlich, dass sich zahlreiche dieser Handlungsbefugnisse auf die Sicherstellung der Gesundheitsversorgung beziehen, sodass hier ein wesentlicher Aspekt liegt, auch in Einklang mit den Gesetzesmaterialien. Aber ganz wichtig ist, Ausschließlichkeitscharakter kann dieser Aspekt nicht beanspruchen. Das zeigt bereits ein Blick auf die Handlungsbefugnisse, die sich nicht auf Maßnahmen, bezogen auf die öffentliche



Gesundheitsinfrastruktur, beschränken, sondern auch Befugnisse hinsichtlich des grenzüberschreitenden Reiseverkehrs vorsehen, hinsichtlich Finanzhilfen, hinsichtlich Sicherstellung der Ausbildung etc. Diesem Katalog wohnt auch eine gewisse Offenheit inne, was ich in meiner Stellungnahme gezeigt habe. Zweiter wichtiger Punkt: Ebenso wenig kann eine Gefährdung der öffentlichen Gesundheit mit einer Gefährdung der Gesundheitsinfrastruktur gleichgesetzt werden. Es ist natürlich richtig, dass das Schutzgut „öffentliche Gesundheit“ einen überindividuellen Bezugspunkt aufweist, allerdings kann ein solcher überindividueller Bezugspunkt auch bei einer Bedrohung einer Vielzahl von Personen aufgrund der Epidemie gegeben sein. Das entspricht auch dem gesetzlichen Begriffsverständnis etwa im Durchführungsgesetz zu den internationalen Gesundheitsvorschriften, wo auch ein Bezug der Gefahr für die öffentliche Gesundheit auf Ereignisse, die die Gesundheit von Bevölkerungsgruppen beeinträchtigen, vorgenommen wird. Das ist das eine, keine ausschließliche Relevanz. Aber jenseits dessen möchte ich nochmals betonen, dass auch aufgrund der Risikoeinschätzung des RKI von der Notwendigkeit einer Destabilisierung des Gesundheitssystems vorzubeugen, nach wie vor ausgegangen wird. Ich hatte das gerade eben erwähnt. Zwar zeigt die Risikobewertung, dass aktuell die Belastung gering ist, aber gleichzeitig wird darauf hingewiesen, dass sich das örtlich sehr schnell ändern kann mit entsprechenden Auswirkungen auch für die Infrastruktur, sodass eine Vorbeugung, auch in Einklang mit dem, was Herr Prof. Dr. Drosten eben ausgeführt hat, nach wie vor gegeben ist. Letzter Punkt: Man muss meines Erachtens zwei Aspekte trennen, einmal die Feststellung der epidemischen Lage von nationaler Tragweite und dann die Aktualisierung einzelner Befugnisse, die hieran geknüpft sind. Wenn bei diesen Befugnissen zu Recht eine restriktive Handhabung auch mit Blick für Gefahren für die Gesundheitsinfrastruktur gefordert ist, bedeutet es nicht, dass das eins zu eins auf die Feststellung der epidemischen Lage von nationaler Tragweite zu übertragen ist, weil diese Lage an viele Faktoren, wie ich das gerade ausgeführt habe, anknüpft.

Abg. **Lothar Riebsamen** (CDU/CSU): Meine Frage richtet sich an Herrn Prof. Dr. Drosten. Wir erachten es bei der aktuellen Infektionslage nicht für angezeigt, die epidemische Lage von nationaler Tragweite zu beenden. Wir wollen jetzt die richtigen Maßnahmen treffen, um der Pandemie zu begegnen. Wo sehen Sie als Virologe im Moment den dringendsten Handlungsbedarf?

ESV **Prof. Dr. Christian Drosten**: Jetzt muss man verstehen, dass ich als Virologe argumentiere. Kliniker würden vielleicht sagen, man muss mehr für die Krankenhäuser tun, an der Bettenkapazität arbeiten und so weiter, falls doch etwas passiert. Ich würde auch raten, noch einen klinischen Experten zu hören. Jetzt aus einer virologisch, vielleicht auch etwas epidemiologischen Sicht ist es so, dass wir nicht übersehen dürfen, dass wir in dieser deutschen Sonderrolle nur deswegen sind, weil wir es ganz am Anfang geschafft haben, relativ früh zu bremsen. Also mit „relativ“ meine ich relativ zur unbekanntem, unmessbaren Dunkelziffer in der Bevölkerung. Wir haben diese unerkannte Inzidenz sehr früh gesehen durch Labortestung und dann reagiert. Da war viel Können dabei. Viele Labore in Deutschland haben es ganz schnell geschafft, diesen Test aufzubauen und haben die richtige Entscheidung getroffen einfach mitzutesten. Da war ein bisschen Glück dabei, dass bei uns die frühen Fälle nicht schon Mitte Januar angekommen sind, sondern doch wahrscheinlich erst Ende Januar, Anfang Februar und die haben sich dann aufgeschaukelt. Es waren große Teile davon direkte Importierungen aus Italien. Wir haben das also ganz früh kontrolliert und dann haben wir nach unserem Lockdown recht schnell eine Situation erreicht, in der man eigentlich lockern konnte und das hatte keine Konsequenzen und hat es bis heute nicht. Ich habe vorhin schon kurz kommentiert zu den Urlaubsimporten, also diese scheinbar kleine Welle im Sommer, die vielleicht jetzt doch nicht unbedingt das widerspiegelt, was in der Bevölkerung ist. Wir haben weiterhin wenig Infektionsaktivität und darauf ruhen wir uns im Moment ein bisschen aus. Das ist, glaube ich, das Allerwichtigste, das zu wissen. Also viele Annahmen, die wir im Moment treffen hinsichtlich der Effizienz von Maßnahmen, die wir im Moment haben und wo wir jetzt immer weiter lockern, die sind gar nicht überprüft. Es ist nicht so, dass die belastet worden



sind, dass man sagen könnte, wir haben mal ausprobiert, was denn ist, wenn man jetzt Veranstaltungen doch wieder zulässt in einem größeren Bereich und viele ähnliche Dinge, die jetzt passiert sind. Beispielsweise, um hier mal eine prominente Aussage aufzunehmen – ich würde die Aussage nicht unterschreiben –, dass man aus dem heutigen Wissen heraus den Einzelhandel damals hätte komplett offen lassen sollen. Damals hatten wir keine Alltagsmasken, es gab sie einfach nicht und heute haben wir Alltagsmasken und wir sagen, naja, es geht ja gut. In Wirklichkeit aber wissen wir nicht, ob es deswegen gut geht, weil wir Alltagsmasken tragen, oder weil jetzt das Belüftungs- und Hygienekonzept der Geschäfte so gut ist, oder ob es einfach daran liegt, dass nun mal wenig eingetragen wird, weil nun mal wenig da ist an Infektionslast. Ich kann immer nur zum Blick in das europäische Ausland raten, wo wir eine andere Situation haben, obwohl wir die nicht haben sollten. Die Bevölkerung ist da genauso zusammengesetzt wie bei uns. Es gibt vielleicht mehr Mehrgenerationenhaushalte in Südeuropa. Aber das ist es auch schon. Ich muss einfach immer wieder das betonen, dass das das Allerwichtigste ist: Wir sind in einer Niedriginzidenzsituation und was wir machen müssen, ist das so halten. Das Allerbeste, was wir machen können, ist die Inzidenz niedrig halten und wachsam bleiben. Dazu gehören Dinge, die bona fide Ratschläge sind. Wo man sagt, das muss, nach aller Erkenntnis der Daten, schon einen Fokus haben. Das ist immer da, wo viele Leute zusammenkommen. Das muss einfach verhindert werden. Vor allem da, wo sie in Räumen zusammenkommen. Da kollidieren natürlich Lockerungsbestrebungen. Wir haben in anderen Bereichen, wo wir eins zu eins oder quasi eins zu eins Kontakte haben, der Friseur und so weiter, natürlich inzwischen die Kenntnis, auch weil wir wissen, wie sich die Infektionskrankheit ausbreitet, die breitet sich eher in Infektionsgruppen aus, die aneinander anschließen und weniger in Form von Einzelübertragung, vielleicht eine Möglichkeit zu lockern. Aber das Entscheidende ist, dass wir jetzt nicht übersehen, dass wir ein Hochkochen der Situation haben, dass wir das nicht zu spät bemerken. Dazu gehört natürlich der Einsatz von Diagnostik. Der Einsatz von Diagnostik ist nach meinem Dafürhalten weiterhin symptomgerichtet zu machen, das heißt auch in der jetzt schwereren

Zeit der höheren Inzidenz von allgemeinen Erkältungskrankheiten sollten wir nicht einfach ganz weit flächendeckend testen. Denn das überlastet auch wieder die Laborsysteme, sondern wir müssen einfach dafür sorgen, dass die Diagnostik dort vorhanden ist, wo ein Symptom auftritt. Da haben wir verschiedene technische Möglichkeiten. Die Antigen-teste, die jetzt kommen, sind wichtig. Die werden möglicherweise auch in einigen Bereichen noch weitere Maßnahmen erlauben. Da ist es eben relativ wichtig, dass auch auf der regulativen Ebene das BMG doch Handlungsspielraum und Handlungskompetenz hat, um Dinge zu ermöglichen, die wirklich notwendig sind im Bereich von Diagnostik. Ich würde aber raten, dazu noch andere Experten, mit einem anderen Fokus, besonders mit einem klinischen Fokus, zu hören.

Abg. **Rudolf Henke** (CDU/CSU): Dann gebe ich die Frage, die Herr Prof. Dr. Drosten auch an die Kliniker gerichtet haben möchte, weiter an Herrn Prof. Dr. Janssens von der Deutschen Interdisziplinären Vereinigen für Intensiv- und Notfallmedizin. Sie haben uns dargelegt, dass Sie die epidemische Lage von nationaler Tragweite nicht beenden würden. Können Sie zusätzlich die Frage beantworten, wo Sie den dringenden Handlungsbedarf aus Ihrer Erfahrung sehen?

SV **Prof. Dr. Uwe Janssens** (Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI)): Ich finde Kollege Drosten hat schon wesentliche Punkte in seinen Statements benannt. Wir sind auf der Seite der Kliniker und auf Seiten der Intensivmedizin. Es wird in diesen Tagen auch viel diskutiert, dass wir derzeit wirklich die Betten gut und stabil aufgebaut haben. Ich bin der festen Überzeugung, dass wir im Augenblick weit von dem entfernt sind, was wir im März und April gesehen haben. Da stimme ich Kollege Drosten ganz klar zu. Wir haben 1 400 Neuinfektionen von gestern auf heute gemeldet. Das ist eine stabile Situation, die wir jetzt sehen. Wir blicken aber jetzt auf den Herbst. Ich glaube Kollege Drosten hat schon anklingen lassen, dass wir zum einen mit einer gewissen Sorge auf den Herbst blicken, weil genau das passieren könnte, was er sagt. Zum anderen, dass wir natürlich jetzt die anderen Erkrankungen da rein bekommen. Die sind zum Teil nicht nur banal. Wir werden auch die



Influenza wieder zurückbekommen in die Kliniken, und wir werden auch noch andere Viren, die hochansteckend sind, Noroviren beispielsweise, bekommen. Diese werden auch die Isolationsbereiche wieder in Beschlag nehmen, sodass ich an dieser Stelle auch gemeinsam mit dem Präsidium der DIVI ganz stark dafür plädiere, zum jetzigen Zeitpunkt dem wohlgemeinten und staatsrechtlich vielleicht nachvollziehbaren Antrag der FDP nicht nachzugehen. Wir müssen tatsächlich die nächsten Monate in Habachtstellung sein. Ich glaube, die Intensivmedizin wird eine Lösung des Problems sein, aber nicht die Lösung, sondern die Kollegen draußen – ich sehe auch Herrn Dr. Gassen hier – und die Gesundheitsämter, die wirklich einen wesentlichen Anteil dazu beigetragen haben, dass wir am Anfang, als sich die Krankenhäuser trotz eines starken Anstiegs der Infektionszahlen freigehalten haben, werden Teil der Lösung sein. Die Situation ist jetzt im Vergleich zu März/April ganz anders. Wir haben jetzt die persönliche Schutzausrüstung vor Ort. Wir wissen jetzt in den Krankenhäusern genau, wie wir die Bereiche aufteilen, COVID-19-/Non-COVID-19-Bereiche. Wir haben klare Hygienekonzepte draußen, auch in den stationären Pflegeeinrichtungen etc. Wir sind ganz anders aufgestellt. Unsere große Sorge ist, dass man jetzt an der Stelle nachlässt. Dass das genau, was Herr Dr. Drosten gesagt hat, nachlassen würde, was jetzt die Ausbreitung der Infektion betrifft. Das sind Abstand, Mund-Nasen-Schutz, Händehygiene. Das ist die Trias, aus unserer Sicht, die uns tatsächlich den Rücken freihalten wird, dass wir nicht wieder in einen Lockdown kommen. Ich glaube, das ist das Allerwichtigste im Moment, dass wir gesamtgesellschaftlich hier dran arbeiten. Das sieht die Intensivmedizin im Moment aus ihrer Sicht relativ entspannt. Ich sage es ganz ehrlich, ich würde mal eher sagen, gespannt. Die Kapazitäten sind da, wir sind jederzeit in der Lage sehr schnell auf die Gegebenheiten zu reagieren. Wir haben im Augenblick wirklich ein fettes Polster, dass wir das bewältigen können. Aber wenn wir ehrlich sind, wir wollen es nicht, dass es dazu kommt. Deshalb sind wir der Meinung, dass genau das Gesetz jetzt nicht wieder umgeändert werden sollte, sondern dass das da stehen bleibt, wo wir es jetzt im Moment haben.

Abg. **Dr. Roy Kühne** (CDU/CSU): Meine Frage geht an den Bundesverband der Ärztinnen und Ärzte des öffentlichen Gesundheitsdienstes. Gerade jetzt

kommt im Rahmen der Eindämmung der Pandemie dem ÖGD eine wesentliche Rolle zu und ich nenne jetzt nur als Beispiel die Nachverfolgung bei entsprechenden Kontakten. Vor diesem Hintergrund Ihrer Arbeit in den letzten Wochen, halten Sie es momentan für angeraten, jetzt die epidemische Lage von nationaler Tragweite aufzuheben?

SV **Dr. Bernhard Bornhofen** (Bundesvereinigung der Ärztinnen und Ärzte des öffentlichen Gesundheitsdienstes e. V. (BVÖGD)): Sowohl generell, auch gerade in meiner Stadt Offenbach, wir haben bis vor zwei Wochen die Hitliste der Sieben-Tage-Inzidenz in Deutschland angeführt, muss ich sagen, nein. Wir können das nicht wieder alles aufgeben. Bei mir sitzen jetzt noch zehn Leute, die wir unterstützt vom RKI bekommen haben, um unsere aktuelle Lage zu unterstützen, um die Kontakte nachzuverfolgen, um die vielen Anrufe zu stemmen. Die Gesundheitsämter sind natürlich insgesamt, wenn man die Lage in Deutschland anschaut, sehr unterschiedlich belastet. Gebiete und Großstädte, die sehr viel mit den Urlaubern und Migration zu tun haben, sind alle nach wie vor sehr stark belastet. Ein Ausdruck dafür ist zum Beispiel, wofür ich mich entschuldige, dass wir es nicht geschafft haben, eine schriftliche Stellungnahme abzugeben, weil wir einfach mit der Abarbeitung der jetzigen Fälle so belastet waren.

Abg. **Rudolf Henke** (CDU/CSU): Die Fragen ähneln sich ein bisschen. Ich bitte den GKV-Spitzenverband uns eine Einschätzung zum Gesetzentwurf und zu dem korrespondierenden Antrag zu geben.

SV **Gernot Kiefer** (GKV-Spitzenverband): Ich will das, auch unter Bezugnahme auf die Ausführungen der Vorredner, nochmal auf den Punkt bringen. Ich glaube der GKV-Spitzenverband sieht die inhaltliche Beurteilung ähnlich wie die Epidemiologen, weil wir glauben, dass es ein essentielles Anliegen sein muss in diese Pandemie, die nach wie vor, trotz einer sehr intensiven Lernkurve, die wir in den letzten Monaten gemeinsam machen konnten, eine Vielzahl von Unbekannten bereit hält, dass es wesentlich ist, die Handlungsfähigkeit und die erreichten Instrumente für die nächsten Monate aufrechtzuerhalten. Ich will gerne nochmal daran



erinnern, dass nicht komplett durch Rechtsverordnung durch den Bundesgesundheitsminister agiert worden ist, sondern wesentliche Entscheidungen, die dazu beigetragen haben, Gesundheitsversorgung und die Gesellschaft im Rahmen der Herausforderung zu stabilisieren, durch Gesetze des Deutschen Bundestages zustande gekommen sind, wie zum Beispiel das Krankenhausentlastungsgesetz aber auch das Erste und Zweite Bevölkerungsschutzgesetz und natürlich auch wesentliche finanzielle Entscheidungen über die Nachtrags Haushalte, die im Parlament beraten und verabschiedet worden sind. Das heißt, eigentlich eine situationsadäquate Mischung zwischen einerseits Beibehaltung der zentralen Funktion des Parlaments und andererseits gemäß der Herausforderung ein schnelles Agieren über Rechtsverordnung durch den Bundesgesundheitsminister. Dann darf ich sagen, da hängt eine wesentliche Kette dran, dass vieles, was in der Pandemie gemacht, anders geregelt werden musste, erleichtert werden musste und ähnliches, durch die gemeinsame Selbstverwaltung von Ärzten, Krankenhäusern und Krankenkassen im Detail umgesetzt und gangbar gemacht worden ist. Ein Teil des Vorgehens, was die jetzigen Ergebnisse ein Stückweit erklärt, neben anderen Punkten. In der Tat, die Vorstellung, wir gehen als Bundesrepublik mit den falschen Schlüssen in den Herbst und lockern an den falschen Stellen und nehmen die gesetzgeberischen Instrumente wieder zurück, hielten wir angesichts der Risikolage, wie sie nach wie vor besteht, für nicht angemessen, für zu früh. Richtig ist, einfach aus verfassungsrechtlichen Gründen, das immer wieder zu reflektieren, aber wir kommen im Moment zu der Entscheidung, die Reflektion ist notwendig, das Ergebnis sollte aber nach unserer Auffassung nicht sein, die Feststellung der Lage, wie sie vorgenommen worden ist, zu verändern, sondern sie sollte fort dauern.

Abg. **Karin Maag** (CDU/CSU): Wir haben noch das Thema Pandemierat in der Anhörung. Ich frage die Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin, wie sie sich zum Vorschlag der Einrichtung eines Pandemierats stellt?

SV **Prof. Dr. Uwe Janssens** (Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI)): Wir haben das sehr ausführlich diskutiert,

finden das einen sehr interessanten Vorschlag der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN, aber es werden vier Positionen in diesem Vorschlag genannt., zum Aufbau des Pandemierates. Wir sind im Augenblick der Meinung, dass es sich uns nicht ganz erschließt, wieso zur jetzigen Zeit, wo wir ein extrem gut funktionierendes RKI und außerordentlich aktive wissenschaftliche Fachgesellschaften haben, die sich unter dem Dach der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V. (AWMF) im Sinne einer COVID-19-Strategie in kürzester Zeit zusammen gefunden haben, für die Gesundheitsversorgung, aber vielleicht sogar für die Politik, relevante Vorschläge erarbeitet haben und kontinuierlich daran arbeiten, ein neues Gremium etabliert werden soll. Wir sind der Meinung, dass viele dieser Aufgaben zum einen vom RKI und zum anderen von den aktiven Fachgesellschaften bearbeitet werden. Deshalb erschließt sich uns dieser Vorschlag nicht so ganz. Zweitens, wenn dieser Vorschlag tatsächlich Gehör finden würde, sind wir der Meinung, dass im Vorschlag einige Gruppen fehlen. Das wären die klinisch tätigen Vertreter, die vor Ort, sowohl im öffentlichen Gesundheitssystem, in der ambulanten Versorgung, aber auch in der stationären Versorgung federführend tätig sind. Diese müssten, falls man sich zur Einrichtung eines Pandemierates entschließen sollte, dort abgebildet werden.

Abg. **Michael Hennrich** (CDU/CSU): An die BÄK richtet sich die Frage: Wie bewerten Sie den Gesetzentwurf?

SVe **Dr. Ellen Lundershausen** (Bundesärztekammer (BÄK)): Wir teilen das, dass wir sagen, die Lage sollte jetzt nicht verändert werden. Wir können froh sein über das, was wir in den letzten Monaten erreicht haben. Das sollte man nicht leichtfertig aufs Spiel setzen. Insofern plädieren wir auch dafür, dass die Situation zunächst gesetzlich so bleibt, wie sie jetzt ist. Bezüglich des Pandemierats teilen wir die Auffassung, die Prof. Dr. Janssens soeben vorgetragen hat. Wir sind auch gern bereit da mitzuarbeiten.



Abg. **Sabine Dittmar** (SPD): Meine Frage geht an die Einzelsachverständigen Franz Knieps und Herrn Prof. Dr. Schrappe. Sie beobachten beide in einer interdisziplinären wissenschaftlichen Autorengruppe seit Monaten den Verlauf und die vielfältigen Folgen der Corona-Epidemie in Deutschland. Kann aus Ihrer Sicht zum gegenwärtigen Zeitpunkt die Feststellung einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite im IfSG aufgehoben werden?

ESV **Franz Knieps**: Herr Prof. Dr. Wollenschläger hat sehr deutlich darauf aufmerksam gemacht, dass zu unterscheiden ist zwischen dem Tatbestand der Feststellung einer epidemischen Lage und den Rechtsfolgen, die daran geknüpft werden, insbesondere in § 5 IfSG. Ich würde die Lage, soweit ich das überhaupt kann als Jurist, nicht wesentlich anders beurteilen als die medizinischen Sachverständigen, die bisher Stellung genommen haben, obwohl wir im Laufe der Monate doch manche irritierenden Informationen aus Behörden und manchem politischen Mund vernommen haben. Bei der Ausrufung der Lage muss man natürlich immer auch beachten, was man damit auslöst. Von daher finde ich sehr verständlich und sehr wichtig, dass wir heute darüber diskutieren, dass die Öffentlichkeit mitbekommt, dass nicht alles so ist, wie es in ganz simplen Meldungen verbreitet wird. Denn wir befassen uns schon damit, dass der Parlamentsvorbehalt teilweise aufgehoben ist, obwohl der öffentliche Druck dazu geführt hat, dass nicht alles per Verordnung oder gar Anordnung gemacht wurde. Wir müssen auch feststellen, dass Gewaltenteilung, sowohl zwischen den Gewalten, als auch zwischen Bund und Ländern, zumindest in Einzelphasen, etwas zerrieben wurden. Last but not least geht es um Grundrechtseinschränkungen. Ich hätte mir nicht vorstellen können, dass in Deutschland in einer Region Ausreiseverfügungen an Menschen zugestellt werden, die dort ihren zweiten Wohnsitz haben. Das sind alles Wechselwirkungen, die mit zu diskutieren sind, selbst wenn ich zustimmen kann, dass wir angesichts der Risiken, wir sind ja nicht eine Insel, sondern wir leben in einer europäischen Union, wir leben mit weltweitem Handelsverkehr, dass diese Risiken nicht national begrenzt werden können. Ich würde es aber begrüßen, wenn dann darüber debattiert würde, ob jede dieser Rechtsfolgen heute noch angemessen ist.

Abg. **Hilde Mattheis** (SPD): Meine Frage richtet sich an die Deutsche Gesellschaft für Epidemiologie und an die Deutsche Krankenhausgesellschaft. Es geht um die Frage der verfassungsrechtlichen Sicht. Ich bitte Sie uns aus Ihrer Sicht zu erläutern, wie Sie eine Aufhebung der Feststellung zum gegenwärtigen Zeitpunkt sehen.

SVe **Prof. Dr. Eva Grill** (Deutsche Gesellschaft für Epidemiologie (DGEpi)): Wir sind natürlich nicht dazu in der Lage, zu den verfassungsrechtlichen Grundlagen etwas zu sagen, aber wir sind aus epidemiologischer Sicht zum jetzigen Zeitpunkt der Auffassung, dass diese epidemische Lage von nationaler Tragweite nach wie vor besteht. Ich möchte nochmal betonen, wie auch die Vorredner schon betont haben, dass die relativ niedrige Anzahl von Fällen in Deutschland zum jetzigen Zeitpunkt im Prinzip eine Folge der eingeleiteten Kontrollmaßnahmen sind, sodass wir, wenn wir die Maßnahmen oder Grundlagen verändern, auch mit Veränderungen der Fallzahlen rechnen müssen. Wir haben im Prinzip zwei Phänomene, die wir hier sehen. Einerseits haben wir eine zeitliche Verzögerung zwischen der Infektion und den Auswirkungen, also zum Beispiel den schweren Erkrankungen. Wir haben im Moment die Infektion der eher jüngeren Altersgruppen, die sich aber verändern wird in dem Moment, in dem die Infektion weiter fortschreitet, sodass wir im Moment eine vollkommen unübersichtliche Dynamik haben, die man verhindern muss. Zweitens kann der Grenzwert für die effektive Nachverfolgung auch sehr schnell verändert und überschritten werden. Wie auch der Vertreter des ÖGD schon betont hat, kann das Infektionsgeschehen nur dann beherrscht werden, wenn wir die Fälle und deren Kontakte möglichst lückenlos nachverfolgen. Das ist die Situation, die uns vor die Herausforderung stellt, dass das nur bei einer relativ geringen Fallzahl überhaupt möglich ist. Insofern sind wir zusammenfassend der Auffassung, dass die epidemische Lage von nationaler Tragweite nach wie vor besteht.

SVe **Dr. Iris Juditzki** (Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG)): Wir schließen uns den Vorrednern an und sehen im Moment die Lage so, dass man die epidemische Lage noch nicht aufheben sollte. Aus unserer Sicht ist das zu früh. Als der Antrag



geschrieben wurde, war es Mitte Juni. Zu diesem Zeitpunkt war die Situation eine andere. Im Moment ist es aber so, dass wir kein abnehmendes Infektionsgeschehen mehr haben, sondern eher ein tendenziell zunehmendes. Die Infektionszahlen sind zwar drastisch zurückgegangen, steigen aber wieder an. Die Testkapazitäten sind unseres Erachtens auch an der Grenze. Man muss einfach schauen. Die Testzahlen werden steigen, wenn die Grippe im Herbst kommt. Man muss einfach vorsorgen, dass die Testkapazitäten dann auch noch ausreichend sind. Die Aussage, dass die Gesundheitsämter organisatorisch und personell so ausgestattet sind, dass sie das Infektionsgeschehen unter Kontrolle halten können, diese Situation sehen wir anders, weil wir immer noch der Ansicht sind, dass die Gesundheitsämter personell nicht so aufgestellt sind, dass sie alles gut bewältigen können. Da ist sicherlich noch viel zu tun. Alles in allem ist dieser Vorschlag der FDP sicherlich sinnvoll, aber aus unserer Sicht kommt er zu früh.

Der **Vorsitzende**: Herr Prof. Dr. Schrappe ist jetzt online dabei und könnte die Frage der Kollegin Dittmar beantworten.

Abg. **Sabine Dittmar** (SPD): Prof. Dr. Schrappe, Sie sind in der interdisziplinären wissenschaftlichen Autorengruppe und beobachten seit geraumer Zeit den Verlauf der Corona-Epidemie in Deutschland. Kann aus Ihrer Sicht zum gegenwärtigen Zeitpunkt die Feststellung einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite aufgehoben werden?

ESV **Prof. Dr. Matthias Schrappe**: Ich sehe die Dinge etwas kritischer als gerade meine medizinischen Vorredner. Wir haben keine einfache epidemiologische Lage, dass wir sagen können, es wird viel oder es wird weniger, sondern wir haben eine praktisch konkurrierende Dynamik zwischen Herden, die einen Teil des Infektionsgeschehens ausmachen und eine gleichförmige sporadische Ausbreitung. Die Herde kann man gut kontrollieren. Das Problem derzeit ist die gleichförmige sporadische Ausbreitung. Wenn man sich da anschaut, wo wir zurzeit stehen, dann muss man das in der Größenordnung einordnen können. Wir haben zurzeit, Woche 30, Woche 31 zwischen acht und zehn Prozent Todesfälle der hospitalisierten

Patienten in Deutschland. Wenn wir die ambulant erworbene Pneumonie nehmen, die ins Krankenhaus eingewiesen wird, eine Krankheitsgruppe, die sehr groß ist, ungefähr aufs Jahr gerechnet, doppelt so groß wie die Anzahl der COVID-19-Fälle, da haben wir auch eine zehnpromtente Mortalität der hospitalisierten Patienten zu vergegenwärtigen. Wir haben also, was COVID-19 angeht, keine Sonder-situation. Wenn ich mir als Arzt anschau, was im IfSG geändert worden ist, Herr Knieps hat die Frage der Grundrechte angesprochen, dann erschiene es mir sinnvoll, wenn wir eine andere Situation hätten, aber nicht, wenn wir eine Situation haben, die sich eigentlich in dem, was wir bei Lungenerkrankungen, die ins Krankenhaus eingewiesen werden, sonst sehen. Der andere Punkt, zu dem man als Arzt Stellung nehmen kann, ist die Frage des Ressourcenverbrauchs. Ich stimme allen Vorrednern vollkommen zu. Hier ist Erhebliches geleistet worden. Aber nochmal, wir sind begründungspflichtig für die Aussetzung der Grundrechte und der Einschränkungen. Deswegen muss die Frage erlaubt sein und kritisch beantwortet werden, da wir nun ein absolut stabiles Niveau erreicht haben – ich erinnere daran, 230 belegte Intensivbetten, davon die Hälfte der Patienten beatmet und 9 000 freie Betten – ob das wirklich für so weitgehende Veränderungen eine Begründung darstellt. Meine persönliche Meinung aus einer kombinierten Sicht, epidemiologisch, medizinisch, gesundheitswissenschaftlich hinsichtlich des Ressourcenverbrauches ist, dass ich von daher für den Antrag der FDP-Fraktion eine gewisse Sympathie aufbringen würde.

Abg. **Martina Stamm-Fibich** (SPD): Meine Frage geht auch an den Einzelsachverständigen Herrn Knieps. Die Corona-Epidemie in Deutschland war und ist die erste umfassende Bewährungsprobe für das seit dem Jahr 2000 geltende IfSG. Der Gesetzgeber hat sich mit dem Ersten Bevölkerungsschutzgesetz zur Evaluierung der Erkenntnisse aus der Corona-Epidemie im Infektionsschutz verabredet. Worauf sollte hier aus Ihrer Sicht jenseits der bereits besprochenen Anordnungsbefugnisse und Verordnungsermächtigungen ein besonderes Augenmerk gelegt werden?



ESV **Franz Knieps**: Ich würde das fokussieren auf zwei Aspekte. Zum einen, inwieweit das deutsche Gesundheitswesen in der institutionellen Anordnung aber auch in Aufbau- und Ablauforganisation eine hinreichende Vorsorgeorientierung in Bezug auf pandemische Lagen hat. Wenn ich etwas kritisch zurückblicke, würde ich sagen, obwohl es schon seit 2008 einen nationalen Pandemieplan gegeben hat, der 2017/2018 nochmal massiv überarbeitet worden ist, und den das Parlament zur Kenntnis bekommen hat, wurden nahezu alle Akteure des Systems davon überrascht. Spätestens seit dem Ende des Kalten Krieges hat es keine Reservekapazitäten mehr gegeben beziehungsweise wurden bestehende Reservekapazitäten vernachlässigt. Ich hätte nicht in ein Bett gelegt werden mögen, das der Reserve diene. Von daher ist zu untersuchen, welche Kapazitäten am Anfang gefehlt haben, welche geschaffen werden konnten, welche Ressourcen personeller und materieller Art am Anfang vernachlässigt und dann schließlich eingesetzt wurden. Und wie wollen wir den Vorsorgegedanken künftig in Finanzierung und Organisation des Gesundheitswesens, in Ausbildung und in ausreichender Personalausstattung vorhalten. Der zweite Schwerpunkt, den ich setzen würde, würde auf den sozialen und den sozialmedizinischen Folgen einer solchen Corona-Politik oder einer Bekämpfung der Epidemie liegen. Was sich am Anfang beispielsweise in Alten- und Pflegeheimen abgespielt hat, tangiert das oberste Prinzip unserer Verfassung, die Menschenwürde, unmittelbar. Das gilt für die Bewohnerinnen und Bewohner, das gilt aber auch für die Beschäftigten in diesen Einrichtungen. Hier müssen wir in der Zukunft völlig anders vorgehen und bessere Präventionskonzepte entwickeln. Diese Präventionskonzepte sind nicht nur an die allgemeine Bevölkerung zu adressieren, sondern gezielt auf Risikogruppen. Ich nenne hier die älteren und pflegebedürftigen Menschen, Kinder und Jugendliche, Familien und ich nenne, last but not least, die Beschäftigten im Gesundheits- und Sozialsystem. Diese bilden bei einer genaueren Analyse der Daten der Erkrankten und der Verstorbenen eine besondere Gruppe, in anderen Ländern sicherlich ausgeprägter als bei uns, aber auch bei uns ist diese Zahl noch signifikant. Ich verweise insoweit auf die jüngste Publikation unserer Autorengruppe, wo wir das näher untersucht haben. Diese beiden Punkte sollten neben den medizinischen und juristischen Fragen,

die wir im anderen Kontext erörtert haben, im Schwerpunkt einer Evaluation zu finden sein.

Abg. **Heike Baehrens** (SPD): Meine Frage richtet sich an den GKV-Spitzenverband. Sie haben in Ihrer schriftlichen Stellungnahme die staatlichen Maßnahmen zur Begegnung der Corona-Epidemie in Deutschland insgesamt als notwendig und sinnvoll bewertet. Jenseits dieser grundsätzlichen Bewertung, welche Maßnahmen sollten aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes über die bisher vorgesehenen Fristen hinaus verlängert werden, welche sollten auslaufen oder gegebenenfalls sogar vorzeitig beendet werden?

SV **Gernot Kiefer** (GKV-Spitzenverband): In der Tat, unser Gesamturteil fällt insgesamt positiv aus. Ich gestatte mir ganz kurz deutlich zu machen, es heißt ja nicht, dass man aus der heutigen Perspektive und dem heutigen Wissen die eine oder andere Entscheidung, die im März oder April getroffen wurde, immer noch für komplett alternativlos hält. Aber man muss bei der Beurteilung der Maßnahmen die Notwendigkeit einer sehr hohen Taktzahl in Betracht ziehen. Man muss in Betracht ziehen, dass man in einer Phase entschieden hat, wo das Wissen über bestimmte Entwicklungen im Rahmen der Pandemie begrenzt war und sich dann immer weiterentwickelt hat und heute natürlich immer auch noch entsprechende Kenntnislücken vorhanden sind. Beispielhaft sage ich, dass ich es sehr positiv finde, dass im Rahmen der Pandemie erstmals ein zentrales taggenaues Register entwickelt worden ist zur Frage, wie viele Intensivbetten mit Beatmungsmöglichkeit stehen in der Bundesrepublik Deutschland zur Verfügung und wie ist deren Belegung. Hier kann ich sagen, dass dieser Grundgedanke auch auf weitere wesentliche Merkmale der Information über Verfügbarkeiten von Kapazitäten und ihre regionale Verteilung ausgebaut werden sollte. Ich will auch gerne anknüpfen an das Thema besonders vulnerabler Gruppen. Ich glaube, dass es wahrscheinlich mit Blick auf die Risikolage der nächsten Monate notwendig ist, weiterhin Maßnahmen vorzuhalten zum Schutz von insbesondere älteren, pflegebedürftigen Menschen, auch in stationären Einrichtungen, und dass man das dort tätige Personal betrachten muss, wie wir es auch in den vergangenen Monaten gemacht haben.



Hier sind besondere Risikolagen und besondere Anforderungen, die fortgeführt werden müssen. Manches wird man anders machen. Beispielsweise glaube ich, dass man hinsichtlich der Frage, wie man das gesamte Testregime steuert, im Moment in der Situation ist, dass in der Bevölkerung der Eindruck besteht, dass die Linie im Testgeschehen und in der Frage nach welchen Kriterien, welchen Priorisierungen und in welcher Zuverlässigkeit das passiert, ein Stück weit verloren geht. Das müsste man insgesamt stärker priorisieren und stärker kriteriengestützt durchführen und entsprechend kommunizieren. Das ist aus meiner Sicht der Punkt. Ein wesentlicher Bestandteil der gesamten Maßnahmen bestand darin zu sagen, wir wollen nicht, dass aufgrund der krisenhaften Entwicklungen die Strukturen im Gesundheitswesen nur aufgrund der krisenhaften Situation unter Druck geraten und gegebenenfalls dann auch nicht mehr in der Lage sind, ihre Leistung zu erbringen. Deshalb war die Stabilisierung richtig. Es deutet aber daraufhin, dass man die Frage, welche unterschiedlichen Leistungsmengen im Bereich der stationären Versorgung, im Bereich der Pflege, aber auch im Bereich weiterer Gesundheitsberufe braucht man, strukturiert angehen muss. Es ist viel gesprochen worden und zu Recht über die Bedeutung des ÖGD. Es zeigt sich rückwärtsgewandt, dass wir als Gesellschaft zu wenig investiert haben in die Stabilität und die Entwicklung des ÖGD. Es ist insofern auch richtig, dass hier erste Konsequenzen gezogen werden. Ich will deutlich sagen, dass man die Vergangenheit nicht verändern kann. Die Absicht, es in der Zukunft besser zu machen, kann nicht kritikwürdig sein, auch wenn die Chance, das eine oder andere an Verbesserung in der Personalausstattung, in der Vergütung etc. zu erzielen, nicht so schnell wird realisiert werden können, so ist aber der Grundansatz, wie er gerade in den letzten Tagen diskutiert und auch auf den Weg gebracht worden ist, richtig. Eine wesentliche Lehre ist, die Vernachlässigung des ÖGD ist mit Blick auf die Gesamtleistungsfähigkeit der gesundheitlichen Versorgung ein Fehler, den wir in der Zukunft nicht noch weiter vorantreiben sollten.

Abg. **Detlev Spangenberg** (AfD): Meine Frage geht an den Einzelsachverständigen Herrn Prof. Dr. Elicker. Zur Information: Die AfD-Fraktion hat bereits am 6. Mai 2020 einen Antrag in den Bundestag eingebracht mit dem sie die Aufhebung

der epidemischen Lage einforderte. Der Antrag wurde am 14. Mai 2020 von allen Fraktionen, auch von der FDP, abgelehnt. Nun fordert die FDP ebenfalls die Aufhebung der epidemischen Lage und stützt sich dabei, ähnlich wie unser Antrag, auf Aspekte, welche die Stabilität des öffentlichen Gesundheitswesens belegen sollen. Ist aus Ihrer und aus aktueller Sicht der jetzige § 5 IfSG überhaupt geeignet, um eine epidemische Lage von nationaler Tragweite anhand von tatsächlichen Voraussetzungen festzustellen oder aufzuheben?

ESV **Prof. Dr. Michael Elicker**: Ich kann dazu sagen, wir müssen aus verfassungsgerichtlicher Sicht jenseits von ...

Der **Vorsitzende**: Ich muss Sie leider doch unterbrechen, weil wir Ihre Ausführungen aufgrund der schlechten akustischen Qualität nicht verfolgen können. Sie können die Antwort schriftlich zu Protokoll geben oder sich erneut im Telefon einwählen.

Abg. **Jörg Schneider** (AfD): Ich richte meine Frage an die BÄK. Sie führen im Gutachten zum Antrag der FDP aus, dass weiterhin eine epidemische Lage fortbestehe, sodass auf dieser Basis einerseits die noch notwendigen und bereits getroffenen Maßnahmen erhalten und andererseits neue Maßnahmen getroffen werden müssten. Sie begründen das mit den kommenden Witterungsbedingungen im Herbst und der anstehenden Grippesaison. Nur, wäre dann nicht aus Ihrer Sicht die Aufhebung der epidemischen Lage im Mai, also bei sich verbessernden Witterungsbedingungen, zwingend notwendig gewesen?

SVe **Dr. Ellen Lundershausen** (Bundesärztekammer (BÄK)): Zurückzublicken auf Mai, wo wir noch gar keine genauen Vorstellungen hatten, wie die Lage sich weiter entwickelt... Ich erinnere an das Statement von Herrn Prof. Dr. Drosten. Wir wissen es bis heute nicht, wie sich der Oktober, November entwickeln werden. Wir müssen deswegen, nach unserer Auffassung, noch mehr Vorsicht walten lassen. Es kommen andere Infektionskrankheiten dazu, auch von der Influenza war schon die Rede, und ausgerechnet zu diesem Zeitpunkt jetzt die



Feststellung der epidemischen Lage von nationaler Tragweite aufzuheben, halten wir für falsch. Wir sollten erstmal die nächste Welle an Infektionskrankheiten abwarten und gucken, wie sich die Lage entwickelt. Das ist letzten Endes auch ein System, das uns immer wieder vor neue Herausforderungen stellt. Dann zu sagen, das hätten wir im Mai anders machen sollen, halten wir für den falschen Blickwinkel.

Abg. **Detlev Spangenberg** (AfD): Meine Frage geht an die Kassenärztliche Bundesvereinigung. Unter dem Punkt "gewonnene Erfahrung" führen Sie aus, dass das Fehlen von Schutzausrüstungen die Achillesferse des deutschen Gesundheitssystem bei der Bekämpfung der Pandemie gewesen sei, wenn wir überhaupt eine hatten. Für die Zukunft muss sichergestellt sein, dass eine ausreichende Menge an persönlichen Schutzausrüstungen für niedergelassene Ärztinnen und Ärzte für den Pandemiefall vorgehalten wird. Auch müsste deren Finanzierung gesichert sein. Werden aus Ihrer Sicht zurzeit die richtigen Maßnahmen ergriffen, um künftig die Versorgung mit ausreichender Schutzausrüstung zu gewährleisten?

SV **Dr. Andreas Gassen** (Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV)): Es ist ein heikles Thema. Sie haben einen Punkt angesprochen. Wenn wir an einem Punkt mehr oder weniger kalt erwischt worden sind, dann war es tatsächlich die persönliche Schutzausrüstung. Das traf sowohl die Kolleginnen und Kollegen in den Praxen als auch in den Kliniken, weil letztlich, und das muss man an der Stelle auch mal deutlich sagen, die entsprechende Vorsorge, die meiner Kenntnis nach gesetzlich so geregelt ist, dass das Ländersache ist, nicht wirklich getroffen wurde. Jetzt kann man trefflich darüber streiten, ob man das besser hätte machen sollen. Entscheidend ist, das muss man an dem Punkt konstatieren, wir sind alle von der Pandemie überrollt worden. Insofern hatte sicherlich der eine oder andere auch Verständnis, dass man nicht alles in der Umfänglichkeit zur Verfügung hatte. Aber ich glaube, das Verständnis bei der Ärzteschaft dürfte deutlich dünner ausgeprägt sein, wenn wir im Herbst tatsächlich eine zweite Welle bekommen sollten, was ich zu mindestens nicht abschätzen kann. Ich habe die Kollegen so verstanden, das kann wahrscheinlich wirklich niemand konkret

sagen. Deshalb sollten wir uns vorbereiten und ich gehe davon aus und unterstelle das, dass nach den Erfahrungen im Frühjahr die entsprechenden Bevorratungen durch die zuständigen Behörden vorgenommen wurden. Natürlich haben sich die Kolleginnen und Kollegen selber auch eingedeckt. Die KV'en haben, obwohl es nicht ihre Aufgabe ist, hier zum Teil auch vorgesorgt. Wir müssten jetzt an dem Punkt zumindest sicher sein, dass wir genügend Intensivkapazitäten haben und solche Basics wie persönliche Schutzausrüstung natürlich unabdingbar notwendig sind. Von daher kann es da keine Diskussion geben, die müssen vorgehalten werden. Das muss man auch einfordern.

Abg. **Detlev Spangenberg** (AfD): Meine Frage geht an den BVÖGD. War aus Ihrer Sicht überhaupt zu irgendeinem Zeitpunkt die klinische Versorgung mit Klinikbetten, seit dem Ausbruch der Pandemie von Wuhan, irgendwie gefährdet? Weil wir insgesamt festgestellt hatten, wir müssen das unbedingt überall vorhalten. War dieser Zustand überhaupt so gefährlich, dass diese Maßnahmen eingeleitet werden mussten?

SV **Dr. Bernd Bornhofen** (Bundesverband der Ärztinnen und Ärzte des öffentlichen Gesundheitsdienstes e.V. (BVÖGD)): Ich bin eigentlich der falsche Ansprechpartner für die Klinik. Ich kann sagen, dass alle Gesundheitsämter sich damit auseinander gesetzt haben und in einzelnen Bereichen war es schon so, dass wir gesagt haben, wenn jetzt noch viel kommt, dann wird es kritisch. Das ist genauso wie es jetzt die Franzosen zum Beispiel berichten, nach dem Motto „wir sind keine Insel“. Da haben wir genau das gleiche Phänomen. Wir fürchten, dass dieses Phänomen auch bei uns wieder auftreten könnte. Deswegen diese kurze Antwort.

Abg. **Detlev Spangenberg** (AfD): Ich stelle die Frage die ich vorhin an Herrn Prof. Dr. Elicker gerichtet habe und dessen Antwort wir alle nicht verstanden haben, an den Einzelsachverständigen Herrn Prof. Dr. Wollenschläger. Es geht darum, dass die AfD-Fraktion bereits am 14. Mai 2020 die Beendigung der epidemischen Lage gefordert hat. Können Sie sagen, ob aus Ihrer Sicht oder aus aktueller Sicht der jetzige § 5 IfSG überhaupt geeignet ist,



um eine epidemische Lage von nationaler Tragweite anhand von tatsächlichen Voraussetzungen festzustellen oder aufzuheben?

ESV Prof. Dr. Ferdinand Wollenschläger: Das hatte ich in meiner Stellungnahme zu Beginn ausgeführt. Es ist zwar richtig, dass teilweise bezweifelt wird, ob die Norm überhaupt Kriterien vorgibt, allerdings dann in dem Sinne, dass der Bundestag frei sei in seiner Feststellungsentscheidung, abgesehen vielleicht von Willkürgrenzen. Das ist allerdings nicht meine Auffassung. Ich habe in meiner Stellungnahme ausführlich dargelegt, dass sich im Wege der historischen, aber auch der systematischen und teleologischen Auslegung die von mir genannten Kriterien aus der Norm gewinnen lassen, sodass die Norm auch eine tragfähige Grundlage für die entsprechende Feststellung ist. Natürlich ist es möglich, auch anhand der gewonnenen Erfahrungen, die Tatbestandsmerkmale bei einer Novelle des Infektionsschutzrechtes zu präzisieren, aber die Norm gibt heute eine hinreichende Grundlage für diese Feststellung her.

Der Vorsitzende: Ich stelle fest, dass ich die Fragezeit für die AfD-Fraktion wegen der anfänglichen Störungen um 4 Minuten erweitert habe.

Abg. Christine Aschenberg-Dugnus (FDP): Meine erste Frage geht an den Einzelsachverständigen Herrn Prof. Dr. Kingreen. Liegen Ihrer Ansicht nach zum jetzigen Zeitpunkt die Voraussetzungen für die Feststellung einer epidemischen Notlage für die Bundesrepublik Deutschland vor? Was sind die notwendigen Kriterien, um eine solche epidemische Lage aufzuheben? Vielleicht können Sie zu Beginn auch noch ein, zwei Sätze darauf verwenden, dass es in dem Antrag keinesfalls darum geht, irgendwelche Maßnahmen einzustellen, die getroffen wurden, und auch nicht um Infragestellung von Gesundheitsgefahren, sondern dass es da um ganz andere Dinge geht.

ESV Prof. Dr. Thorsten Kingreen: In der Tat, da kann ich genau ansetzen. Die Grundbedenken, die sich gegen diesen Antrag richten lauten ja, ist das ein politisch falsches Signal, eine Verharmlosung. Dieses Verharmlosen haben wir gerade so zwischen den Zeilen wieder gehört. Dementsprechend ist

hier vor allen Dingen in den letzten eineinhalb Stunden weitgehend politisch argumentiert worden. Wir reden aber natürlich über eine Rechtsnorm oder über einen Rechtsbegriff. Deswegen muss der, das hat Herr Prof. Dr. Wollenschläger vor allem getan, nach rechtswissenschaftlichen Methoden ausgelegt werden. Da muss man schon sagen, es ist ein Begriff, der aus dem Völkerrecht kommt, aus den internationalen Gesundheitsvorschriften, und der setzt, da widerspreche ich Herrn Prof. Dr. Wollenschläger ein ganz wenig, tatsächlich konstitutiv voraus, das ist auch allgemeine Meinung, dass eine Gefahr für die öffentliche Gesundheit vorliegt. Wir haben gerade gehört, deswegen fasse ich mich entsprechend kurz, dass wir diese Gefahr im März hatten, das muss man so sagen, sonst verharmlost man, wenn man das nicht so sieht. Zugleich kann man aber jetzt sagen, es gibt diese Gefahr derzeit nicht. Das RKI sagt, und das kam in den Äußerungen auch überall zum Tragen, das kann sich jederzeit wieder ändern. Das wissen wir alle. Aber allein die Möglichkeit, dass eine Lage wieder kommen kann, reicht nicht, einen Beschluss aufrechtzuerhalten, dessen Voraussetzungen jedenfalls derzeit nicht vorliegen. Man kann keine rechtswidrigen Beschlüsse in der unsicheren Erwartung aufrechterhalten, dass sie vielleicht irgendwann rechtmäßig werden, sondern man muss sie dann gegebenenfalls erneut stellen. Der entscheidende Punkt ist, glaube ich, ein anderer. Mein Eindruck war, dass in der Diskussion hier jetzt vielfach „Epidemie“ mit „epidemischer Lage“ gleichgesetzt wurde, das heißt es herrscht die Vorstellung, die epidemische Lage von nationaler Tragweite nach § 5 IfSG ist erst vorbei, wenn die Epidemie vorbei ist. Jetzt wissen wir aber alle, dass diese jedenfalls so schnell nicht vorbei sein wird, und übrigens auch noch nicht am 31. März 2021. Denn am 31. März 2021 endet ja alles. Die ganzen Rechtsverordnungen laufen aus, wenn der Termin nicht verlängert wird. Dann übrigens läuft es in die nächste Legislaturperiode. Da besteht die Gefahr der Verstetigung, worauf ich nachher auch noch kurz eingehen könnte, wenn das gewünscht ist. Von daher schlage ich vor, dass man § 5 Absatz 1 IfSG ändert und zwar so, wie das in Nordrhein-Westfalen mit der entsprechenden Norm passiert ist. Die Norm sagt, dass der Beschluss nur zwei Monate gilt und dass er dann immer wieder neu gefällt werden muss. Das ist eine ganz wichtige Selbstvergewisserung, vor allen



Dingen wenn man sich anschaut was für Folgen das hat. In Nordrhein-Westfalen hatte das übrigens zur Folge, dass keine Fraktion mehr da war, die den Beschluss erneut stellen wollte. Das halte ich für sehr wichtig. Wenn man das jetzt so lässt, ich bin nicht begeistert von der Norm, dann sollte man zumindest in regelmäßigen Abständen, das auch wieder aktiv überprüfen und nicht einfach laufen lassen. Denn die Folgen sind wirklich ganz erheblich. Ich will es mal auf den Punkt bringen: Man muss sich nämlich jedes Mal fragen, waren diese Entscheidungen, die ich fast überwiegend alle für richtig halte, waren die so, dass die nicht vom Parlament getroffen werden konnten, sondern mussten die zwingend vom Ministerium getroffen werden? Daran kann man erhebliche Zweifel haben.

Abg. **Christine Aschenberg-Dugnus** (FDP): Meine zweite Frage geht wieder an Herrn Prof. Dr. Kingreen. Wie beurteilen Sie die von der Regierung getroffenen Regelungen aus verfassungsrechtlicher Sicht? Halten Sie die getroffenen Ermächtigungsanordnungen mit unserer Verfassung für vereinbar?

ESV **Prof. Dr. Thorsten Kingreen**: Ich habe da tatsächlich ganz erhebliche Probleme. Das habe ich in meiner schriftlichen Stellungnahme näher ausgeführt. Es geht im Kern um die Frage, ob ein Ministerium Regelungen treffen darf, die vom Parlamentsgesetz abweichen. Wenn man die Frage vor der Pandemie gestellt hätte, hätte man sie verneint. Wir haben jetzt die Situation, dass wir sage und schreibe tausend parlamentarische Rechtsvorschriften haben, die das Ministerium ändern kann. Das ist ein ganz erheblicher Freibrief und trifft vor allem die Opposition im Deutschen Bundestag, die dadurch von der Krisengesetzgebung weitgehend ausgeschlossen wird. Das sollte meines Erachtens auch die Parlamentsmehrheit interessieren. Denn nach der nächsten Bundestagswahl kann jeder Opposition sein, der jetzt hier handelt. Wir haben es auch nicht nur mit einem Problem der demokratischen Legitimation zu tun. Wer jetzt ins SGB V guckt oder ins IfSG oder in welches Gesetz auch immer, steht vor der Frage, ob das stimmt, was da steht oder ob es vielleicht eine Rechtsverordnung gibt, die davon abweicht. Wir haben also ein erheb-

liches Wirrwarr von Rechtsvorschriften mittlerweile. Zwar ungern, aber ich widerspreche da doch Herrn Prof. Dr. Wollenschläger und dem Wissenschaftlichen Dienst des Deutschen Bundestages, denn die ganz überwiegende Mehrheit hält das für verfassungswidrig und ich finde das sollte man jetzt nach einem halben Jahr doch auch deswegen nochmal diskutieren. Vielleicht noch ein Punkt: Wir haben die gleiche Diskussion im Wahlrecht. Auch im Wahlrecht liegt jetzt ein Gesetzesvorschlag vor, dass das BMI durch Rechtsverordnung von Vorschriften des Wahlrechts abweichen kann. Ich finde, da ist jetzt eine Grenze erreicht, wo man sieht, man gewöhnt sich irgendwie an diese Rechtsverordnungsgesetzgebung. Mich wundert übrigens auch, dass die Selbstverwaltungspartner, die sonst tendenziell immer BMG-kritisch sind, das so selbstverständlich hinnehmen. Das wundert mich ehrlich sehr. Man könnte das, und das ist jetzt mein allerletzter Punkt, rechtfertigen, wenn man sagen würde, es musste wirklich schnell gehen. Und das war vielleicht auch so. Aber wenn man sich das jetzt anschaut, das Erste Bevölkerungsschutzgesetz ist innerhalb weniger Tage verabschiedet worden. Die erste Rechtsverordnung von Herrn Bundesminister Spahn kommt vom 30. März 2020. Da fragt man sich, warum diese Rechtsverordnungsregelung nicht mit dem Ersten Bevölkerungsschutzgesetz verabschiedet wurde. Spätere Rechtsverordnungen haben sehr lange gedauert. Man fragt sich jedes Mal, warum das nicht im Parlamentsgesetz geregelt wurde. Also es geht, wenn ich das so sagen darf, liebe Kollegen aus der Medizin, auch um unseren R-Faktor, um das Recht. Ich finde, da wird im Moment der fatale Eindruck erweckt, dass wir diese Pandemie, die wir wirklich hervorragend meistern, nur mit Regeln meistern, die jenseits der Verfassung liegen. Das bedauere ich sehr.

Abg. **Christine Aschenberg-Dugnus** (FDP): Herr Prof. Dr. Kingreen, eine letzte Frage noch. Ist es überhaupt möglich eine Beteiligung des Bundestages beziehungsweise des Bundesrates dauerhaft auszuschließen?

ESV **Prof. Dr. Thorsten Kingreen**: Nein, das ist nicht möglich, weil, Herr Knieps hat schon darauf hingewiesen, wir haben den Parlamentsvorbehalt. Der Parlamentsvorbehalt sagt nun mal, dass der



parlamentarische Gesetzgeber darüber entscheidet, was die wesentlichen Regeln der Pandemie sind. Angesichts der Tatsache, dass wir es hier mit erheblichen Eingriffen zu tun haben, müssen wir wirklich schnell zu einer Re-Parlamentarisierung zurückkommen. Wir gewöhnen uns langsam daran. Gerade wenn wir bedenken, wie lange die Epidemie noch dauern wird, die kann noch zwei, drei Jahre dauern. Wollen wir permanent eine Gesetzgebung nur durch das Ministerium haben? Das kann eigentlich kein Parlamentarier wollen.

Abg. **Christine Aschenberg-Dugnus** (FDP): Was würden Sie als Parlamentarier tun, um Ihre Rechte wieder einzufordern?

ESV **Prof. Dr. Thorsten Kingreen**: Ich würde § 5 Absatz 1 IfSG ändern, dass wenigstens alle zwei Monate neu über die epidemische Lage beschlossen wird, um auch den Ausnahmecharakter deutlich zu machen. Langfristig würde ich § 5 Absatz 2 IfSG insgesamt streichen, weil er in unserer parlamentarischen Demokratie tatsächlich ein Fremdkörper ist und mir keiner bisher die Notwendigkeit dieser Regelung dargetan hat. § 5 Absatz 2 IfSG sollte meines Erachtens mittelfristig auch entfallen.

Abg. **Dr. Achim Kessler** (DIE LINKE.): Meine erste Frage geht an die Deutsche Gesellschaft für Public Health. Welche Rolle spielt die Partizipation der entsprechenden Zielgruppen bei Public Health-Maßnahmen? Wie beurteilen Sie vor diesem Hintergrund die Einbeziehung der Zivilgesellschaft bei der Konzeption und der Vermittlung der Anti-Corona-Maßnahmen?

SV **Ansgar Gerhardus** (Deutsche Gesellschaft für Public Health e. V. (DGPH)): Tatsächlich spielt die Einbeziehung der Zielgruppen eine große Rolle bei allen Maßnahmen. Das gilt für die Akzeptanz und die Akzeptanz wiederum ist eine notwendige Voraussetzung dafür, dass diese Maßnahmen dann auch umgesetzt werden. Das ist natürlich in so einer Situation, wie wir sie haben, wo wir alle rein gestolpert sind, nicht ganz einfach. Aber ich glaube doch, dass wir jetzt in so einer, nennen wir es Plateauphase sind, wo man sich auch die Zeit nehmen sollte, diese Partizipation zu verstärken. Dazu gehört zunächst, dass man die verschiedenen

Zielgruppen identifiziert. Das sind natürlich bekannte Zielgruppen, insbesondere benachteiligte Gruppen, das kann Obdachlosigkeit sein, das sind Geflüchtete in Wohnheimen, das sind insbesondere auch Menschen mit Behinderung, die aus meiner Sicht besonders übersehen werden in der gegenwärtigen Phase. Dass man auf diese Gruppen zugeht und einfach schaut, wie die Lebensbedingungen sind, was man da machen kann. Das schließt ein bisschen an, aber da will ich jetzt nicht zu weit ausführen, an die Frage nach dem Pandemie-Rat. Ich glaube, es gibt im Moment so ein gewisses Ungleichgewicht, was die wissenschaftlichen Erkenntnisse angeht. Nicht die, die es gibt, sondern die dann auch in der Politik Eingang finden. Verständlicherweise sind da natürlich virologische, epidemiologische Erkenntnisse sehr prominent, auch intensivmedizinische, aber vieles andere, also die Bereiche, ich sage mal die 82,5 Milliarden Menschen, die jetzt nicht unmittelbar betroffen, also weder infiziert, noch erkrankt, noch Kontaktperson sind, aber natürlich das Risiko haben, in eine dieser Gruppen zu rutschen, ich glaube, die sind etwas aus dem Blick geraten. Da könnte man sicher mehr tun.

Abg. **Dr. Achim Kessler** (DIE LINKE.): Meine zweite Frage geht an den GKV-Spitzenverband. Welche Prognose haben Sie, auch vor dem Hintergrund der Pandemie-Maßnahmen, für die finanzielle Entwicklung des GKV-Systems für 2020 und 2021? Was können Sie zu möglichen Auswirkungen auf den durchschnittlichen Zusatzbeitrag sagen?

SV **Gernot Kiefer** (GKV-Spitzenverband): Wir müssen im Moment auf Basis einer Einschätzung der Finanzentwicklung im Jahre 2020 mit einer Abschätzung für das Jahr 2021, die wir auf der Arbeitsebene auch im Konsens mit dem BMG gemacht haben, davon ausgehen, dass die Finanzergebnisse der GKV für das Jahr 2020 insgesamt zeigen werden, dass mit den jetzigen Maßnahmen, die auch die im Nachtragshaushalt 2020 beschlossenen ergänzenden Bundesmittel in Höhe von 3,5 Mrd. Euro einschließen, dazu führen, dass dieses Jahr einigermaßen ausfinanziert ist. Das gilt sowohl für die Perspektive im Gesundheitsfonds als auch für die Perspektive auf der Kassenebene. In 2021 stellt sich die Situation etwas anders dar.



Wir haben kalkuliert – auch in diesem Punkt in Übereinstimmung mit der Fachebene im BMG -, dass, wenn es das Ziel der Bundesregierung ist, den Gesamtsozialversicherungsbetrag nicht über 40 Prozent steigen zu lassen, eine zusätzliche Finanzunterstützung aus Bundesmitteln notwendig wird in Höhe von 16,5 bis 17 Milliarden Euro. Diese Schätzung resultiert aus der sich abflachenden Konjunktur mit den Auswirkungen auf die Einnahmesituation, natürlich spielen aber auch Effekte auf der Ausgabenseite eine Rolle. Das heißt, das Finanzloch ist erheblich, würden diese 16,5 bis 17 Milliarden Euro nicht über ergänzende Bundesmittel finanziert, müsste der durchschnittliche Zusatzbeitragssatz in der GKV von heute 1,1 auf circa 2,2 Prozent angehoben werden, was ganz eklatant natürlich dem Ziel widerspricht, die Lohnzusatzkosten stabil zu halten. Ein Ziel, welches als Maßnahme zur Stabilisierung des Aufschwungs angestrebt wird.

Abg. **Dr. Achim Kessler** (DIE LINKE.): Meine dritte Frage geht an den Einzelsachverständigen Herrn Knieps. Das Ausbreitungsmuster hat sich nach dem ersten Höhepunkt der Pandemie im März erheblich verschoben. Wie muss Ihrer Ansicht nach jetzt die Test- und Präventionsstrategie verändert werden, um dem Rechnung zu tragen?

ESV **Franz Knieps**: Ich bin zwar kein Epidemiologe, aber in unserer Arbeitsgruppe haben wir mehrfach darüber debattiert, ob eine allgemeine Testung, eine unspezifische Testung oder auch eine Testung von Gruppen, die voraussichtlich keine erhöhte Viruslast tragen, sinnvoll ist. Wir kommen zu dem Ergebnis, dass die Teststrategie spezifischer werden muss, dass sie auf die Gruppen fokussiert werden muss, als da insbesondere wären Beschäftigte in Sozial- und Gesundheitseinrichtungen, Risikopatienten. Die Tests müssten dort gezielter eingesetzt werden. Wir haben von Vorrednern gehört, dass die Testkapazitäten begrenzt sind und wir uns der Auslastungsgrenze dort nähern. Also ist es sehr wichtig, dass diese Spezifizierung der Teststrategie im Laufe der nächsten Wochen erfolgt, wenn wir schlechteres Wetter und damit günstigere Ausbreitungsbedingungen des Virus erwarten müssen.

Abg. **Dr. Achim Kessler** (DIE LINKE.): Meine Frage geht an die BÄK. Plädieren Sie für den Einsatz von Antigentests im Rahmen der nationalen Teststrategie? Falls ja, können Sie deren Vorzüge darstellen und uns verdeutlichen, warum Sie sie den bisher verwendeten PCR-Tests vorziehen beziehungsweise an die Seite stellen? Bitte erläutern Sie, welche Einsatzgebiete Sie da für besonders geeignet halten?

SVe **Dr. Ellen Lundershausen** (Bundesärztekammer (BÄK)): Wir versprechen uns viel von dem Einsatz des demnächst zu etablierenden Antigentests, also dem sogenannten Schnelltest. Er wäre zunächst einmal vor allen Dingen für die Patientengruppen, die Herr Knieps eben genannt hat, also besonders vulnerable Gruppen, Risikopatienten und vor allen Dingen Patienten mit Symptomen, eine gute Möglichkeit. Man könnte, wenn ein Schnelltest positiv ist, einen PCR-Test zur genauen Sicherung anschließen, weil immer noch die Diskussion darum geht, wie sicher diese Schnelltests sind. Wir gehen im Moment bei den vorgestellten Tests einiger Firmen von 90 Prozent aus. Das ist schon relativ hoch. Der Test ist wesentlich billiger als der PCR-Test und könnte uns für den Herbst in der Differenzialdiagnose zwischen einzelnen Infektionskrankheiten sehr hilfreich sein.

Abg. **Dr. Achim Kessler** (DIE LINKE.): Noch eine kurze Frage an die BÄK. Wir haben sehr viele Berichte über verschobene Krankenhausbehandlungen im Frühjahr infolge der Corona-Maßnahmen und der Freihaltung der Betten gehört. Sehen Sie die Gefahr einer Wiederholung dieser Situation? Welche politischen Entscheidungen wären erforderlich, dass das nicht wieder eintritt?

SVe **Dr. Ellen Lundershausen** (Bundesärztekammer (BÄK)): Für die Zukunft sehe ich das nicht mehr so problematisch. Wir haben inzwischen auch gelernt mit dieser Erkrankung umzugehen. Sie haben Herrn Prof. Dr. Janssens gehört, wie die Krankenhäuser eingestellt sind auf schwere Verläufe der Erkrankung. Ich glaube, dass wir gut aufgestellt sind und solche Verschiebungen von insbesondere elektiven Eingriffen, wie das im Frühjahr der Fall war, sicherlich eher nicht wieder vorkommen müssen.



Abg. **Kordula Schulz-Asche** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Erlauben Sie mir eingangs eine kleine Anmerkung, damit kein Missverständnis im Raum stehen bleibt. Unser Pandemierat geht nicht davon aus, dass das RKI oder die medizinischen Fachgesellschaften ausgeschlossen werden, sondern die Kreis soll erweitert werden um weitere wissenschaftliche Expertise zum Beispiel aus dem Bereich Public Health, Sozialwissenschaften, verfassungsrechtliche Expertise. Das nur soweit, weil vorhin gesagt wurde, wir würden unter Umständen die bisher bewährten Kräfte ausschließen wollen, das wollen wir auf keinen Fall. Meine erste Frage geht an den Einzelsachverständigen Herrn Prof. Dr. Schrappe. Wie bewerten Sie grundsätzlich die bisherige Pandemiebekämpfung? Wurde Public Health genügend beachtet? Sehen Sie in diesem Zusammenhang den Pandemierat, wie er von uns vorgeschlagen wird, als eine mögliche Organisation, die die Strategie für den weiteren Verlauf der Epidemie entwickeln kann?

ESV Prof. Dr. Matthias Schrappe: Es wird immer gesagt, diese Epidemie sei über uns gekommen als hätte es nie eine Idee so einer Epidemie gegeben. Diese Vorstellung ist nicht richtig. Wir haben immer schon das Problem von Infektionen und Epidemien gehabt, die asymptomatisch auftreten können und vor allen Dingen asymptomatisch übertragen werden. Dieser Tatbestand bestimmt das weitere Vorgehen von A bis Z. Es war sehr schnell klar, dass COVID-19 eine asymptomatisch übertragende Infektion ist, wo man also die Infizierten nicht sehen kann und deswegen auch nicht zu einer 100-prozentigen Kontrolle kommen kann, grundsätzlich nicht. Das, was man tun muss in dieser Situation sind zwei Dinge: Das eine ist, man muss die Herden, die zwangsläufig auftreten, wie schon Ende März in unserem ersten Thesenpapier dargelegt, die immer in Krankenhäusern und Pflegeheimen auftreten, möglichst schnell identifizieren und dort für Ordnung sorgen. Das hätte man sofort schon Mitte März wissen können – insofern ist das eine Kritik im jetzigen Vorgehen – und man hätte Vorsichtsmaßnahmen in die Wege leiten müssen, die die Pflegeheime und Krankenhäuser vor Bergamo-ähnlichen Zuständen schützen. Die zweite Dynamik ist die sporadische, gleichmäßige Ausbreitung, die wir jetzt im Rahmen der Reise-rückkehrer sehen. Auch hier gibt es Regeln, die nicht erst durch COVID-19 erfunden werden

mussten. Das Wichtigste dabei ist, man kann noch so viele Leute in den Gesundheitsämtern anstellen, man kann da Tausende hinstellen, man würde es nicht schaffen, 100 Prozent der Überträger und der Infizierten zu finden, sondern die Gesellschaft muss lernen, mit dieser Infektion zu leben. Es gibt da keine Alternative, es sei denn man würde vielleicht auf einer Insel mitten im Pazifik leben, das wir weltbekanntermaßen nicht tun. Für diese Prävention gibt es auch bestimmte Regeln, die nicht befolgt worden sind. Das wichtigste ist, dass neben den allgemeinen Präventionsmaßnahmen, Herr Knieps sagte es gerade, Händedesinfektion, Mundschutz, Abstand, nicht ohne zielgerichtete, zielgruppenorientierte Präventionsmaßnahmen hinkommen. Das heißt, die Gesellschaft muss überlegen, wer ist am häufigsten dem größten Risiko unterworfen. Hier muss man unter Wahrung von Würde und Humanität, wohlbemerkt, präventiv tätig werden, analog zum Krankenhaus, wenn wir dort eine MRSA-Epidemie haben. Wen schützen wir? Wir schützen natürlich die Patienten unter Chemotherapie. Wir versuchen da über Einzelzimmer und bestimmte Maßnahmen eine zielgruppenorientierte Prävention zu betreiben. Genau dasselbe haben wir vor 35 Jahren im HIV-Bereich gemacht, da war der Durchbruch, dass wir zum Beispiel im Bereich der Drogenabhängigen Methadon gegeben haben – was vorher untersagt war – und wir zielgruppenorientiert etwas tun konnten. Von daher ist Kritik am jetzigen Vorgehen angebracht und zwar schon grundsätzliche Kritik, weil im Bereich der Infektionswissenschaften diese Dinge nicht gerade ausgeführt werden, die durchaus lange schon bekannt sind. Auf die Frage, ist ein Pandemierat notwendig, ist durchaus die Antwort zu gegeben, dass das eine gewisse Dringlichkeit hätte, weil offensichtlich müssen wir zur weiteren Bewältigung der Situation unsere Perspektive deutlich weiten und öffnen. Das heißt, wir müssen neben den sehr guten Virologen, die unser Land hat, und den vor allen Dingen mit großen Zahlenmengen arbeitenden Epidemiologen, Leute mit an den Tisch bringen, die von der Praxis der Infektionskontrolle und Infektionssteuerung etwas verstehen. Davon haben wir viele Personen in unserem Land. Wir kontrollieren jedes Jahr 700 000 Fälle. Das sind Spezialisten, die das können, die wissen, wie man Herden identifiziert



und die insbesondere wissen, wie man diese schleichende sporadische Ausbreitung zum Stoppen bringt.

Abg. **Kordula Schulz-Asche** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Meine Frage richtet sich an die Gesellschaft für Virologie. Wie bewerten Sie die Notwendigkeit einer Task-Force zur Bekämpfung der Corona-Pandemie? Inwieweit kann diese Aufgabe durch den von uns vorgeschlagenen Pandemierat erfüllt oder ausgeübt werden?

Sve **Prof. Dr. Sandra Ciesek** (Gesellschaft für Virologie e. V. (DfV)): Wir haben eine Stellungnahme dazu verfasst, die nachzulesen ist. Wir würden das sehr begrüßen, dass es eine Task-Force mit interdisziplinärer Besetzung gibt, die eine Best-Practice-Empfehlung aufstellt und das kontinuierlich macht. Wir würden aber vorschlagen, dass man auch bestehende Gruppen und Gruppierungen nutzt und die daran angliedert, weil zum Teil gerade auch Doppelungen entstehen.

Abg. **Kordula Schulz-Asche** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Ich frage die Deutsche Gesellschaft für Public Health. Wie bewerten Sie die bisherige interdisziplinäre Zusammenarbeit zwischen den externen wissenschaftlichen Fachgesellschaften und der Politik im Verlauf der Pandemie? Weshalb ist diese Zusammenarbeit so wichtig? Welche Rolle könnte der von uns vorgeschlagene Pandemierat dabei spielen?

SV **Ansgar Gerhardus** (Deutsche Gesellschaft für Public Health e. V. (DGPH)): Wie ich eben schon kurz gesagt hatte ist ein Problem die Ungleichgewichtigkeit von dem, was wissenschaftlich durchdringt. Wir haben natürlich zum einen das Infektionsproblem, aber 99 Prozent der Menschen sind eigentlich nicht von der Infektion betroffen, sondern von den Maßnahmen. Die Maßnahmen sind wichtig, das vorausgestellt, aber das bedeutet dann für sehr viele Leute, dass sie nicht mehr rausgehen, nicht zur Arbeit gehen, nicht zur Schule gehen können. Dazu können heute Fachgesellschaften beitragen. Sie werden zu wenig gehört. Es wurde eben die AWMF benannt, also die Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medi-

zischen Fachgesellschaften, die die medizinischen Fachgesellschaften abdeckt, aber eben nicht viele andere wie Public Health ... Es geht zum anderen aber auch darum, dass eine integrierte Bewertung wichtig ist. Im Moment ist es eher ein Zerren am Problem. Ich zeige das mal am Beispiel Schulen. Wenn der Infektionsschutz im Vordergrund steht, dann geht es darum, möglichst die Schulen zu schließen. Wenn es aber darum geht, insbesondere Kindern aus sozialbenachteiligten Familien zu helfen, dann geht es eben darum diese Schulen offen zu halten. Ein interdisziplinärer Rat hätte die Möglichkeit, diese verschiedenen Aspekte integriert zu betrachten und dann zu Lösungen zu kommen und hier Kompromisse darzustellen zwischen Schulen zu öffnen und Schulen zu schließen. Insofern unterstützen wir die Einrichtung dieses Pandemierats, weil uns Lösungen präsentiert werden, die nicht aus einzelnen Aspekten heraus gemacht werden. Es sollten tatsächlich auch Fachgesellschaften sein, weil diese Ressourcen von mehreren tausend Mitgliedern haben, um auch Lösungen zu erarbeiten. Wichtig ist natürlich auch, dass die entsprechenden Behörden wie RKI und BzGA beteiligt sind.

Abg. **Kordula Schulz-Asche** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Ich habe eine kurze Frage an den Einzelsachverständigen Herrn Prof. Dr. Kingreen. Inwieweit sollte die Politikberatung hinsichtlich der Pandemie zum Beispiel durch einen Pandemierat verstetigt werden, und das nicht nur in Deutschland, sondern auch auf EU- und internationaler Ebene? Also inwieweit ein solcher Rat auch die Politikberatung unterstützen könnte?

Der **Vorsitzende**: Prof. Dr. Kingreen hat das Meeting offensichtlich bereits verlassen. Die Fragezeit ist nun auch beendet. Ich bedanke mich nochmal bei allen Sachverständigen, Verbandsvertretern, auch bei den Abgeordneten und schließe hiermit die Anhörung. Vielen Dank.

Schluss der Sitzung: 15:44 Uhr

Harald Weinberg, MdB
Vorsitzender