

19. Wahlperiode



Deutscher Bundestag

Ausschuss für Gesundheit
Parlamentarisches Begleitgremium
Covid-19-Pandemie

Wortprotokoll der 22. Sitzung

Parlamentarisches Begleitgremium Covid-19-Pandemie

Berlin, den 8. Juli 2021, 10:30 Uhr
als Kombination aus Präsenzsitzung (Paul-Löbe-Haus,
Saal E 300) und Webex-Meeting*.

*Die Zugangsdaten zum Webex-Meeting werden an den
entsprechenden Teilnehmerkreis versandt.

Vorsitz: Rudolf Henke, MdB

Tagesordnung - Öffentliche Anhörung

Tagesordnungspunkt

Seite 4

Langfristige Konsequenzen für das Gesundheitssystem – Lernen aus der Pandemie

**Mitglieder des Ausschusses**

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



Die Anwesenheitslisten liegen dem Originalprotokoll bei.



Beginn der Sitzung: 10:30 Uhr

Einzigiger Tagesordnungspunkt

Langfristige Konsequenzen für das Gesundheitssystem – Lernen aus der Pandemie

Der **Vorsitzende**, Abg. **Rudolf Henke** (CDU/CSU): Guten Tag sehr verehrte Damen und Herren, liebe Zuschauerinnen und Zuschauer, sehr verehrte Sachverständige, liebe Frau Staatssekretärin Sabine Weiss aus dem Bundesministerium für Gesundheit, liebe Kolleginnen und Kollegen. Ich begrüße Sie sehr herzlich zu dieser 22. Sitzung, diesmal als öffentliche Anhörung des Parlamentarischen Begleitgremiums Covid-19-Pandemie, die wir wie sonst auch als Mischung aus Präsenzsitzung und Onlinebegegnung mit unseren Sachverständigen durchführen. Vorab möchte ich alle, die über Webex zugeschaltet sind, darum bitten, sich mit Ihrem Namen anzumelden, damit wir wissen, wer zugeschaltet ist, und damit Ihre Teilnahme ordnungsgemäß dokumentiert ist. Zum weiteren Verfahren komme ich gleich noch. In der heutigen Anhörung, liebe Kolleginnen und Kollegen, meine Damen und Herren, geht es um die langfristigen Konsequenzen für das Gesundheitssystem. Lernen aus der Pandemie könnte man das nennen. Die Pandemie stellt uns seit anderthalb Jahren vor immer neue Herausforderungen. Die Meinung, wir wären beim Start herausragend gut vorbereitet gewesen auf eine epidemische Lage von nationaler Tragweite – ich glaube, es ist Gemeingut, dass das nicht so war. Darum ist es besonders wichtig, Lehren zu ziehen und Konsequenzen zu ergreifen. Ich weiß nicht, wie oft ich den Satz gehört habe, dass wir alle kleine Notizbücher führen, die wir dann hervorholen wollen, um uns nach der Pandemie mit dem Inhalt dieser Notizbücher und den To-do-Listen zu befassen. Dabei wird sicher eine Menge auf das Tapet kommen, denn die Pandemie hat gewissermaßen auch Defizite illuminiert. Das fängt bei der Digitalisierung des öffentlichen Gesundheitsdienstes an, das geht über die Erfassung von zur Beurteilung der Lage erforderlichen Daten – wir haben in diesem Gremium ausgemacht, dass wir auch noch, dann allerdings in einer nicht öffentlichen Anhörung, mit den Bundesinstitutionen und mit den Ressorts der Bundesregierung über diese Daten sprechen werden –, die Durchführung von Studien bis hin zu der Frage der personellen Aufstockung der Gesundheitsämter. Inzwischen hat der Bundesminister für Gesundheit

eine Notfallreserve Gesundheitsschutz angelegt. Auch an vielen anderen Stellen gibt es Verbesserungspotenzial, das nicht die Politik schildern muss, sondern das diejenigen, die in den Systemen aktiv sind, am besten beschreiben können. Insofern stellt sich das ganze Spektrum zur Diskussion bis hin zu dem Aufgabengebiet des Bundesamtes für Katastrophenschutz, das vielleicht auch eine eigene Sicht auf die Tatsache hat, dass wir im Jahr 2012 eine Studie in mehreren Ausschüssen des Deutschen Bundestages beraten haben, die eine Art Prophetie zu den Abläufen einer Pandemie enthalten hat. Diese ist damals in den Ausschüssen beraten worden und ist mit guten Empfehlungen zur Beherrschung in die Archive gelangt. Ob sie überall beherrzigt worden ist, ist eine eigene Frage. Wir können Entscheidungsstrukturen optimieren – wie soll das sein? Wir können die Kommunikation auf allen Ebenen optimieren – wie soll das sein? – vielleicht nicht nur mit Bürgerinnen und Bürgern, mit denen auch, aber auch zwischen Bund, Ländern, Kommunen und den Akteuren in der gesundheitlichen Versorgung. Ist die Kompetenzverteilung zwischen Bund und Ländern für eine Pandemie noch richtig oder müssten bestimmte politische Entscheidungen eher auf anderen Ebenen getroffen werden, als das jetzt geregelt ist, um eine Einheitlichkeit herzustellen, um eine besondere Bürgernähe herzustellen? Ist am Ende eher das Konzept der Vielfältigkeit mit einer einheitlichen Aufgabe der Schlüssel zur Lösung oder ist es eine Einheitlichkeit mit zentralen Vorgaben? Welches dieser Konzepte verbessert die Akzeptanz in der Bevölkerung und bei den Akteuren in der gesundheitlichen Versorgung? Und schließlich auch, welche Rolle soll das Parlament übernehmen? Da wir nicht nur auf Deutschland gucken, sondern wissen, dass die Pandemie ein weltweites Geschehen ist und wir selbst erst dann auf der sicheren Seite sind, wenn alle auf der sicheren Seite sind: wie sieht es mit unserer Solidarität mit solchen Staaten aus, die keine millionen- und milliardenteuren Impfstoffbestellungen finanzieren können? Da ist einiges angestoßen, reicht das? Welche Rolle soll künftig die Weltgesundheitsorganisation bei grenzüberschreitenden gesundheitlichen Notlagen spielen und wie wird sie dafür ausgestattet? All das gehört auf den Prüfstand und zumindest einen Teil davon wollen wir heute bearbeiten. Ich freue mich deswegen auf die Fragen und die Antworten der Sachverständigen. Ich möchte kurz



den Ablauf der Anhörung erklären. Die Anhörungszeit beträgt insgesamt 90 Minuten. Wir haben diese 90 Minuten in einem sorgfältig elaborierten Schlüssel auf die Fraktionen verteilt. Nach diesem Schlüssel gibt es insgesamt 16 Befragungsrunden, mit jeweils zwischen vier und sieben Minuten Dauer. Ich rufe die jeweilige Fraktion mit der Zeitkontingentierung auf. Zu dem Zeitkontingent gehören die Fragen genauso wie die Antworten, das heißt, Sie ermöglichen der Fraktion, die Sie fragt, mehr Fragen, wenn Sie sich bei der Antwort kurz fassen. Darum bitte ich Sie. Wenn eine Fraktion ihr aktuelles Kontingent nicht ausschöpfen möchte, kann sie die verbleibenden Minuten auf eine nächste Frageunde übertragen. Also noch einmal die Bitte um Kürze in Fragen und in Antworten. Die aufgerufenen Sachverständigen bitte ich, vor der Beantwortung daran zu denken, ihr Mikrofon und ihre Kamera freizuschalten. Wenn Sie Ihren Redebeitrag beginnen, sind Sie für uns hier auf einem Videowürfel im Ausschusssitzungssaal in Berlin und gleichzeitig in der Übertragung, die alle zu Hause sehen oder live im Parlamentsfernsehen, zu sehen. Das Parlamentsfernsehen ist nicht die einzige Dokumentation, im Nachgang wird das Wortprotokoll auf der Internetseite veröffentlicht, sobald es fertiggestellt ist. Vielen Dank an die Sachverständigen, die eine schriftliche Stellungnahme eingereicht haben. Wenn Sie einverstanden sind und es keine weiteren Fragen gibt, würden wir jetzt mit den Frageunden der Fraktionen starten und den Anfang macht wie immer die CDU/CSU-Fraktion mit einer Fragezeit von sieben Minuten. Das Wort hat die Kollegin Nina Warken von der CDU/CSU.

Abg. **Nina Warken** (CDU/CSU): Meine erste Frage geht an Herrn Prof. Dr. Greiner. Herr Prof. Dr. Greiner, die Bundesregierung wird, wir haben es gehört, eine nationale Gesundheitsreserve aufbauen. An 19 Standorten sollen künftig wichtige Materialien wie Schutzausrüstung, Beatmungsgeräte, Medikamente gelagert werden, um Kliniken, Pflegeeinrichtungen und Arztpraxen im Notfall damit zu unterstützen. Wie bewerten Sie ein solches Vorhaben grundsätzlich?

ESV **Prof. Dr. Wolfgang Greiner** (Universität Bielefeld): Der Sachverständigenrat für die Begutachtung im Gesundheitswesen beschäftigt sich zurzeit mit einer Reihe von Fragen, die der Vorsitzende eben

dargestellt hat. Wir sind noch in der Sammel- und Konzeptionsphase, deswegen wird das Gutachten erst im nächsten Jahr veröffentlicht. Alles, was ich also sage, abgesehen vom Digitalisierungsteil, ist deswegen keine Empfehlung des Sachverständigenrates. Aber man kann auf jeden Fall sagen, dass die arbeitsteilige Wirtschaft, die wir national und international haben, und die Globalisierung, die damit verbunden ist, uns zu einem riesigen Effizienzgewinn und Wohlfahrtsgewinn geführt hat, die allerdings auch ihren Preis hat. Das sehen wir jetzt. Wir haben in Krisenzeiten immer eine gewisse Anfälligkeit für Schwankungen und die hält derzeit sogar noch an, wenn wir außerhalb des Gesundheitsbereichs bei den Baustoffpreisen und ähnlichem gucken, wo sich einiges angesammelt hat. Das sind alles Engpässe und Knappheiten, die der Preis dafür sind, dass wir auf der anderen Seite diese Form des Wirtschaftens gewählt haben, die uns aber, wie gesagt, auch viele Vorteile gebracht hat. Die Erfahrung der Pandemie war, dass Lieferketten sehr, sehr schnell zusammengebrochen sind. Da reicht es, wenn größere Häfen nicht mehr betriebsfähig sind oder bestimmte Produktionseinheiten nicht mehr produktionsfähig waren. Auch eine Produktion im Inland hilft da wenig, wenn die Materialien aus diesen Gründen nicht verfügbar sind. Deswegen ist es unabdingbar, dass wir daraus für die Zukunft lernen, eine Lagerhaltung zu machen und zweitens eine Diversifizierung der Bezugsquellen vorzunehmen, was im europäischen Maßstab auch nicht alleine hilft, deswegen brauchen wir zusätzlich die Lagerhaltung. Aber es muss definiert werden, welche wesentlichen Güter der Daseinsvorsorge das sein sollen. Das ist gar nicht so einfach. Wenn man in die Pandemiepläne guckt, geht es vor allem um Arzneimittel. Das muss sich wesentlich verbreitern nach den Erfahrungen, die wir jetzt gemacht haben. Wir brauchen auch eine Konkretisierung, wie lange das Ganze vorhalten soll. Wenn das nur über einen Monat geht, erscheint mir das nach den Erfahrungen sehr kurz, sechs Monate könnten ein bisschen zu ambitioniert sein. Aber das ist letztendlich eine politische Frage, die man auch differenzieren muss nach den Gütern, um die es geht, also wo am ehesten und am längsten entsprechende Knappheiten herrschen könnten. Damit ist die Frage der Lagerung verbunden, die nicht so einfach zu beantworten ist. Man kann das so machen, wie es jetzt offensichtlich angedacht ist, mit einer zentralen Bewirtschaftung dieser Lagerung an unterschiedlichen



Standorten. Man würde aus ökonomischer Sicht, glaube ich, eher davon abraten, weil eine zentrale Lagerhaltung eine ganze Reihe von Nachteilen hat. Im Grunde genommen wäre es wesentlich besser, darauf zu bauen, die Leistungserbringer, Großhändler oder auch deren Beauftragte, damit zu beauftragen, diese Lagerhaltung nachzuweisen.

Abg. **Nina Warken** (CDU/CSU): Meine nächste Frage richtet sich an Frau Seebohm. Frau Seebohm, auf europäischer Ebene soll eine neue Behörde für Krisenvorsorge und Krisenreaktion bei gesundheitlichen Notlagen gegründet werden. Was ist hier konkret geplant? Erachten Sie ein solches Vorhaben für geeignet, damit die EU sich künftig besser auf gesundheitliche Notlagen vorbereiten und reagieren kann?

ESVe **Annabel Seebohm** (Ständiger Ausschuss der Europäischen Ärzte): Ja, was ist geplant? Kurz zum Kontext: Die Mitgliedstaaten, das hatten Sie, Herr Prof. Dr. Greiner, schon ausgeführt, hatten große Schwierigkeiten bei der Überwachung des Bedarfs, der Entwicklung, Herstellung, Beschaffung und Verteilung von Schutzausrüstungen, Medizinprodukten etc. Laut Kommissionspräsidentin von der Leyen müsse Europa daraus Konsequenzen ziehen und eine Gesundheitsunion schaffen. Teil dieser Gesundheitsunion müsse eine europäische BARDA (Biomedical Advanced Research and Development Authority) sein, das heißt eine Agentur für fortgeschrittene biomedizinische Forschung und Entwicklung nach US-Vorbild. Die Kommission bereitet für das 3. Quartal 2021, also ab jetzt, einen Legislativvorschlag zur Einrichtung einer EU-Behörde für die Krisenvorsorge und -reaktion bei gesundheitlichen Notlagen vor. Das ist HERA (European Health Emergency Response Authority). Bis Ende Mai lief diesbezüglich eine öffentliche Konsultation. Nun zur Bewertung: Die EU muss unbedingt über eine bessere und schnellere Krisenreaktionsfähigkeit verfügen. Wir denken, HERA ist ein geeigneter Mechanismus, damit sich die EU besser auf gesundheitliche Notlagen vorbereiten und darauf reagieren kann. Ich würde gerne sechs Punkte erwähnen: HERA muss die öffentliche Gesundheit und die Gesundheitssicherheit verbessern und dies muss Vorrang vor wirtschaftlichen Zielen haben. Nur für diese gesundheitlichen Ziele soll in biomedizinische Innovationen investiert werden und

diese Innovationen müssen den tatsächlichen Bedürfnissen der öffentlichen Gesundheit entsprechen. Zum Mandat: HERA sollte Forschung und Entwicklung im Bereich der öffentlichen Gesundheit priorisieren und finanzieren. Das Mandat ist aber derzeit noch unklar, es könnte nämlich auch auf Bereiche wie die Herstellung von Produktionskapazitäten, gemeinsame öffentliche Beschaffung, Bevorratung oder Verteilung ausgeweitet werden. Es bleibt abzuwarten, was im Legislativvorschlag enthalten ist, das wird noch debattiert. Der dritte Punkt: HERA muss öffentlich finanziert und besteuert sein, Public-Private-Partnership-Modelle reichen nicht aus. HERA muss transparent sein. Es muss von Anfang an vertraglich die Aufteilung von Risiken und Erträgen künftiger Technologien zwischen dem öffentlichen und dem privaten Sektor fair definiert werden. Das Zusammenspiel von HERA mit anderen EU-Agenturen sollte nicht zu Doppelung von Aufgaben und zu einem erhöhten Verwaltungsaufwand auf EU- oder auf nationaler Ebene führen. Das ist von der Kommission zu prüfen. Von der Kommission ist weiter zu prüfen, ob dieser neue Mechanismus nicht in bestehenden Strukturen umgesetzt werden kann. Zum Anwendungsbereich: Wir denken, der sollte schrittweise erweitert werden, also von geologischen Bedrohungen später zu weiteren Naturkatastrophen möglichweise.

Der **Vorsitzende**: Wir haben die sechs Punkte gerade so in das Zeitkontingent reingequetscht. Jetzt gehen wir weiter zur Kollegin Gülistan Yüksel von der SPD-Fraktion aus Mönchengladbach. Schöne Grüße – ich komme aus Aachen – in die Nachbar-metropole Mönchengladbach. Frau Yüksel, Sie haben das Wort.

Abg. **Gülistan Yüksel** (SPD): Ich habe eine Frage an Prof. Dr. Christian Karagiannidis. Wir wissen, dass die Belastungen auf den Intensivstationen infolge der dritten Welle gerade nachgelassen haben. Durch eine hohe Durchimpfung bei Risikopatienten dürfte die Krankheitslast sinken. Andererseits werden freiwillig oder aus medizinischem Grund ungeimpfte Personen aufgrund der Lockerungen deutlich exponierter für Infektionen sein, was die Krankheitslast gleichzeitig erhöhen könnte. Vor knapp einem Monat sagten Sie, wir kämen jetzt in eine Phase der Normalisierung bzw. gehen jetzt in



eine chronische Phase über. Gehen Sie also davon aus, dass ein weiterer starker Anstieg auf den Intensivstationen bei relativ normalem öffentlichen Leben auch im Herbst nicht mehr zu erwarten ist?

ESV Prof. Dr. Christian Karagiannidis (Wissenschaftliche Leitung des DIVI-Intensivregisters): Zuerst müssen wir positiv festhalten, dass wir jetzt schon eine enorm hohe Impfquote bei den über 60-Jährigen haben, die den Großteil der Intensivpatienten ausgemacht haben. Wir müssen sicherlich noch besser werden und sollten auf über 90 Prozent Impfquote kommen, aber wir befinden uns auf einem guten Weg. Das bedeutet, dass wir im Herbst nicht mehr die Befürchtung haben müssen, dass wir einen enorm schnellen und starken Anstieg von Intensivpatienten sehen werden. Wir können England als gutes Beispiel nehmen. Wir haben dort im Moment die Situation, dass die Inzidenzen sehr stark hochgehen, dass wir aber, Stand gestern, ungefähr 350 beatmete Patienten mit COVID hatten, allerdings steigend von einem Minimum von ungefähr 100 Patienten. Ich würde davon ausgehen, dass wir ab dem Herbst in den Krankenhäusern in eine gewisse chronische Normalität kommen müssen, weil es anders für die Mitarbeiter:innen gar nicht mehr durchzuhalten ist. Es ist aber zu erwähnen, dass alles von der Impfquote abhängt. Selbst wenn Sie sehr viele Menschen durchgeimpft haben und wenn Sie eine Impfquote von sagen wir 70 Prozent bei den 18- bis 59-Jährigen hätten, bleiben immer noch 30 Prozent übrig. Das Problem ist, dass Sie dadurch eine sehr hohe Zahl von Mitbürger:innen haben, die sich potenziell infizieren können. Das Entscheidende ist, es wird wahrscheinlich nochmal eine Welle geben, aber wir müssen versuchen, diese Welle relativ flach zu halten. Sie darf sich nicht zu schnell aufbauen. Ich glaube, dann kommt das Gesundheitswesen damit insgesamt gut zurecht. Wir müssen sehr gut darüber nachdenken, inwiefern wir Kontaktbeschränkungen und sinnvolle AHA-L-Maßnahmen noch weiterführen, damit wir verhindern, dass die Welle sich zu schnell aufbaut.

Abg. Gülistan Yüksel (SPD): Dann noch eine Frage: Letzten Monat hieß es vonseiten der DGIIN (Deutsche Gesellschaft für Internistische Intensivmedizin und Notfallmedizin), es sei jetzt an der Zeit, Lehren aus der Pandemie für die Notfallversorgung zu ziehen. Wenn Sie an Fragen wie Personalausstattung, die technische Ausstattung oder auch Unterstützungssysteme wie psychologische Betreuung denken, welche Lehren können Sie heute schon ziehen und uns mit auf den Weg geben? Wie bewerten Sie rückblickend die Errichtung des deutschen Intensivbettenregisters und das Verfahren zur Meldung von Bettenkapazitäten auch vor dem Hintergrund des in der Öffentlichkeit viel diskutierten Berichts des Bundesrechnungshofes? Sehen Sie aktuell Anpassungsbedarf in der Rechtsverordnung?

ESV Prof. Dr. Christian Karagiannidis (Wissenschaftliche Leitung des DIVI-Intensivregisters): Viele Fragen für kurze Zeit. Zuerst zum Intensivregister: Ich glaube, es ist absolut essenziell gewesen, dass wir dieses Register per Verordnung eingerichtet haben und dass die Krankenhäuser dazu verpflichtet worden sind, eine Meldung abzugeben. Vor ungefähr einem Jahr hatten wir die Situation, dass wir im Prinzip bis zum März 2020 keine gute Übersicht hatten, wie viele Intensivstationen wir in Deutschland haben und was die Intensivstationen leisten können, zum Beispiel Lungenersatzverfahren. Es ist uns dann in kürzester Zeit zusammen mit dem RKI (Robert Koch-Institut) und mit dem BMG (Bundesministerium für Gesundheit) und insbesondere durch diese Verordnung gelungen, dass wir überhaupt einen Überblick bekommen haben, was wir in Deutschland für Kapazitäten haben. Das war absolut essenziell, insbesondere im Hinblick darauf, dass die ersten drei Wellen von COVID exponentiell verlaufen sind und das einen gewissen Zeitdruck erzeugt hat. Ich glaube, wir können als Lehre aus der Pandemie ziehen, dass wir jetzt an einem Punkt sind, wo wir besser werden können. Wir haben in den Krankenhäusern zum Beispiel zwei Instrumente, mit denen wir im Alltag arbeiten: das sind zum einen die Krankenhausinformationssysteme und zum anderen die Patientendatenmanagementsysteme, sogenannte PDMS-Systeme auf den Intensivstationen. Diese PDMS-Systeme haben ungefähr ein Drittel aller Intensivstationen in Deutschland, Krankenhausinformationssysteme hat



jedes Krankenhaus. Ich glaube, wenn wir jetzt einen großen Schritt vorwärts kommen wollen, wäre es sinnvoll, dass wir hergehen und sagen, wir leiten aus diesen Krankenhausinformationssystemen automatisiert Daten aus und füttern damit das DIVI-Intensivregister. Es ist wichtig, dass die Patienten dabei anonymisiert bleiben, aber es ist sinnvoll, dass die Patienten individuell gemeldet werden. Man könnte sehr einfach aus diesen Systemen herausbekommen, dass der Patient das Krankenhaus betritt, dass er COVID-positiv ist, dass er Influenza hat, dass er auf die Intensivstation geht, dass er die Intensivstation wieder verlässt, tot oder lebendig, und dass er dann das Krankenhaus wieder verlässt. Das sind Daten, die wir jeden Tag zur Verfügung haben. Wenn wir einen großen Schritt vorwärts kommen wollen, ist es wichtig, dass wir versuchen, diese Daten automatisiert auszuleiten. Ich glaube, dass das relativ gut möglich ist. Was mir genauso wichtig ist, ist, dass wir in Zukunft viel mehr auf das Personal blicken. Wir haben – Sie haben das gut angesprochen – viel zu wenig psychologische Unterstützung für diese enorme Last, die die Mitarbeiter:innen in den letzten Monaten getragen haben. Das ist ein ganz essenzieller Punkt. Genauso essenziell ist aber auch, dass wir erfassen, wie viel Pflegekräfte haben wir, wie viel Ärzte haben wir, die die Patienten tagtäglich betreuen. In dieser Diskussion möchte ich nochmal einen Punkt erwähnen: Wir haben in Deutschland mit Mühe und Not und mit Hilfe des BMG in den letzten Jahren die Personaluntergrenzen eingeführt. Das bedeutet, eine Pflegekraft betreut auf der Intensivstation zwei Patienten am Tag und drei in der Nacht. International wäre das undenkbar. Sie nennen ganz häufig Schweden als Beispiel. Dort ist es so, dass eine Pflegekraft einen Patienten betreut, in England ist es genauso und in den Niederlanden ist es auch so. Das heißt, wir müssen dahin kommen, dass wir die Ressource Mensch bewerten und dass wir an die Ressource Mensch die Intensivmedizin anpassen.

Der **Vorsitzende**: Das Fragerecht wechselt zur AfD-Fraktion. Herr Schneider hat sechs Minuten zur Verfügung.

Abg. **Jörg Schneider** (AfD): Meine erste Frage richtet sich an Herrn Tom Lausen. Ich habe das DIVI-

Intensivregister und dessen Zahlen die ganze Pandemie über sehr gebannt verfolgt. Sie haben das auch getan. Sie haben die auch analysiert und Sie haben dort gerade im Zusammenhang mit dem Dritten Bevölkerungsschutzgesetz und der Änderung der Krankenhausfinanzierung ein paar Merkwürdigkeiten festgestellt. Können Sie das etwas näher erläutern?

ESV **Tom Lausen** (Lausen Media): Ich möchte gerne auf Ihre Frage antworten, Herr Schneider. Allerdings möchte ich zunächst auf Prof. Dr. Karagiannidis eingehen. Wir haben auf Umwegen schon miteinander kommuniziert. Ich möchte das alles, was Prof. Dr. Karagiannidis gesagt hat, unterstützen. Allerdings beschäftige ich mich hauptsächlich mit den Daten, Herr Karagiannidis ist hauptsächlich in den Intensivstationen und beschäftigt sich mit den Patienten. Er hat gesagt, dass wir bei der vierten Welle aufpassen müssen, dass diese sich nicht zu schnell exponentiell aufbaut. Wenn ich mir die erste, die zweite und die dritte Welle ansehe, dann haben wir ein geringes, aber doch exponentielles Wachstum gehabt. Wir haben aber auch festgestellt, dass nahezu alle Wellen gleich gelaufen sind, ob es nun die erste Welle war, die vorher gar keine Maßnahmen hatte, oder die zweite Welle, die Maßnahmen hatte, oder die dritte Welle. Die Entstehung der Wellen ist quasi identisch. Das können Sie sich auch in den Grafiken des DIVI-Intensivregisters anschauen. Insofern würde ich jetzt sagen und davon ausgehen, dass die vierte Welle aus datentechnischer Sicht wahrscheinlich genau den gleichen Verlauf nehmen wird wie bisher. Das heißt, ob wir jetzt die Maßnahmen ganz stark anziehen oder nicht, wenn es eine neue Variante ist, trifft sie wahrscheinlich auf eine Population, die diese Variante noch nicht kennt und es wird wahrscheinlich die übliche Welle geben, wie es bisher auch war. Ich habe mir auch die Prognosemodelle des DIVI angeschaut. Herr Karagiannidis ist an diesen Prognosemodellen stark beteiligt. Ich habe festgestellt, dass diese Prognosemodelle dauernd nachgeschärft werden mussten. Man konnte auch dort nicht mit Vorhersagen punkten und genaue Vorhersagen machen, sondern immer nur kurz vorher war es möglich. Aber natürlich ist es schön, wenn man Prognosemodelle hat, um gewisse Trends zu erkennen. Das zweite, was ich sagen möchte, weil Sie mich nach den Auffälligkeiten fragen und weil wir auch



lernen wollen. Ich bin glücklich, dass ich dazu etwas sagen kann. Als Datenanalyst beschäftige ich mich immer nur mit Zahlen und versuche, diese in eine verständliche Visualisierung zu bringen, damit jeder sofort Erkenntnisse daraus ziehen kann. Das geht im Moment nicht, das kann ich Ihnen nicht zeigen, aber ich habe eine Stellungnahme dazu abgegeben, in die Sie bitte nochmal reinschauen. Wir haben in der Pandemie bis jetzt nicht so richtig angeguckt, dass wir am Anfang ganz viele Betten gekauft haben. Von denen haben wir alle geglaubt, es seien Intensivbetten, zumindest war der Gesetzgeber der Meinung, er würde solche Betten kaufen. Wir hatten alle zum Sommer, als es wenig Infektionsgeschehen gab, das Gefühl, dass genügend Betten da sind und stellten dann fest, dass auf einmal eine Notfallreserve – die ohne eine Rechtsverordnung, nicht rechtskonform beim DIVI-Intensivregister eingeführt wurde – dazu geführt hat, dass tausende Betten in dieser Notfallreserve verschwanden. Das Ergebnis ist, wenn Betten verschwinden, dann weiß man nicht, sind das betreibbare, einsetzbare Intensivbetten, sind die in einer Woche einsetzbar oder nicht? Wir haben das in der relativ infektionsfreien Zeit weitergeführt und so langsam wurden die Betten immer weniger und weniger und immer weniger. Dann haben wir festgestellt, als die Betten so wenige waren, dass eine Gesetzesänderung gekommen war. Die Krankenhausförderung lief am 30. September aus und es gab ein neues Krankenhausfinanzierungsgesetz. Das ist die Beantwortung Ihrer Frage nach der Merkwürdigkeit, die da drin war. Das Krankenhausfinanzierungsgesetz hat einen Systemwechsel eingeläutet. Zunächst hatten wir eine Freihaltfinanzierung, so habe ich mir das aufgeschrieben, dann wurde das umgedreht und wir hatten eine Mangelfinanzierung. Das unterstützt auch noch einmal meine zahlenmäßige Aussage zu den Anstiegen der Wellen, der ersten, zweiten, dritten Welle. Wir haben im Grunde genommen einen Bundesgesundheitsminister gehabt, der gesagt hat, ok... Er hat es wahrscheinlich entschieden oder die Bundesregierung, dass ein neues Krankenhausfinanzierungsgesetz erst eine Ausgleichszahlung für Krankenhäuser zahlt, wenn mindestens die Voraussetzung erfüllt ist, dass die Krankenhausintensivstationen eines Kreises zu mindestens 75 Prozent ausgelastet sind. Damit kann ich als Zahlenmensch nur den Rückschluss ziehen, wenn 75 Prozent mindestens ausge-

lastet sind, gibt es Geld. Das heißt, dass wir 25 Prozent als ausreichende Reserve gesehen haben, um diese Pandemiepatienten zu bewältigen. Wenn also 25 Prozent aufgrund der neuen Krankenhausfinanzierung gereicht haben und man nach der dritten Welle auch noch eine Personaluntergrenzenregelung von 1 zu 2,5 auf 1 zu 2 gesetzt hat, was ich absolut vernünftig finde, wir aber danach gar keine Effekte gesehen haben, dann geht der Gesetzgeber offensichtlich nicht davon aus, dass eine Überlastung des Gesundheitssystems überhaupt stattfinden wird. Das unterstützt wiederum meine zahlenmäßige Annahme, dass auch die vierte Welle kommen wird, aber vermutlich genauso aussehen wird wie die erste, zweite, dritte, ob mit oder ohne starke Maßnahmen.

Der **Vorsitzende**: Dann ist die Fragezeit bei der AfD jetzt verbraucht und wir kommen zu der nächsten Fragerunde der CDU/CSU-Fraktion und haben den Kollegen Stephan Albani.

Abg. **Stephan Albani** (CDU/CSU): Wir haben die Situation, dass wir mehr oder weniger seit den 90er-Jahren das Gesundheitssystem im Hinblick auf eine Kostenexplosion immer weiter effektiviert haben. Diese Effektivierung ging so weit, dass man sagen muss, wenn etwas unter normalen Rahmenbedingungen auf Kante genäht ist, ist es eine Banalität, aber in dem Moment, wo das System unter Stress gerät, muss das reißen. Insofern meine ersten zwei Fragen an Frau Dr. Susanne Johna: Welche langfristigen Konsequenzen für das Gesundheitssystem sollten wir in Bezug auf die stationäre Versorgung aus Ihrer Sicht aus der aktuellen Coronapandemie ziehen? Die zweite Frage gleich hinterher: Wie bewerten Sie grundsätzlich die aktuelle Personalsituation in den Kliniken und was sollte in diesem Bereich aus Ihrer Sicht in Zukunft vermieden bzw. unbedingt umgesetzt werden, damit die Kliniken auch künftig nicht auf Kante sind, sondern auf eine Pandemie vorbereitet?

ESVe **Dr. Susanne Johna** (Marburger Bund): Vielen Dank, Herr Albani für die Frage, sehr geehrter Herr Vorsitzender, es ist zunächst mal so, dass....

Der **Vorsitzende**: Frau Johna, Sie sind nur sehr leise zu verstehen, kann man das irgendwie verbessern?



ESVe **Dr. Susanne Johna** (Marburger Bund): ...vielleicht die Frage weitergeben, dann teste ich zwischendurch.

Der **Vorsitzende**: Herr Albani, hätten Sie noch eine andere Frage an jemand anderes im Vorrat und wir versuchen, es mit neuer Einwahl zu verbessern?

Abg. **Stephan Albani** (CDU/CSU): Dann würde ich die Frage an Frau Seeböhm stellen. Ich möchte an die vorangegangene Frage anknüpfen. Auch bereits bestehende Strukturen, das Europäische Zentrum für die Prävention und die Kontrolle von Krankheiten ECDC (European Centre for Disease Prevention and Control) und die europäische Arzneimittelagentur EMA (European Medicines Agency) sollen strategisch neu ausgerichtet und gestärkt werden. Europa soll dadurch bei Gesundheitskrisen handlungsfähiger werden. Was ist in diesem Bereich bereits geschehen und erachten Sie diesen Weg in der bisher vorgesehenen Form als geeignet?

ESVe **Annabel Seeböhm** (Ständiger Ausschuss der Europäischen Ärzte): Was ist bislang geschehen, hatten Sie gefragt. Ich erwähnte bereits die Europäische Gesundheitsunion. Neben HERA sind weitere Bestandteile der Europäischen Gesundheitsunion drei Verordnungsvorschläge: Das ist einmal über grenzüberschreitende Gesundheitsbedrohungen, über die Erweiterung des Mandates des ECDC und die Erweiterung des Mandates der EMA. Zum Stand: Das Europäische Parlament hat seinen Bericht zur Stärkung des ECDC-Mandats angenommen. Die parallele Debatte im Rat scheint ein bisschen weniger ambitioniert. Die Mitgliedstaaten schlagen vor, die Prüfungskompetenzen des ECDC von den Audits der vorgesehenen nationalen Vorsorge- und Reaktionspläne auf Kohärenz mit dem Unionsplan auf bloße Überprüfung herabzustufen. Auch soll nach Ansicht des Rates ausdrücklich festgestellt werden, dass die Empfehlungen des ECDC-Gesundheitssicherheitsausschusses, in dem die zuständigen Ministerien vertreten sind, nicht bindend sind. Zum EMA-Mandat: Das schreitet sowohl im Europäischen Parlament als auch im Rat schneller voran. Beide Gesetzgeber haben ihre Positionen verabschiedet, die Unterstützung für den Kommissionsvorschlag zeigen. Die Daten für den Trilog stehen auch schon fest. Nun zur Bewertung:

Wir begrüßen dieses Gesetzespaket der Kommission sehr. Zwei Punkte, einmal zu dem ECDC-Mandat und den grenzüberschreitenden Gesundheitsbedrohungen: Insbesondere begrüßen wir die Organisation von Schulungsmaßnahmen für Mitarbeiter:innen im Gesundheitswesen und die vom Europäischen Parlament vorgeschlagenen Maßnahmen in Grenzregionen, wie zum Beispiel gemeinsame Übungen. Das ist etwas, was Ostasien uns schon seit langer Zeit vormacht. Zweiter Punkt: Wir begrüßen auch den Vorschlag des Europäischen Parlaments, harmonisierte Daten der Gesundheitssysteme zu personellen und sonstigen Ressourcen der Systeme zu erheben. Auf Grundlage dieser Daten soll die Kommission dann Empfehlungen an die Mitgliedstaaten in Bezug auf ein Mindestmaß an Ressourcen pro Kopf der Bevölkerung aussprechen, damit Gesundheitssysteme langfristig ausreichende Kapazitäten aufbauen. Denn Ziel muss sein, dass wir von diesem Just-in-Time-Ansatz zu einem Just-in-Case-Ansatz bei der Ausstattung der Gesundheitssysteme übergehen. Zwei Punkte zum EMA-Vorschlag, die wir auch sehr begrüßen: Einmal die Stärkung des Mandates der EMA und dessen Ausweitung auf die Überwachung der Versorgung mit Medizinprodukten in gesundheitlichen Notlagen. Das ist ein sehr guter Punkt. Auch begrüßen wir die Einrichtung des Frühwarnsystems für Engpässe bei Arzneimitteln und die Berichtspflichten der Zulassungsinhaber und Mitgliedstaaten. In diesen Informationsaustausch sollten aber nicht nur die Hersteller und die Mitgliedstaaten einbezogen werden, sondern auch andere Interessengruppen wie Ärzte und Apotheker. Verstöße gegen Berichtspflichten sollten auch eine Konsequenz haben und hier schlägt das Europäische Parlament Penalties vor, was wir sehr unterstützen.

Der **Vorsitzende**: Jetzt machen wir nochmal einen Versuch mit Frau Dr. Johna. Da haben wir jetzt keine Verständigung. Herr Kollege Albani, ich würde vorschlagen, wir lassen die übriggebliebenen drei Minuten stehen und versuchen es in der nächsten Runde mit Frau Dr. Johna. Einverstanden?

Abg. **Stephan Albani** (CDU/CSU): Einverstanden.



Der **Vorsitzende**: Dann würden wir jetzt weitergehen zur FDP-Fraktion. Frau Nicole Westig hat das Wort. Insgesamt stehen fünf Minuten zur Verfügung.

Abg. **Nicole Westig** (FDP): Ich habe eine Frage an Herrn Sebastian Zilch vom Bundesverband der Gesundheits-IT. Herr Zilch, in der Pandemie war die Einbindung von digitalen Anwendungen und Innovationen maßgeblich für den Erfolg von bestimmten Maßnahmen. Die Luca-App hat beispielsweise eine schnelle und einfache Erfassung von Risikokontakten in bestimmten Bereichen ermöglicht. Wie bewerten Sie die Bedeutung der Gesundheits-IT-Wirtschaft vor diesem Hintergrund für unser Gesundheitssystem und wie können wir hier eine bessere Verzahnung zwischen öffentlichen und privaten Entwicklungen schaffen?

ESV **Sebastian Zilch** (Bundesverband Gesundheits-IT – bvitg): Vielleicht vorweg gesagt, die Gesundheits-IT-Wirtschaft hatte bereits vor der Pandemie eine ganz wichtige Rolle in der Versorgung und wird das sicherlich auch künftig weiter haben. Sie ist essenzieller Bestandteil beim allgemeinen Management von Pflegeeinrichtungen, Praxen, Krankenhäusern bis hin zur Online-Terminvergabe. Sie ist relevant für fortschrittliche Angebote im Bereich der Versorgung wie der Telemedizin, aber auch, um Daten, Versorgungsdaten und administrative Daten, zu erheben und damit wertvolle Erkenntnisse für die Versorgung zu erlangen. Umso wichtiger ist unsere Branche in den Zeiten der Pandemie gewesen, wie bereits erwähnt in einer Situation, wo das gesamte System unter enormem Stress steht und möglichst alles perfekt funktionieren soll. In der Pandemie wurde deutlich, dass die Gesundheitswirtschaft vor allem schnell reagieren kann. Das Beispiel Luca-App zeigt, dass das Innovationspotenzial der digitalen Gesundheitswirtschaft existiert und dass die an ihre Grenzen geratenen Gesundheitsämter unterstützt werden konnten, sodass ein Beitrag zur Normalisierung geleistet werden konnte. Leider haben wir in der Pandemie aber auch gesehen, dass es in Deutschland eine weit verbreitete, ungerechtfertigte Skepsis gegenüber privatwirtschaftlichen Initiativen gibt. Das ist eine Gefahr für den Innovationsstandort Deutschland. Der Staat sollte das Innovationspotenzial der Gesund-

heitswirtschaft und insbesondere der digitalen Gesundheitswirtschaft stärker fördern. Ein konkretes Beispiel könnte sein, dass wir auch in Zukunft die elektronische Patientenakte nicht mehr als Privileg der Krankenkassen sehen, sondern auch dort Wettbewerb ermöglichen und dieses Innovationspotenzial voll ausschöpfen können. Denn bereits heute oder auch bevor die gesetzliche ePA (elektronische Patientenakte) kam, gab es Angebote, die über den aktuellen Leistungsrahmen hinausgehen. Das sollten wir nutzen. Außerdem ist sehr wichtig und auch erkennbar gewesen, dass Vertrauen in die digitalen Anwendungen für den Erfolg essenziell ist. Wir müssen von den Vorteilen dieser Anwendungen überzeugen. Wenn wir uns das Beispiel Corona-Warn-App anschauen, ist das teilweise gelungen. Wenn wir uns Anwendungen anschauen wie die elektronische Patientenakte oder das elektronische Rezept, dann ist hier noch einiges zu tun. Das heißt, wir müssen zwischen Staat und Gesundheitswirtschaft eine engere Kooperation herbeiführen, die es der Innovation ermöglicht, ihren Eingang ins System zu finden und wir müssen es gemeinsam schaffen, Vertrauen für diese Anwendungen zu fördern, damit sie ihre Rolle in der Gesundheitsversorgung annehmen können.

Abg. **Nicole Westig** (FDP): Daran anschließend eine weitere Frage an Herrn Zilch: Der Sachverständigenrat stellt unter anderem die Nutzung von Gesundheitsdaten als wesentliches Potenzial für die Verbesserung der Versorgung in Deutschland heraus. Wie kann man Datennutzung in Ihren Augen mit dem Schutz sensibler Daten vereinbaren?

Der **Vorsitzende**: Herr Zilch, hören Sie uns? Es wirkt im Moment nicht so. Dann stellen wir das zurück und rufen die Frage beim nächsten Block nochmal auf? Es ist noch eine knappe Minute Zeit. Dann schauen wir, wie wir mit der nächsten Runde weiterkommen. Hier haben wir Frau Kollegin Kathrin Vogler von der Fraktion DIE LINKE. und das Kontingent sind fünf Minuten.

Abg. **Kathrin Vogler** (DIE LINKE.): Meine erste Frage richtet sich an Frau Annemarie Fajardo vom Deutschen Pflegerat und es geht um den Pflegenotstand, der durch die Pandemie nochmal offensichtlicher geworden ist, aber schon lange vorher bestanden hat. Wir erleben immer öfter, dass jetzt



viele Pflegekräfte wegen der hohen zusätzlichen Belastung durch die Pandemie endgültig den Beruf wechseln wollen. Mich würde interessieren, wie kann es gelingen, diese Pflegekräfte doch noch zu halten? Welche Maßnahmen und Verbesserungen sind aus Ihrer Sicht hierzu am geeignetsten? Wie können wir Pflegekräfte, die ihren Beruf schon aufgegeben haben, zurückgewinnen und neue Menschen motivieren, Pflegekräfte zu werden?

Sve Annemarie Fajardo (Deutscher Pflegerat (DPR)): Es ist tatsächlich so, dass die Pandemie bei den Pflegenden eine starke Belastung verursacht hat. Darauf müssen wir zukünftig nochmal viel, viel stärker schauen, dass, wie vorhin angesprochen worden ist, auch eine psychosoziale, mentale Unterstützung der Pflegenden und insgesamt der Beschäftigten sowohl in den Kliniken als auch in den Langzeitpflegeeinrichtungen möglich ist. Es hat sich auch gezeigt, dass es sinnvoll ist, wenn Informationen unmittelbar an die Pflegekräfte gelangen. Hier haben wir noch Aufholbedarf, das heißt, wir müssen Informationen viel, viel effizienter und effektiver an die Pflegekräfte, an die Pflegefachkräfte vermitteln können. Das kann durch eine verbesserte Infrastruktur im Rahmen der Informationstechnik, der IT erfolgen, es kann über digitale Anwendungen möglich sein. Das würde sicherlich auch nochmal die bvigt (Bundesverband Gesundheits-IT) an der Stelle unterstützen. Aber es ist tatsächlich so, dass wir gerade, was die Informationen für Pflegekräfte betrifft, das Ganze sicherlich auch über eine Selbstverwaltung in den Ländern unterstützen könnten. Eine engere Zusammenarbeit mit den Gesundheitsbehörden, mit den Gesundheitsministerien ist hier angebracht. Wir brauchen auch eine Perspektive für die Pflegenden. Das heißt, gerade wenn wir von der aktuellen Pandemie ausgehen und gleichzeitig sagen müssen, dass wir zukünftig, in den nächsten Jahren immer noch von der Corona-Pandemie sprechen müssen, ist davon auszugehen, dass wir hier eine Perspektive benötigen, die nicht nur die Autonomie der Pflegenden unterstützt, wie wir es jetzt mit den Vorbehaltsaufgaben tun, sondern auch Möglichkeiten eröffnet, eine stärkere Verbesserung der Arbeitsbedingungen herbeizuführen. Dazu gehören bessere Ausstattungen in den Einrichtungen, Erhöhung der Lagerkapazitäten für Hilfsmittel, Mundschutzmasken oder Schutzkittel usw. Hier haben wir Nachholbedarf.

Da kann ich nur bestätigen, was Herr Prof. Dr. Karagiannidis gesagt hat, dass wir eine Rückverlagerung der Produktionsstätten nach Europa benötigen, um besser ausgestattet zu sein.

Abg. **Kathrin Vogler** (DIE LINKE.): Dann stelle ich noch eine Nachfrage. Wir haben gesehen, dass Behandlungsressourcen und Material für künftige Pandemiesituationen nicht nur in Kliniken, sondern auch in Pflegeheimen und sozialen Einrichtungen usw. vorgehalten werden muss. Nach unserer Auffassung ist das nicht vereinbar mit der derzeitigen Fokussierung auf Wettbewerb und Kostendruck. Welche Mängel sehen Sie in der derzeitigen Finanzierung der Vorhaltekosten und wie wünschen Sie sich eine solche Finanzierung nachhaltig?

Sve Annemarie Fajardo (Deutscher Pflegerat (DPR)): Das ist eine berechtigte Frage. Wir haben gemerkt, in der Pandemie sind es marktwirtschaftliche Aspekte oder auch ökonomische Zwänge, die uns verpflichten, Kosten einzudämmen und Sachaufwendungen und Personalaufwendungen auf ein Mindestmaß zu reduzieren, um überhaupt wirtschaftlich zu sein. Das zwingt uns auch zu prüfen, inwiefern wir unser Netzwerk so ausweiten können, dass wir unmittelbar an Hilfsmittel, an Schutzmittel kommen können. Hier brauchen wir definitiv zukünftig flexiblere Refinanzierungsmöglichkeiten. Das heißt, das Stellen der Anträge zum Beispiel für Corona-Erstattungsleistungen hat dazu geführt, dass wir nicht unmittelbar und sofort an Leistungen gekommen sind und die Refinanzierung hier teilweise gefährdet war. Wir brauchen also, was die Refinanzierung betrifft, mehr Flexibilisierung. Wir brauchen auf jeden Fall mehr Möglichkeiten für Führungskräfte, für die Betreiber, eine Unterstützung zu erhalten. Aber man muss vom Grundsatz her auch sagen: Wir haben aus der Pandemie gelernt, dass Menschlichkeit wichtiger ist als Ökonomisierung und dass wir zukünftig schauen müssen, ob wir diese marktwirtschaftlichen Prinzipien im Gesundheitsbereich und im Pflegebereich aufrechterhalten können.

Der Vorsitzende: Das Fragerecht wandert weiter zu BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN, Frau Schulz-Asche hat das Wort, fünf Minuten.



Abg. **Kordula Schulz-Asche** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Meine erste Frage richtet sich an Frau Fajardo vom Deutschen Pflegerat. Wir Grünen hatten einen Antrag eingebracht, der sich mit dem Potenzial der Pflegefachperson in Bezug auf die Gesundheitskompetenz der Bevölkerung befasst. Welche Möglichkeiten sehen Sie hier bereits gegeben und was würden Sie für die Zukunft wünschen?

SVe **Annemarie Fajardo** (Deutscher Pflegerat (DPR)): Aktuell ist es so, dass unsere Bevölkerung schon ein gewisses Gesundheitsverständnis und Bewusstsein im Zuge der Pandemie dafür entwickeln konnte, Abstand zu halten, sich an Regeln zu halten. Wir haben eine gewisse Mentalität und Kultur, die das auch möglich macht. Vom Grundsatz her muss man aber sagen und festhalten, dass wir, was die Gesundheitskompetenz des einzelnen Bürgers betrifft, noch sehr viel Nachholbedarf haben; das heißt, sich zu informieren, was es heißt Infektionsprophylaxe durchzuführen, Schutzmaßnahmen durchzuführen, insgesamt sich selber zu schützen und vor allen Dingen die Auswirkungen oder Tragweite des eigenen Verhaltens überblicken zu können. Das heißt, dass wir Gesundheitskompetenz und Gesundheitsschutz in die Schulen und möglicherweise in Bereiche, wo Gesundheit wichtig geworden ist im Rahmen von Arbeitsschutz, transportieren müssen. Das können wir mit Hilfe von ausgebildeten Pflegefachkräften gut tun, die zum Beispiel als School Nurses oder als Community Health Nurses in den Quartieren unterwegs sind und Informationen streuen, wie man sich besser gesundheitlich weiterbilden, informieren kann und Gesundheitsschutz für alle möglich machen kann.

Abg. **Kordula Schulz-Asche** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Meine zweite Frage richtet sich an Prof. Dr. Raimund Geene. Die Corona-Pandemie hat die Bedeutung des öffentlichen Gesundheitsdienstes unterstrichen, sodass man überlegen muss, was hier noch weiter zu tun ist. Wie bewerten Sie vor diesem Hintergrund den Pakt für den öffentlichen Gesundheitsdienst und was sehen Sie an weiteren Maßnahmen, um den öffentlichen Gesundheitsdienst in Zukunft zu stärken? Sehen Sie zum Beispiel auch die Notwendigkeit für eine Institution auf Bundesebene?

ESV **Prof. Dr. Raimund Geene** (Berlin School of Public Health (BSPH)): Der öffentliche Gesundheitsdienst hat sich in der Tat als eine ganz wichtige Säule in der Versorgung und in der Pandemiebekämpfung dargestellt, wenngleich er insgesamt sehr schwach ausgestattet ist. Wir haben besonders das Problem gesehen, dass er nur auf Basis seiner alten Kernmarke des Old Public Health reagieren können. Die Frage des konkreten Managements von Schutzmaßnahmen in den Einrichtungen, in Betrieben, Kitas, Schulen und Kommunen hat er kaum schaffen können. Sogar viele seiner Kernaufgaben wie die Schuleingangsuntersuchungen und die Gesundheitsförderungsangebote hat er im Zuge der verkürzten Orientierung auf Old Public Health einstellen müssen. Das ist auch ein bisschen das Problem beim Pakt für den öffentlichen Gesundheitsdienst, der grundsätzlich sehr zu begrüßen ist. Es liegt zu sehr die Schlagseite auf der alten Infektionskontrolle. Das ist ein wichtiger Bereich, aber letztendlich nicht tragfähig. Das wissen wir seit der Ottawa-Charta von 1986. Mit dem New Public Health-Konzept hat man einfach darauf gesetzt, dass man die Menschen in ihren konkreten Einrichtungen befähigt. Wir haben in der Aids-Prävention ein ähnliches Beispiel, wo der öffentliche Gesundheitsdienst mit den Aids-Beratungsstellen, ebenfalls ein Bundesprogramm, maßgeblich gestärkt worden ist. Leider müssen wir im Rückblick konstatieren, dass dieses Programm nicht ausreichend gegriffen hat, denn die New Public Health-Orientierung, die Präventionsorientierung in den Gesundheitsämtern ist noch zu schwach. Insofern wäre es für den grundsätzlich sehr richtigen Pakt für den öffentlichen Gesundheitsdienst ganz entscheidend, dass man diese Aspekte des Gesundheitsmanagements und des Präventionsmanagements, die konkrete Befähigung der Menschen vor Ort in ihren Settings, wesentlich stärker in den Vordergrund rückt. Dafür braucht es dringend übergeordnete fachliche Gremien. Das ist auch ein Problem beim Präventionsgesetz, dass Wissenschaftlichkeit und übergeordnete Fachlichkeit nur in zu geringem Maße eine Rolle spielen. Deswegen hat auch das Zukunftsforum Public Health eine Vorlage für eine Roadmap, für eine nationale Public Health-Strategie gemacht. Genau an solchen übergeordneten Konzepten mangelt es eklatant. Diese in der neuen Legislaturperiode anzugehen, ist eine ganz entscheidende Frage.



Der **Vorsitzende**: Vielen herzlichen Dank, das war passgenau. Die nächsten sieben Minuten werden von der SPD gestaltet. Frau Kollegin Mattheis hat das Wort.

Abg. **Hilde Mattheis** (SPD): Ich knüpfe an und frage Herrn Prof. Dr. Geene nach dieser übergeordneten Public Health-Strategie. Ihre Kritik, dass man die Gesundheitsämter sehr eingeschränkt ausgestattet hat und einen Public Health-Ansatz der alten Schule gefahren ist, statt den neuen, auch auf Prävention ausgerichteten Public Health-Ansatz zu fahren, ist schon vielerorts angekommen. Wir finden es sehr richtig, den Gesundheitsdienst neu aufzustellen. Die Frage nach einer bundesweiten Verankerung eines Bundesgesundheitsamtes haben Sie in dem Zusammenhang noch nicht beantwortet. Deshalb greife ich das gerne nochmal auf und bitte Sie, dieses Strategiekonzept in einigen Punkten darzustellen und uns vor allen Dingen die Vernetzung oder die Verankerung einer interdisziplinären Arbeit auf kommunaler Ebene anschaulich darzulegen.

ESV **Prof. Dr. Raimund Geene** (Berlin School of Public Health (BSPH)): Darauf gehe ich sehr gerne ein und fange gleich mit dem letzten Punkt an, das anschaulich darzustellen. Man hat also beispielsweise auch im Rahmen der Ottawa-Charta in den späten 80er- und 90er-Jahren in Berlin modellhaft sogenannte Plan- und Leitstellen für die öffentlichen Gesundheitsdienste eingeführt. Das sind Stabstellen bei den Gesundheitsstadträten, also den zuständigen Behördenleitern auf der politischen Ebene, die ihnen zuarbeiten und die genau danach fragen: Wie ist die Psychiatriekoordination? Wie ist die Gesundheitsberichterstattung vor Ort? Welche Maßnahmen der Gesundheitsförderung gibt es? Wie wird koordiniert, vernetzt? So konnten diese in den letzten Jahren helfen, beispielsweise Präventionsketten aufzubauen. Solche Fragen sind unmittelbar nützlich für die Versorgung vor Ort und gerade auch im Zusammenhang mit der Pandemie, wo wir vor Ort in den konkreten Betrieben, Settings, Einrichtungen so große Desorientierung erfahren, dass man dort nicht weiß, woran man sich hier in der Pandemie überhaupt halten soll. Gerade da geht es darum, dass die Leute nicht den Kopf in den Sand stecken, sondern miteinander Lösungsstrategien finden vor Ort, da wo das Leben stattfindet und wo

auch nicht... Weil die Kollegin gerade über Gesundheitskompetenz gesprochen hat, das ist alles schön und gut, das Wissen der einzelnen Menschen, aber es muss in den Umgebungen – in den Schulen, Kitas, Betrieben – auch als Verhältnisprävention möglich sein. Die Ottawa-Charta oder die WHO nennt das immer: make the healthier choice the easier choice, also den gesünderen Weg zum leichteren zu machen. Dieses Modell von Plan- und Leitstellen, QPK (Qualitätssicherung, Planung und Koordination) heißen die Koordinierungsstellen: Berlin ist beispielgebend und gleichzeitig immer noch viel zu schwach für die Gesundheitsämter, denn das sind in aller Regel nur Personalstellen von vier bis fünf Leuten. Das ist alles noch viel zu schwach ausgeprägt, geht aber in die richtige Richtung. Bundesweit hat sich dazu zum Beispiel das Gesunde Städte-Netzwerk gebildet, was genauso eine Koordination von solchen Managementaufgaben macht. Das ist aber ein kleiner Zusammenschluss, zum Sterben zu viel, zum Leben zu wenig. Das systematisch aufzugreifen, ist eine ganz zentrale Frage. Wir haben im Zukunftsforum Public Health als Public Health-Wissenschaftler und auch als Praktiker aus den Gesundheitsämtern in den letzten vier Jahren versucht, das von unten zu entwickeln. Wir sind mit Grundsatzpapieren, Roadmap Public Health schon relativ weit gekommen und sagen, das braucht eine strukturelle Verankerung, indem wir zum Beispiel das Netz der Schools of Public Health, von denen es im Grunde nur vier in Deutschland gibt, ausbauen, sodass Public Health eine überall verortete Kenntnis ist, die nicht nur einzelne Disziplinen wie beispielsweise Infektiologie oder Epidemiologie bündelt, sondern das gesamte Präventionswissen bündelt. Wenn Sie mich danach fragen, ob das ein Bundesgesundheitsamt sein kann, muss ich Ihnen sagen, dass das für mich heute noch nicht abschließend beantwortbar ist. Ich kann Ihnen definitiv sagen, dass innerhalb der BZgA (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung) und des Robert Koch-Instituts die Public Health-Orientierung gestärkt werden sollte. Auf welche Form das genau hinausläuft, sollte in der neuen Legislaturperiode ein zentrales Thema sein, das man im Zusammenhang mit dem Präventionsgesetz angeht und klärt. Das kann zum Beispiel über eine Enquete-Kommission oder eine andere Art von Expertengruppe, die darüber den Konsens herstellt, erfolgen. Aktuell ist es erstmal so,



dass das Zukunftsforum Public Health diese Essentials entlang den sogenannten EPHOs, European Public Health-Operations, festgelegt hat, für eine einheitliche Surveillance, Gesundheitsberichterstattung, Prävention und Gesundheitsförderung und vor allem auch für die finanziellen und fachlichen Rahmenbedingungen.

Abg. **Hilde Mattheis** (SPD): Daran anknüpfend will ich nochmal fragen: Wie sehen Sie die Möglichkeit des Bundes, direkt bezüglich der Kommunen eingreifen und unterstützen zu können? Das wäre meines Erachtens eine bessere Verankerung, eine genauere Verankerung im Grundgesetz, was die Daseinsvorsorge angeht. Zweitens, an der unteren Ebene angesetzt, ich habe es schon genannt, geht es um einen interdisziplinären Ansatz auf der kommunalen Ebene, vielleicht auch mit einer sehr am Gemeinwesen orientierten Arbeit, weil alles mit allem zusammenhängt und man soziale Aspekte nicht von Gesundheitsaspekten trennen kann. Wenn Sie dazu etwas ausführen würden, wäre ich Ihnen dankbar.

ESV **Prof. Dr. Raimund Geene** (Berlin School of Public Health (BSPH)): Wir haben das in dem Arbeitspapier „Health in All Policies“ sehr ausführlich dargelegt. Das ist die zentrale Strategie der Weltgesundheitsorganisation. Diese sagt immer wieder, dass diese Fragen genau in dem von Ihnen skizzierten Sinne übergreifend geregelt werden müssen. Wir konnten aber in der Analyse feststellen, dass es in vielen Kommunen bereits sehr ermutigende Beispiele von Health in All Policies gibt, dass das jedoch auf der Länder- und der Bundesebene nicht ausreichend flankiert ist, weil die Daseinsvorsorge – gerade im Bereich der Lebensverhältnisse, Gesundheitsförderung, Prävention – oft nur ein Add-on ist, das als erstes weggespart werden muss. Mit anderen Worten: Von der Kommune, von der konkreten Praxisebene gibt es sehr gute Ansätze dazu, die werden aber nicht systematisch strukturell von der Bundes- und Landesebene unterstützt. Da sehen wir ein deutliches Problem. Hier im Bundestag ist es beispielsweise sehr sektoralisiert. Es ist jetzt ganz positiv, dass dieser Unterausschuss ein bisschen über die Grenzen geht, aber in aller Regel ist es unglaublich schwierig, alleine das Familien- und Jugendministerium mit dem Gesundheitsministerium zusammenzubringen. Wir

wissen, dass beispielsweise bei den frühen Hilfen im Rahmen des Präventionsgesetzes und der Umsetzung usw. eklatante Lücken klaffen. Das läuft auf der kommunalen Ebene besser. Das müsste im Prinzip möglicherweise in die Richtung, die Sie andenken, mit einer Grundgesetzänderung entsprechend flankiert werden, damit die Daseinsvorsorge diese Bedeutung von Top-down bekommt.

Der **Vorsitzende**: Dann ist das Kontingent der SPD-Fraktion erschöpft und wir kommen zu einer langen Zeit, die die Union gestalten kann, weil wir zwei Fragerunden von jeweils sechs Minuten und noch aus der vorherigen Runde, wo es dieses technische Problem gab, drei Minuten haben. Ich gehe davon aus, dass Herr Albani zuerst die beiden Fragen, die er an Frau Dr. Johna gerichtet hatte, beantwortet bekommen möchte? Jetzt ist die Verständigung laut und deutlich und ganz perfekt. Die Fragen gingen einmal um die langfristigen Konsequenzen für die stationäre Versorgung und zum anderen, glaube ich, um die Bewertung der aktuellen Personalsituation. So hatte ich es mir gemerkt.

Abg. **Stephan Albani** (CDU/CSU): Ja, genau, das vor dem Hintergrund der Entwicklung einzuordnen, die wir vorher gehabt haben: Was müssen wir jetzt verändern?

ESV **Dr. Susanne Johna** (Marburger Bund): Unter Berücksichtigung der Pandemie müssen wir uns, genauso wie auch vorher schon, die stationäre Versorgung insgesamt anschauen. Wir brauchen sicher eine aktive, regionale Krankenhausplanung. Seit vielen Jahren sind Krankenhauspläne in den Ländern im Wesentlichen fortgeschrieben worden. Es wäre aber sinnvoll, dass wir die Frage stellen: Welche Versorgung brauchen wir in welchem Bereich? Die regionale Versorgung, die aus meiner Sicht unstrittig gebraucht wird, sollte idealerweise auch zum Beispiel telemedizinisch mit überregionaler Versorgung verknüpft werden und die Maximalversorgung, die wir auch brauchen, auch. Die Unikliniken lasse ich jetzt außen vor. Die regionalen Versorger können dann Anlaufstellen für den ambulanten Bereich sein. Mit anderen Worten: Was wir für die Zukunft brauchen, ist eine aktive Krankenhausplanung und wir müssen uns die Frage beant-



worten: Welche Art von Vorhaltung für solche Pandemien und Epidemien brauchen wir? Denn, wenn wir schon im Normalfall unsere Ressourcen zu 90 Prozent auslasten, ist klar, dass wir eine Epidemie oder Pandemie nicht schultern können. Diese Vorhaltung muss am Ende auch gegenfinanziert werden, denn sonst kann sie nicht vorgehalten werden. Wir müssen auch, genau wie Prof. Dr. Karagiannidis vorhin gesagt hat, wissen, was wir in den Ländern haben. Vor vielen Jahren sind Isolationsbetten mit Schleusen gefördert worden. Diese sind dann teilweise gar nicht mehr vorhanden gewesen, weil sie wieder umgenutzt wurden. Wir müssen wissen, was wir haben, und wir müssen aktiv planen und Vorhaltung organisieren. Zur Frage der Personalsituation ist es so, dass wir aus Umfragen zum Beispiel bei Ärztinnen und Ärzten wissen, dass schon im Normalbetrieb Ärztinnen und Ärzte in Krankenhäusern etwa 65 Millionen Überstunden pro Jahr leisten. Das sagt, glaube ich, alles zu der Frage, wie viel Reservekapazität noch ist, nämlich gar keine. Genauso wissen wir aus Befragungen des DKI (Deutsches Krankenhausinstitut), dass Stellen im stationären Bereich sehr schwer nachzubetzen sind. Wir haben einen realen Ärztemangel in Deutschland im Angestelltenbereich und auch im niedergelassenen Bereich. Also ist die Konsequenz, dass wir für unseren Bedarf ausbilden müssen. Wir brauchen mehr Medizinstudienplätze. Das ist sicher eine... (*unverständlich*) Pflegemangel im stationären Bereich. Also brauchen wir auch dort zum einen eine Ausbildungsoffensive und zum anderen attraktive Arbeitsbedingungen. Denn ein Problem in der Pflege, noch mehr als bei Ärztinnen und Ärzten, ist, dass die Standzeit im Beruf zu kurz ist. Deswegen müssen die Bedingungen so sein, dass Menschen bei dieser hohen Belastung mit Nacht- und Wochenendarbeit wirklich ein Leben lang in ihrem Beruf arbeiten können. Dafür muss sich die Vergütung verbessern, aber auch die gesamtpersonelle Aufstellung.

Abg. **Stephan Albani** (CDU/CSU): Ich will gleich mit einer Folgefrage anschließen. Ich hatte bei meiner Einleitung darauf hingewiesen, dass es auch ein gesellschaftlicher Konsens war, nach dem Motto, in den Krankenhäusern gibt es viel zu viel Lagervorhaltungen, viel zu viel Personal in den 90ern, Kostenexplosionen etc., da müssen wir reduzieren. Das wurde der Gesellschaft vermittelt. Es bedarf doch jetzt mindestens eines genau solchen

gesellschaftlichen Dialogs, um ihnen klarzumachen, dass wir Redundanzen benötigen. Würden Sie mir da zustimmen? Wenn dann in Zukunft die Unternehmensberatungen durch die Krankenhäuser ziehen und der Meinung sind, hier Effektivitäten herbeiführen zu müssen, dann muss man dem eine Absage erteilen. Ich denke, wir müssen eine komplette Kehrtwende in der Diskussion in der Öffentlichkeit erreichen.

ESVe **Dr. Susanne Johna** (Marburger Bund): Ich stimme Ihnen absolut zu. Wir müssen in der Gesellschaft diskutieren, wie viel Vorhaltungen wir bereit sind, uns zu leisten, denn wenn wir das nicht tun, dann scheitern wir. Das haben wir am Anfang der Pandemie besonders deutlich gesehen, wo die Lagerhaltung der Krankenhäuser auf eine Just-in-Time-Lieferung eingerichtet war. Das konnte in dem Moment nicht klappen, wo weltweit der Bedarf an gleichen Produkten besteht. Wir haben über viele Jahre propagiert, dass es sinnvoll ist, die Krankenhäuser untereinander in wirtschaftlichen Wettbewerb zu schicken. Das hat dazu geführt, dass viele Krankenhäuser das tun, was vielleicht andere besser können, auch weil es für sie finanziell notwendig ist. Sinnvoll ist es aber, uns zu fragen, welche Versorgung die Patientinnen und Patienten brauchen, und die Standorte, die wir haben, komplementär aufzustellen und nicht konkurrierend. Es ist nicht sinnvoll, dass Krankenhäuser, die nahe beieinander liegen, komplett die gleichen Leistungen anbieten, sondern sie sollten unterschiedliche Schwerpunkte abbilden. Es ist für die Patienten und für das Personal gut, dass in hochqualifizierter Dichte das angeboten werden kann. Insofern ja, wir müssen uns neu aufstellen. Aber die Neuaufstellung kann nicht einfach heißen, wie man manchmal hört, ein Drittel der Standorte abzubauen. Es ist, glaube ich, klar, dass das nicht funktioniert. Wir müssen uns fragen: Wie wollen wir eine gute, vernetzte Versorgung für Patientinnen und Patienten aufstellen? Dafür gibt es durchaus Konzepte. Wir brauchen aber die Bereitschaft, das in den Ländern gut anzugehen.

Abg. **Stephan Albani** (CDU/CSU): Dann würde ich gerne zwei Fragen an Herrn Prof. Dr. Greiner stellen. In Bezug auf die Situation auf den Intensivstationen sind wir in Deutschland grundsätzlich gut durch die Krise gekommen. Ein Triage-System, wie



es zum Teil in anderen Ländern zum Einsatz kommen musste, konnten wir vermeiden. Hierfür kamen unterschiedliche Instrumente zum Einsatz, wie die Förderung einer Verschiebung von vermeidbaren Eingriffen. Wie bewerten Sie rückblickend die Bewältigung dieser Situation auf den Intensivstationen? Die zweite Frage würde ich dann in der nächsten Runde stellen.

ESV Prof. Dr. Wolfgang Greiner (Universität Bielefeld): Also medizinisch will ich mich zu keiner Bewertung versteigen. Was ich von den Kolleginnen und Kollegen höre, ist, dass wir nach hohen wissenschaftlichen internationalen Standards gehandelt haben. Wozu ich was sagen möchte, sind drei ganz kurze Punkte. Das Erste ist, dass es sehr positiv ist, dass die Abschichtung gut geklappt hat, also die Allokation. Die Patientinnen und Patienten sind offensichtlich dort behandelt worden, jedenfalls ein Großteil, so zu 80 Prozent, wo sie hingehörten, wo die entsprechenden Kenntnisse da sind. Das ist sehr positiv und macht einem ein bisschen Hoffnung, dass das Überweisungswesen geklappt hat. Das Zweite ist der Pflegebereich, über den schon gesprochen wurde. Wir haben diese Überlastungen offensichtlich in einzelnen oder auch vielen Institutionen gesehen. Man muss allerdings auch sehen, dass das Ganze nicht nur eine Frage von Arbeitsbedingungen und Bezahlung ist, das auch, sondern auch der Krankenhausstrukturen, über die Sie eben sprachen. Denn man wird nur durch eine entsprechende Fokussierung erreichen können, dass die knappe Ressource Pflege dort zur Verfügung steht, wo sie am meisten gebraucht wird. Wenn wir die Situation haben, wie wir sie hatten, dass in einzelnen Krankenhäusern durch aufgeschobene OPs usw. durchaus weniger Beschäftigung vorhanden war und in anderen, die spezialisierter waren, eine sehr hohe Belastung war, dann konnte nicht sofort ein Ausgleich herbeigeführt werden. Hier besteht also noch Nachholbedarf. Der dritte Punkt ist, dass die positiven Erfahrungen mit dem Intensivregister von DIVI, das ist auch schon angesprochen worden, zeigt, dass wir diesen Weg unbedingt weiter beschreiten müssen. Das ist schon angesprochen worden, dass wir viel mehr Informationen brauchen. Den Vorschlag, noch weitere Informationen ins DIVI-Register zu nehmen, finde ich gut. Das ist aber nur der halbe Weg. Was wir brauchen ist, dass wir die ePA, die elektronische Patientenakte so stark machen, dass wir schneller über

Risikofaktoren wie Blutgruppen, Blutdrucksenker, Übergewicht, was immer in Frage kommen könnte, informiert sein können und nicht mehr darauf angewiesen sind, für diese wichtigen Auswertungen Daten aus Israel, aus den USA, aus Großbritannien auch während der Krise nehmen zu müssen. Denn unsere Bedingungen, unser Versorgungssystem, ist in Teilen ein anderes. Deswegen ist es wichtig, dass wir hier besser werden und dass wir das Ganze zu einem Erfolg machen, damit wir uns diese Datengrundlage schaffen, die wir brauchen.

Der Vorsitzende: Wir sind jetzt schon in der abschließenden Runde der CDU/CSU in diesem Block und haben noch fünf Minuten übrig. Ich frage, geht es weiter mit Fragen von Herrn Albani? Ich habe hier noch den Kollegen Axel Müller auf der Liste.

Abg. Stephan Albani (CDU/CSU): Herr Prof. Dr. Greiner, den Blick in die Zukunft gerichtet, erachten Sie die aktuelle ... (*unverständlich*) Medizinstruktur in den Kliniken auch künftig für geeignet, um für die Bewältigung von möglichen künftigen Pandemien ausreichend aufgestellt zu sein, die auf COVID in gewisser Weise zugeschnitten ist oder sehen Sie grundsätzlich noch Verbesserungsbedarf? Wie bewerten Sie die Krankenhausschlussdiskussion, die schon von Frau Johna kritisch bewertet wurde?

ESV Prof. Dr. Wolfgang Greiner (Universität Bielefeld): Vielen Dank für die Frage, denn das führt mich daraufhin, dass wir durchaus Daten dazu haben, wie die Versorgung im letzten Jahr gelaufen ist. Dazu liegen uns sehr gute Auswertungen vor. Daraus ergibt sich, dass nicht das gesamte Krankenhaussystem von diesen Belastungen so stark betroffen war, sondern nur einzelne Krankenhäuser. Deswegen ist es wichtig, nochmal darauf hinzuweisen, dass etwa zwei Drittel der Krankenhäuser überhaupt nur COVID-19-Patienten behandelt haben. Davon die Hälfte, also etwa ein Drittel, hat 86 Prozent der vor allem schweren COVID-Fälle behandelt. Hier müssen wir eine entsprechende Vorhaltung ausführen. Hier müssen wir die Behandlungsergebnisse, die dort wesentlich besser sein können wegen der Erfahrung und wegen der Ausstattung, Isolierstationen sind zu nennen und ähnliches, betrachten und einen Schwerpunkt für die zukünftige



Entwicklung setzen. Es ist schon erwähnt worden, wir brauchen klare Zuständigkeiten in der zukünftigen Krankenhausstruktur. Also genau das, was Frau Dr. Johna gesagt hat, ist richtig. Wenn in einer Region mehrere Krankenhäuser mehr oder weniger exakt dasselbe machen, dann ist das keine Struktur, die effizient ist und die irgendeinen Nutzen für die Patientinnen und Patienten bringt. Eine intensivere Zusammenarbeit in Netzwerken und vor allem eine Konzentration von insbesondere hochspezialisierten Leistungen sind wichtig. Vielleicht kurz zum Finanzierungsaspekt, der mehrfach genannt worden ist: Wir haben als Sachverständigenrat im vorletzten Gutachten hierzu einen sehr weitreichenden Vorschlag gemacht, der jetzt ganz wichtig sein könnte, nämlich dass das, was an Vorhaltung da ist, extra finanziert werden sollte. Das DRG (Diagnosis Related Groups)-System sollte trotzdem für die variablen Kosten beibehalten werden. Das würde einen Großteil der negativen Anreizeffekte, die leider mit dem DRG-System auch verbunden sind, nehmen und gleichzeitig dem Anliegen Rechnung tragen, dass wir da, wo wir die Versorgung brauchen, einen Schwerpunkt setzen können. Das erfordert allerdings eine klare Versorgungsstrategie und eine politische Führung, die das möglich macht.

Der Vorsitzende: Dann gehe ich davon aus, dass die nächsten Fragen oder die nächste Frage Herr Kollege Axel Müller von der CDU/CSU-Fraktion stellt. Zwei Minuten sind noch übrig.

Abg. Axel Müller (CDU/CSU): Ich habe eine Frage an Prof. Dr. Karagiannidis. Mir geht es um die Intensivbetten bzw. die Meldung der Intensivbetten. Es wurde kritisiert, dass wir alles an den Inzidenzen festmachen und weniger an der Belegung der Intensivbetten. In diesem Zusammenhang wäre es gut gewesen, wenn wir genau wüssten, wie viele Intensivbetten wir zur Verfügung haben, um sagen zu können, wir stark diese ausgelastet sind. Sehen Sie hier, was Diskrepanzen und möglicherweise auch Falschmeldungen angeht, Verbesserungsansätze?

ESV Prof. Dr. Christian Karagiannidis (Wissenschaftliche Leitung des DIVI-Intensivregisters): Ich

glaube, wir haben wenig Falschmeldungen im System gehabt. Ich glaube eher, dass wir zurückblickend sagen müssen, dass es ein lernendes System ist, das innerhalb kürzester Zeit aus dem Boden gestampft worden ist, und dass sich die unglaublich vielen Krankenhäuser, die wir in Deutschland haben, dazu gehören mehr als 1 300 Standorte mit Intensivstationen, erst in das System einfinden mussten. Wir haben das von unserer Seite aus mehrfach nachgeschärft. Wir haben viel Kontakt zu den Krankenhäusern gehabt und es gab am Anfang auch Verständnisprobleme, was gemeldet werden sollte. Es ist extrem wichtig, nochmal festzuhalten, dass es in der Pandemie entstanden ist, in einer Situation, in der alle extrem belastet waren. Für die Zukunft könnten wir es sehr schnell besser machen, indem wir die Daten insbesondere aus diesen KIS-Systemen, den Krankenhausinformationssystemen, automatisiert ausleiten und das vorhandene Personal erfassen. Ich möchte aber zu bedenken geben, dass wir dann mit dieser Information, die in Realtime 24/7 zur Verfügung steht, auch umgehen können müssen. Wir hatten zum Beispiel in Köln die Situation, dass wir über Wochen hinweg zu bestimmten Tageszeiten keine freien Intensivbetten mehr hatten und die Patienten aus der Stadt transportiert werden mussten, obwohl es eine Großstadt ist, die schon sehr viele Krankenhäuser hat. Wir müssen uns gut überlegen, was wir machen, wenn Informationen kommen, dass an vielen Krankenhäusern keine Intensivbetten mehr zur Verfügung stehen. Das ist, glaube ich, eine große Verantwortung, die mit dieser öffentlichen Datentransparenz verbunden ist, die zwar wünschenswert ist, womit wir aber auch lernen müssen, umzugehen.

Der Vorsitzende: Zwischenstand: Wir haben jetzt zehn Fragenrunden absolviert, jede Fraktion hat jetzt noch eine Fragerunde vor sich und den Auftakt macht die SPD-Fraktion. Die Kollegin Mechthild Rawert hat das Wort.

Abg. Mechthild Rawert (SPD): Meine Frage richtet sich an Frau Fajardo. Zuerst herzlichen Glückwunsch zur erfolgten Wahl. Wir haben gerade gehört, dass die Ressource Pflege knapp ist. Nun gibt es unterschiedliche Aussagen. In der Presse steht einerseits, dass sich zum Beispiel während der Pandemie mehr Menschen für eine Ausbildung in der Pflege entschieden haben, andererseits heißt es



auch immer, Corona zeige wie unter dem Brennglas den Fachkräftemangel in der Pflege. Was sagen Sie, wie ist der Stand? Mich würde auch noch interessieren, welche Konsequenzen die Pandemie für die Ausbildungsinhalte, für Fortbildungs- und für Weiterbildungsinhalte haben sollte.

Sve Annemarie Fajardo (Deutscher Pflegerat (DPR)): Das sind eine ganze Menge Fragen, ich versuche, das zusammenfassend darzustellen. Die Ausbildungssituation ist erstmal von drei Ausbildungszweigen gekennzeichnet gewesen, die eine relative Attraktivität mit sich gebracht haben. Die Umstellung auf die generalistische Ausbildung hat zu einer Bewusstseinsveränderung auch bei den nachkommenden Generationen geführt, sodass die Nachfrage in den Betrieben, in den Krankenhäusern, in den Langzeitpflegeeinrichtungen, was die Ausbildung zur generalistischen Pflegekraft anbetrifft, gestiegen ist. Gleichzeitig haben wir eine Attraktivitätssteigerung mit den primärqualifizierenden Bachelor-Studiengängen erreichen können. Hier erfahren wir, hier erleben wir ganz positive Rückmeldungen von den Hochschulen, dass ein Interesse vorhanden ist, Pflege zu studieren. Jetzt muss man dazu sagen, es gibt immer noch Unklarheiten, was die Vergütung von Studienplätzen und auch was die Vergütung an sich von akademisch Pflegenden anbetrifft, sofern sie im Studium sind. Das muss geklärt werden, das ist noch nicht geklärt. Das heißt, hier gibt es durchaus die Risiken, dass Studierende in der Pflege zur Ausbildung zurückwechseln, weil dort die Vergütung klarer definiert ist. Das heißt dann auch, für die Zukunft brauchen wir unbedingt eine entsprechende Eingruppierung nach Qualifikationen, nach akademischer Pflege, um deutlich zu machen, dass die professionelle Pflege für die Gesellschaft gerade in der Pandemie nochmal an höherer Bedeutung gewonnen hat und auch komplexer geworden ist. Die Komplexität muss deutlicher zum Tragen gekommen, was Versorgung von Patienten, von Bewohnern anbetrifft. Die Vergütung spielt natürlich eine Rolle, wenn wir über Tarifbindung sprechen. Auch das muss zukünftig differenzierter dargestellt werden. Was hinzukommt ist: Wir haben ganz häufig in den Pressemeldungen erfahren, dass Abbruchquoten diskutiert worden sind. Auszubildendenzahlen nehmen in der Regel ab, wenn man sich bestimmte Zeiträume, bestimmte Perioden anschaut. Das heißt, wir haben zum Beispiel zwischen 2016 und

2019 höhere Abbruchquoten im Bereich der Krankenpflege im Vergleich zur Altenpflege und im Vergleich zur Kinderkrankenpflege gehabt. Das bedeutet auch, dass wir im Krankenhausbereich höhere Belastungen erleben, als wir es vielleicht tendenziell in der Langzeitpflegeeinrichtung erlebt haben. Nun muss man das in Relation zu einer generalistischen Ausbildung sehen. Hier haben wir noch keine Erfahrungswerte. Das heißt, wir müssen hier prüfen, ob sich dadurch zukünftig nochmal etwas verändern kann. Wir vergleichen die Abbruchquoten im Bereich der Ausbildung mit anderen Branchen. Wir sind im Bereich der Pflege im Zeitraum 2016 bis 2019 bei ungefähr 31 Prozent. Dies mit anderen Branchen in Deutschland bundesweit verglichen, liegen wir durchschnittlich bei ungefähr 25 Prozent. Damit haben wir schon eine erhöhte Abbruchquote im Bereich der Pflege. Deshalb müssen wir schauen, dass die Pandemie nicht dazu führen wird – weil wir keine kurzfristigen Maßnahmen ergreifen, um Abhilfe, um eine Entlastung zu schaffen –, dass Pflegende aussteigen.

Abg. Mechthild Rawert (SPD): Ich habe eine weitere Frage an Frau Fajardo. Sie beginnen Ihre Stellungnahme mit der Aussage: Pflege als Heilberuf ist der Garant dafür, dass Deutschland in Zukunft die Versorgung der Bevölkerung sichern kann. Sie verstärken, aus meiner Sicht berechtigterweise, den Aspekt der Selbstverwaltung und Sie verweisen auf Register. Welche strukturellen Maßnahmen braucht die Pflege, damit der Garant auch wirklich hält?

Sve Annemarie Fajardo (Deutscher Pflegerat (DPR)): Die Pflege ist ein Heilberuf und wir brauchen den entsprechenden Heilberufestatus. Diesen müssen wir mit einer Selbstverwaltung untermauern, die wir in unserem Selbstverwaltungssystem auch betonen müssen. Das heißt, hier kommen pflegerische Kompetenzen nochmal stärker zum Tragen. Wir brauchen über die Bundesregierung eine Unterstützung für die Länder, für die Landesebenen, damit wir hier keine Rückabwicklungen erfahren müssen, was die Selbstverwaltungen betrifft. Nur so können wir garantieren, dass wir in den nächsten Jahrzehnten gewappnet sein werden und uns den Aufbau leisten können, was Kompetenzen in dem Bereich anbetrifft, um weitere Pandemien gut in den Griff zu bekommen.



Der **Vorsitzende**: Dann kommen in den nächsten fünf Minuten Fragen von der AfD-Fraktion, Herr Jörg Schneider.

Abg. **Jörg Schneider** (AfD): Meine Frage richtet sich wieder an Herrn Lausen. Sie haben in Ihrer Stellungnahme von Fehlentscheidungen der Regierung auf Basis von falschen Dateninterpretationen im Zusammenhang mit dem Intensivregister gesprochen. Jetzt wird dieses Intensivregister aufgrund einer Verordnung der Bundesregierung, des Gesundheitsministeriums gepflegt. Wie konnte es zu Fehlinterpretationen kommen? Können Sie das näher erläutern?

ESV **Tom Lausen** (Lausen Media): Es hat gerade mein Sachverständigenkollege Herr Prof. Dr. Karagiannidis schon etwas dazu gesagt. Er hat zum DIVI-Intensivregister gesagt, dass dieses Register ein lernendes System ist und äußerst aufwendig ist – ich habe mir das Wort nicht gemerkt, aber zumindest sollten wir der Meinung sein, es sei sehr aufwendig. Ich muss dem leider sehr widersprechen. Ich muss dem deswegen widersprechen, weil es ein äußerst primitives System ist und das System hat auch nicht gelernt. Es hat vielleicht einige Felder hinzugefügt bekommen, aber wir können über dieses System leider erst jetzt – Sie sehen das auch an den Schlagzeilen, die sich in den letzten Monaten oder Tagen und Wochen ergeben haben – sagen, dass Dinge zum Vorschein kommen, die durch eine saubere Datenerfassung überhaupt gar nicht entstanden wären. Wir hätten viel früher gesehen, was los ist. Dieses System ist so primitiv, dass dringend dran gearbeitet werden muss. Es müssen ganz andere Daten erfasst werden. Man hat dieses System damals erfunden, als man schon ein fertiges Basissystem hatte. Auf dieses hat man daraufhin die DIVI-Intensivregisterverordnung ausgerichtet. Diese Verordnung hat, wenn Sie sich die bitte selber ansehen, wenige Punkte und wenige Zeilen und ist nicht besonders stark geschärft. Sie erkennen viele Dinge gar nicht in dieser Verordnung. Sie wissen nicht, ob jemand nur als Belegungsverstärkung in die Intensivstation gekommen ist, das können Sie nicht erkennen. Jemand, der einen positiven PCR-Test hat... Ich gehe in der Regel davon aus, dass, wer auf die Intensivstation geschoben wird, auch schwer erkrankt ist. Aber es gibt genauso gut ganz

viele Patienten, die wir durch das DIVI-Intensivregister nicht genau sehen können, die wahrscheinlich auch auf der Normalstation gelegen hätten. Man stelle sich ein Beispiel vor: Wenn nachts jemand mit entsprechenden Symptomen eingeliefert wird, dann ist er auf der Intensivstation, weil das Nachtpersonal nicht 100-prozentig supersicher ist und weil er dort besser gelegen ist als auf der Normalstation. Am nächsten Tag taucht der Oberarzt auf oder jemand schaut auf den (*Patienten*) und sagt: Nein, der braucht wahrscheinlich gar nicht hier drin zu liegen, schicken Sie den auf Station. Diese Zahlen, diese Differenzierung, diese Vorgänge kann das Intensivregister überhaupt gar nicht abbilden. Dann werden die Patienten verlegt und dann werden sie zu neuen Fällen und wir bekommen viel höhere Zahlen. Ich bekomme hier Zahlen... Tatsächlich sind im letzten Jahr 56 Mal Tote zurückgerechnet worden. Lesen Sie hierzu bitte gerne meine Stellungnahme. Wir haben 1 690 Tote, die als an Corona Gestorbene auf den Intensivstationen gemeldet wurden. Sie wurden dann wieder umdeklariert und sind es nicht mehr. Das ist in den Zahlen so lesbar. Wir haben fast 3 000 Behandlungsfälle, die wohl gar keine Corona-Fälle gewesen sind, weil eine Klinikgruppe das Ganze an ihr Abrechnungssystem angepasst hat. Wir müssen daraus ganz viel lernen. Wir müssen daraus lernen, dass genau das Gegenteil der Fall ist. Wir dürfen keine primitiven Systeme benutzen, sondern wir müssen sehr genau überlegen. Die Oberärzte sollen nicht in zwei Minuten eingeben, damit sie nicht auf der Intensivstation belastet werden. Das muss die Verwaltung sorgfältig machen. Das ist in jeder Bank oder in jedem großen Institut so. Dort gibt es Stellen, die beschäftigen sich nur mit genauen Zahleneingaben, damit das überprüft werden kann. Das haben wir nicht getan. Wir haben versucht, den Ärzten mit einer primitiven Maske eine Erleichterung zu verschaffen. Wir haben gesagt, in unter zwei Minuten könnt ihr das jeden Tag eintragen. Das ist für mich völlig fehlgeschlagen und das muss meines Erachtens bis zur nächsten Welle geändert werden, weil wir sonst wieder in so eine Situation reinrasen und nichts wissen und nicht aktuell steuern können. Denn wenn ich sehe, dass Sie die elektronische Patientenakte gerne fördern möchten – bis Sie das fertig haben, sind wir durch die nächsten drei Wellen durch. Ich denke, da wäre sehr starker Bedarf, das konkret zu machen. Ich muss dazu sagen, Herr Prof. Dr. Karagiannidis hat



es gerade angesprochen, er würde gerne, das habe ich zwischen den Zeilen herausgehört, ich will das so formulieren, wie ich es verstehe, die Datentransparenz für die Öffentlichkeit entziehen. Ich habe ganz schlechte Erfahrung mit dem Robert Koch-Institut gemacht. Wir bekommen dort keine Daten, die wir dringend bräuchten, die amtlich erhoben sind und nach dem Informationsfreiheitsgesetz für uns zur Verfügung stehen. Wir müssen teilweise klagen oder zumindest Aufforderungen machen. Das ist dramatisch, das kann ich Ihnen sagen. Deswegen ist es eine ganz dringende Aufforderung: Denken Sie darüber nach, dass Sie die Daten transparent machen. Wir sind in unseren Gruppen Informatiker, Mathematiker, Medizinstatistiker, wir sind Leute, die sich mit den Daten beschäftigen und die vielleicht Leben retten können, dadurch, dass sie arbeiten. Das Robert Koch-Institut hat ein Monopol auf Daten und das darf nicht sein. In einer modernen und offenen Gesellschaft sollte kein Monopol auf Daten bestehen, die nur rausgegeben werden, wenn sie Lust dazu haben. Das hat dann für...

Der **Vorsitzende**: Vielen Dank, Herr Lausen, wir sind lange durch mit der Zeit. Ich habe schon fast eine Minute dazu gegeben.

ESV **Tom Lausen** (Lausen Media): Danke, dass Sie mich haben ausreden lassen. Ich hätte gern noch etwas gesagt.

Der **Vorsitzende**: Den Eindruck hatte ich auch, deswegen musste ich jetzt dazwischen gehen. Zudem besteht, das muss man vielleicht allen Zuschauern nochmal erklären, in diesem Format, auf das sich die Fraktionen verständigt haben, keine Möglichkeit der Fachexperten miteinander, untereinander zu diskutieren, ohne über die Relaisstation Fraktion zu gehen. Ich will das nur deswegen sagen, weil man sonst vielleicht, wie in anderen Runden, erwarten würde, der Vorsitzende nimmt jetzt Herrn Prof. Dr. Karagiannidis wieder dran und lässt sich erläutern, wie er bewertet, was Herr Lausen denkt. Das haben wir in unserer Runde nicht vorgesehen. Es wird die Arbeit der Fraktionen sein, das nachzubearbeiten, wenn sie das wollen. Nur damit das verstanden wird, dass alles, was hier gesagt wird, auch so stehen bleibt. Dann bedanke ich mich bei Ihnen, Herr Lausen. Wir kommen zur CDU/CSU-Fraktion.

Abg. **Nina Warken** (CDU/CSU): Ich würde an Frau Seehofer eine Frage stellen. Das Europäische Gesundheitsprogramm EU4Health soll einen wesentlichen Beitrag zur Erholung der Gesundheitssysteme in der EU nach der COVID-Pandemie leisten. Die Gesundheit der Bevölkerung soll verbessert werden, die Belastbarkeit der Systeme gestärkt und Innovationen gefördert werden. Erachten Sie das Programm grundsätzlich als geeignet, damit Europa auf künftige Pandemien besser vorbereitet ist und kann man ein gemeinsames Handeln dadurch stärken?

ESVe **Annabel Seehofer** (Ständiger Ausschuss der Europäischen Ärzte): Das EU4Health-Programm ist sehr, sehr ehrgeizig, will über eine reine Krisenreaktion hinausgehen und die Gesundheitssysteme krisenfester machen. Mit dem Programm investiert die EU über einen Zeitraum von sieben Jahren 5,3 Milliarden Euro und EU4Health wird mittels jährlicher Arbeitsprogramme durchgeführt. Wir begrüßen dieses Programm EU4Health und die erhebliche Erhöhung der Mittel für die Gesundheit sehr. Zum Vergleich: 2020/2021 werden 311,6 Millionen Euro bereitgestellt im Vergleich zu über 60 Millionen in 2020, also fünfmal so viel. Ich denke, das Programm ist nicht nur geeignet, sondern unabdingbar, wenn die EU die Vorhaben unter dem Stichwort Europäische Gesundheitsunion vorantreiben will. Dazu zählen neben den Vorschlägen zu HERA, ECDC, EMA auch der europäische Plan zur Krebsbekämpfung, die Arzneimittelstrategie für Europa, die Digitalisierung der Gesundheitssysteme, Stichwort ist der Europäische Gesundheitsdatenraum, die Verringerung von antimikrobiell resistenten Infektionen und Weiteres. Ob jetzt ein gemeinsames Handeln damit gestärkt wird, ist letztlich eine politische Entscheidung. Sind die Mitgliedstaaten bereit, Vorhaben auch unter Aufgabe mancher, ich nenne es nationaler Bedürfnisse, gemeinsam zu bewegen? Sie konnten bei den Verhandlungen über das ECDC-Mandat sehen, dass keine bindenden Empfehlungen akzeptiert werden oder auch ein Audit nicht akzeptiert wurde. Eine kurze Anmerkung zum 2021er-Programm: Hier sind viele Projektgelder ausschließlich für Mitgliedstaaten zugänglich, sodass sich der Eindruck aufdrängt, dass über EU4Health Gelder an die Mitgliedstaaten zurückfließen sollen. NGOs mit teilweiser großer Expertise gerade im Bereich Ta-



bak- und Alkoholkontrolle werden nicht berücksichtigt. Nicht alle, aber manche dieser Organisationen sind (*finanziell*) abhängig, damit sie ihre sehr gute Arbeit finanzieren können. Das scheint so für 2021 jedenfalls nicht vorgesehen.

Abg. **Josef Rief** (CDU/CSU): Ich hätte eine Frage an Herrn Prof. Dr. Greiner. Ganz am Anfang haben Sie uns gesagt, für die Vorratshaltung in der Pandemie gibt es mehrere Möglichkeiten. Wir haben schon gewisse Beschlüsse gefasst, was die Lagerung von Medizinprodukten und von Masken und Schutzausrüstungen anbelangt. Die Frage ist an Sie ganz konkret: Haben Sie einen Überblick, wie es das europäische oder das gesamte Ausland macht? Sind wir da zurück? Können wir... (*unverständlich*) entscheidende Rolle spielen, was wir für ein Verfahren machen? Machen wir das öffentlich, indem wir große Vorratslager schaffen, oder machen wir es vielleicht privatwirtschaftlich oder machen wir es per Gesetz, indem wir den am Gesundheitswesen Beteiligten vorschreiben, dass sie einen Monat Vorrat an Medikamenten, an Schutzausrüstungen, an was weiß ich, anlegen müssen, oder welche Dinge sehen Sie? Was halten Sie für machbar und auch für relativ zeitnah umsetzbar?

ESV **Prof. Dr. Wolfgang Greiner** (Universität Bielefeld): Vielen Dank für diese Frage, die nochmal an das anschließt, was ich ganz am Ende meines ersten Statements gesagt habe. Ich glaube, wir brauchen einen differenzierteren Ansatz für diese Lagerhaltung. Ich hatte gesagt, diese Lagerhaltung ist unbedingt notwendig. Dafür gibt es gute ökonomische Gründe. Wir müssen aber die Nachteile einer zentralen oder zumindest zentral administrierten Lagerung ganz klar sehen. Das ist, wie auch vom Gesetzgeber schon erkannt, das Haltbarkeitsproblem. Das darf man nicht unterschätzen. Wir haben praktisch für alle Jahre, und die Jahre gehen schnell ins Land, für Masken zwei bis drei Jahre, bei Arzneimitteln längstens fünf bis sieben Jahre, dann müssen die erneuert werden. Der Gesetzgeber sagt dann, wir werden die dann kurz vorher noch verschenken oder versuchen, die noch unter die Leute zu bringen. Ich glaube, es wird vielfach so sein, wie wir es bei der Grippevorsorge gesehen haben, dass das doch entsorgt werden muss. Das wirft auch ethische Probleme neben den wirtschaftlichen auf,

weil man diese hochwertigen Güter nicht besser bewirtschaftet. Dazu gehört auch, dass man bei einer dezentralen Lagerung viel besser auf Produkthanforderungen eingehen kann. Wenn ich jedes Krankenhaus, die Alten- und Pflegeheime, die privaten Praxen usw. verpflichte, eine bestimmte Vorratshaltung vorzunehmen, dann kann ich viel individueller sagen, welche Masken und ähnliches sie brauchen. Außerdem hätten wir eine viel schnellere Verfügbarkeit im Krisenfall. Ich will allgemein sagen, es ist ein Trend, solche Verantwortung einfach an den Staat abzugeben. Ich glaube, es würde auch zur Krisenbewältigung beitragen, wenn die zentral Verantwortlichen stärker eingebunden sind. Mir schwebt ein rollierendes System vor, dass jeder nachweisen muss, dass eine entsprechende Vorratshaltung da ist. Das lässt sich durch Digitalisierung und Stichproben hinbekommen. Bei den Kosten ist es so, dass dies letztlich wettbewerbsneutral wäre, weil alle dazu verpflichtet werden...

Der **Vorsitzende**: Alles weitere, Herr Prof. Greiner, müssen wir dann einem anderen Ort anheimstellen. Jetzt wandert das Wort zu Frau Westig. Sie hat noch 45 Sekunden aus der vorigen Runde übrig. Meine Frage, sollen wir nochmal Kontakt mit Herrn Zilch aufnehmen? Es war noch eine Frage übrig, die Herr Zilch sich hoffentlich gemerkt hat.

Abg. **Nicole Westig** (FDP): Es ging um den Schutz sensibler Daten. Wie kann man die Datennutzung damit vereinbaren?

ESV **Sebastian Zilch** (Bundesverband Gesundheits-IT – bvitg): Ich glaube, dass wir ganz, ganz dringend eine Debatte über die Datennutzung brauchen. Das ist in mehreren Aussagen aufgebracht worden. Wir müssen diese Potenziale, die in der Datennutzung liegen, heben. Dafür gibt es einige Voraussetzungen. Wir brauchen Regeln für die Erhebung von qualitativ hochwertigen und interoperablen Daten. Aktuell ist die Situation zum Beispiel bei der semantischen Interoperabilität so: Das BfArM (Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte) wurde damit beauftragt, das einzuführen und steht im Moment relativ alleine da. Im KHZG (Krankenhauszukunftsgesetz) werden Regelungen getroffen, die sich darauf beziehen sollen, man weiß aber nicht so genau, was das am Ende bedeuten soll.



Wir müssen interoperable und hochwertige Daten haben und jeder muss wissen, was das heißt. Wir brauchen Vertrauen in die Nutzung. Ich möchte hier ein kurzes Beispiel anhand der Corona-Warn-App machen. Wir haben mit rund 25 Millionen Nutzerinnen und Nutzern ein tolles Ergebnis erzielt. Ich habe eben schon gesagt, teilweise ist das gut gelungen. Nichtsdestotrotz ist noch Luft nach oben. In der Diskussion wurde vielfach angebracht, dass es gar keinen Nutzen stiftet, wenn man nicht weiß, wer das war. Das heißt, Datenschutz und Datennutzung sind nicht so klar voneinander zu trennen, das bedeutet nicht immer 100-prozentige Anonymität. Es müssen aber Mehrwerte geschaffen und vertrauenerweckend vermittelt werden. Wir müssen auch, ganz, ganz wichtig, die digitalen Möglichkeiten voll ausschöpfen. Die Krankenhausinformationssysteme sind beispielhaft mehrfach erwähnt worden. Es gibt bei den Anwenderinnen und Anwendern große Angst vor der Digitalisierung, weil sie Angst vor Bürokratie, vor Mehraufwänden haben. Wir haben die Diskussion im Moment ganz aktiv in der Pflege, wo man sagt, man braucht gar keine strukturierten Daten, weil man denkt, dadurch kommt noch mehr Arbeit auf einen zu. Diesem Argument muss begegnet werden und zwar aufrichtig begegnet und es muss zusammen gearbeitet werden. Es braucht also dieses Datennutzungsgesetz, das der Sachverständige gerade auch aufgebracht hat, eingebettet in eine eHealth-Strategie. Wir dürfen die Datennutzung nicht einer falschen Datenschutzdebatte unterordnen, die verzerrt oder die uns die Möglichkeiten nicht erlaubt. Abschließend gesagt, wenn wir uns angucken, was die Alternative ist: Sie haben das sicherlich, wenn Sie Restaurants besucht haben, gesehen. Es liegen offene Listen herum, da schreibt jeder Namen und Telefonnummern rein und jeder, der kommt, sieht das. Mit der digitalen Lösung haben wir eine Abhilfe geschaffen. In diesem Mindset wünsche ich mir, dass der nächste Bundestag, hoffentlich auch mit vielen von Ihnen, sich diesem Thema wieder widmet.

Abg. **Nicole Westig** (FDP): Meine nächste Frage geht an Frau Fajardo. Über lange Zeit war die Schließung von Pflegeheimen der einzige Schutz für Pflegebedürftige, was teilweise zu dramatischen Situationen geführt hat, zum Beispiel mussten Menschen alleine sterben. Was empfehlen Sie? Wie

können Konzepte für künftige Pandemien entwickelt werden, damit in solchen Situationen Menschen mit Pflegebedarf sowohl vor der Pandemie als auch vor Vereinsamung geschützt werden können? Gibt es Ansätze für solche Konzepte?

Sve **Annemarie Fajardo** (Deutscher Pflegerat (DPR)): Es ist sehr, sehr wichtig, dass wir als Berufsgruppe der Pflegenden, der professionell Pflegenden, in die Krisenstäbe hineingeholt, hineinbeordert werden, damit solche Konzepte und Ansätze zum Schutz von Langzeitpflegebewohnern und auch für Patienten im ambulanten Setting Berücksichtigung finden. Wir haben teilweise Einzellösungen in den Pflegeeinrichtungen vorgefunden, die von den Einrichtungen gut umgesetzt werden konnten, weil sie eigene Konzepte zu Besuchsregelungen, aber auch zu Hygienemaßnahmen mit Angehörigen gemeinsam, mit den Mitarbeitenden gemeinsam erarbeitet haben. Das hat dazu geführt, dass in den Pflegeeinrichtungen neue Erkenntnisse gewonnen werden konnten. Das heißt, dass man zum Beispiel an den Empfangsbereichen... (*unverständlich*) Gerade in der vollstationären Langzeitpflege ist es wichtig, dass man Besucher registrieren kann, Messungen der Temperatur vornehmen und gleichzeitig auch eine gewisse Information weitergeben kann. Das heißt, zukünftig benötigen wir die stärkere Einbindung von professionell Pflegenden in die Krisenstäbe. Wir benötigen auch eine bundesweite Gesamtkonzeption für alle Einrichtungen, um auf Länderebene eine gewisse Unterstützung leisten zu können und um – mit der Unterstützung von Selbstverwaltungspartnern – die entsprechende Förderung in die Einrichtung zu tragen.

Abg. **Nicole Westig** (FDP): Jetzt würde ich gerne eine Frage an Prof. Dr. Geene stellen. Die Pandemie hat gezeigt, dass gerade Menschen mit Mehrfachbelastungen, Mütter, Väter, pflegende Angehörige, besonders belastet waren. Welche Angebote braucht es für diese Menschen nach so einer Krise, um deren Gesundheit zu fördern? Was muss da getan werden?

ESV **Prof. Dr. Raimund Geene** (Berlin School of Public Health (BSPH)): Ich kann Ihnen nur dazu sagen, dass das auf vielfältige Art und Weise unheimlich wichtig ist, wobei ein Nachhilfeunterricht



nicht unbedingt das Sinnvollste ist, sondern vor allem muss man die Arten der Strukturen und Lebenswelten wieder aufbauen, beispielsweise über Sportangebote, über andere Gemeinschaftsangebote und auch die digitale Unterstützung solcher Angebote.

Der **Vorsitzende**: Dann wandern wir mit dem Fragerecht wieder zu der Fraktion DIE LINKE., Frau Kathrin Vogler. Es stehen vier Minuten zur Verfügung.

Abg. **Kathrin Vogler** (DIE LINKE.): Ich kann gleich bei Prof. Dr. Geene anknüpfen. Herr Professor, mehrfach haben wir in diesem Ausschuss auch über die soziale Dimension der Pandemie gesprochen. Sozial und finanziell benachteiligte Menschen erkranken häufig schwerer, gleichzeitig sind sie stärker von Lockdown-Maßnahmen betroffen und haben weniger Ressourcen zur Kompensierung dieser Maßnahmen. Wie können wir diese soziale Dimension in das Krisenmanagement, aber auch in die Strukturen des Gesundheitssystems besser einbeziehen?

ESV **Prof. Dr. Raimund Geene** (Berlin School of Public Health (BSPH)): Sie haben dabei die Grundfrage schon sehr gut skizziert. Ich muss sagen, am Anfang waren wir entsetzt, als es in der Pandemie immer wieder hieß, die Pandemie kennt keine sozialen Schichten und keine sozialen Unterschiede. Es war vom ersten Moment an sonnenklar, weil die Vulnerabilität, die Infektionalität von Menschen mit sozialen Belastungen wesentlich höher ist. Darum muss man immer wieder versuchen, den sozialen Gradienten als umgekehrten Wert zu nehmen und vor allem dort Maßnahmen entwickeln, wo die größten Probleme der Menschen sind, wo beispielsweise die meisten Alleinerziehenden leben oder wo die Einkommen besonders niedrig sind. Das bezieht sich weniger auf die Frage der unmittelbaren Gesundheitsversorgung, sondern auf die Verbesserung der Lebensverhältnisse. Wir müssen dort insbesondere mit Schulsozialarbeitern arbeiten, mit Angeboten von Familienzentren und gezielt in diese Förderung gehen. Denn diese sozialen Determinanten bestimmen mehr als alles andere den weiteren Verlauf der jeweiligen Erkrankungen; bzw. auch die Ressourcen oder die Resilienz, damit die Erkrankungen sich gar nicht erst manifestieren.

Abg. **Kathrin Vogler** (DIE LINKE.): Ich hätte eine Frage an Prof. Dr. Karagiannidis. Ich würde Ihnen die Gelegenheit geben, auf die doch sehr scharfen Worte von Herrn Lausen zu antworten und zu sagen, wie wir eine bessere Infrastruktur und Datenlage schaffen können. Tatsächlich ist es so, dass wir da große Probleme haben, alleine wenn ich höre, wie Herr Prof. Dr. Drosten in seinem Podcast immer sagt: „Ich brauche jetzt die Daten aus Großbritannien.“ Was wäre aus Ihrer Perspektive noch zu tun, damit wir bei der Datenlage von Gesundheitsdaten aus den Krankenhäusern nicht immer wieder auf Daten aus der Finanzierungssystematik angewiesen sind, sondern klare Krankheits- und Gesundheitsdaten bekommen?

ESV **Prof. Dr. Christian Karagiannidis** (Wissenschaftliche Leitung des DIVI-Intensivregisters): Ich möchte auf zwei Ebenen antworten. Zur ersten wissenschaftlichen Ebene, die auch extrem wichtig ist: Wir haben mit dem Netzwerk Universitätsmedizin zum ersten Mal eine Strukturförderung in Deutschland, sodass die Kliniken untereinander vernetzt sind, sodass wir gute Forschung machen können und wir die auch gemeinsam machen können. Das war ein ganz wichtiger Schritt. Der Schritt, den wir besser machen müssen, ist, dass wir es so ähnlich wie die Engländer mit dem RECOVERY Trial (Randomised Evaluation of COVID-19 Therapy) machen – das ist vielleicht das Beste, das wir in der Pandemie gesehen haben –, dass wir der Forschung und der Wissenschaft die Freiheit geben, damit wir große Studien in Deutschland durchführen können. Dazu brauchen wir Daten von den Patienten. Ich glaube, wir verstecken uns manchmal ein bisschen zu viel hinter dem Datenschutz und sollten mehr dazu kommen, dass wir Daten in Echtzeitgeschwindigkeit aus den Krankenhäusern zentral zusammenführen und dass wir diese Daten der Wissenschaft zur Verfügung stellen. Es wäre gut, wenn wir in der nächsten Legislaturperiode dazu kommen, das System zu entschlacken, sodass wir weniger Bürokratie haben und schneller auf solche Daten zugreifen können.

Der **Vorsitzende**: Dann geht das Fragerecht weiter zu Frau Schulz-Asche von BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN. Es stehen vier Minuten zur Verfügung.



Abg. **Kordula Schulz-Asche** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Meine Frage geht auch an Prof. Dr. Karagiannidis hinsichtlich der medizinischen Bewertung der Aussagen von Herrn Lausen. Zur Frage der Forschungsförderung schließe ich an das an, was Frau Vogler gerade gefragt hat: Inwiefern hätte es einer früheren Förderung der Therapeutika-Forschung bedurft und für welche Bereiche sehen Sie besonderen Förderungsbedarf?

ESV **Prof. Dr. Christian Karagiannidis** (Wissenschaftliche Leitung des DIVI-Intensivregisters): Ein ganz wesentlicher Punkt ist, dass wir in Deutschland kaum Lehrstühle oder Professuren haben, die sich schwerpunktmäßig zum Beispiel mit Intensivmedizin beschäftigen oder die sich zum Beispiel mit dieser Pandemic Preparedness beschäftigen. Das ist ein ganz wichtiger Schritt, den wir gehen sollten. Auch wenn es immer der Autonomie der Hochschulen unterliegt, wäre es aber trotzdem sehr wünschenswert, dass die Hochschulen entsprechend ausgestattet werden, damit wir eine gewisse Basis für die Zukunft haben, wo wir auch qualitativ hochwertige Forschung in Deutschland ansiedeln können. Was die Therapeutika betrifft: Ich glaube, Neuentwicklungen von Medikamenten obliegen immer den Pharmafirmen. Das haben wir in der Pandemie gesehen. Wir haben auf der anderen Seite aber auch gesehen, dass zum Beispiel ganz alte Medikamente wie das Cortison über den RECOVERY Trial in England wieder eingeführt worden sind und dass man gezeigt hat, dass diese einen extremen Überlebensvorteil bei den Patienten bringen können. Wir müssen in Deutschland dahin kommen, dass wir der Wissenschaft diese Freiheit ermöglichen, unbürokratischer große Studien zu machen. Eine ganz große Hürde dabei ist immer die Aufklärung des nicht einwilligungsfähigen Patienten insbesondere auf der Intensivstation. Das ist etwas, wo wir schneller und schlanker werden müssen, damit wir die Patienten auch in diese Studien bekommen. Das immer vor dem Hintergrund, dass die Ethikkommission entscheidet, dass die Therapie, die zusätzlich geprüft wird, wahrscheinlich besser ist als die momentane Standardtherapie. Zu den Aussagen von vorhin: Es ist wichtig, dass wir mehr in die Zukunft schauen und das Intensivregister so weiterentwickeln, dass wir alle Daten drin haben. Ich möchte aber als Intensivmediziner auch sagen, man muss in diesen Berei-

chen über viele Jahre gearbeitet haben, um einschätzen zu können, was in dieser Pandemie wirklich passiert ist. Wir hatten Sterblichkeitsraten bei den beatmeten Patienten von 50 Prozent, bei Patienten mit ECMO (Extrakorporale Membranoxygenierung) von über 70 Prozent. Das zeigt, wie extrem belastet und überlastet das System war. Um ein Beispiel zu nennen: Der Oberarzt, oder wer auch immer auf der Intensivstation tätig ist, kann entscheiden, welcher Patient in den nächsten Stunden bei ihm ist, der kennt die Planung. Das kann man von außen nicht sehen, sondern das muss man den Menschen überlassen, den Pflegenden und den Ärzten auf den Intensivstationen. Dieses Vertrauen in das Gesundheitswesen brauchen wir auch.

Abg. **Kordula Schulz-Asche** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Dann richtet sich meine Frage an Frau Fajardo vom Deutschen Pflegerat zur interdisziplinären Zusammenarbeit. Welche Potenziale sehen Sie im Rahmen der interdisziplinären Zusammenarbeit für die Pflegeexpertise insbesondere auch im öffentlichen Gesundheitsdienst oder in Einrichtungen, in denen Pflege stattfindet?

SVE **Annemarie Fajardo** (Deutscher Pflegerat (DPR)): Wir haben im Zuge der Pandemie eine gute Zusammenarbeit mit den Gesundheitsbehörden erlebt. Die Pflegeeinrichtungen, die Kliniken haben interdisziplinär zusammengearbeitet. Gerade an den Schnittstellen war es extrem wichtig, unglaublich schnell zu reagieren, um gemeinsam mit den niedergelassenen Ärzten, den Apothekern und weiteren Kooperationspartnern schnell reagieren zu können, um Versorgung sicherzustellen. Wir benötigen zukünftig noch weitergehende Vernetzung. Insbesondere was die Telematikinfrastruktur anbetrifft, müssen die Pflegeeinrichtungen die Möglichkeit haben, sich digital einbinden zu können. Hier erleben wir nach wie vor noch relativ schwierige Situationen bei der digitalen Erfassung von Informationen. Hier betreiben wir immer noch an vielen Stellen eine doppelte Dokumentation. Dadurch geht Zeit verloren, dadurch gehen auch Informationen verloren.

Der **Vorsitzende**: Zeit war leider ein bestimmendes Stichwort. Es tut mir leid, aber es gibt neue Gele-



genheiten vielfältiger Art, die Diskussion fortzusetzen. Sie haben das Amt auch gerade erst übernommen als stellvertretende Vorsitzende, insofern auch von meiner Seite Gratulation dazu. Wir sehen uns bestimmt bei vielen Anlässen wieder. Wir sind dann durch die heutige Anhörung durch. Ich darf mich bei allen Expertinnen und Experten für die Geduld mit uns sehr herzlich bedanken. Für die zahlreichen Fragen darf ich mich auch bei den Kolleginnen und Kollegen aus dem Begleitgremium und bei allen, die das vorbereitet haben, bedanken. Heute in einer Woche befassen wir uns in einer weiteren öffentlichen Anhörung mit dem Stand des Ausbaus der Digitalisierung im Gesundheitswesen als Infrastruktur der Pandemiebekämpfung zur Brechung von Infektionsketten. Sollten Sie das interessant finden, können Sie sich gerne wieder einwählen, weil auch das in einer Direktübertragung des Parlamentsfernsehens zu sehen ist. Für heute bedanke ich mich für Ihre Aufmerksamkeit, wünsche Ihnen einen guten weiteren Verlauf des Tages. Bleiben Sie gesund! Die Sitzung ist geschlossen.

Schluss der Sitzung: 12:25 Uhr

gez.
Rudolf Henke, MdB
Vorsitzender