



Wortprotokoll der 184. Sitzung

Ausschuss für Gesundheit

Berlin, den 31. August 2021, 09:30 Uhr
als Webex-Meeting

Vorsitz: Erwin Rüdgel, MdB

Tagesordnung - Öffentliche Anhörung

Tagesordnungspunkt 1

Seite 4

- a) Artikel 12 des Gesetzentwurfs der Fraktionen der CDU/CSU und SPD

Entwurf eines Gesetzes zur Errichtung eines Sondervermögens „Aufbauhilfe 2021“ und zur vorübergehenden Aussetzung der Insolvenzantragspflicht wegen Starkregenfällen und Hochwassern im Juli 2021 sowie zur Änderung weiterer Gesetze (Aufbauhilfegesetz 2021 – AufbhG 2021)

BT-Drucksache 19/32039

Federführend:
Haushaltsausschuss

Mitberatend:
Ausschuss für Inneres und Heimat
Ausschuss für Recht und Verbraucherschutz
Finanzausschuss
Ausschuss für Wirtschaft und Energie
Ausschuss für Ernährung und Landwirtschaft
Ausschuss für Gesundheit
Ausschuss für Verkehr und digitale Infrastruktur
Ausschuss für Umwelt, Naturschutz und nukleare Sicherheit
Ausschuss Digitale Agenda
Ausschuss für Bau, Wohnen, Stadtentwicklung und Kommunen

**Mitglieder des Ausschusses**

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



Die Anwesenheitslisten liegen dem Originalprotokoll bei.



Tagesordnungspunkt 1

a) Gesetzentwurf der Fraktionen der CDU/CSU und SPD

Entwurf eines Gesetzes zur Errichtung eines Sondervermögens „Aufbauhilfe 2021“ und zur vorübergehenden Aussetzung der Insolvenzantragspflicht wegen Starkregenfällen und Hochwassern im Juli 2021 sowie zur Änderung weiterer Gesetze (Aufbauhilfegesetz 2021 – AufbhG 2021)

BT-Drucksache 19/32039

Der **Vorsitzende**, Abg. **Erwin Rüdell** (CDU/CSU): Ich begrüße alle ganz herzlich, auch die Zuschauerinnen und Zuschauer, natürlich die Sachverständigen und den PStS Dr. Gebhart. Die Anhörung findet heute als reines Online-Meeting statt. Vorab möchte ich die Sachverständigen und alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer bitten, sich mit Ihrem Namen in Webex anzumelden, sodass Ihre Teilnahme für uns erkennbar ist. Die Teilnehmerliste aus Webex gilt als Nachweis für die Sitzungsteilnahme. Außerdem möchte ich Sie bitten Ihre Mikrofone vorerst stummzuschalten. Zum weiteren Verfahren komme ich später zurück. Meine Damen und Herren, in der heutigen Anhörung geht es um das Aufbauhilfegesetz 2021 sowie um den Änderungsantrag der Fraktion der CDU/CSU und SPD zu § 28a IfSG. Meine sehr verehrten Damen und Herren, der bei diesem Gesetzentwurf federführende Haushaltsausschuss hat darauf verzichtet, eine öffentliche Anhörung durchzuführen und hat daher nach § 60 Abs. 3 GO-BT dem Anliegen des Ausschusses für Gesundheit zugestimmt, zu Art. 12 des vorliegenden Gesetzentwurfs eine öffentliche Anhörung durchzuführen. In Art. 12 sowie in dem vorliegenden Änderungsantrag sind Änderungen des IfSG vorgesehen, auf die wir uns in dieser Anhörung konzentrieren wollen. Vor dem Hintergrund des sich weltweit sehr dynamisch entwickelnden Infektionsgeschehens und der zunehmend ansteckenderen Virusvarianten bergen Reisen laut Gesetzentwurf an sich ein erhöhtes Infektionsrisiko. Das Europäische Zentrum für die Prävention und die Kontrolle von Krankheiten prognostiziert im Zuge einer Ausbreitung der Delta-Variante des Coronavirus SARS-CoV-2 stark steigende Neuinfektionszahlen in Europa. Dieser Gefährdungslage müsse Rechnung getragen werden. Um dem durch Reisen erhöhten Infektionsrisiko zu begegnen, ist es nach Ansicht der Koalitionsfraktionen

gerechtfertigt, Einreisende generell zu verpflichten, im Rahmen der Einreise über einen Test-, Impf- oder Genesungsnachweis zu verfügen. Daher soll in Art. 12 eine konkretisierte Änderung des § 36 Abs. 10 IfSG vorgenommen werden. Zudem soll § 28a IfSG geändert werden. Dazu liegt ein Änderungsantrag vor. Zu diesen Vorhaben werden wir uns nun mit unseren Sachverständigen austauschen. Bevor wir anfangen, will ich kurz den Ablauf der Anhörung erklären. Die Anhörung dauert insgesamt 60 Minuten. Diese 60 Minuten wurden auf die Fraktionen entsprechend ihrer Stärke verteilt. Auf die CDU/CSU entfallen 21 Minuten, auf die SPD 13 Minuten, auf die AfD 7 Minuten, auf die FDP 7 Minuten, DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN haben jeweils 6 Minuten Fragezeit. Ich bitte die Fragenden als auch die Sachverständigen sich möglichst kurz zu fassen, nur so können wir viele Fragen stellen und auch beantwortet bekommen. Die aufgerufenen Sachverständigen sollten vor der Beantwortung der Frage daran denken, ihr Mikrofon und ihre Kamera freizuschalten und sich mit Namen und Verband vorzustellen. Ich weise darauf hin, dass die Anhörung live im Parlamentsfernsehen gezeigt und das Wortprotokoll auf der Internetseite des Ausschusses veröffentlicht wird. Dann können wir nun mit der ersten Frage beginnen.

Abg. **Michael Hennrich** (CDU/CSU): Ich richte meine erste Frage an den Einzelsachverständigen (ESV) Prof. Dr. Wollenschläger. Wie beurteilen Sie den vorliegenden Änderungsantrag zu § 28a IfSG aus verfassungsrechtlicher Perspektive und wird mit dem geplanten Änderungsantrag aus Ihrer Sicht weiterhin ein rechtssicherer Rahmen für die Bundesländer bei gleichzeitig mehr Flexibilität gegeben?

ESV **Prof. Dr. Ferdinand Wollenschläger**: Kern des Änderungsantrages, um den es zentral geht, ist eine Anpassung der Entscheidungsparameter, was aus meiner Sicht zu begrüßen ist. Der Bundestag ist verpflichtet die pandemische Entwicklung zu beobachten und das Pandemiebekämpfungsregime an veränderte Gegebenheiten anzupassen. Bilden nun die gesetzlichen Entscheidungsparameter für Schutzmaßnahmen das Infektionsgeschehen nicht mehr hinreichend ab, hat eine Anpassung zu erfol-



gen und dies gilt natürlich für die in der Antragsbegründung betonte Relativierung der Bedeutung der 7-Tage-Inzidenz auf Grund des Impffortschritts. Was die verfassungsrechtliche Bewertung betrifft, die natürlich angesichts der Kürze der Zeit nicht erschöpfend erfolgen kann, so ist darauf hinzuweisen, dass § 28a IfSG eine Rechtssetzungsermächtigung an die Exekutive darstellt, weshalb er die entsprechenden verfassungsrechtlichen Anforderungen an die Delegation von Rechtssetzungsbefugnissen an die Exekutive wahren muss, insbesondere das Bestimmtheitsgebot. Hier ist es wichtig, dass die Ermächtigungsgrundlage die Entscheidungsparameter für die Anordnung von Schutzmaßnahmen hinreichend bestimmt vorgibt. Kehrt man nun von einer maßgeblichen Bedeutung der 7-Tage-Inzidenz ab, ist die Vorgabe dieser Parameter deutlich schwieriger zu realisieren als bei einer relativ rechtssicher feststellbaren Überschreitung von Inzidenzwerten. Meines Erachtens bedarf der Änderungsantrag einer Nachbesserung hinsichtlich der Zielsteuerung. Der Änderungsantrag enthält Entscheidungskriterien. Wichtig ist es aber meines Erachtens, die Eingriffsschwelle durch die Vorgabe einer Zielbestimmung zu präzisieren, wobei der Bundestag nochmals zu reflektieren hat, was genau die Zielvorgabe ist. Satz 6 des Änderungsantrages könnte man so verstehen, dass die drohende Überlastung der stationären Versorgung das ausschließliche Kriterium insoweit ist. Dann wäre die Formulierung allerdings insoweit problematisch als diese Zielbestimmung sich nur in Satz 6 findet, der allerdings eine im Ermessen der Länder stehende Rechtssetzungsermächtigung darstellt. Weshalb sollte man die drohende Überlastung der stationären Versorgung als primäres Ziel festschreiben wollen? Es ist meines Erachtens erforderlich, diese Zielbestimmung in den Gesetzestext aufzunehmen. In meiner schriftlichen Stellungnahme, die Ihnen seit 20 Minuten vorliegt, habe ich insoweit auch einen Formulierungsvorschlag unterbreitet. Letzter Punkt: Es kann allerdings auch sein, dass man die weitergehenden Schutzmaßnahmen auch mit Blick auf weitere Aspekte, also unabhängig von der drohenden Überlastung des Gesundheitssystems zulassen möchte, das wäre dann zu verdeutlichen. Ich verstehe die Hinweise in der Antragsbegründung, etwa auf die Hospitalisierungsinzidenz als Indikator für die Schwere der dem Infektionsgeschehen zu Grunde liegenden Krankheit oder der Verweis der 7-Tage-Inzidenz als Indikator für die Dynamik

des Infektionsgeschehens in diese Richtung. Sollte das gewünscht sein, wäre die Eingriffsschwelle auch insoweit zu präzisieren. Auch dafür habe ich einen Formulierungsvorschlag in meiner Stellungnahme unterbreitet. Ich möchte insoweit auch darauf hinweisen, dass natürlich diese Variante, also die Zielvorgabe Maßnahmen zuzulassen, auch jenseits einer drohenden Überlastung des Gesundheitssystems natürlich mit erheblichen materiellen Rechtfertigungslasten einhergeht, weshalb meines Erachtens die in meinem Formulierungsvorschlag zu findenden Kautelen an die Aktualisierung dieser Rechtssetzungsmaßnahmen auch aufzunehmen sind. Und letzter Satz: In beiden Varianten sollte man schließlich prüfen, ob eine weitere Feinsteuerung erfolgen kann, etwa durch eine weitere Stufung oder durch eine Knüpfung einzelner Maßnahmen an weitere Voraussetzungen. Denkbar wäre auch die im politischen Raum diskutierte Privilegierung hinsichtlich nur nachrangiger Eingriffe im Bereich Kindertageseinrichtungen, Schulen, etwa durch eine Aufnahme entsprechender Maßnahmen in den Katalog des Absatzes 2, der entsprechende Einschränkungen vorsieht.

Abg. **Michael Hennrich** (CDU/CSU): Ich stelle meine zweite Frage an die ESVe Prof. Dr. Protzer. Mit der steigenden Impfquote verliert die Inzidenz an Bedeutung. Deswegen wollen wir die Maßnahmen nach § 28a IfSG stärker an die Hospitalisierungsrate ausrichten. Was halten Sie aus virologischer Sicht von diesem Vorschlag?

ESVe **Prof. Dr. Ulrike Protzer**: Aus virologischer Sicht halte ich das für einen sehr, sehr guten Vorschlag. Warum? Wir sehen, dass je höher die Impfquote ist in verschiedenen Ländern, umso mehr geht die Kurve der Hospitalisierung auseinander mit der Kurve der Infektionen. Man sieht das sehr schön, wenn man zum Beispiel die USA vergleicht mit England, die USA mit etwas mehr als 50 Prozent vollständig Geimpften, die Engländer mit 65 bis 70 Prozent vollständig Geimpften. Es gibt auch kleinere Länder, wo man sich das sehr gut anschauen kann. Bei einer noch relativ niedrigen Impfquote folgt die Hospitalisierung dem Infektionsgeschehen relativ linear. Je höher die Impfquote ist, umso mehr gehen die beiden Parameter auseinander. Deswegen, was Herr Prof. Dr. Wollenschläger schon ausgeführt hat, ist auch meine Interpretation.



Die Inzidenz gibt einem einen guten Einblick, wie das Infektionsgeschehen ist, wie die Dynamik der Infektionen ist, nicht nur in Deutschland, sondern auch um uns herum. Ich sage immer, wir leben ja nicht irgendwo auf einer Insel. Die Hospitalisierung gibt einem einen Einblick in die Anzahl der relevant Infizierten, und zwar relevant für die Belastung des Gesundheitssystems. Das, was unsere Zielsetzung ja war in der Kontrolle der Pandemie, war oder ist eine Überlastung des Gesundheitssystems zu vermeiden, um nicht nur Covid-19-Erkrankten, sondern auch allen anderen Erkrankten gleichermaßen eine gute Gesundheitsversorgung bieten zu können. Dafür ist die Hospitalisierungsrate einfach der beste Parameter.

Abg. **Rudolf Henke** (CDU/CSU): Die nächste Frage geht an die Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin. Wir haben unter den bis zu 12-jährigen Kindern eine Impfquote von Null, weil es keinen Impfstoff gibt. Nun sind diese jungen Menschen glücklicherweise eher selten betroffen, aber aktuell sehen wir einen Anstieg der Infektionen bei Kindern und Jugendlichen. Wie bewerten Sie vor diesem Hintergrund die Heranziehung einer altersbezogenen Hospitalisierungsrate als Ausdruck für die Dynamik des Infektionsgeschehens?

Sve **Prof. Dr. Jörg Dötsch** (Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin e V. (DGKJ)): Wir sind in der Tat bei der Krankheitslast bei den Kindern und Jugendlichen nach wie vor in der sehr erfreulichen Situation, dass wir sehr wenige stationäre Aufnahmen haben aufgrund einer COVID-Erkrankung. Wir schätzen im Moment etwa 10 bis 15 Kinder wöchentlich, bei doch relativen hohen altersbezogenen Inzidenzen. Insofern ist es aus unserer Sicht sehr sinnvoll, auch hier eine altersbezogene Hospitalisierungssituation zu Rate zu ziehen und nicht Inzidenzen in der Altersgruppe. Zum Zweiten ist hierbei zu berücksichtigen, dass viele Hospitalisierungen nicht aufgrund einer COVID-Erkrankung, sondern aufgrund einer anderen Erkrankung mit gleichzeitigem Vorliegen eines positiven Sars-Cov-2-Testes erfolgen. Auch das müsste differenziert werden. Wir schätzen hier in etwa das Verhältnis von 10:1, also zehn positive Abstriche gegenüber einem COVID erkranktem Kind und schlagen deswegen vor, ein bereits bestehendes Register

der Deutschen Gesellschaft für Pädiatrische Infektiologie als Möglichkeit zu nutzen, hier verpflichtend die entsprechend auf COVID-Basis stationären Kinder zu melden, um dann hier klare Hospitalisierungsindikatoren für kranke Kinder aufgrund der COVID-Erkrankung zu haben. Zum Zweiten würde ich gerne sagen wollen, dass wir sehr, sehr stark die Impfung unterstützen und die Empfehlung der STIKO in kompletter Weise unterstützen, und mit Nachdruck darum kämpfen und auch darauf drängen möchten, weiter Impfungen bei Erwachsenen und bei Jugendlichen über 12 Jahren in jeder Form zu unterstützen.

Abg. **Rudolf Henke** (CDU/CSU): Die Frage geht an den ESV Dr. Ziemons aus Aachen. Das ist eine Stadt mit einer Universitätsklinik in einem Bundesland mit einer hohen Bevölkerungsdichte. Mich würde interessieren, wie Sie die geplanten Änderungen zum Monitoring des Infektionsgeschehens bewerten, aber im Hinblick auf die Krankenhausbelastung je nach Versorgungsstruktur und zum Zweiten auch für ihre Maßnahmen zur Pandemiebekämpfung vor Ort.

ESV **Dr. Michael Ziemons**: Wir haben hier in der Städteregion Aachen zehn Krankenhäuser, die sich auch untereinander ergänzen, abstimmen und so weiter. Wir haben hier eine Situation, die auch im Regierungsbezirk und in ganz Nordrhein-Westfalen landesweit abgestimmt ist. Was die Verlegung von Patientinnen und Patienten betrifft, da gibt es Kleeblatt-Versorgungsstrukturen. Es geht auch nicht nur um Intensivbetten, es geht auch darum, wie erreiche ich dann ganz schnell ein ECMO (extrakorporale Membranoxygenierung)-Bett, wenn das zum Beispiel nötig ist. Da gibt es also gewachsene Strukturen. Durch die hohe Bevölkerungsdichte, durch die gute Erreichbarkeit von Krankenhäusern, ECMO-Betten und so weiter in der Nähe, ist es hier eine andere Situation als beispielsweise in der Uckermark, ohne denen jetzt etwas zu wollen. Deswegen muss so etwas auf jeden Fall landesweit entschieden werden. Wir sind mal mit zwei Dingen in diese Pandemiebekämpfung gestartet, das eine war die Überlastung der Gesundheitsämter, das andere war die Überlastung des Gesundheitswesens. Was die Überlastung der Gesundheitsämter betrifft, war die Fallinzidenz immer schon eine schwierige Größe, denn im tiefsten Lockdown ist es natürlich



so, dass ein infektiöser Fall dann zwei Kontakte angibt, die man anrufen muss. Aktuell ist es so, dass ein infizierter Fall uns 15 bis 20 Fälle angibt, die wir anrufen müssen. Das bedeutet, die Fallinzidenz mit gleichen Werten bei teilweise aber unterschiedlichen Maßnahmen in den Bundesländern oder den Regionen war schon immer eine schwierige Größe. Insofern sind wir sehr froh, wenn sie jetzt durch eine Hospitalisierungsrate abgelöst würde. Hier muss man auch sagen, trägt natürlich das veränderte Geschehen dazu bei. Wenn ich mir die Zahlen anschau, wir haben aktuell etwa 1 001 infizierte Personen hier, es werden 18 Menschen auf Intensivstationen behandelt. Bei vergleichbaren Zahlen waren es in den anderen Infektionswellen, zweite Welle, dritte Welle, doppelt oder dreifach so viele Menschen auf den Intensivstationen. Hier sieht man also bereits eine Entkoppelung von Inzidenz und Hospitalisierungsrate. Was wir allerdings sehen, und das hat mein Vorredner auch schon beschrieben, ist, wir haben jetzt aktuell bei Kindern eine Inzidenz zwischen 400 und 500, also je nachdem, ob wir jetzt Fünf bis Neunjährige oder die Zehn- bis 14-Jährigen nehmen. Natürlich führt das auch zu kranken Kindern in den Krankenhäusern. Die werden dann aber teilweise wegen einem gebrochenen Bein behandelt, oder wir haben in der Neonatologie kranke Kinder auf der Intensivstation liegen. Die liegen da aber, weil sie Frühchen sind und nicht weil sie COVID haben. Insofern regen wir an, in dem Änderungsantrag eine kleine Verschiebung vorzunehmen und zu sagen, die „aufgrund einer COVID-19-Erkrankung stationär aufgenommenen Personen“ zu monitoren, um diesen Beifang, so will ich ihn nennen, auszuschließen. Das ist aus unserer Sicht eine hilfreiche Variante und würde uns die Arbeit erheblich erleichtern. Dann müssten die Länder gemeinsam hier nach ihren Versorgungsstrukturen sehen, welche Schwellenwerte geeignet sind.

Abg. **Michael Hennrich** (CDU/CSU): Ich frage ESV Prof. Dr. Wollenschläger: Wie bewerten Sie eine Regelung, wonach die Arbeitgeber ihre Beschäftigten nach dem Impfstatus fragen dürfen? Müsste so eine Regelung eventuell zeitlich begrenzt werden?

ESV **Prof. Dr. Ferdinand Wollenschläger**: Das ist praktisch eine Frage, die das Arbeitsrecht betrifft. Es ist die Frage, ob entsprechende Ungleichbehandlungen, entsprechende Differenzierungen im Arbeitsleben notwendig sind. Wichtiger als eine entsprechende Befristung würde ich erachten eine Abwägung, ob entsprechende Maßnahmen im Arbeitsleben überhaupt zulässig sind. Geregelt werden müsste natürlich auch, welche Konsequenzen eine solche Frage zeigen sollte.

Abg. **Dr. Georg Kippels** (CDU/CSU): Die Frage richtet sich an die DIVI. Können Sie uns bitte kurz die aktuelle Situation auf den Intensivstationen im Hinblick auf die Behandlungen von Corona-Patientinnen und -Patienten beschreiben? Welchen Zusammenhang sehen Sie derzeit trotz des Impffortschrittes zwischen der Zahl der Neuinfektionen innerhalb von sieben Tagen je 100 000 Einwohnern und der Krankenhausbelegung?

SV **Prof. Dr. Gernot Marx** (Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin e. V. (DIVI)): Im Moment sind in intensivmedizinischer Behandlung auf deutschen Intensivstationen 1 068 Patientinnen und Patienten, davon sind invasiv beatmet 522, das sind 49 Prozent. Man muss sagen, dass wir in den letzten vier Wochen eine deutliche Steigerung beobachten mussten. Das heißt, wir waren Anfang des Monats August noch weit unter 400 Patienten und haben jetzt eine Faktor 2,5-Steigerung, was wir mit großer Sorge betrachten. Bezüglich der Neuinfektionen und der 7-Tage-Inzidenz: Wir befürworten als DIVI die Hospitalisierungsrate und begrüßen die Änderungsvorschläge der CDU/CSU- und SPD-Fraktionen. Allerdings geben wir zu bedenken, dass insbesondere die Inzidenz der Altersgruppe 35plus eine sehr gute Korrelation mit etwa für die Intensivbelegungshäufigkeit zeigt, weil wir durch die Impfung das Altersspektrum der Infektionen in die der unter 35-Jährigen geschoben haben. Also, die Inzidenz der Altersgruppe über 35 korreliert nach wie vor gut, sogar sehr gut mit der Aufnahme auf den Intensivstationen mit etwa elf Tagen Vorhersagekraft. Von daher ist es auch wichtig, nach wie vor die 7-Tage-Inzidenz nach Altersgruppen mit zu berücksichtigen. Wir wären außerdem dafür, den Anteil der COVID-19-Intensivpatienten in Bezug auf die



Gesamtkapazität zu betrachten, weil das der Indikator dafür ist, an welchem Zeitpunkt wir durch eine vermehrte COVID-19-Patientenversorgung den Regelbetrieb einschränken müssen.

Abg. **Susanne Wetterich** (CDU/CSU): Meine Frage richtet sich an ESV Dr. Ziemons. Sie haben vorhin schon geschildert, wie sich bei Ihnen in einem Ballungsgebiet die Entwicklung gestaltet hat und den Änderungsantrag unter diesem Aspekt auch befürwortet. Können Sie auch eine Aussage machen, ob Ihrer Meinung nach dieser Antrag dafür geeignet ist, ein regional unterschiedliches System aufzubauen und das entsprechend umzusetzen, sowohl in Ballungszentren mit guter oder mit dichter Krankenhausversorgung als auch in Regionen, in denen das aufgrund dünnerer Bevölkerungslage anders ist.

ESV **Dr. Michael Ziemons**: Ja, ich halte das für sehr geeignet insbesondere weil der Änderungsvorschlag auch eine Erfassung der hospitalisierten Personen nach Wohnort vorsieht und nicht nach Behandlungsort. Das wäre für uns zum Beispiel sehr schlecht, wenn der Behandlungsort gelten würde und nicht der Wohnort. Denn, wie ich das schon sagte, die Organisation der Krankenhäuser untereinander ist regional aufgestellt. Wir haben ein Kleeblattsystem etabliert, zum Beispiel, wo sich Krankenhäuser untereinander abstimmen. Diese Versorgungssituation ist regional unterschiedlich, ist von Bundesland zu Bundesland unterschiedlich. Deswegen ist es gut, dass in dem Änderungsantrag die Verantwortung den Ländern übertragen wird und dass die Länder die Möglichkeit haben, dies den Landesgesundheitsbehörden oder den nachgeordneten Institutionen zu übertragen. Das hilft uns sehr und gibt uns gleichzeitig natürlich eine Erkenntnis darüber, wie viele Personen aus einer Region hospitalisiert werden aufgrund von COVID-19. Das ist eine gute Lösung.

Abg. **Sabine Dittmar** (SPD): Meine Frage geht an ESV Prof. Dr. Karagiannidis. Das Infektionsgeschehen spielt sich mit dem Impffortschritt zunehmend vor allem in jüngeren Altersgruppen ab. Die akuten COVID-19-Krankheitsverläufe werden vom RKI für diese jüngeren Altersgruppen als überwiegend mild beschrieben. Aber ein milder Krankheitsverlauf ist

nicht entscheidend für die Entwicklung von COVID-19-Langzeitfolgen. Für Deutschland ist es bislang weitgehend unbekannt, wie viele Patientinnen und Patienten in Folge ihrer COVID-19-Erkrankung an Spät- und Langzeitfolgen leiden. Wie kann aus Ihrer Sicht die Datenlage zu den Langzeitfolgen einer COVID-19-Infektion in Deutschland schnellstmöglich verbessert werden? Was halten Sie von der Ausweitung der Meldepflicht für Post-COVID-Zustände?

ESV **Prof. Dr. Christian Karagiannidis**: Ich glaube, wir müssten die Datenlage dringend verbessern. Wir haben zusammen mit der AOK die stationären Fälle und den 6-Monatsverlauf bei über 10 000 Patienten angeguckt und haben zumindest auf dieser Ebene die Möglichkeit, nachzuschauen, was aus den COVID-Patienten geworden ist. Ich will Ihnen nur eine Zahl nennen: Ungefähr 25 Prozent der aus den Krankenhaus entlassenen Patienten sind innerhalb der nächsten sechs Monate noch einmal stationär aufgenommen worden. Das heißt, wir haben im deutschen Gesundheitswesen schon einige Strukturdaten, die wir verwenden können. Die beschränken sich im Moment aber größtenteils auf den stationären Sektor. Was wir aus meiner Sicht ganz dringend brauchen, ist, dass wir eine Erfassung im ambulanten Bereich haben, das betrifft insbesondere auch die niedergelassenen Kollegen, dass wir schnellstmöglich eine Ziffer einführen, damit Long COVID wirklich kodiert ist, weil das haben wir im Moment nicht, weder im stationären Sektor, noch im ambulanten Bereich. Ich halte es auch für zwingend notwendig, dass wir zusätzlich zu der Ziffer die Symptome der Patienten mit erfassen, weil das Spektrum der Long COVID-Erkrankung unglaublich breit ist, von schweren Verläufen zu ganz leichten Verläufen. Die Graduierung werden wir nur hinbekommen, wenn wir diese Ziffer Long COVID koppeln mit den Symptomen, die die Patienten wirklich haben. Dann bräuchten wir die Möglichkeit, aus wissenschaftlicher Sicht diese Daten zu analysieren. Wir haben diese Möglichkeit über das Statistische Bundesamt für die stationären Daten und wir haben die Möglichkeit, mit den Krankenkassen zusammen anzugucken. Wir haben aber im Moment keine Möglichkeit, im ambulanten Sektor aus wissenschaftlicher Sicht zu schauen, was mit diesen Daten passiert. Deswegen wäre es



günstig, wenn wir zum Beispiel über das Zentralinstitut der Kassenärztlichen Vereinigung solche Daten schnellstmöglich erheben und zur Verfügung gestellt bekommen.

Abg. **Dr. Johannes Fechner** (SPD): Ich hätte eine Frage an die ESVe Dr. Kießling. Mir geht es darum: Wenn der Deutsche Bundestag zum Ergebnis kommen sollte, dass keine Gefährdungslage mehr vorliegt, also die epidemische Lage aufgehoben werden kann, und sich dann in einzelnen Bundesländern doch Infektionsgeschehen zeigt, sind dann aus Ihrer Sicht nach der heutigen Regelung insbesondere in § 28a Abs. 7 IfSG moderate Maßnahmen wie Maskenpflicht oder Abstandsgebot noch möglich oder müssten wir, um den Ländern diese moderaten Maßnahmen zu ermöglichen, eine Gesetzesänderung im Abs. 7 oder wo auch immer vornehmen?

ESVe **Dr. Andrea Kießling**: Wenn der Deutsche Bundestag die epidemische Lage nicht mehr verlängert, dann stellt sich für die Bundesländer die Frage, was können sie machen? Was sie auf jeden Fall nicht machen können, ist die Generalklausel des § 28 Abs. 1 IfSG wieder heranzuziehen. Die auch moderaten Maßnahmen wie Maskenpflicht, Abstandsgebote, Kontaktdatenerfassung wurden alle an die Feststellung der epidemischen Lage durch den Bundestag gekoppelt. § 28a Abs. 7, den gibt es schon und der soll jetzt geändert werden, aber in der jetzigen Fassung regelt er genau den Fall, dass die epidemische Lage sich bundesweit nicht mehr oder weniger einheitlich darstellt, sondern wenn jetzt zum Beispiel Norddeutschland nur noch endemisch ist, aber in Süddeutschland hätten wir noch Fälle, dann könnten die Länder dort die epidemische Lage von landesweiter Tragweite feststellen. Das sieht jetzt § 28 Abs. 7 vor und sie könnten dann diese moderaten Maßnahmen, aber eigentlich sogar alle die in § 28a Abs. 1 stehen, ergreifen. Aber § 28a Abs. 7 setzt nach geltendem Recht voraus, dass wir wirklich diese unterschiedliche epidemische Lage haben, also das wir das nicht bundesweit weiterhin einheitlich haben. Jetzt möchte man das so ändern, dass wenn sich das dann bundesweit alles immer noch gleich darstellt und der Bundestag die epidemische Lage aber nicht feststellt, dass dann die Bundesländer die epidemische

Lage von landesweiter Tragweite feststellen könnten. Dann hätten wir 16 Landesfeststellungen und dann wären die Länder immer noch handlungsfähig.

Abg. **Sabine Dittmar** (SPD): Meine Frage geht an den Deutschen Landkreistag. Das Infektionsgeschehen nimmt leider wieder zu. Bitte schildern Sie uns die aktuelle Situation des Öffentlichen Gesundheitsdienstes? Bewerten Sie vor diesen Hintergrund die Neuregelung von § 28a IfSG hinsichtlich der dort neu aufgenommenen Indikatoren zur Pandemiebewältigung.

SV **Dr. Klaus Ritgen** (Deutscher Landkreistag): In der Tat, das Infektionsgeschehen nimmt wieder an Fahrt auf und das merken wir dann in den Gesundheitsämtern, insbesondere was die Frage der Kontaktnachverfolgung angeht. Dazu haben wir schon Vorschläge unterbreitet die dahin gehen, das System der Kontaktnachverfolgung zu ändern und uns insbesondere auf die Personen zu konzentrieren, die wirklich eines Schutzes bedürfen. Das würden wir hier an dieser Stelle nochmal betonen wollen. Was die konkreten Änderungen des § 28a angehen, so haben wir zu dem uns zunächst nur vorliegenden Entwurf der Formulierungshilfe des BMG recht kritisch Stellung genommen. Diese Formulierungshilfe, dieser Entwurf hatte nur auf die Hospitalisierungsrate abgestellt, das wäre uns zu wenig gewesen. Mit den jetzt vorliegenden Änderungsanträgen sind wir einverstanden, weil sie das Infektionsgeschehen deutlich realistischer abbilden und weil sie insbesondere eine sehr regionale Betrachtungsweise zulassen.

Abg. **Sabine Dittmar** (SPD): Meine Frage geht an den ESV Prof. Dr. Karagiannidis. Künftig soll es den Ländern möglich sein auch die Zahl stationärer Aufnahmen von COVID-19 Patienten je 1 000 Einwohner innerhalb von sieben Tagen täglich altersgruppenspezifisch zu betrachten. Wie bewerten Sie diesen Vorschlag mit Blick auf die steigenden Melde- und Erkrankungszahlen bei Kindern?

ESV **Prof. Dr. Christian Karagiannidis**: Wir haben jetzt nochmal, Stand gestern, nachgeguckt, dass wir bei den Kindern und sagen wir mal in der Alters-



gruppe unter 35 Jahren weiterhin wirklich ganz wenige Patienten haben, die wirklich so schwer erkranken, dass sie auf die Intensivstation kommen. Wir haben aus Amerika immer wieder die Meldung gehört, in den letzten Wochen, dass ganz viele Kinderintensivbetten belegt worden sind. Diesen Trend sehen wir im Moment in Deutschland nicht. Ich glaube es ist extrem sinnvoll, dass wir eine altersspezifische Meldung machen und ich würde diese Meldung auch noch ergänzen um den Impfstatus der Patienten, weil es uns viel dazu sagt, wie sich die Impfung entwickelt und wir dann nochmal einen besseren Überblick darüber haben woran es liegt, dass die Patienten hospitalisiert werden. Ich würde die Hospitalisierungsrate aber nie isoliert betrachten. Die Hospitalisierungsrate hat ein bisschen das Problem, dass wir mit der Bemessung etwas Schwierigkeiten haben, weil wir weniger Erfahrungswerte haben als in der Intensivmedizin. Wir haben kaum Kapazitätsengpässe in Deutschland zu erwarten im allgemeinstationären Sektor, sodass ich dringend dafür plädiere, dass wir die Hospitalisierung immer zusammen sehen mit der Intensivbelegung. Das Beste, was man da noch machen könnte, ist einen Quotienten zu bilden. Wie viele hospitalisierte Patienten landen auf der Intensivstation? Da war es in der ersten Welle so, da hatten wir circa 25 Prozent und in der zweiten Welle sind wir minimal auf elf Prozent runtergegangen, in der dritten Welle auf ungefähr 20 Prozent wieder hochgegangen. Wir würden mit der Delta-Variante jetzt erwarten, dass wir auch wieder eine Intensivpflichtigkeit von um die 20 Prozent erwarten bei den Patienten.

Abg. **Sabine Dittmar** (SPD): Meine Frage geht an die DKG. Wie bewerten Sie die Neufassung von § 28a, die neu aufgenommenen Indikatoren für die Pandemiebewältigung, vor dem Hintergrund des verfolgten Ziels, die Überlastung der Krankenhäuser zu vermeiden?

SV **Dr. Gerald Gaß** (Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG)): Wir unterstützen die Neufassung, die jetzt die Hospitalisierung in den Krankenhäusern sehr viel stärker in den Blick nimmt. Wir weisen aber darauf hin, dass es nicht allein und ausschließlich nur die Hospitalisierung, also die Neuaufnahmen im Krankenhaus sein sollten, sondern

auch wir empfehlen ähnlich wie die DIVI, drei Felder zu betrachten. Nämlich weiterhin auch den Blick auf die Neuinfektionen zu behalten, ihn zu ergänzen um die Neuaufnahmen, die Hospitalisierungsinzidenz wie es heißt. Der dritte Blick ist notwendig, der auf den absoluten Engpassfaktor, und dies sind die Intensivkapazitäten, die Intensivbelegung. Wenn man diese drei Aspekte betrachtet, hat man eine Art Phasenmodell, zeitlichen Ablauf von der Infektion über die Krankenhausaufnahme bis zu den Infektionsintensivbehandlungen und kann daraus erkennen, ob sich durch die weitere Durchimpfung der Bevölkerung eine weitere Verbesserung der Situation ergibt, dass also bei hoher oder steigender Inzidenz nach wie vor oder in der Perspektive weniger Patienten ins Krankenhaus und dann weniger schwierige Verläufe auftreten. In diesem Dreiklang lässt sich die Dynamik der Lage dann abbilden. Insofern ja, wir unterstützen das sehr. Wir begrüßen sehr diese Neufassung und empfehlen diesen Dreiklang, wir empfehlen auch eine intensive Abstimmung zwischen Bund und Ländern über diesen Dreiklang, weil es gut wäre wenn überall mit gleichem Blick vorgegangen wird.

Abg. **Detlev Spangenberg** (AfD): Meine Frage geht an ESV Prof. Dr. Wollenschläger. Zurzeit wird die 3G-Regelung diskutiert. Viele empfinden das als sehr großen Druck und als Zweiklassengesellschaft. Wir haben natürlich durch die Impfungen einen großen Fortschritt gemacht, gleichzeitig gibt es auch Meldungen, dass Menschen durch die Impfung zu Tode gekommen beziehungsweise schwer erkrankt sind. Wie stellt sich da die Staatshaftung dar, wenn praktisch der Druck durch die Regierung so ausgeübt wird, dass es zu den Todesfällen beziehungsweise schweren Krankheitssymptomen kommt? Denn man kann sagen: Jeder stirbt für sich allein. Das muss jeder für sich allein entscheiden. Wir haben weiterhin das Testen ohne Symptome bei dieser 3G-Regelung und da gibt es die medizinische Meinung, dass das Testen ohne Symptome keinen Sinn ergibt, außerdem ist es gesundheitlich auch problematisch, da es ein Eingriff ist und teilweise sehr unangenehm. Es hat eine Langzeitwirkung und wenn man das jeden Tag machen müsste, gäbe es große Probleme. Des Weiteren hatten Sie es vorhin zu kurz abgehandelt, arbeitsrechtlich. Wie sehen Sie das auch unter dem gesellschaftspolitischen Aspekt, dass Arbeit auch Teilhabe am öffent-



lichen Leben ist, wenn ein Arbeitgeber diese Maßnahmen durchsetzt Bezahlung/Freistellung? Können Sie was dazu sagen? Wie sehen Sie es generell aus verfassungsrechtlicher Sicht, dass wir dadurch wirklich eine Zweiklassengesellschaft, zumindest die Gefahr besteht, bekommen?

ESV Prof. Dr. Ferdinand Wollenschläger: Letztlich stellt sich bei allen Differenzierungen die Sie angesprochen haben die Frage, ob diese Maßnahmen und auch die Differenzierungen, die damit einhergehen, sei es im Bereich der Getesteten oder sei es im Bereich der Impfungen, durch einen hinreichenden Sachgrund gerechtfertigt werden können. Das wäre im Einzelnen herunter zu brechen. Was den von Ihnen angesprochenen Impfpflicht betrifft ist natürlich festzuhalten, dass der so nicht existiert, dass es keinen Impfpflicht gibt, dass allerdings die 3G-Regelung, die Sie angesprochen haben, mit Blick auf das Infektionsgeschehen gerechtfertigt werden kann. Was sie staatshaftungsrechtlichen Fragen angeht im Bereich der Impfung, muss ich gestehen, da habe ich mich jetzt nicht drauf vorbereitet, da möchte ich mich jetzt auch nicht abschließend festlegen. Ich möchte allerdings darauf hinweisen, dass die Impfstoffe einer entsprechenden arzneimittelrechtlichen Regulierung unterliegen, die den angesprochenen Risiken entgegenwirken soll.

Abg. Ulrich Oehme (AfD): Meine Frage richtet sich an die KBV. Sie sagten in einem Podcast, dass die Inzidenzen allein nie der geeignete Indikator für die Beurteilung der Schwere der Pandemie gewesen sei, und auch, dass die Belegung der Intensivstationen als Indikator zu kurz gedacht sei. In diesem Zusammenhang sprechen Sie vielmehr Indikatoren an, wie den regionalen Impfstatus oder das Alter und Vorerkrankungen von Patienten. Können Sie uns dazu nochmal Ausführungen geben?

SV Dr. Andreas Gassen (Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV)): Zum Thema Inzidenzen haben wir unverändert die Auffassung, dass die Inzidenz alleine tatsächlich als Parameter nicht ausreicht. Sie gibt ein gewisses Grundrauschen der Pandemie wieder. Wir dürfen aber auch nicht völlig vergessen, auch die Indikation zum Testen hat sich in den letzten Monaten geändert. Wir haben zunächst

nur symptomatische Patienten getestet, dann wurde durch die Bürgertests eine völlig unselektierte Testung durchgeführt. Insofern glaube ich, ist es richtig, dass man weitere Parameter einbezieht. Die Intensivbelegung an sich wäre uns in dem Punkt deshalb zu wenig, weil sie den Endpunkt darstellt. Wenn wir erstmal bei der Intensivbelegung angekommen sind, hat man einen großen blinden Fleck. Das ist, glaube ich, in der jetzigen Abfassung auch schon angegangen worden. Wir würden uns zugegebenermaßen das noch etwas differenzierter wünschen. Warum? Wir haben es vorhin gehört. Allein der Impfstatus, und der ist zum Beispiel in der USA sehr stark regional geprägt, hat direkte Auswirkung auf die Zahl der Intensivbetten. Ich glaube, die Regionalität ist extrem wichtig, Altersdurchschnitte, wer wird krank? Auch die Kinder, die positiv getestet werden, haben dankenswerter Weise viel seltenere Verläufe. Ein sehr viel differenzierteres Beurteilen der Lage ist aufwendiger, keine Frage. Das ist aber wesentlich besser geeignet als einen Wert zu nehmen, der gerade jetzt bei den Bürgertests in Bezug auf die Inzidenz eher bei einer gewissen Zufallskomik liegt. Ich glaube, der jetzige Änderungsantrag bildet das deutlich besser ab. Wir sind heilfroh, dass das endlich kommt. Ich würde mir allerdings in dem einen oder anderen Bereich tatsächlich noch eine weitere Differenzierung wünschen.

Abg. Detlef Spangenberg (AfD): Meine Frage geht ebenfalls an die KBV. Sie ist ähnlich meiner Frage an Prof. Dr. Wollenschläger von vorhin. Es geht nochmal um die 3G-Regelung, welche auch auf die Fernzüge eventuell ausgeweitet werden. Das heißt die Menschen kommen also nicht mehr zu ihren Arbeitsstellen. Das würde theoretisch auch für den Bundestagsabgeordneten zutreffen, die meist mit Fernzügen kommen. Wie sehen Sie die psychologischen Wirkungen so einer Maßnahme? Sind die zu unterschätzen, kann man die vernachlässigen oder sehen Sie da echte Bedenken? Zweitens, was halten Sie davon, dass so auch offensichtlich Gesunde dadurch getestet werden und dadurch gesundheitliche Einschränkungen in Kauf nehmen müssen?

SV Dr. Andreas Gassen (Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV)): Ich tue mich jetzt schwer, das psychologisch zu beurteilen, da ich kein Psychologe oder Psychiater bin. Grundsätzlich habe ich



die 3-G-Regel deshalb als problematisch empfunden, weil ich sie schlicht als schwierig praktikabel erachte. Ich kann mir nicht vorstellen, wie Sie morgens im Berufsverkehr bei zigtausenden Pendlern den Impfstatus prüfen sollen. Als ich das letzte Mal Zug gefahren bin, wurde die Fahrkarte im Zug kontrolliert, dann sitzen die Menschen also da. Das glaube ich, ist schwierig. Verfassungsrechtlich kann und werde ich nichts sagen. Grundsätzlich muss man natürlich festhalten, es ist ein höheres Maß an Sicherheit, dass sich keine Infizierten in einem Kollektiv befinden, wenn ich Impfnachweise, Genesenen-Status oder einen negativen Test habe. Es ist irgendwann die Frage, ob es einfach praktikabel ist? Da habe ich bei vielen der Vorschläge einfach meine Zweifel, weil sie meines Erachtens mit der Lebensrealität kaum in Deckung zu bringen sind.

Abg. **Detlef Spangenberg** (AfD): Ich hatte noch gefragt: Was halten Sie vom Testen gesunder Personen, also die keine Symptome haben?

SV **Dr. Andreas Gassen** (Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV)): Das kann man sicher so pauschaliert nicht sagen. Wir wissen, dass gerade bei COVID-Infektionen, Corona-Infektionen ein Großteil der Patienten häufig asymptomatisch oder mit sehr milden Symptomen sind. Insofern kann es durchaus auch in gewissen Settings Sinn machen, auch klinisch unauffällige Menschen zu testen, weil sie eben auch, wenn sie klinisch unauffällig sind, durchaus in der Lage sind, andere anzustecken. Das muss man einfach so sehen. Das ist lästig, und da muss man immer die Praktikabilität im Auge haben, aber natürlich ist es unstrittig, dass es mit Testen an klinisch Unauffälligen zu Infektionen kommen kann.

Abg. **Christine Aschenberg-Dugnus** (FDP): Meine erste Frage geht an den ESV Prof. Dr. Wißmann. Der Wegfall der ausschließlichen Betrachtung der Inzidenz war aus unserer Sicht längst überfällig. Wir haben das als FDP-Bundestagsfraktion hier auch sehr lange und bis heute gefordert. Nun sollen mehrere Faktoren einbezogen werden. Ist das in der vorliegenden Form ein rechtlich geeigneter Regelungsansatz? Ist es zielführend, dass die Bundesländer nunmehr selbst den Schwellenwert durch Rechtsverordnung festlegen können?

ESV **Prof. Dr. Hinnerk Wißmann**: Es ist natürlich zu begrüßen, dass der Änderungsantrag Abschied von der Gesamtinzidenz nimmt. Verfassungsrechtlich ist das aus meiner Sicht auch geboten und auch keine Frage freihändiger Politikgestaltung. Mit dem allgemeinen Impfangebot haben wir einen verfassungsrechtlichen Kippunkt erreicht und mindestens ab da ist Eigenverantwortung der Bürger auch verfassungsrechtlich eine Maxime, die zu beachten ist. Gegen den Entwurf, wie wir ihn jetzt sehen, sind allerdings schwere Bedenken anzumelden, denn er führt im doppelten Sinne eigentlich in eine Entparlamentarisierung, die der Bundestag in den letzten Monaten mühsam vermeiden wollte. Das gilt für das Verfahren wie für die Sachregelung. Das Verfahren ist, mit Verlaub, im Grunde wieder im Panikmodus. Wir entscheiden hier über Grundfragen unseres Zusammenlebens und lange bekannte Sachfragen in einer Art, wie sich das kein Gemeinderat und kein Firmengremium leisten könnte. Gestern Nachmittag wird die Hospitalisierungsinzidenz mal eben um weitere Kriterien erweitert, die Sachverständigen der verschiedenen Fächer schmeißen sich hier heute Morgen rein, wir lernen alle sehr viel, vielleicht wird es dann so gemacht wie Herr Prof. Dr. Wollenschläger es heute Nacht aufgeschrieben hat. Ich bitte zur Kenntnis zu nehmen: Der Bundestag muss sich fragen lassen, ob er mit dieser Art von Gesetzgebung selber zufrieden sein kann und sich auch in diese Abläufe schickt, wie sie die BReg hier durch Zeitvorgaben macht. In der Sache liegt ein Paradigmenwechsel vor. Der ist eben bisher, das wurde nun schon mehrfach gesagt, nicht zu Ende gedacht. Das Verhältnis der Parameter zueinander ist überhaupt nicht bestimmt. Es gibt keine materielle Grenzziehung mehr. Das war das Ergebnis der Parlamentarisierung des letzten Jahres, dass der Bundestag Vorgaben machte, in welchen Zuständen denn welche Maßnahmen möglich sind. Das wird jetzt völlig wieder auf die Exekutive übertragen, und zwar in einer Art, dass 16 Bundesländer das in 16 verschiedenen Arten gestalten können. Das erscheint mir, vorsichtig gesprochen, nicht überzeugend.

Abg. **Christine Aschenberg-Dugnus** (FDP): Die Frage geht an die KBV. Bei der zukünftigen Entscheidung soll hier ausschließlich der stationäre Sektor betrachtet werden, nicht aber der ambulante. Wie bewerten Sie das?



SV Dr. Andreas Gassen (Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV)): Sie haben ein wichtiges Thema angesprochen. Wir haben es vorhin bei einigen Sachverständigen auch schon rausgehört. So wichtig die Belegung der Intensivstationen als wichtiger Parameter ist, so sehr liegt sie am Ende der Strecke. Wir wissen, der Großteil der Corona-Patienten, jetzt unter dem veränderten Impfstatus ohnehin, landet natürlich in der niedergelassenen Versorgung. Das haben wir auch schon in der ersten Welle gesehen. Insofern macht es hier Sinn, eine Rückkoppelung zu machen. Die muss, genau wie alle anderen Parameter, altersgruppensortiert, impfstatusorientiert und regional erfolgen, weil ansonsten eine echte Bewertung kaum möglich ist.

Abg. Prof. Dr. Andrew Ullmann (FDP): Meine Frage richtet sich auch an die KBV. Die FDP-Fraktion hat bereits im April 2021 einen konkreten Änderungsantrag gestellt. Darin ging es darum, einen Kriterien-Mix, zum Beispiel ein Ampelsystem, anstatt eine alleinige Bezugnahme auf die Infektionsinzidenz zu nehmen. Wann wäre es Ihrer Ansicht nach gewesen, dass wir uns eigentlich hätten schon längst von dieser Infektionsinzidenzzahl verabschieden können?

SV Dr. Andreas Gassen (Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV)): Ich glaube spätestens mit dem Einsetzen der Impfkampagne für die breite Bevölkerung, nachdem die ganz harten Priorisierung weg war, hätte man das tun sollen. Wir haben das bereits im letzten Jahr angemahnt, weil tatsächlich durch die Vorgaben der Testungen natürlich die Inzidenz, die, wenn man einmal ehrlich ist, keine echte Inzidenz ist, sondern die testpositiven Zahlen, weil mittlerweile die Kollektive, die getestet werden, immer andere sind, als alleiniger Parameter nicht ausreichend gewesen ist. Insofern hätte man das vor einigen Monaten bereits tun können. Ich würde fast sagen, tun müssen.

Abg. Prof. Dr. Andrew Ullmann (FDP): Die Frage geht an den ESV Prof. Dr. Wißmann. Erneut hängt die Norm von der epidemischen Lage von nationaler Tragweite ab. Ist dieser Umstand nach einer solch langen Zeit der Pandemie eigentlich noch zu rechtfertigen?

ESV Prof. Dr. Hinnerk Wißmann: Das weist natürlich noch einmal das Grunddilemma in verfassungsrechtlicher Hinsicht hin. Wir haben uns angewöhnt, dass es so praktisch ist, die Grundvermutung für die Freiheit aufzuheben. So ist das auch mehr oder weniger offen von der Bundestagsmehrheit im Sommer kommuniziert worden, dass man sich auf Vorrat die epidemische Lage vorbehält. Man hat damit gleichzeitig versäumt, differenzierte Regeln für differenzierte Lagen gesetzlich vorzusehen. Das ist weiterhin sozusagen ein offenes Meer. Es kann heute hü, morgen hott und nach der Wahl vielleicht wieder hü sein. Das ist äußerst unbefriedigend.

Abg. Kathrin Vogler (DIE LINKE.): Meine erste Frage richtet sich an den ESV Dr. Dr. Stürmer. Sie haben einmal gesagt, eine hohe Gesamtinzidenz würde die Entstehung weiterer gegebenenfalls auch impfresistenter Virusvarianten fördern. Können Sie das bitte kurz erläutern? Wie bewerten Sie vor diesem Hintergrund die Streichung des vorrangigen Ziels niedriger Inzidenzen aus § 28 IfSG?

ESV Dr. Dr. Martin Stürmer: Es ist so, dass wir die Virusdynamik in den letzten Monaten sehr intensiv beobachten konnten, mit der Selektion der Alpha-Variante und dann mit der Delta-Variante, die sich sehr beeindruckend in der Kürze der Zeit durchgesetzt hat. Bis dato ist es noch nicht vorgekommen, dass wir eine wirklich impfresistente Variante gesehen haben, weder in Hochimpfländern wie Israel oder in Großbritannien, wo doch sehr freizügig mit der Infektion umgegangen worden ist, noch in Deutschland, was aber nicht heißt, dass diese Variante nicht trotzdem über kurz oder lang auftreten kann. Unter diesem Aspekt ist es gerade in unserer jetzigen Situation, wo wir über ein Drittel der Bevölkerung noch nicht vollständig geimpft haben, meiner Meinung nach nicht gut, wenn wir ein zu hohes Infektionsgeschehen zulassen, weil diese Variantenselektion letztendlich nie ausgeschlossen werden kann.

Abg. Kathrin Vogler (DIE LINKE.): Meine zweite Frage geht an die ESV Dr. Fix. Von Ihnen möchte ich wissen, ob das explizit genannte Ziel des Schutzes von Leben und Gesundheit mit der Neuregelung im Änderungsantrag der Koalitionsfraktionen hinreichend umgesetzt wird?



ESVe **Dr. Elisabeth Fix**: § 28a Abs. 3 Satz 1 nennt zwei Ziele, nämlich die Überlastung des Gesundheitssystems und den Schutz von Leben und Gesundheit. Dem wird tatsächlich mit der Neufassung des § 28a Abs. 3 nicht hinreichend Rechnung getragen, weil allein die Konzentration auf die Hospitalisierungsrate außer Acht lässt, dass wir zum Beispiel bestimmte Gruppen haben, die überhaupt nicht geimpft werden können, wie die Kinder unter 12 Jahren oder bestimmte Personen die Kontraindikationen haben. Sie lässt außer Acht, dass wir auch außerhalb von Krankenhauseinweisungen Long COVID-Fälle haben. Sie lässt außer Acht, dass wir Impfdurchbrüche haben bei Patienten, beispielsweise mit Vorerkrankungen wie Krebserkrankungen, aber auch bei vulnerablen Gruppen. Und sie lässt außer Acht, das wurde von Herrn Dr. Gassen zum Beispiel schon ausgeführt, dass der ambulante Sektor zentral in den Blick geraten muss. Deswegen sehe ich auch in einem Mix von Indikatoren, die alle verpflichtend, also obligatorisch abgebildet werden müssen in § 28a Absatz 3. Diese müssen bestehen aus altersgruppenspezifischen und risikogruppenspezifischen Inzidenzen, aus der regionalen Impfquote, möglichst hintereinander in Beziehung gesetzt, und den Intensivbettenkapazitäten und müssten um einen wesentlichen Punkt ergänzt werden, was bisher in § 28a Abs. 3 abgebildet war, der Reproduktionsrate und vor allem auch die Anzahl der Long COVID-Fälle. Nur so können wir präventiv agieren und es insbesondere mit Blick auf die vulnerablen Gruppen nicht dahin kommen lassen, dass die Spitze des Eisbergs erreicht wird, nämlich Hospitalisierung.

Abg. **Kathrin Vogler** (DIE LINKE.): Die nächste Frage geht wieder an den ESV Dr. Dr. Stürmer. Vor dem Hintergrund dessen, was Sie uns gerade ausgeführt haben: Was würden Sie denn empfehlen, woran sollte sich das Handeln von Bund und Ländern bezüglich der Entwicklung beziehungsweise der Eindämmung von SARS-CoV-2 und der Verhinderung der Entstehung neuer Virusvarianten orientieren?

ESV **Dr. Dr. Martin Stürmer**: Wir haben insgesamt den Tenor gehört. Worin wir uns alle einig sind, dass die Inzidenz als alleiniger Parameter nicht mehr maßgeblich die Bewertung darstellen sollte. Aber wir dürfen sie nicht außer Acht lassen. Das

heißt, ich würde mir wünschen, dass der Änderungsantrag insofern präzisiert wird, dass genannt wird, welche Parameter wirklich verbindlich aufgenommen werden. Dazu gehört für mich keine Soll-Formulierung oder eine Kann-Formulierung. Die Inzidenz und auch altersabhängige Parameter sowie die Impfquote gehören verbindlich in ein Regelwerk, das ich gern bundeseinheitlich vorgegeben sehe, das natürlich regional angepasst werden kann. Ich bin der Meinung, dass wir nur so wirklich effektiv und sinnvoll in dieser Pandemie weiterfortschreiten können, um auch den Schutz derjenigen zu gewährleisten, die sich bis dato eben nicht impfen lassen können. Wir haben in der Bevölkerung kein vollständiges Impfangebot für alle Mitbürgerinnen und Mitbürger.

Abg. **Dr. Janosch Dahmen** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Ich stelle eine Frage an den ESV Prof. Dr. Karagiannidis. Welche Indikatoren mit welchen konkreten Grenzwerten halten Sie für geeignet, um die Belastung des Gesundheitssystems adäquat abzubilden und zielgerichtete Maßnahmen zur Eindämmung des Infektionsgeschehens zu geben. Vielleicht können Sie, falls Sie der Meinung sind, noch einmal sagen, warum Inzidenzen dabei auch weiterhin eine wichtige Rolle spielen könnten?

ESV **Prof. Dr. Christian Karagiannidis**: Ich glaube, wir sind uns im Grundsatz einig, dass wir zumindest die drei Indikatoren Inzidenz, Hospitalisierungsrate, da ist wichtig, dass wir nur die Neuaufnahmen betrachten, und die Intensivbelegung in ein System bringen, das am besten einer Ampel ähnelt und das man auch gut mit der Bevölkerung kommunizieren kann. Wenn man auf die einzelnen Parameter eingeht, ist mir in den letzten Wochen zu sehr der Eindruck entstanden, dass Inzidenzen keine Rolle mehr spielen. Ich rate auch dringend davon ab, zwischen Inzidenzen und Intensivbelegungen das Wort „entkoppeln“ zu verwenden. Die Inzidenzen und Intensivbelegungen sind weiterhin linear aneinander gekoppelt. Es ist richtig, dass durch die hohe Impfquote im Vergleich zu den ersten drei Wellen die Schere weiter auseinander geht, bei der Angabe, wie viel Prozent der Patienten wirklich auf der Intensivstation landen. Das heißt, wir brauchen einen gewissen Umrechnungsfaktor. Dieser liegt im Moment im Vergleich zu den ersten drei Wellen irgendwo zwischen dem Faktor zwei



und drei und wird sich hoffentlich weiter steigern. Aber es bleibt dabei, dass die Inzidenzen ganz klar gekoppelt sind an die Intensivbelegung, und zwar auch linear. Deswegen sollten wir die Inzidenzen nicht zu sehr verteufeln. Dazu kommt, dass Inzidenz auch bedeutet, dass ein Mensch infiziert ist. Wenn wir das außer Acht lassen, dann lassen wir außer Acht, dass eine Krankheit entsteht in der Bevölkerung. Das heißt, die Inzidenzen bleiben wichtig. Neben der altersspezifischen – ich hatte vorhin gesagt, dass die über 35-Jährigen sehr stark das Geschehen in den Krankenhäusern abbilden – sollten wir in Zukunft auch eine spezifische Inzidenz für Ungeimpfte und Geimpfte ausweisen. Dann sehen wir sofort und auf einen Blick, wie sich die Infektionen in Abhängigkeit vom Impfgeschehen in der Bevölkerung verteilen. Die Hospitalisierungsrate: Wir haben aus den ersten drei Wellen Erfahrungswerte dazu, wie viel Neuaufnahmen wir in den Krankenhäusern ungefähr schaffen, weil auch hier wieder eine sehr starke Kopplung besteht an das, was auf den Intensivstationen passiert. Auf den Intensivstationen haben wir in den letzten Wellen gemerkt, wenn wir mehr als 15 Prozent der Patienten auf den Intensivstationen mit COVID haben, dass viele Krankenhäuser wieder aus der strukturierten Regelversorgung, das bedeutet Versorgung aller Patienten in Deutschland mit allen Erkrankungen, rausgehen müssen. Es müssen Operationen verschoben werden und die Krankenhäuser müssen wieder in einen Mechanismus verfallen, der sich streng auf die Notfallversorgung konzentriert und viele Patienten wieder außer Acht lässt und viele Operationen verschoben werden. Wir haben hier relativ viele Erfahrungswerte gewonnen. Was die Grenzwerte betrifft, ist es ganz wichtig zu wissen, was machen wir eigentlich an den Grenzwerten? Ich glaube man muss politisch schon jetzt festlegen, welche Maßnahmen planen wir, weil verschiedene Maßnahmen verschieden lange Bremswege haben. Wenn ich eine Maßnahme plane, die einen sehr langen Bremsweg hat, dann muss ich natürlich die Grenzwerte entsprechend niedrig setzen. Wenn ich Maßnahmen habe, die einen schnellen Bremsweg innerhalb von zwei bis vier Wochen haben, kann ich die Grenzwerte natürlich entsprechend hoch setzen. Deswegen ist es wirklich essenziell, dass wir jetzt einmal sagen und einmal definieren, was planen wir eigentlich, wenn alle in einem roten Bereich sind und welche Maßnahme kommt dann zum Tragen.

Abg. **Kordula Schulz-Asche** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Meine Frage richtet sich an die ESVe Dr. Kießling. Wie bewerten Sie den Vorschlag, der hier zum § 28a vorliegt und die enthaltenen Indikatoren zur Ableitung von Schutzmaßnahmen vor allem im Hinblick auf die Transparenz und Verständlichkeit für die Bevölkerung? Sehen Sie die Gefahr, dass kaum noch jemand weiß, welche Schutzmaßnahmen wo gelten und auf welcher Gefahrenabschätzung sie beruhen?

ESVe **Dr. Andrea Kießling**: Transparenz und Verständlichkeit oder Rechtssicherheit oder Vorhersehbarkeit, da ist die Frage: Wie kann man das im Gesetz schon selber sehen? Wir hatten bislang diese Schwellenwerte von 35 und 50. Hier wusste man, irgendwas passiert, dann werden Maßnahmen ergriffen, auch wenn nicht vollständig klar war, welche Maßnahmen. Das war auch ein Problem des § 28a Abs. 3. Dass man jetzt gar keine Grenzwerte in das Gesetz schreibt, das finde ich auch, so wie es Herr Prof. Dr. Wißmann sagte, ... Es ist sicherlich die Frage, ob man das wirklich machen will. Es ist nicht verfassungsrechtlich zwingend, dass sie drin stehen, aber sie sollten irgendwo geregelt sein. Hier stellt sich schon die Frage, warum man das nicht durch eine Bundesverordnung einheitlich vorgibt. Aber das Problem ist vor allem, dass noch nicht einmal vorgegeben ist, dass die Länder eine Verordnung machen müssen, in der die ganzen Grenzwerte und Kriterien in irgendeiner Form dargestellt werden. Sie müssen das nicht, es steht in ihrem Ermessen. Das heißt, die Länder könnten es auch lassen. Dann ist gar nicht klar, was überhaupt der Maßstab ist. Vorhersehbarkeit, Transparenz und so weiter sind natürlich auch eine Frage nicht nur des Maßstabs, sondern auch der Folgen. Was passiert, wenn ein Schwellenwert überschritten wird? Hier möchte ich mich meinem Vorredner anschließen, denn auch das sagt das Gesetz überhaupt nicht. Wir wissen überhaupt nicht, welche Maßnahmen sollen ergriffen werden, wenn irgendwelche Schwellenwerte überschritten werden. Die Norm sagt nur, wir verkoppeln irgendwie diese Kriterien in irgendeiner Weise und möglicherweise in einer Rechtsverordnung, vielleicht aber auch nicht. Es ist aber völlig unklar, was dann passiert. Ich finde die Norm zu unbestimmt. Ich frage mich, wie die Gerichte das nachher überprüfen sollen, was die Bundesländer in ihre Verordnungen schreiben. Wir haben dafür keine Kriterien im geplanten § 28a Abs. 3.



Der **Vorsitzende**: Wir sind am Ende unserer Anhörung angekommen. Ich darf mich bei allen ganz herzlich bedanken und wünsche einen schönen Tag und eine gute Woche.

Schluss der Sitzung: 10:45 Uhr

gez.
Erwin Rüdgel, MdB
Vorsitzender