



## Wortprotokoll der 14. Sitzung

### Ausschuss für Gesundheit

Berlin, den 14. März 2022, 11:00 Uhr  
als Kombination aus Präsenzsitzung  
(Paul-Löbe-Haus, Saal E 300) und  
Webex-Meeting

Vorsitz: Dr. Kirsten Kappert-Gonther, MdB

## Tagesordnung - Öffentliche Anhörung

### Tagesordnungspunkt 1

Seite 3

Gesetzentwurf der Fraktionen SPD, BÜNDNIS  
90/DIE GRÜNEN, FDP

### Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des Infekti- onsschutzgesetzes und anderer Vorschriften

**BT-Drucksache 20/958**

#### Federführend:

Ausschuss für Gesundheit

#### Mitberatend:

Ausschuss für Inneres und Heimat

Rechtsausschuss

Wirtschaftsausschuss

Ausschuss für Arbeit und Soziales

Ausschuss für Familie, Senioren, Frauen und Jugend

Verkehrsausschuss

Ausschuss für Menschenrechte und humanitäre Hilfe

Ausschuss für Tourismus

Haushaltsausschuss

#### Berichterstatter/in:

Abg. Heike Baehrens [SPD]

Abg. Tino Sorge [CDU/CSU]

Abg. Dr. Janosch Dahmen [BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN]

Abg. Christine Aschenberg-Dugnus [FDP]

Abg. Martin Sichert [AfD]

Abg. Kathrin Vogler [DIE LINKE.]



---

**Liste der Sachverständigen zur öffentlichen Anhörung  
„Infektionsschutzgesetz“**

Montag, 14. März 2022, 11:00 Uhr bis 12:30 Uhr

---

**Verbände/Institutionen**

- Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege e. V. (BAGFW)
- Bundesärztekammer (BÄK)
- Bundesverband der Ärztinnen und Ärzte des öffentlichen Gesundheitsdienstes e. V. (BVÖGD)
- Bundesverband der Kinder- und Jugendärzte e. V. (BVKJ)
- Bundesverband Deutscher Privatkliniken e. V. (BDPK)
- Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e. V. (bpa)
- Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände e. V. (BDA)
- Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände e. V. (ABDA)
- Deutscher Landkreistag
- Deutscher Städtetag
- Deutscher Städte- und Gemeindebund
- Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin e. V. (DEGAM)
- Deutsche Gesellschaft für Arbeitsmedizin und Umweltmedizin e. V. (DGAUM)
- Deutsche Gesellschaft für Infektiologie e. V. (DGI)
- Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin e. V. (DGKJ)
- Deutsche Gesellschaft Pädiatrische Infektiologie e. V. (DGPI)



- Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin e. V. (DIVI)
- Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V. (DKG)
- Deutscher Ethikrat
- Deutscher Gewerkschaftsbund (DGB)
- Deutscher Hausärzteverband e. V.
- Deutscher Hotel- und Gaststättenverband e. V. (DEHOGA)
- Gewerkschaft Erziehung und Wissenschaft (GEW)
- GKV-Spitzenverband
- Long COVID Deutschland (LCD)
- Medizinischer Fakultätentag e. V. (MFT)
- Verband der Privaten Krankenversicherungen e. V. (PKV)
- Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft ver.di

### **Einzelsachverständige**

- Prof. Dr. Melanie Brinkmann (Helmholtz-Zentrum für Infektionsforschung)
- Dr. Andrea Kießling (Ruhr-Universität Bochum)
- Tom Lausen (Lausen Media)
- Prof. Dr. Markus Scholz (Universität Leipzig)
- Prof. Dr. Hendrik Streeck (Institut für Virologie)
- Dr. Dr. Martin Stürmer (IMD Medizinisches Versorgungszentrum)
- Prof. Dr. Ferdinand Wollenschläger (Universität Augsburg)



**Beginn der Sitzung: 11:00 Uhr**

**Tagesordnungspunkt 1**

Gesetzentwurf der Fraktionen SPD, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN, FDP

**Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des Infektionsschutzgesetzes und anderer Vorschriften**

**BT-Drucksache 20/958**

Die **stellvertretende Vorsitzende**, Abg. **Dr. Kirstin Kappert-Gonther** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN):

Guten Tag, meine sehr verehrten Damen und Herren, liebe Zuschauerinnen und Zuschauer, meine sehr verehrten Sachverständigen, sehr geehrte Vertreterinnen und Vertreter der Bundesregierung, ich begrüße Sie sehr herzlich zur öffentlichen Anhörung des Ausschusses für Gesundheit, die heute wieder eine Mischung aus Präsenzsitzung und Online-Meeting mit den Sachverständigen ist. Vorab möchte ich die Sachverständigen und alle anderen Teilnehmerinnen und Teilnehmer, die per Webex zugeschaltet sind, bitten, sich mit Ihrem Namen anzumelden, sodass Ihre Teilnahme für uns erkennbar ist. Außerdem möchte ich Sie bitten, so wie wir es alle gut eingeübt haben, Ihre Mikrofone vorerst stummzuschalten. Zum weiteren Verfahren komme ich gleich zurück.

Beratungsgegenstand der heutigen Anhörung ist der Gesetzentwurf der Fraktionen SPD, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und FDP „Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des Infektionsschutzgesetzes und anderer Vorschriften, BT-Drucksache 19/958. Da unser Gesetzentwurf formal noch nicht vom Plenum des Deutschen Bundestages überwiesen wurde – das wird am Mittwoch der Fall sein – handelt es sich bei dieser Anhörung um eine Selbstbefassung. Ich darf Ihnen kurz die wesentlichen Inhalte des Gesetzentwurfs vorstellen. Mit Ablauf des 19. März 2022 endet die Geltungsdauer der Rechtsgrundlage für die meisten Schutzmaßnahmen zur Verhinderung der Verbreitung von COVID-19. Betroffen sind insbesondere die Regelungen in § 28a Absatz 7 bis 9 und § 28b des Infektionsschutzgesetzes (IfSG). Mit dem vorliegenden Gesetzentwurf sollen die Länder nach dem 19. März 2022 nur noch befugt sein, unabhängig vom lokalen Infektionsgeschehen ausgewählte niedrigschwellige Maßnahmen anordnen zu dürfen. Das sind die Verpflichtung zum Tragen einer Atemschutzmaske oder einer medizini-

schen Gesichtsmaske zum Schutz vulnerabler Personen sowie Testpflichten zum Schutz vulnerabler Personen in bestimmten Einrichtungen. Zudem bleibt bundesweit die Maskenpflicht im Luft- und Personenfernverkehr bestehen; sie kann jedoch von der Bundesregierung mit Zustimmung des Bundesrates im Lichte des Infektionsgeschehens ausgesetzt werden. Möglich bleiben weiterhin individuelle Maßnahmen in einem Betrieb oder einer Einrichtung sowie gegenüber Kranken, Krankheitsverdächtigen, Ansteckungsverdächtigen oder Ausscheidern. Kommt es lokal begrenzt zu einer bedrohlichen Infektionslage, einem sogenannten Hot Spot, was aufgrund einer gefährlicheren Virusvariante oder aufgrund einer drohenden Überlastung der Krankenhauskapazitäten wegen besonders vieler Neuinfektionen oder einem besonders starken Anstieg der Neuinfektionen der Fall sein kann, stehen erweiterte Schutzmaßnahmen für die betroffenen Gebietskörperschaften zur Verfügung wie etwa Maskenpflicht, Abstandsgebot und Hygienekonzepte. Voraussetzung ist aber, dass das Parlament des jeweiligen Landes das Bestehen der konkreten Gefahr einer sich dynamisch ausbreitenden Infektionslage und die Anwendbarkeit der erweiterten Schutzmaßnahmen festgestellt hat. Die auf diesen Regelungen beruhenden Maßnahmen müssen spätestens mit Ablauf des 23. September 2022 außer Kraft treten. Der Gesetzgeber wird dann – auf Basis der dann aktuellen Infektionslage und Erkenntnisse – neu bewerten, welche Maßnahmen im kommenden Herbst und Winter erforderlich sind. Für den Bereich der stationären Pflegeeinrichtungen soll das Impfquoten-Monitoring verstetigt werden. Die an verschiedenen Stellen auch im IfSG in Bezug genommenen Definitionen des Impf-, des Genesenen- und des Testnachweises sind bisher in § 2 der COVID-19-Schutzmaßnahmen-Ausnahmenverordnung (SchAusnahmV) und § 2 der Coronavirus-Einreiseverordnung (CoronaEinreiseV) geregelt. Sie verweisen weitgehend auf konkretisierende Internetveröffentlichungen des Paul-Ehrlich-Instituts und des Robert Koch-Instituts. Aufgrund der besonderen Bedeutung der Impf-, Genesenen- und Testnachweise sollen diese Begriffe im IfSG definiert werden. Die Bundesregierung darf durch Rechtsverordnung hiervon abweichende Regelungen treffen, muss aber ausreichende Übergangsfristen vorsehen, damit sich die Bürgerinnen und Bürger auf die neue Rechtslage einstellen können. Zur Rechts-



bereinigung wird außerdem die Coronavirus-Einreiseverordnung angepasst.

Soweit zum Inhalt des uns heute zur Beratung vorliegenden Gesetzentwurfs. Bevor wir anfangen, will ich kurz den Ablauf der Anhörung erklären. Die Anhörung dauert insgesamt 90 Minuten, die Zeit beginnt mit der ersten Frage. Diese 90 Minuten werden auf die Fraktionen entsprechend ihrer Stärke für Fragen und Antworten verteilt. Auf die SPD entfallen 25 Minuten, auf die CDU/CSU 24 Minuten, auf BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN 15 Minuten, auf die FDP 11 Minuten, auf die AfD 10 Minuten und auf die DIE LINKE. 5 Minuten Fragezeit. In dieser Reihenfolge werden wir die Frage-Antwort-Komplexe miteinander gut durchführen. Ich darf sowohl die Fragenden als auch die Sachverständigen bitten, sich möglichst kurz zu fassen. Nur so können viele Fragen gestellt und beantwortet werden. Die aufgerufenen Sachverständigen sollten vor der Beantwortung der Fragen daran denken, ihr Mikrofon und ihre Kamera freizuschalten und sich vor jeder Antwort mit Namen und Verband vorzustellen. Sobald Sie Ihren Redebeitrag beginnen, sind Sie für uns auf dem Videowürfel im Saal zu sehen und zu hören. Des Weiteren bitte ich alle im Saal Anwesenden, ihre Mobiltelefone auszuschalten. Ein Klingeln kostet fünf Euro für einen guten Zweck. Ich weise darauf hin, dass die Anhörung im Parlamentsfernsehen übertragen und das Wortprotokoll auf der Internetseite des Ausschusses veröffentlicht wird. Auf der Tribüne befinden sich Vertreterinnen und Vertreter der Presse. Ich danke denjenigen Sachverständigen, die eine schriftliche Stellungnahme eingereicht haben. Ansonsten darf ich noch mitteilen, dass ab heute mit der neuen Verfügung hier im Saal wieder 3G gilt. Dann können wir beginnen und die erste Frage stellt die Fraktion der SPD.

Abg. **Heike Baehrens** (SPD): Meine Frage richtet sich an die Einzelsachverständige Frau Prof. Dr. Brinkmann. Eine besondere Gefährdung im Rahmen der Pandemie geht von Menschenansammlungen gerade auch in öffentlichen Innenräumen aus. Sehen Sie uns auch im Lichte der jüngsten Kritik von Ministerpräsidenten, Patientenschützern und Intensivmedizinern mit der geplanten Regelung zu Hotspots adäquat präpariert? Bitte gehen Sie hier kurz auch auf die Frage einer Maskenpflicht in ambulanten Arztpraxen, Schulen oder beim Einkaufen ein.

ESVe **Prof. Dr. Melanie Brinkmann**: Ich richte kurz einen Blick auf die aktuelle Lage. Die sagt ganz klar, dass die 7-Tage-Inzidenz steigt. Das Gleiche gilt für die Zahl der Patienten auf Intensivstationen. Auch die Zahl der Todesfälle sowie die Hospitalisierungsraten steigen. Was nicht steigt ist die Rate der Impfungen in Deutschland. Zunehmend sehen wir sehr hohe Personalausfälle in den Kliniken, aber auch in anderen Bereichen des gesellschaftlichen Lebens. Von daher kann man ziemlich klar ableiten, dass diese Zahlen steigen werden, wenn es zu weiteren Lockerungen von Basisschutzmaßnahmen, wozu das Testen und das Maskentragen zählen würden, kommen wird. Es ist einfach sonnenklar, die werden steigen. Auch regional kann ich nicht ausschließen, dass es nicht erneut zu Überlastungen des Gesundheitssystems kommt. Ziel sollte sein, die Kontrolle über eine Infektionskrankheit zu behalten. Wenn man sich jetzt einmal vorstellt, dass gewisse soziale Netzwerke sich wieder mischen dadurch, dass wir weitere Öffnungen vornehmen, dass diese sozialen Netzwerke, die bislang nicht miteinander in Kontakt gekommen sind, in Kontakt kommen und das Virus weitertragen werden. Und ganz besonders gilt das natürlich für die Ungeimpften, die im Moment noch etwas abgekapselt waren, die werden jetzt vermehrt in dieses Infektionsgeschehen reingebracht. Was wir auch sehen, sind wieder vermehrt Ausbrüche in Altersheimen und auch in der ambulanten Pflege. In jeder Art von gesundheitlicher Versorgung, wo Menschen aufeinandertreffen, wird es zu Infektionen kommen, wenn wir so wichtige Maßnahmen einstellen, wie zum Beispiel das Maskentragen. Und was leider passieren kann ist, dass das Wachstum sich so dynamisch entwickelt, dass wir die Kontrolle noch einmal komplett verlieren. Ich kann nur davor warnen, dass wir es dazu kommen lassen, eindringlich davor warnen, denn die Vulnerablen können sich nicht hundertprozentig schützen, das ist unmöglich, selbst wenn ich Altenheime abschotte. Viele Menschen leben nicht in Altenheimen, sondern hängen stark davon ab, dass sie medizinisch in vielen anderen Bereichen, sei es durch Pflege, sei es in einer Arztpraxis, versorgt werden. Und damit ist die Antwort auf die Frage, brauchen wir die Maskenpflicht in solchen Bereichen, wie zum Beispiel einer Arztpraxis oder auch dem Rettungsdienst, ganz eindeutig ja, das brauchen wir weiterhin bei dem derzeitigen hohen Infektionsgeschehen. Es ist enorm hoch und die Dunkelziffer ist



deutlich höher als das, was wir gerade messen. Und ich bitte auch eines zu bedenken, viele sind gerade in der falschen Annahme, dass der Sommer entspannt wird, weil es zu einem saisonalen Effekt kommt. Ja, den gibt es, diesen saisonalen Effekt, den gab es und es gab auch entspannte Sommer, 2020, 2021, man muss aber bedenken, dass wir zu diesen Zeitpunkten strikte Maßnahmen implementiert hatten. Wenn wir die jetzt aufgeben, werden die Zahlen auch im Sommer, auch mit einem saisonalen Effekt, weiter steigen, und die Belastung wird kontinuierlich so hoch sein, wie sie jetzt ist, oder – und davon gehe ich aus – noch deutlich weiter steigen. Außerdem kommt hinzu, dass dieses Virus sich noch weiter verändern wird. Da gibt es verschiedene Szenarien, die möchte ich einmal kurz ausführen, das muss jedem ganz klar vor Augen geführt werden: Es gibt das Szenario „Omikron bleibt“. Omikron wird sich über die Zeit verändern, es kann sich noch weiter abschwächen. Das ist möglich, das wäre ein großer Glücksfall, aber dazu muss es nicht kommen. Omikron kann sich auch so verändern, dass es eher in einen Bereich kommt und sich wie die Delta-Variante oder noch ungünstiger für uns verhält. Was aber auch passieren kann ist, dass die Delta-Variante zurückkommt, sie ist nicht weg, sie zirkuliert weiterhin, und dass sie zirkuliert sehen wir auch daran, dass es im Moment zu Ereignissen kommt, wo verschiedene Virus-Varianten einen Menschen infizieren, nehmen wir als Beispiel Delta und Omikron, und diese Varianten sich in unserem Körper treffen. Und was diese Viren leider auch sehr gut beherrschen ist, dass sie Teile ihrer Erbinformation, also Bausteine, austauschen können, und wenn es dann zu ungünstigen Kombinationen kommt, können daraus wieder neue Viren entstehen, die uns noch einmal vor neue Herausforderungen stellen. Was als vierte Möglichkeit auch noch klar betrachtet werden muss ist das Vorkommen von zoonotischen Übertragungen. Dieses Virus vermehrt sich im Tierreich, und es kann sich – so wie es 2019 passiert ist – wiederholen, dass aus dem Tierreich ein Virus, das sich dort verändert hat, wieder auf den Menschen zurückspringt.

Abg. **Dr. Christos Pantazis** (SPD): Meine Frage geht an die Gesellschaft für Infektiologie, Prof. Dr. Salzberger. Der Gesetzentwurf sieht in § 28a Absatz 7 ausdrücklich nur die Maskenpflicht zum Schutz

vulnerabler Gruppen in Krankenhäusern, Dialyseeinrichtungen, Pflegeeinrichtungen und für ambulante Pflegedienste vor. Halten Sie den Kreis der hier aufgezählten Einrichtungen für sachgerecht? Und sehen Sie gegebenenfalls eine veränderte Sachlage auch mit Blick auf die ungeimpften Geflüchteten aus der Ukraine, die zu uns kommen?

**SV Prof. Dr. Bernd Salzberger** (Deutsche Gesellschaft für Infektiologie e. V. (DGI)): Also, die Maskenpflicht und sicherlich auch Abstandsregelungen müssen in allen Einrichtungen des Gesundheitswesens vorhanden sein, in denen vulnerable Personen auftreten. Die vulnerablen Personen sind im Augenblick auch bei Omikron diejenigen, die am stärksten gefährdet sind, das ist ganz klar. Und dazu gehören vor allen Dingen natürlich Menschen mit Immunschwäche, auch die Geimpften mit Immunschwäche, aber eben auch die bei uns noch sehr große Gruppe der Ungeimpften in den vulnerablen Gruppen. Und dazu kommt jetzt noch vermutlich das Problem der Flüchtlinge aus der Ukraine, die zu einem hohen Prozentsatz ungeimpft sind. Diese Personengruppe muss dringend auch zu den vulnerablen Gruppen gezählt und geschützt werden. Wir müssen bei der Inklusion der vulnerablen Gruppen sehr genau aufpassen, dass wir niemanden verpassen. Ich habe das im Gesetzentwurf noch nicht komplett gesehen, aber ich glaube, das ist ein ganz wichtiger Punkt, dass man sieht, dass man da keine Gruppe vergisst und außen vorlässt.

Abg. **Dr. Andreas Philippi** (SPD): Frage an die Caritas bzw. an den Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste. Verpflichtende Hygienekonzepte gehörten bisher erfolgreich zum präventiven Instrumentarium der Pandemiebekämpfung, sowohl in den Pflegeeinrichtungen als auch in den Heimen. Wie bewerten Sie nun die geplante Verschiebung der Hotspot-Regelung? Kann so ein vorausschauender und auch gegebenenfalls kurzfristiger Schutz ihrer Bewohnerinnen und Bewohner gewährleistet werden? Wir bitten um eine kurze Einschätzung.

**SV Pascal Tschörtner** (Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e. V. (bpa)): Zunächst sehen wir mit größter Sorge, dass die Schutzmaßnahmen so weit zurückgefahren werden sollen, denn es ist



ganz klar, nur Schutzmaßnahmen, die die ganze Bevölkerung, die ganze Gesellschaft schützen, können auch die Pflegeheime schützen, weil die Pflegeheime – wie vorhin schon gesagt wurde – nicht komplett abgekapselt, abgegrenzt werden können, und wann immer hohe Inzidenzen in der Bevölkerung sind, sich diese Inzidenzen auch in den Pflegeheimen niederschlagen. Betroffen sind davon natürlich nicht nur die besorgten Bewohner, sondern auch das Personal, weil es mit hohen Personalausfällen einhergeht. Inwieweit die Hotspot-Regelungen da konkrete Hilfe geben können, ist schwer zu sagen. Wir sehen, dass Basisschutzmaßnahmen zwar weiter bestehen können und die Pflegeheime natürlich auch darüber hinaus umfassende eigene, individuelle, einrichtungsbezogene Schutzmaßnahmen aufrechterhalten, aber insgesamt wünschen wir uns, dass auch die allgemeinen Schutzmaßnahmen für die Gesellschaft stärker ausgeprägt sind, als es bisher im Gesetzentwurf vorgesehen ist.

Abg. **Sonja Eichwede** (SPD): Meine Frage geht an Frau Dr. Kießling. In dem Entwurf steht in § 28a Absatz 8, dass eine konkrete Gefahr der epidemischen Ausbreitung der Coronaviruskrankheit bestehen muss und dass die Landtage hier beschließen sollen, wenn durch eine epidemische Ausbreitung der Coronaviruskrankheit eine konkrete Gefahr einer sich dynamisch ausbreitenden Infektionslage besteht, insbesondere bei höherer Pathogenität und einer Virusvariante sowie Überlastung der Krankenhauskapazitäten. Ist dies praktikabel handhabbar für insbesondere die Landesparlamente und ist dies auch im Vergleich zu den anderen Regelungen rechtssicher? Wenn dem nicht so ist, wie kann man dies hinsichtlich der Formulierungen rechtssicherer machen?

ESVe **Dr. Andrea Kießling**: Sie haben es gerade schon gesagt, der jetzige Absatz 8 sieht schon einen Landtagsbeschluss vor und dass wir die konkrete Gefahr der epidemischen Ausbreitung eigentlich prüfen müssen, aber keine weiteren Voraussetzungen geregelt sind. Bislang konnten die Landtage damit ganz gut umgehen. Jetzt konkretisiert man diesen Begriff, den man auch ein bisschen geändert hat, wobei es eigentlich nur um die sich dynamisch ausbreitende Infektionslage gehen soll. Ein Begriff, bei dem ich sagen würde, der liegt eigentlich aktuell vor, weil der R-Wert konstant auf über 1 liegt.

Jetzt wird der Gesetzgeber aber in Absatz 8 Satz 2 diesen Begriff konkretisieren. Hier gibt es schon ein paar Unsicherheiten, wie wir dadurch gesehen haben, dass am Wochenende versucht wurde, diesen Absatz 8 in unterschiedlicher Hinsicht zu interpretieren. Ich stelle mir zum Beispiel die Frage, was ist eine signifikant höhere Pathogenität. Die Pathogenität ist ein Begriff, den nicht die Juristen näher bestimmen. Aber man muss auch berücksichtigen, dass es letztlich der Landtag machen soll. Ist der eigentlich das richtige Organ? Aber als schwieriger sehe ich hier noch den Begriff „höhere Pathogenität“. Höher als was? Höher als der Wildtyp oder höher als die Omikron-Variante? Was ist der Bezugspunkt dieser Höhe der Pathogenität? Ich frage mich auch, was der Maßstab ist, nach dem das festgestellt werden soll. Was für Erkenntnisse braucht man da? Sichere Erkenntnisse haben wir in den letzten zwei Jahren selten gehabt und wenn, dann sehr spät. Am Anfang hat man nur erste Erkenntnisse, und es ist die Frage, ob das nicht vielleicht ausreichen sollte. Es gibt im Gefahrenabwehrrecht zum Beispiel die Formulierung: „Wenn Tatsachen die Annahme rechtfertigen, dass ein bestimmter Umstand vorliegt ...“ Das könnte man an der Stelle vielleicht noch präzisieren, damit wir nicht ein halbes Jahr warten müssen, bis wir wissen, wie sich eine neue Variante auswirkt. Bei der Nummer 2, die kann alternativ vorliegen, denn es ist ganz klar geregelt, dass nicht beide Voraussetzungen vorliegen müssen, sondern nur eine von beiden, ist auch so ein bisschen die Frage: Was ist eine besonders hohe Anzahl an Neuinfektionen? Haben wir diese nicht zum Beispiel aktuell? Hier würde ich sagen, ja. Was ist ein besonders starker Anstieg an Neuinfektionen? Brauchen wir einen bestimmten R-Wert? Das konkretisieren der Entwurf und auch die Begründung nicht. In der Begründung werden diese ganzen Begriffe nicht erklärt. Es soll dann letztlich um die Überlastung der Krankenhauskapazitäten gehen. Geht es hierbei um die Hospitalisierungsinzidenz? Misst man das danach? Und wenn ja, was wäre die konkrete Schwelle? Das ist alles ein bisschen offen. Eine zweite Unbestimmtheit ist die Frage, wer das wie feststellt oder was dort festgestellt wird, weil im Absatz 8 steht, direkt bevor es mit den Maßnahmen losgeht, dass das Parlament die Anwendung konkreter Maßnahmen feststellt. Soll wirklich der Landtag sagen, für eine einzelne Gebietskörperschaft gelten jetzt folgende Maßnah-



men? Oder schaltet der Landtag nicht vielmehr einfach nur diesen Absatz 8 frei, so wie das bislang auch der Fall war. Dann wäre aber auch die Frage, ob die Landesregierung die Stelle ist, die die Maßnahmen festlegt oder ist das die Gebietskörperschaft, also zum Beispiel eine Stadt oder ein Landkreis, die sagt, was jetzt dort gilt? Das ergibt sich aus dem Entwurf nicht. Das sollte man meiner Meinung nach auf jeden Fall noch bestimmter fassen.

**Abg. Tina Rudolph (SPD):** Meine Frage geht an Herrn Schmidt vom DGB. Halten Sie es angesichts der aktuellen Situation, auch mit Blick auf den Ukraine-Konflikt und die damit verbundenen wirtschaftlichen Auswirkungen für richtig, dass Leiharbeiterinnen und Leiharbeiter weiter die Möglichkeit haben, Kurzarbeitergeld zu beziehen? Wir bitten um eine kurze Antwort.

**SV Kevin Leo Schmidt (Deutscher Gewerkschaftsbund (DGB)):** Die Möglichkeit halten wir weiterhin für richtig.

**Abg. Heike Baehrens (SPD):** Ich möchte nochmal die Einzelsachverständige Frau Prof. Dr. Brinkmann ansprechen. Wir haben vorhin Ihre Ausführungen zu den Konsequenzen ein bisschen abgekürzt. Was ist vor dem Hintergrund der aktuellen Pandemielage Ihre Empfehlung für die weitere Pandemiebekämpfung und was muss gegebenenfalls in dem vorliegenden Entwurf konkretisiert werden?

**ESVe Prof. Dr. Melanie Brinkmann:** Also, einmal ist es nach wie vor absolut wichtig, Infektionen zu vermeiden, weil die Dynamik gerade sehr zunimmt und noch weiter zunehmen wird, weil die Kontakte – das kann man sehr gut messen, wie das Kontaktverhalten der Menschen sich verändert – sind fast wieder auf dem Niveau vor Pandemiestatus. Und das ist eine schlechte Kombination mit der Tatsache, dass noch zu viele Menschen in den vulnerablen Gruppen nicht geimpft sind. Es ist tatsächlich für mich etwas unverständlich, dass man jetzt einen Werkzeugkasten, den man in der Hand hat und bei dem man jederzeit auch die Möglichkeit haben muss, ihn einzusetzen und das nicht erst, nachdem man lange debattiert hat, ob es jetzt sinnvoll ist, eine Maske in einem Baumarkt zu tragen und viel-

leicht beim Friseur nicht. Diese ganzen Diskussionen hatten wir schon. Wir müssen schnell mit neuen Situationen umgehen können und das halte ich für sehr schwierig, wenn darüber erst langwierig diskutiert werden muss. Wichtig ist es auch einheitliche Regeln zu schaffen. Ich würde gerne auf die COSMO-Studie von Frau Prof. Dr. Betsch, die ich mir nochmal gründlich durchgelesen habe, verweisen. Das zieht sich durch diese Pandemie durch, einheitliche Regelungen werden von der Gesellschaft sehr begrüßt. Das heißt also, wenn es in einem Gebiet zu einem Ausbruch kommt, ist es sinnvoll, dass regional reagiert wird. Das ist absolut sinnvoll. Warum soll ich die gleichen Maßnahmen bundesweit einführen, wenn es nur an einem Ort zu einem Ausbruchsgeschehen kommt. Das ist sinnvoll. Aber es sollte einfach so sein, dass es bei einer bestimmten Risikolage gleiche Regeln gibt, das finde ich nach wie vor extrem wichtig, und nicht, dass der eine Landrat sagt, ich mache es so, und der andere sagt, ich mache es lieber so. Das ist, glaube ich, kontraproduktiv. Ich möchte noch einmal darauf hinweisen, dass, wenn man in die Gesellschaft schaut, die Gesellschaft müde ist. Das ist so und das ist auch sehr verständlich. Aber 50 Prozent halten die Maßnahmen noch für sehr angemessen und 19 Prozent gehen sie nicht weit genug. Also es ist, wie Herr Prof. Dr. Salzberger gerade sehr gut sagte, dass wir gewisse Gruppen jetzt nicht vergessen dürfen. Wir dürfen auch nicht die vergessen, die sich um diese Menschen kümmern müssen. Das heißt, es ist einfach wichtig, weiterhin Instrumente, die wirken – das wissen wir zum Beispiel von den Masken in Bereichen, wo viele Menschen in Innenräumen zusammenkommen –, aufrecht zu erhalten. Das ist für mich ein ganz zentraler Punkt. Wenn wir den nicht mehr haben, sehe ich es wirklich als kritisch an, wie sich die Zahlen nochmal in ihrer Dynamik entwickeln können. Wir brauchen nach wie vor wichtige Parameter, die uns anzeigen, dass es sich in eine ungünstige Richtung entwickelt. Wenn sie wegfallen, haben wir überhaupt keine Instrumente mehr in der Hand. In Anbetracht der Möglichkeit einer weiteren Virusevolution, die sich so ungünstig entwickeln kann, dass gewisse Medikamente, zum Beispiel die monoklonalen Antikörper, nicht mehr funktionieren, müssen wir für solche Fälle die Möglichkeit haben, wirklich schnell reagieren zu können. Das ist auch wissenschaftlich erwiesen. Je schneller wir reagieren, desto besser ist es für die ganze Gesellschaft.





Habe ich die Frage jetzt beantwortet?

Abg. **Dr. Christos Pantazis** (SPD): Meine Frage geht an den Deutschen Gewerkschaftsbund. Halten Sie es mit Blick auf den Ukraine-Konflikt und die damit verbundenen Auswirkungen für sinnvoll, dass über den 31. März 2022 hinaus eine Erstattung von Sozialversicherungsbeiträgen während der Kurzarbeit im Falle von außergewöhnlichen Verhältnissen auf dem Arbeitsmarkt ermöglicht wird? Wir bitten um eine kurze Antwort.

SV **Kevin Leo Schmidt** (Deutscher Gewerkschaftsbund (DGB)): Auch hier halten wir es weiterhin für sinnvoll. Die Antwort kann ich kurz halten.

Abg. **Dr. Andreas Philippi** (SPD): Frau Dr. Kießling, sind aus Ihrer Sicht Zweifel an einem möglichen Zustandekommen von Hotspot-Regelungen in den Ländern angezeigt, wonach es zwingend einer Überlastung des Gesundheitssystems bedarf und lediglich dynamische Fallzahlen hierfür nicht ausreichen?

ESVe **Dr. Andrea Kießling**: Ich hoffe, ich habe die Frage richtig verstanden. Wir brauchen die Bedrohung der Überlastung der Krankenhauskapazitäten. Das ist natürlich ein Begriff oder eine Kategorie, die wir bislang auch im § 28a Absatz 3 haben. Dort wird es schon als Ziel genannt, dass man versucht, das zu verhindern. Schwierig ist es natürlich, wenn man sich anschaut, dass es eigentlich um einzelne Gebietskörperschaften geht. Dann stellt sich die Frage, wie bezieht man zum Beispiel ein, dass auch Patienten verlegt werden und was gilt eigentlich dann? An der Stelle besteht ein bisschen die Ungenauigkeit, wie man misst, ob das jetzt droht. Es ist jetzt eine Eingriffsschwelle, bislang war es mehr als Ziel formuliert. Wenn man es als Eingriffsschwelle hat, dann muss man eigentlich noch klarer wissen, wann das vorliegt. Hier könnte man noch nachschärfen und sagen, wann der Fall hier eigentlich vorliegt.

Abg. **Heike Baehrens** (SPD): Meine Frage richtet sich an die GEW. Der Gesetzentwurf sieht in § 28a Absatz 7 keine Möglichkeit mehr für eine Maskenpflicht an Schulen vor. Dies soll nur noch unter

Hotspot-Bedingungen möglich sein. Halten Sie diese Regelung mit Blick auch auf das Wohl der Schülerinnen und Schüler, ihrer Angehörigen und des Schulpersonals: für sachgerecht? Kann hier ausreichend schnell gehandelt werden?

SVe **Doreen Siebernik** (Gewerkschaft Erziehung und Wissenschaft (GEW)): Nein, wir halten das für ein falsches Signal und es auch nicht das Gebot der Stunde. Wir sind weit davon entfernt, die Schulen in unserem Land als sichere Orte zu bezeichnen. Deshalb dürfen auch Maßnahmen nur behutsam zurückgefahren werden. Der jetzt vorliegende Entwurf bildet das an der Stelle nicht ab. Es ist nur noch das Testgebot abgebildet. Wir brauchen auch die Möglichkeit, dass regional ein Maskengebot durch die regionalen Schulämter, durch die Landesregierung ausgesprochen werden kann, weil wir der Auffassung sind, das haben die beiden zurückliegenden Jahre ganz deutlich gezeigt, Schulen sind an der Stelle auch Orte der Verbreitung. Die Maskenpflicht, so schwierig das auch für Schülerinnen und Schüler ist, ist doch eine wirkungsvolle Maßnahme. Zum jetzigen Zeitpunkt ist das keine richtige Entscheidung, das so gesetzlich abzubilden.

Abg. **Dr. Georg Kippels** (CDU/CSU): Die erste Frage richtet sich an den Einzelsachverständigen Herrn Prof. Dr. Markus Scholz. Im Gesetzentwurf werden als Voraussetzungen für die Einrichtung von regionalen Hotspot-Regelungen die Ausbreitung einer Virusvariante des SARS-CoV-2-Virus mit einer signifikant höheren Pathogenität oder eine drohende Überlastung der Krankenhauskapazitäten in den jeweiligen Gebietskörperschaften benannt. Wie beurteilen Sie diese Voraussetzung aus epidemiologischer Sicht und sind diese vor allen Dingen hinreichend klar niedergelegt?

ESV **Prof. Dr. Markus Scholz**: Das Erste, was man definieren müsste, ist die Strategie, die man mit dieser Hotspot-Regelung verfolgt. Es werden aktuell verschiedene Dinge vermischt. Einmal kann man auf Infektionseindämmung setzen. Dann muss man natürlich die Dynamik der Infektionsentwicklung als Charakteristikum aus der Wertung der Lage nehmen. Oder man kann auf das Management von hohen Infektionszahlen setzen, dann sind es die Krankenhausbelegungen. Diese zwei Aspekte sind



abgebildet. Zu hohen Infektionszahlen haben wir ausreichend Indizes. Dieses sollte man aber entsprechend definieren, um die Regelung klar zu haben, ab wann man dort reagieren möchte oder muss. Zum Thema Krankenhausbelegung: Das ist schon schwieriger, weil das auch vielschichtiger ist. Wir haben nicht nur eine Belegung durch COVID-Patienten, sondern rechnen zum Beispiel in der nächsten Herbst/Winter-Saison mit Überlagerungen durch andere respiratorische Erkrankungen, sodass dort nach meinem Dafürhalten eher Parameter zur Auslastung herangezogen werden sollten. Diese Regelung mit der signifikant erhöhten Pathogenität sehe ich kritisch, weil es dort relativ spät, wie Frau Dr. Kießling schon gesagt hat, zu einem wissenschaftlichen Konsens kommt. Den haben wir zum Beispiel bei den bisherigen Varianten erst sehr spät erreicht. Es ist tatsächlich nicht genau definiert, was damit gemeint ist, zum Beispiel, ob das eine höhere case fatality rate (fallbezogene Fatalitätsrate (CFR)) ist. Dieser Punkt ist für eine Verwaltung oder für eine Landesregierung ohne wissenschaftliche Unterstützung nicht bewertbar. Zu den anderen Kriterien würde ich konkret vorschlagen, Indizes zu definieren und zu sagen, was das Ziel der Hotspot-Regelung ist.

Abg. **Nina Warken** (CDU/CSU): Meine Frage geht an Herrn Prof. Dr. Wollenschläger. Halten Sie den Gesetzentwurf frei von schweren handwerklichen Mängeln? Wenn nicht, welche Mängel erkennen Sie und insbesondere wie beeinflussen diese Mängel die Ausführbarkeit des Gesetzes?

ESV **Prof. Dr. Ferdinand Wollenschläger**: Aus handwerklicher Sicht besteht meines Erachtens der dringendste Änderungsbedarf bei der sogenannten Hotspot-Regelung, unabhängig von der Frage, ob man den Maßnahmenkatalog für zu weit oder zu eng erachtet. Der Änderungsbedarf betrifft die Tatbestandsvoraussetzungen, den Inhalt der Feststellungen und auch die Beteiligung der Landtage. Unklar ist bereits das zentrale Entscheidungskriterium einer Virusvariante mit signifikant höherer Pathogenität. Jetzt kann ich zwar keine spezifische virologische Expertise für mich in Anspruch nehmen, für mich stellt sich allerdings die Frage, ob und gegebenenfalls wann eine Virusvariante pathogener, das heißt krankmachender sein kann. Geht es hier

um die höhere Wahrscheinlichkeit der Manifestation? Die Virulenz? Ist eine höhere Gefährlichkeit der ausgelösten Erkrankung gemeint? Spielt der Immunschutz als Geimpfter oder Genesener eine Rolle? Des Weiteren wird ein Komparativ verwendet, ohne dass dessen Bezugspunkt expliziert wird, was weitere Fragen aufwirft. Denkbar wäre auch, den Komparativ auf den Wildtyp zu beziehen. Zweitens, das hat Frau Dr. Kießling auch schon erwähnt, ist der Inhalt der vom Landtag zu treffenden Feststellung unklar. Nach dem Wortlaut muss das Landesparlament nämlich nicht nur das Vorliegen der konkreten Gefahr, sondern auch die Anwendung konkreter Maßnahmen feststellen. Hierbei ist nun nicht ersichtlich, ob es sich bei der zweiten Vorgabe um ein eigenes Tatbestandsmerkmal handelt, was von den Landtagen auch verlangen würde, zulässige Maßnahmen konkret zu benennen, was natürlich den Landtagen eine sehr weitreichende Entscheidung abverlangen würde, oder handelt es sich einfach um eine tautologische Wendung, so wie es bei der Vorgänger- und der aktuellen Fassung auch der Fall ist, nach der einfach die Feststellung der konkreten Gefahr die grundsätzliche Anwendbarkeit des gesamten Maßnahmenkatalogs impliziert. Drittens, insoweit auch über Frau Dr. Kießling hinaus oder ergänzend, ist meines Erachtens die Einbeziehung der Landtage grundsätzlich zu ändern. Das den Landtagen vorgegebene Entscheidungsprogramm erscheint mir, anders als im Fall der epidemischen Lage von nationaler Tragweite und auch anders als im Fall der aktuellen Fassung, zu detailliert technisch für eine parlamentarische Plenarentscheidung, gerade angesichts der technischen Kriterien, gerade auch in seiner räumlichen Ausdifferenzierung. Sie müssen bedenken, in Bayern existieren über 2 000 Gebietskörperschaften, die für die Definition des räumlichen Anwendungsbereichs in Betracht kämen und natürlich auch angesichts der kontinuierlichen Beobachtungspflicht, die den Landtagen obliegen würde. Meines Erachtens empfiehlt sich daher, die in der Vorschrift enthaltenen und natürlich änderungsbedürftigen qualifizierten Voraussetzungen für die Aktualisierung besonderer Maßnahmen als Voraussetzung für den Erlass von Schutzmaßnahmen durch die Exekutive zu normieren, wie das auch bei § 28a IFSG im Übrigen der Fall ist, nicht aber als Voraussetzung für einen Landtagsbeschluss. Ob man darüber hinaus eine landesparlamentarische Leitentscheidung vorsehen sollte, ist



meines Erachtens zu prüfen. Gegenläufig zur damit bewirkten Erhöhung der demokratischen Legitimation ist nämlich zu berücksichtigen, dass es sich um relativ niedrigschwellige Maßnahmen handelt, wonach die Landtage jederzeit nach Artikel 40 Absatz 4 Grundgesetz (GG) Verordnungsbefugnisse anstelle der Landesregierungen aktualisieren können und schließlich sich auf Landesebene bereits jetzt schon eine weitreichende Parlamentsbeteiligung beim Erlass von Schutzmaßnahmen durch die Exekutive etabliert hat. Weiterer handwerklicher Änderungsbedarf besteht im Detail. Das habe ich in meiner Stellungnahme ausgeführt. Da möchte ich jetzt nicht im Einzelnen darauf eingehen.

**Abg. Stephan Pilsinger (CDU/CSU):** Meine Frage geht an den Einzelsachverständigen Prof. Dr. Wollenschläger. § 28a Absatz 8 IfSG spricht von Virusvarianten mit signifikant höherer Pathogenität und von einer besonders hohen Anzahl von Neuinfektionen oder einem besonders starken Anstieg an Neuinfektionen. Dabei handelt es sich um unbestimmte Rechtsbegriffe. Wie lassen sich diese juristisch mit Leben füllen? Würde dies den Ländern die Umsetzung erleichtern?

**ESV Prof. Dr. Ferdinand Wollenschläger:** Ich hatte bereits in meiner Antwort auf die vorausgehende Frage deutlich gemacht, dass das Tatbestandsmerkmal der signifikant höheren Pathogenität zu ändern ist, weil es sich hierbei um ein inhaltlich unklares Kriterium handelt und auch der Bezugspunkt des Komparativs offen ist. Damit ist auch die Vollzugsfähigkeit auf nachgelagerter Ebene betroffen. Was die Regelung im Übrigen betrifft, kann ich bei der Gelegenheit noch zwei, drei Punkte anmerken. Meines Erachtens ist kritisch anzumerken, dass der Gesetzentwurf auch insoweit keinerlei Ausführungen zum aktuellen Infektionsgeschehen und seiner Bewertung enthält, was natürlich Basis für eine fachliche und rechtliche Bewertung angeordneter oder ermöglichter Schutzmaßnahmen ist, für die Identifikation etwaiger Lücken und auch für die Öffentlichkeits- und Transparenzfunktionen des Gesetzgebungsverfahrens. Was den Maßnahmenkatalog betrifft, so ist die Angemessenheit zunächst eine fachliche Frage. Maßnahmen, die man aus fachlicher Perspektive für wirksam oder notwendig erachtet, muss man sodann politisch und auch verfassungsrechtlich im Spannungsfeld von effektivem

Gesundheitsschutz und Wahrung höchstmöglicher Freiheit bewerten. Aus verfassungsrechtlicher Perspektive kann man gleichwohl in aller Pauschalität festhalten, dass die Reduktion, so wie sie aktuell vorgesehen ist, verfassungsrechtlich weder geboten noch verboten ist, sondern es sich hierbei um fachliche Fragen handelt, die auch die Fassung des Absatzes 8 betreffen. Meines Erachtens ist diese grundsätzliche Differenzierung zwischen Basismaßnahmen, die an das Erforderlichkeitsgebot geknüpft sind und weitergehenden Maßnahmen, für die qualifizierte Voraussetzungen bestehen, sinnvoll. Aus fachlicher Perspektive wäre es meines Erachtens noch möglich, sich an der sechsten Stellungnahme des ExpertInnenrats der Bundesregierung zu orientieren, die als Voraussetzung für mögliche Öffnungsschritte einen stabilen Abfall der Hospitalisierung und der Intensivneuaufnahmen sowie -belegung nennt und, jedenfalls so wie ich die Stellungnahme verstehe, könnte auch eine Erweiterung der Maskenpflicht naheliegen, wobei der Bundestag natürlich selbstverständlich nicht an die Stellungnahme des ExpertInnenrates gebunden ist. Vielleicht noch ein weiterer wichtiger Punkt: Wenn Sie den Katalog erweitern, weitergehende Handlungsmöglichkeiten einräumen, bedeutet das auch nicht, dass die entsprechenden Maßnahmen unmittelbar angeordnet werden, sondern das bedürfte einer weiteren Entscheidung durch die Landesregierungen, die nicht ohne Weiteres getroffen werden darf und die Sie als Gesetzgeber auch von qualifizierten Voraussetzungen abhängig machen dürfen. Vielleicht noch ein allerletzter Punkt, weil es meines Erachtens auch ein wichtiger Punkt ist. Sie sollten als Deutscher Bundestag prüfen, ob angesichts möglicher kompensatorischer privatautonomer Regelungen, etwa Zugangsregeln oder die Vorgabe der Maskenpflicht durch einzelne private und öffentliche Einrichtungen und Unternehmen in Folge der Deregulierung des Infektionsschutzes, Regelungsbedarf besteht, und zwar sowohl in Ermöglicher als auch in begrenzender Hinsicht als auch mit Blick auf die Rechtssicherheit. Der aktuelle Entwurf der Verordnung für den Arbeitsschutz geht diesen Weg, wobei es sich hier um eine Regelung der Exekutive handelt, deren Ermächtigungsgrundlagen überdies an die epidemische Lage oder deren Auslaufen geknüpft ist. Das sollte man auch im Blick behalten.



Abg. **Simone Borchardt** (CDU/CSU): Meine Frage geht an die Deutsche Krankenhausgesellschaft. Die notwendigen Schutzmaßnahmen zur Verhinderung der Verbreitung von COVID-19 sind aktuell eng an die Belastung der Krankenhäuser gekoppelt. Daher die Frage an Sie: Wie ist die aktuelle Belegungssituation in den Kliniken einzuschätzen? Welche Unterstützungen benötigen die Krankenhäuser aktuell noch?

SV **Ingo Morell** (Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V. (DKG)): Die Situation in den Krankenhäusern ist durch Omikron sehr stark dadurch geprägt, dass jetzt die Normalstationen sehr stark in Anspruch genommen werden, weniger die Intensivstationen. Aber hier stellen wir eine zunehmende Inanspruchnahme fest. Allein gegenüber der letzten Woche sind sieben Prozent mehr Patienten auf den Normalstationen aufgenommen worden. Das heißt im Moment, dass die Situation der Krankenhäuser weit von einem Normalbetrieb entfernt ist und insbesondere der Krankenstand durch Infektionen, durch Quarantäne, durch Isolierungsmaßnahmen des Personals deutlich verschärft ist und wir planbare Eingriffe, soweit das medizinisch vertretbar ist, verschieben, sodass hier insgesamt nach wie vor eine sehr belastete Situation für die Krankenhäuser ist und wir vor dem Hintergrund auch die wirtschaftlichen Rahmenbedingungen der Krankenhäuser wieder in den Blick nehmen müssen. Die Regularien, die wir für 2021 und 2022 hatten, sind weitgehend davon ausgegangen, dass die Krankenhäuser im Laufe des jeweiligen Jahres wieder in den Normalbetrieb übergehen können. Das ist, ich glaube, das kann man definitiv sagen, nicht der Fall. Von daher müssen bestimmte Hilfemaßnahmen, was Erlös- und Liquiditätssicherung der Krankenhäuser angeht, wieder in den Blick genommen werden, so wie zum Beispiel der Pflegeentgeltwert. Der muss erhöht werden. Aufgrund der niedrigeren Belegungen sind hier Liquiditätsausfälle der Krankenhäuser festzustellen, was im Sinne der Pflege nun überhaupt nicht nachvollziehbar ist. Hier geht es nur um eine kostenneutrale Liquiditätshilfe, sprich Zahlungen vorziehen, weil die Budgetverhandlungen mit dem Pflegebudget sehr, sehr schleppend laufen, weil sie auch nicht ganz einfach sind für beide Seiten. Wir sind außerdem der Meinung, dass wir, was die Liquidität in diesem Jahr angeht, weiterhin bei der Zahlungsfrist von fünf Tagen bleiben wollen. Diese Regelung

läuft zum 30. Juni leider aus. Die Wiedereinführung des Corona-Mehrkostenzuschlags sollte überdacht werden. Und was definitiv sehr schnell nachvollziehbar ist, die Kostenentwicklung des Jahres 2022 im Energiebereich wird für die Krankenhäuser auch zunehmend ein Problem.

Ein ganz wichtiger Punkt ist der Ganzjahresausgleich 2021 und 2022, wo man unterstellt hat, immer im Vergleich zum Budgetjahr 2019, dass zwei Prozent der Ausgleichssumme vom Krankenhaus erwirtschaftet werden muss. Das ist – bei einem 100 Millionen Budget sind es zwei Millionen, die ein Krankenhaus auf jeden Fall einsparen muss – in der jetzigen Situation, glaube ich, kontraproduktiv. Da sollte dringend nachgebessert werden. Die Versorgungsaufschläge und die Ausgleichszahlungen sollten bis Mitte des Jahres fortgeführt werden, weil auch nachdem, was bis jetzt alle gesagt haben, nicht mit einem ganz schnellen Ende der Pandemie zu rechnen ist.

Abg. **Hubertus Hüppe** (CDU/CSU): Ich habe auch nochmal eine Frage an die Deutsche Krankenhausgesellschaft. Im Dezember hat der Gesetzgeber in § 28b Infektionsschutzgesetz umfassende Test- und Zutrittskonzepte für Krankenhäuser eingeführt. Meine Frage an Sie ist: Wie bewerten Sie den jetzigen Wegfall dieser Konzepte? Und auf welcher Grundlage kann ein zukünftiges Testregime im Krankenhaus sichergestellt werden?

SV **Ingo Morell** (Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V. (DKG)): Also wenn man auf der Bundesebene das alles abschafft, ist es logisch, dass es wieder auf die Ortsebene und die regionale Ebene, sprich Landesebene, zurückfällt. Wir empfehlen den Krankenhäusern dann ihre einrichtungsbezogenen Testkonzepte beizubehalten und diese an den jeweiligen Testverordnungen zu orientieren, wobei die Testverordnung zum 31. März 2022 ausläuft. Von daher müssen wir sehen, dass wir das regional und lokal mit den jeweiligen Gesundheitsämtern wieder individuell abstimmen müssen, was sicherlich ein erhöhter Aufwand ist gegenüber einer generellen Regelung.



Abg. **Dr. Georg Kippels** (CDU/CSU): Meine Frage richtet sich an die Bundesärztekammer, Herrn Dr. Reinhardt. Der vorliegende Gesetzentwurf gestattet den Ländern lediglich einen sehr übersichtlichen Katalog an Basisschutzmaßnahmen nach Auslaufen der jetzigen Regelungen. Wie passt die gleichzeitige Verringerung möglicher Gefahrenabwehrmaßnahmen zusammen mit der beabsichtigten Einführung einer allgemeinen Impfpflicht ab 18 Jahren durch eine Gruppe von Abgeordneten im Deutschen Bundestag? Ich meine das insbesondere auch im Hinblick auf den notwendigen Beratungs- und Überzeugungsaufwand der Impfpflicht gegenüber den Patientinnen und Patienten.

SV **Dr. Klaus Reinhardt** (Bundesärztekammer (BÄK)): Die Tatsache, dass das Instrumentarium, was den Ländern im vorliegenden Entwurf zur Verfügung gestellt wird, deutlich kleiner geworden ist als die aktuell angewandten Maßnahmen, passt aus unserer Sicht auf der einen Seite nicht zum aktuellen Infektionsgeschehen. Unabhängig davon, ob man jetzt den vollen Umfang der Möglichkeiten ausschöpft oder nicht, wären wir klug beraten, wenn das Instrumentarium oder Spektrum der Möglichkeiten größer bliebe und wäre. Es ist auch aus meiner und unserer Sicht nicht klar erkennbar, warum im öffentlichen Nahverkehr Masken getragen werden sollen und in den engen Räumlichkeiten des Einzelhandels nicht. Also das passt einfach auch inhaltlich nicht gut zueinander. Ich finde, dass das Maskentragen in solchen Situationen wahrscheinlich zu den am wenigsten problematischen Maßnahmen zählt, von der man aber sagen kann, sie hat wahrscheinlich eine hohe Wirksamkeit. Etwas anders sieht das aus mit der Impfung. Da müssen wir, glaube ich, feststellen, dass die Impfung zwar davor schützt schwere Verläufe zu haben und insofern ihre Wirkung tut, um die Klinik und andere Strukturen des Gesundheitswesens nicht übermäßig zu belasten. Aber im Hinblick auf das epidemiologische Infektionsgeschehen sind sie leider nicht so gut wirksam, denn wir wissen, dass es sehr viele Durchbruchinfektionen gibt. Vor dem Hintergrund, dass es die gibt, ist die aktuelle Debatte zur Impfpflicht, finde ich, schwierig, auch vor den nach wie vor bestehenden Ressentiments doch nicht unerheblich großer Gruppen der Gesellschaft, mit denen wir in einen erheblichen Diskussionsprozess eintreten müssten, der uns unter Umstän-

den von vielen anderen sinnvollen Maßnahmen abhielte. Also ich glaube, dass wir insofern gut beraten sind, das Angebot weiter vorzuhalten und uns jetzt nicht mit dem, ich sage mal, Auseinandersetzungsschauplatz Impfpflicht zu belasten.

Abg. **Nina Warken** (CDU/CSU): Meine Frage geht an Herr Prof. Dr. Scholz und betrifft die regionalen Hotspot-Regelungen. Besteht da nach Ihrer Auffassung die Gefahr, dass die in den Ländern unterschiedlich interpretiert werden können und wir dann zu einem Flickenteppich kommen? Gäbe es Parameter, die man hier hätte verwenden können, um dem entgegenzuwirken?

ESV **Prof. Dr. Markus Scholz**: Die Gefahr eines Flickenteppichs sehe ich durchaus, weil der Paragraph so in der Form nicht praktisch anwendbar ist. Also man braucht schon Kriterien und Indizes, wann diese entsprechenden Formulierungen greifen sollen, also das, was schon Vorredner gesagt haben, was jetzt wirklich ein deutlich erhöhtes Infektionsgeschehen oder drohende Überlastung ist. Deswegen wäre ich sehr dafür, konkrete Parameter zu definieren. Es geht jetzt aber wieder darum, was ich kontrollieren will. Also wenn ich die Ausbreitung des Infektionsgeschehens kontrollieren will, dann muss ich auf diese entsprechenden Indizes setzen. Das wäre zum Beispiel der R-Wert, vielleicht noch gepaart mit einer Inzidenzgrenze, die man vorgeben kann, damit man nicht bei niedrigen Zahlen, wovon wir sehr weit entfernt sind, schnell reagieren muss. Aber das wäre zum Beispiel eine Kombination Inzidenzgrenze und R-Wert. Das ist auch lokal, also auch auf Kreisebene oder auf kleineren Ebenen anwendbar, um dort einen lokalen Ausbruch zu identifizieren und gegenzusteuern. Das wäre das eine. Der andere Punkt ist, wenn man diese drohende Überlastung der Krankenhausressourcen im Blick hat, das kann man auf ganz kleinen Ebenen nicht abschätzen, da sind die Zahlen, die auf Bundeslandebene oder auf mehrere Kreise angewendet werden sollten. Dort müsste man nach meinem Dafürhalten nicht auf die Hospitalisierungsinzidenz setzen, weil wir perspektivisch auch andere Fälle haben, die die Krankenhäuser belasten, sondern dort Überlastungsparameter oder Vorwarnstufen der Überlastung definieren, um dann diese Kriterien festzulegen, um zu reagieren.



Abg. **Dr. Kippels** (CDU/CSU): Eine kurze Frage an die Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände, Thema Hotspot. Würden Sie bei der jetzigen Anwendung der gesetzlichen Regelung auch Ausweichbewegungen, also Pendelbewegungen der Anwohner in benachbarte Regionen befürchten?

Die **stellvertretende Vorsitzende**: Die sind nicht dabei, Herr Dr. Kippels. Wer darf die Frage dann beantworten? Der Deutsche Städtetag vielleicht? Dann gerne Herr Hahn.

SV **Stefan Hahn** (Deutscher Städtetag): Wir erleben in den letzten zwei Jahren, dass immer dann, wenn Regelungen heterogen getroffen werden, Ausweichbewegungen entstehen. Insoweit kann ich die Frage ausdrücklich mit ja beantworten. Und darüber hinaus gibt es auch die Gefahr, dass die Menschen die Regelungen nicht verstehen, weil sie zu heterogen sind und man nicht mehr weiß, welche Regelung gilt denn jetzt in welchem Kreis, gilt sie auch im Nachbarkreis oder im Nachbarbundesland. Da besteht immer eine große Gefahr hinsichtlich der Verständlichkeit und der Akzeptanz von Regelungen.

Abg. **Dr. Janosch Dahmen** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Ich würde meine erste Frage gerne an die Einzelsachverständige Frau Dr. Kießling stellen wollen. Sie haben schon auf vorangegangene Fragen in der Antwort ausgeführt, dass bei den Hotspot-Regelungen der Teil 2 durchaus Probleme in der Anwendbarkeit aufweist. Jetzt zunächst gefragt, da ist von Gebietskörperschaften die Rede. Sind Gebietskörperschaften so wie sie da definiert sind, auch als ein ganzes Bundesland zu verstehen? Also können die Länder in den Landtagen nahtlos Beschlüsse fassen, die weitestgehend die Kontinuität der bisher im § 28a Absatz 7 geregelten Maßnahmen sicherstellen oder ergeben sich da Probleme? Und wenn ja, welcher Änderungsbedarf besteht, um da eine Kontinuität herzustellen?

ESVe **Dr. Andrea Kießling**: Der Gesetzentwurf enthält in der Begründung zweimal den Begriff „Hotspot“. Hotspot ist aber kein Rechtsbegriff, sondern letztlich geht es darum, was im Gesetz steht, und da steht Gebietskörperschaft und Gebietskörperschaften sind die Gemeinden und Gemeindever-

bände, also Städte und Landkreise, aber auch Bundesländer. Auch ein Bundesland ist eine Gebietskörperschaft. Letztlich kann es an der Stelle – also wir haben einmal einen relativ sicheren Begriff – und letztlich muss es auch nach der Auslegung nach Sinn und Zweck darum gehen, was für Voraussetzungen inhaltlicher Art vorliegen müssen. Wenn der Absatz 8 in Satz 2 diese ganzen Konkretisierungen enthält und damit sagen will, das muss eine besondere Infektionslage sein, dann kann diese besondere Infektionslage – jetzt einmal unabhängig von der Frage, wie wir die bestimmen – auch in einem ganzen Bundesland vorliegen und dann würde man auch nach Sinn und Zweck keinen Grund finden, warum man da nicht das ganze Bundesland als Hotspot – auch wenn der Begriff umgangssprachlich vielleicht anders verstanden wird – einstuft. Ich würde sagen, selbst wenn der Gesetzgeber sagt, ich möchte das regionaler verstanden wissen, selbst wenn wir da jetzt reinschreiben „Gemeinde und Gemeindeverbände“, selbst wenn dann alle Gemeinden und Gemeindeverbände in einem Bundesland diese Infektionslage aufweisen, wüsste ich nicht, was dagegen spricht, dass der Landtag dann in einem Beschluss für alle Gemeinden und Gemeindeverbände feststellt. Letztlich geht es darum, dass diese Maßnahmen, wenn diese Infektionslage vorliegt, angewendet werden können. Deswegen ist das etwas, was man meiner Meinung nach aus dem Gesetzeswortlaut, aber auch aus Sinn und Zweck entnehmen kann, dass das Bundesland komplett davon erfasst ist.

Abg. **Dr. Janosch Dahmen** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Direkt anschließend eine weitere Frage an die Einzelsachverständige Dr. Kießling. Wenn es jetzt darum geht, die drohende Überlastung der stattfindenden Versorgung in den Gebietskörperschaften näher zu beschreiben, handelt es sich denn dabei dann eher um eine einengende und in der Auslegung letztlich verkomplizierende Regelung? Bisher war in den Regelungen immer von einer drohenden Überlastung öffentlicher Gesundheit und weniger räumlich bezogen die Rede. Stellt das zukünftig ein Problem dar? Wenn man sich vorstellt, dass eine Gebietskörperschaft zum Beispiel gar kein Krankenhaus besitzt, was ist dann die Bezugsgröße? Vielleicht könnten Sie hier auch noch etwas zu sagen.



ESVe **Dr. Andrea Kießling**: Im Absatz 3 geht es einmal um die Funktionsfähigkeit des Gesundheitssystems – das ist relativ abstrakt – aber wir haben die Kriterien auch da drin mit der Hospitalisierungszin- denz, aber auch mit anderen Kriterien, auf die übri- gens auch der geplante Absatz 8 in seinem Satz 3 verweist. Da entsteht dann so ein kleiner Wertungs- widerspruch, dass einerseits diese ganzen Kriterien eine Rolle spielen sollen und in Absatz 8 steht jetzt, es geht nur noch um die drohende Überlas- tung der Krankenhauskapazitäten. Das mit der Ge- bietskörperschaft, das war das, was ich vorhin schon kurz meinte, wird schwierig, wenn dann die Verlegung von Patienten in Betracht kommt und wenn wir eine Gebietskörperschaft haben, die viel- leicht diese Krankenhäuser hat, wo die Corona-Pa- tienten behandelt werden und die Gebietskörper- schaften darum herum nicht, aber die Patienten, die dort wohnen, werden dann dahin verlegt. Dann hat man vielleicht den Hotspot nur da, wo die Krankenhäuser sind, aber nicht in dem Gebiet, wo die Infizierten eigentlich herkommen. In Ab- satz 3 ist jetzt die Rede von der regionalen und der überregionalen Versorgung. Vielleicht bietet es sich an, den Begriff, den wir schon in Absatz 3 an einer Stelle haben, noch aufzunehmen. Aber es bleibt schwierig, das zu steuern. Wenn man das jetzt regi- onal so ganz kleinteilig haben will, ist die Frage, wie man es so formuliert, dass klar wird, welche Bereiche wir jetzt an der Stelle einbinden. Es fehlt auch nach wie vor die konkrete Stelle. Unbestimmt wird es auf jeden Fall bleiben.

Abg. **Dr. Janosch Dahmen** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜ- NEN): Eine dritte Frage geht an die Einzelsachver- ständige Frau Dr. Kießling. Im Abschnitt des vorlie- genden Entwurfs, wo es um Hygienekonzepte geht, da sind eine Reihe einzelner Maßnahmen wie bei- spielsweise das Aufstellen von Desinfektionsspen- dern genannt. Ist diese Auflistung als abschließend zu verstehen oder wäre es gegebenenfalls sinnvoll, um hier beispielsweise Lüftungskonzepte mit ein- zubeziehen, ein „insbesondere“ einzufügen, was dann den Rahmen gängig üblicher Maßnahmen zur Regelung mit einschließen würde?

ESVe **Dr. Andrea Kießling**: Ja, das zeigt ein Ver- gleich mit dem, was wir in Absatz 1 zu den Hygie- nekonzerten und in dem noch bestehenden Ab- satz 7 mit den Hygienekonzepten haben. Da ist es

nämlich nicht abschließend formuliert. Es wird nur der Begriff „Hygienekonzept“ in Absatz 1 verwen- det. Dadurch, dass man jetzt aber zwei Beispiele ohne dieses „insbesondere“ nennt, verstehe ich, dass das abschließend sein soll. Deswegen würde ich gar nicht vorschlagen, dass man die Lüftungs- konzepte mit aufnimmt, sondern dass man eher diese Aufzählung streicht und dass wir „Hygiene- konzept“ so verstehen, wie wir es auch bei Absatz 1 verstehen, nämlich dass verschiedene Maßnah- men darunter fallen können. Unklar ist mir auch, was diese Formulierung „die Vermeidung unnöti- ger Kontakte“ genau heißen soll. Bislang hatten wir da den Begriff „Personenobergrenzen“ zum Bei- spiel oder „Kapazitätsbeschränkung“. Jetzt haben wir da nochmal so einen dritten Begriff. Soll das das Gleiche sein? Ich würde fast nur die „Hygiene- konzepte“ reinschreiben und diese Präzisierungen, die sehr eingrenzend wirken, an der Stelle strei- chen und das dann so verstehen wie beim Absatz 1.

Abg. **Dr. Janosch Dahmen** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜ- NEN): Meine nächste Frage richtet sich an die Deutsche Krankenhausgesellschaft. Sie haben eben in den Ausführungen schon beschrieben, dass die deutschen Krankenhäuser zurzeit sowohl durch Personalausfälle als auch durch eine Rekord-Hospi- talisierungszin- denz weiterhin sehr belastet sind. Vielleicht können Sie kurz antworten, ob Sie vor dem Hintergrund dieser aktuellen Lage das gene- relle Beibehalten einer Maskenpflicht im Innen- raum für medizinisch geboten ansehen aufgrund der Belastung, die Sie aktuell sehen.

SV **Ingo Morell** (Deutsche Krankenhausgesell- schaft e. V. (DKG)): Herr Dr. Dahmen, da antworte ich Ihnen jetzt natürlich als Nicht-Mediziner; da sitzen fachkompetentere Menschen hier in dieser Runde. Wir würden das aber trotzdem befürworten, in den Innenräumen weiterhin die Maskenpflicht zu haben.

Abg. **Dr. Janosch Dahmen** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜ- NEN): Ich würde gerne die nahezu gleiche Frage auch noch an die Deutsche Gesellschaft für Inten- sivmedizin stellen. Vielleicht könnten Sie auch mit Rücksicht auf die anhaltende Belastung im Gesund- heitswesen noch mal aus Ihrer fachlichen Sicht sa- gen, ob Sie das Beibehalten einer Maskenpflicht in



öffentlich zugänglichen Innenräumen für erforderlich halten.

**SV Prof. Dr. Gernot Marx** (Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin e. V. (DIVI)): Nach unserer Meinung sollten wir tatsächlich ohne Not dieses Mittel nicht aus der Hand geben. Wir sehen dies als eine erprobte Maßnahme. Wir sehen weiterhin steigende Inzidenzen. Wir haben im Moment auf den Intensivstationen mit etwa 2 200 Covid-19-Patienten, die wir behandeln zwar eine Lage, die beherrschbar ist, aber wir sehen diese vielen Patienten in den Notaufnahmen, auf den Normalstationen. Wir sehen eine hohe Quote auch an Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern, die erkrankt sind und nicht für die Versorgung zur Verfügung stehen. Von daher sollten wir erprobte Mittel, die uns zur Verfügung stehen, um Infektionen sehr wirksam zu vermeiden, nicht aus der Hand geben, sondern weiter das Tragen von medizinischen oder noch besser FFP2-Masken in öffentlichen Innenräumen oder in Krankenhäusern und so weiter vorschreiben.

**Abg. Dr. Janosch Dahmen** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Meine nächste Frage würde ich gerne an die Einzelsachverständige Frau Prof. Dr. Brinkmann richten. Man könnte auf die Idee kommen, da wir inzwischen sehr gut wissen, wie wir die vulnerablen Gruppen, also die, die besonders schwer krank werden können oder ein hohes Sterberisiko durch eine Infektion haben, einfach zu sagen, jeder, der ein ausgeprägtes Risiko hat, der soll zukünftig eine Maske tragen und alle anderen Menschen, die kein individuelles Risiko haben, die können dann freiwillig, aber nicht mehr verpflichtend eine Maske tragen. Ist das als Schutz ausreichend? Reicht es wenn alle Menschen, die gefährdet sind, eine Maske tragen oder ergibt sich da eine andere Wirkweise, wenn auch Menschen, die selbst nicht gefährdet und einfach nur Ausscheider sind, eine Maske tragen?

**ESVe Prof. Melanie Brinkmann:** Ich halte es nicht für ausreichend, dass nur die Menschen, die sich schützen müssen, die vulnerablen Gruppen, eine Maske tragen. Es gibt wissenschaftliche Studien dazu, die klar zeigen, dass der höchste Schutz besteht, wenn in beide Richtungen Maske getragen

wird, einmal die Person, die ausscheidet und auch die Person, die das Virus einatmen kann und die Person, die vulnerabel ist. Hinzu kommt noch, dass viele vulnerable Personen die Maske gar nicht richtig tragen. Das kann, glaube ich, jeder bestätigen, dass es da zu Schwierigkeiten kommen kann. Der Schutz der Maske ist nicht perfekt. Er ist sehr gut im medizinischen Bereich bei ausgebildetem Personal, die genau wissen, wie muss diese Maske sitzen, dass ich mich nicht infiziere. Das ist bei der Normalbevölkerung auch nach zwei Jahren Pandemie nicht vollständig angekommen und viele können es einfach nicht, viele Ältere, Demenzkranke, es gibt 1 000 Beispiele. Von daher halte ich es wirklich weiterhin für sehr, sehr wichtig, dass auch die, die nicht vulnerabel sind, eine Maske tragen.

**Abg. Dr. Janosch Dahmen** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Eine letzte Frage würde ich gerne an die Bundesärztekammer richten wollen. Bisher ist nur vorgesehen, dass der umfassende Basisschutz in Krankenhäusern, Pflegeeinrichtungen und Dialysepraxen vorgesehen ist. Halten Sie es für erforderlich, dass dieser erweiterte Schutz aufgrund von vulnerablen Gruppen auch in Arztpraxen, Rettungsdienst und Reha-Einrichtungen angewendet wird?

**SV Dr. Klaus Reinhardt** (Bundesärztekammer (BÄK)): Ich hatte eben schon in der Frage, die mir gestellt worden war darauf hingewiesen, dass wir das Instrumentarium was zur Verfügung steht, für zu klein ansehen. Ich finde es auch zum jetzigen Zeitpunkt nicht richtig und angemessen, dass Arztpraxen und andere Einrichtungen, Rettungsdienste etc., also dort, wo mit vulnerablen Gruppen unter Umständen umgegangen werden muss, nicht von der Regelung erfasst sind. Ich glaube, das muss dringend geändert werden, weil es unlogisch ist. Selbst wenn wir uns darauf konzentrieren zu sagen, wir müssen die Infektionen im Wesentlichen bei Menschen die vulnerabel sind und die schwere Verläufe aufgrund ihrer Vorerkrankung und ihres Lebensalters oder andere Bedingungen haben könnten, zu vermeiden, dann ist es hoch angemessen, dass es selbstverständlich in diesen Einrichtungen auch gilt.





Abg. **Dr. Janosch Dahmen** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Dann würde ich noch eine letzte Frage an die Einzelsachverständige Frau Prof. Dr. Brinkmann stellen wollen. Inwieweit halten Sie es für erforderlich, dass außer dem Aufstellen von Desinfektionsspendern beispielsweise Lüftungskonzepte auch Teil von regulären Hygienekonzepten sind und mit Veranlassung vorgeschrieben werden können?

ESVe **Prof. Dr. Melanie Brinkmann**: Wir reden von einem Pathogen, einem Virus, das sich über die Luft übertragen lässt. Von daher würde ich es sehr dringend als notwendig erachten, auch weiterhin Lüftungsmaßnahmen zu treffen, in Innenräumen, wo Menschen sich über längere Zeit aufhalten. Wir wissen und das ist ein ganz klarer Zusammenhang, je mehr Virus ich einatme, desto eher infiziere ich mich und desto eher kann ich auch schwerkrank werden. Von daher ist es sinnvoll, viele Maßnahmen, die wirksam sind, wie Lüftung und die Masken in dem Fall einzusetzen und zwar auch zusammen. Das sind Faktoren, die multiplizieren sich miteinander. Das sind Maßnahmen, das Maske tragen ist das Günstigste. Aber die Lüftung ist etwas, was auch für andere Infektionskrankheiten natürlich absolut sinnvoll ist, das einzuführen und beizubehalten.

Abg. **Christine Aschenberg-Dugnus** (FDP): Meine Frage richtet sich an den Einzelsachverständigen Herr Prof. Dr. Hendrik Streeck. Sind die im Gesetzentwurf vorgesehenen Maßnahmen nach Ihrer Ansicht sachgerecht und zielführend?

ESV **Prof. Dr. Hendrik Streeck**: Es ist, glaube ich, wichtig, sich erst einmal vor Augen zu führen, dass wir uns in einer anderen Phase der Pandemie befinden als beim letzten Mal, als das Infektionsschutzgesetz überarbeitet wurde und als das Auslaufen der Maßnahmen im § 28a Absatz 10 und § 28b Absatz 7 beschlossen wurde. Wir haben eine Impfung, die effektiven Eigenschutz vor schwerem Verlauf bietet. Und wir haben eine neue Virusvariante, die zwar sehr leicht übertragbar ist, aber bei Geimpften wie auch bei Ungeimpften häufiger zu milden Verläufen führt. Das schlägt sich dahingehend nieder, dass wir zwar derzeit noch nie dagesessene hohe Infektionszahlen haben, aber sich die

Krankenhausbelegung und die intensivmedizinische Belegung von den derzeitigen Infektionszahlen abgekoppelt haben und sich nicht mehr so verhalten wie im letzten Jahr. Wir sind jetzt in der Phase, dass sich die BA.2-Subvariante von Omikron durchsetzt, die noch leichter übertragbar zu sein scheint, im Vergleich zu der BA.1-Subvariante aber ähnlich milde Verläufe verursacht. Wir können also damit rechnen, dass die Infektionszahlen mit besserem Wetter, höherer UV-Strahlung, höheren Temperaturen, veränderter Luftfeuchtigkeit abnehmen werden, also mit anderen Worten, aufgrund des saisonalen Effektes. Das ist ein Effekt, den wir im Übrigen, und das muss ich klar sagen, auch über die letzten Jahre und Jahrzehnte für verschiedene respiratorische Infektionserreger gesehen haben und auch aus den Erzählungen von den Intensivstationen oder intensivmedizinischen Belegungen, wie das vom Robert Koch-Institut in seinen Sari-Reporten (Surveillance der Antibiotikaaanwendung und bakteriellen Resistenzentwicklung auf deutschen Intensivstationen) festgehalten wird, immer wieder sehen. Es ist in meinen Augen daher ein guter Zeitpunkt, Maßnahmen besonnen zurückzufahren und sich von den Maßnahmen zu trennen, von denen man nicht weiß, ob sie zur Eindämmung des Infektionsgeschehens beitragen und stattdessen die Maßnahmen beizubehalten, von denen wir sehr gute wissenschaftliche Evidenz haben, dass sie eine Wirksamkeit besitzen. Um hier ein Beispiel zu nennen: Es gibt keinen klaren wissenschaftlichen Beweis über die Wirkung von 2G-, 3G-Regeln, Lockdowns, Ausgangssperren usw. Ich möchte Sie bitten, das nicht falsch zu verstehen. Der Ausdruck, keine wissenschaftliche Evidenz bedeutet nicht, dass die Maßnahmen nicht wirken, sondern dass der Beweis einer Wirksamkeit noch nicht vorliegt und fraglich ist, oder aber Studien zu unterschiedlichen Ergebnissen kommen. Dagegen gibt es aber Maßnahmen, wo wir sehr gute wissenschaftliche Evidenz haben, wie zum Beispiel das Maske tragen. Daher begrüße ich, dass man die Option der Maskenpflicht in der neuen Fassung des Infektionsschutzgesetzes aufrechterhält, gerade dann, wenn das Infektionsgeschehen hoch ist. Zudem begrüße ich, dass Maßnahmen im Notfall flexibel und hotspotbezogen angewendet werden können, nämlich dann, wenn eine Überbelastung des Gesundheitswesens droht.



Abg. **Christine Aschenberg-Dugnus** (FDP): Auch meine nächste Frage richtet sich an den Einzelsachverständigen Herr Prof. Dr. Streeck. Es wurde schon die Hotspot-Regel angesprochen. Sehen Sie da Nachbesserungsbedarf?

**ESV Prof. Dr. Hendrik Streeck:** Etwas schwammig formuliert ist, wann die Hotspot-Regel eigentlich angewandt werden kann. Das ist schon ein paarmal zum Ausdruck gekommen. Sie wird an der Pathogenität der Corona-Varianten und der Krankenhauskapazität festgemacht. Ich gebe hierbei zu bedenken, dass erst nach einer gewissen Zeit Informationen zur Pathogenität der Corona-Varianten vorliegen. Wie uns die Erfahrungen auch in den vergangenen Monaten lehrten, wird die Pathogenität der neuen Variante im Anfangsstadium eher überals unterschätzt. Es besteht daher immer die Gefahr einer gewissen Überreaktion beim Auftreten einer neuen Variante. Welche Variante im Übrigen kommt, kann keiner vorhersagen. Es spricht vieles dafür, dass sie sich aus der Omikron-Variante weiterentwickelt, da es sich hierbei um eine Immunfluchtvariante vor den aufgeworfenen Immunantworten handelt, die es bei Delta in der Art nicht gibt. Ich halte nicht sehr viel davon, dass man da immer den Teufel an die Wand malt und mit neuen Szenarien spielt, von denen wir nichts kennen. Zum anderen denke ich bei der Hotspot-Regel diese kann greifen, wenn es zur Überbelastung der Krankenhauskapazitäten kommt. Es ist aber wichtig, die nächsten Monate dahingehend zu nutzen, die Krankenhausbettenverfügbarkeit in Echtzeit besser zu erfassen und so auch die syndromische COVID-19-Belegung besser zu erfassen. Ich verweise hierbei an dieser Stelle auf die vierte Stellungnahme des Expertenrates, die dringend eine zügige Digitalisierung des Gesundheitswesens annahmt, um für die Pandemie eine bessere Datenlage zu bekommen. Zudem rege ich an, dass man das Infektionsgeschehen und Variantenmonitoring über ein Abwassermonitoring durchführt. Das ist in anderen Ländern Europas und einigen Städten in Deutschland bereits erfolgreich eingeführt worden. Der Aufbau einer Abwassersurveillance gibt die Möglichkeit andere Erreger wie die Influenza und multiresistente Keime auch in Zukunft, über die Pandemie hinaus, besser zu beobachten.

Abg. **Christine Aschenberg-Dugnus** (FDP): Auch die nächste Frage geht an den Einzelsachverständigen Prof. Dr. Streeck. Im Gesetzentwurf haben wir die Maßnahmen. Sind die aus Ihrer Sicht ausreichend oder sehen Sie noch in anderen Bereichen Änderungsbedarf?

**ESV Prof. Dr. Hendrik Streeck:** Ich habe ein paar Kritikpunkte an der Neufassung des Infektionsschutzgesetzes und würde es begrüßen, wenn Sie das in Ihre Diskussion mit aufnehmen würden. In Einrichtungen, in denen vulnerable Gruppen leben, wie Alten- und Pflegeheime, macht es in meinen Augen Sinn, besondere Schutzvorkehrungen zu treffen, um durch hochfrequentes Testen nicht nur die Eintragung, sondern auch die Übertragung unter den Bewohnerinnen und Bewohnern zu vermeiden. Es wird Eintragungen in diesen Bereichen geben, da haben wir mittlerweile viele Berichte, jedoch kann man durch eine Früherkennung, durch das frequente Testen nicht nur eine weitere Übertragung vermeiden, sondern auch durch präventive Gabe von antiviralen Medikamenten, wenn man eine Infektion nachgewiesen hat, schwere Verläufe vermeiden. Überrascht hat mich in dem Entwurf, dass gleiche Sicherheitsmaßnahmen für Schulen und Kindertagesstätten gelten sollen, zumal in dieser Altersgruppe eine Omikron-Infektion noch einmal milder verläuft. Um es deutlich zu sagen, das Risiko für einen schweren Verlauf haben vor allem ältere Menschen und Menschen mit Vorerkrankungen. Obwohl wir uns alle wünschen, dass wir das Coronavirus ausrotten, werden wir auch im nächsten Winter und im darauffolgenden Winter und immer wieder solche Wellen mit dem SARS-CoV-2-Virus haben. Daher sollte man beginnen, das Testen restriktiver zu gestalten. Der Expertenrat hat in seiner sechsten Stellungnahme empfohlen, die nationale Teststrategie zu überprüfen und es sollte insbesondere geprüft werden, ob Testungen auf symptomatische Fälle beschränkt bleiben. So geht man auch als Arzt vor, man testet, wenn es einen Anfangsverdacht gibt und das sind meistens Symptome, aber man testet eigentlich nicht anlasslos, also ohne einen Grund. Es ist auch zu bedenken, dass das anlasslose Testen zu einer Verzerrung der Meldeinzidenz führen kann, auch in den jeweiligen Altersstufen. Mit solch einem Verzerrungseffekt – den haben wir schon einmal erlebt – kann es so wirken, dass es an Schulen und Kindertagesstätten besonders hohe Ausbrüche gibt, obwohl eigentlich



gar kein vermehrtes Infektionsgeschehen dort stattfindet. Ein weiterer Kritikpunkt betrifft § 22a des Entwurfs. Als Arzt ist es mir eigentlich weniger wichtig, wie jemand Schutz vor einem schweren Verlauf erreicht hat, sondern es geht mir darum, ob er einen hat. Jemand, der eine Infektion durchgemacht hat und bei dem man Antikörper nachweisen kann, hat einen vergleichbaren Schutz vor einem schweren Verlauf wie jemand, der geimpft ist. Natürlich gibt es hier Abstriche und es gibt viele Studien dazu und viele Publikationen und ein Abstrich ist zum Beispiel, dass eine Omikron-Infektion nicht so gut vor einer Delta-Infektion schützt, ein asymptomatischer Verlauf vielleicht nicht so gute Antikörper induziert wie ein symptomatischer Verlauf und Ähnliches. Wir sind uns wohl alle einig, Impfen ist sicherer und Impfen schützt auch sicherer, aber wenn man Antikörper nachweisen kann gibt es zumindest eine Grundimmunität. Erst einmal finde ich es daher schwierig, dass ein Impf- und Genesenenstatus gesetzlich verankert werden soll, der nicht ganz im Einklang ist mit anderen europäischen Ländern. Gerade im Hinblick auf die Ukraine-Krise, auf Flüchtlinge, die mit Impfstoffen geimpft sind, die zwar von der WHO anerkannt sind, aber in Deutschland nicht zugelassen werden, würde ich mir Vereinfachung und Pragmatismus wünschen und zum Beispiel Antikörpertests als Nachweis zulassen. So können wir im Übrigen auch unterscheiden, ob jemand seine Antikörper durch Impfung oder Genesung bekommen hat. Auch kann es in Einzelfällen sein, dass ein dreifach Geimpfter weniger Antikörper hat als ein Ungeimpfter. Es wäre daher auch wünschenswert, dass man mittels großangelegter Studien über die Sommermonate hinweg bestimmt, wer eigentlich einen Schutz hat vor einem schweren Verlauf und wer nicht. Das würde uns besser auf den Herbst und Winter vorbereiten. Eine Anerkennung des Antikörperstatus, ganz egal auf welchem Weg jemand Antikörper erreicht hat, wird uns einen einfacheren Umgang auch im Hinblick auf andere Impfstoffe, die in Deutschland nicht zugelassen sind, ermöglichen.

Die **stellvertretende Vorsitzende**: Vielen Dank Herr Prof. Dr. Streeck. Ein abschließender Satz.

**ESV Prof. Dr. Hendrik Streeck**: Da bitte ich Sie detailliert den § 22a zu überdenken und diesen vielleicht etwas zu vereinfachen und zu entschlacken.

Abg. **Martin Sichert** (AfD): Die erste Frage geht an die Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V. Sie haben von Patienten in den Krankenhäusern gesprochen. Stimmt es, dass Sie nach zwei Jahren Corona immer noch nicht erfassen und wissen, wie viele Krankenhauspatienten wirklich ursächlich wegen Corona in den Krankenhäusern liegen?

SV **Ingo Morell** (Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V. (DKG)): Also erstens kann man sagen nach zwei Jahren, da müssten wir uns die ganzen zwei Jahre angucken und wann sollten wir wie und was erfassen? Ich gebe die Frage zurück: Wie wollen Sie das ganz genau messerscharf trennen, ob einer wegen COVID oder mit COVID und so weiter ins Krankenhaus kommt? Derzeit werden die Dinge schon grob erfasst, aber natürlich nicht von Anfang an und nicht innerhalb der ersten zwei Jahre. Ich bitte darum, sich da auch noch einmal zwei Jahre zurück zu versetzen, was vor zwei Jahren in unseren Häusern und in der ganzen Gesellschaft los war.

Abg. **Martin Sichert** (AfD): Also Sie wissen es immer noch nicht. Macht natürlich schon einen Unterschied, ob jemand einen Knochenbruch hat und einen positiven Coronatest oder ob er wirklich wegen Corona da ist. Die nächste Frage würde ich an die DIVI stellen. Die Maßnahmen, die wir haben wurden immer wieder mit der Belegung der Intensivbetten begründet und obwohl wir aktuell über eine Million Neuinfektionen pro Woche haben, ist die Belegung der Intensivbetten seit Mitte Dezember 2021 deutlich unter dem Durchschnitt der letzten zwei Jahre. Gestern wurde mit nur 18 095 Intensivpatienten von Ihnen der niedrigste Wert seit der Erstellung des Intensivregisters dokumentiert. Ich wüsste gerne von Ihnen, wie viele Intensivpatienten liegen wirklich ursächlich wegen Corona und nicht nur mit einem positiven Test dort.

SV **Prof. Dr. Gernot Marx** (Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin e. V. (DIVI)): Insbesondere im Bereich der Intensivmedizin kann man nicht unterscheiden, ob



ein Patient mit oder wegen Corona respektive an einer COVID-19 Erkrankung erkrankt ist, weil COVID-19 immer erst einmal einen erhöhten Aufwand für die betreuenden Ärztinnen und Ärzte und die Pflegekräfte, also das gesamte Team bedeutet. Zweitens, COVID-19 ist immer ein mindestens bedeutsamer, auch auf das Leben hin bedeutsamer Faktor. Deswegen kann man hier keine Unterscheidung treffen.

**Abg. Martin Sichert (AfD):** Vielen Dank Herr Marx, das heißt, wir wissen immer noch nicht, wie viele wegen Corona auf den Intensivstationen sind. Dann hätte ich eine Frage an den Sachverständigen Tom Lausen. Sie sind Datenanalyst und haben sich intensiv mit den Daten der Krankenhäuser beschäftigt. Welche Daten aus welche Quellen haben Sie dazu verwendet und was lässt sich daraus bezüglich der Belastung des Gesundheitssystems in den letzten beiden Jahren für die Zukunft ableiten?

**ESV Tom Lausen:** Die Daten, die wir öffentlich beziehen, sind vom Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus, InEK, sind wie gesagt öffentlich erreichbar und wir – wir, das sind 60 weitere Datenanalysten mit mir zusammen, Notärzte und andere vom Fach stammende Leute – untersuchen die Belegung der Krankenhäuser und stellen fest, dass wir mit den Maßnahmen vom Jahre 2019 bis 2020 und 2021 einen Fallzahlrückgang von etwa zweieinhalb Millionen Fällen pro Jahr beobachten. Das heißt also, wir haben es jetzt in den letzten zwei Jahren mit unserer Pandemiebegleitung und den Maßnahmen der alten Regierung und dieser Regierung geschafft, dass fünf Millionen weniger Patienten in die Krankenhäuser kommen. Somit ist eigentlich schon klar, dass eine Überlastung des Gesundheitssystems in den vergangenen zwei Jahren auszuschließen gewesen ist, denn fünf Millionen Patienten, die nicht mehr da sind, da hat man natürlich sehr viel Personal, das da gewesen wäre, um die Patienten zu betreuen. Ich vermisse sowieso in dieser gesamten Diskussion sehr viele Zahlen. Ich möchte das ganz kurz ergänzen, weil mit Zahlen kann man auch gute Grundlagen schaffen für Gesetze. Ich habe von Herrn Morell gerade gehört, dazu wollte ich gerne nochmal Zahlen hinzufügen, dass sieben Prozent mehr wegen der Omikron-Variante im Vergleich zur letzten Woche hospitalisiert worden sind. Also ich muss dazu sagen, 300 000

bis 350 000 Fälle werden pro Woche in deutsche Krankenhäuser eingeliefert und wir hatten in Woche 8 laut RKI 8 330 Fälle mit COVID-19, die hospitalisiert wurden mit einem positiven SARS-CoV-2-Test. Diese Zahl unterscheidet sich nicht von den Zahlen Anfang Januar 2021. Wir erleben also trotz sehr hohen Infektionsgeschehens keine erhöhte Hospitalisierung. Das hat Herr Prof. Dr. Streeck wohl schon so gesagt, dass sich das Infektionsgeschehen abgekoppelt hat von den Hospitalisierungsraten und auch auf den Intensivstationen erleben wir das nicht. Ich muss noch einmal zurückkommen, auf die Zahlen 2020, wo wir 2,5 Millionen weniger Fälle in den Krankenhäusern hatten. Es waren von 16,7 Millionen Fällen in den deutschen Krankenhäusern 110 000 Corona-Patienten. Im Jahr 2021 waren von 16,66 Millionen Fällen, die in deutschen Krankenhäusern behandelt worden sind, 276 000 Corona-Patienten. Also Sie sehen schon, dass die Zahl verhältnismäßig klein ist und dass Zahlen auch helfen, den Blick ein wenig zu schärfen.

**Abg. Martin Sichert (AfD):** Ich hätte eine Frage an den Spitzenverband der Krankenkassen. Es haben heute die internationalen Wochen gegen Rassismus begonnen. Für mich ist klar, jegliche Diskriminierung, egal ob nach Herkunft, Religion, Hautfarbe oder Impfstatus, gehört bekämpft. Die Bundesregierung sieht es im vorliegenden Gesetzesentwurf leider anders und will weiterhin die Diskriminierung aufgrund des Impfstatus legitimieren. Das Paul-Ehrlich-Institut berichtet über knapp 250 000 Fällen von Nebenwirkungen und immerhin knapp 30 000 Fälle schwerer Nebenwirkungen nach Impfungen. Da die Krankenkassen die Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen bekommen, möchte ich Ihnen die gleiche Frage stellen wie vor drei Monaten bei der letzten Anhörung zum Infektionsschutzgesetz: Wissen Sie, wie viele Menschen im Nachgang einer Corona-Impfung arbeitsunfähig wurden bzw. wie viele Arbeitsunfähigkeitstage im Nachgang der Impfung entstanden sind?

**SVe Dr. Doris Pfeiffer (GKV-Spitzenverband):** Wir haben keine aktuellen Auswertungen zur Arbeitsunfähigkeit nach Impfungen.



Abg. **Martin Sichert** (AfD): Eine Frage noch an den Spitzenverband der Krankenkassen. Haben Sie Daten zur Arbeitsunfähigkeit nach Corona-Infektionen?

SVe **Dr. Doris Pfeiffer** (GKV-Spitzenverband): Auch hier habe ich keine aktuelle Auswertung, diese müsste jeweils vorgenommen werden in Analysen, aber uns liegen keine aktuellen Auswertungen vor.

Abg. **Martin Sichert** (AfD): Dann hätte ich nochmal eine Frage an den Sachverständigen Tom Lausen. Sie haben sich intensiv mit den Krankenkassendaten beschäftigt. Können Sie uns vielleicht was zur Arbeitsunfähigkeit nach Impfungen bzw. nach Corona-Infektionen sagen?

ESV **Tom Lausen**: Ich habe mich mit den Arbeitsunfähigkeitstagen und auch mit den Arztbesuchen nach Impfungen und auch mit den Arbeitsunfähigkeitstagen im Zusammenhang mit Corona beschäftigt. Ich bin in dem Zusammenhang mit den Daten der Betriebskrankenkassen in Deutschland, 10,9 Millionen Versicherte, in Berührung gekommen und hatte bei der Datensichtung die Möglichkeit, zu sehen, dass die Anzahl der Arbeitsunfähigkeitstage deutlich gestiegen ist, um etwa das Hundertfache im Rahmen von Impfnebenwirkungen auf 383 170 Tage. Allerdings nur für das Quartal I, II und anteilig III. Diese Daten sind bereits veröffentlicht und auch in meiner Stellungnahme nachzulesen. Bei den Arbeitsunfähigkeitstagen für Corona-Krankschreibungen mit einer U07.1-Feststellung eines Coronatests sind es nur 374 000, die von Ärzten bescheinigt worden sind. Darüber hinaus, was wir natürlich nicht sehen können, beziehen wir auch noch Daten von der InEK und da sehen wir sehr viele schwerwiegende Fälle, die jetzt das Gesundheitssystem zusätzlich belasten, die mit Impfnebenwirkungen stationär behandelt werden müssen. Wir haben alleine 23 000 schwerwiegende Fälle im Jahr 2021, die mit einer Impfnebenwirkungscodierung dort gelandet sind und darüber hinaus 3 000, die mit einer Impfnebenwirkungscodierung auf der Intensivstation gelandet sind und auch 282 gestorbene Menschen, die mit einer Impfnebenwirkungscodierung gestorben sind. Deswegen gehen wir davon aus, dass hier doch genauer ge-

schaут werden muss, insbesondere bei der Abwägung, ob man eine Impfpflicht einführt oder nicht und auch mit diesem Gesetz eine entsprechende Maßnahmenkontrolle in eine Abwägung bringt, ob der Gesundheitsschutz immer besser für die Menschen zu finden ist, wenn bestimmte Maßnahmen im Rahmen der Impfung vorhanden sind. Im Bereich der Impfung ist in dem Gesetzentwurf 137 Mal das Wort „Impf“ zu finden und deswegen halte ich es für besonders notwendig, da noch einmal eine genauere Abwägung zu machen.

Abg. **Ates Gürpınar** (DIE LINKE.): Meine erste Frage geht an den Einzelsachverständigen Dr. Dr. Martin Stürmer. Halten Sie die Abschaffung insbesondere der Maskenpflicht zum derzeitigen Zeitpunkt für sinnvoll? Wie beurteilen Sie es, dass die Landesregierung ab dem 20. März fast gar keine Eingriffsmöglichkeiten mehr hat, falls sich die Situation weiter verschlechtert?

ESV **Dr. Dr. Martin Stürmer**: Die Zahlen, die wir aktuell sehen, zeigen eine deutliche Zunahme der Inzidenz in allen Altersgruppen, aber vor allem auch in der Altersgruppe, wo wir ein höheres Risiko für schwere Verläufe erwarten. Wenn wir uns mit der Maskenpflicht nur noch auf den Schutz von bestimmten Institutionen stützen werden, ignorieren wir die Tatsache, dass diese vulnerablen Gruppen am alltäglichen Leben ganz normal teilnehmen wollen und sollen, wie alle anderen auch. Insofern ist es unsere Pflicht, die vulnerablen Gruppen in allen Lebenslagen zu schützen. Das können wir nicht, wenn wir die Maskenpflicht insgesamt abschaffen werden. Die Tatsache, dass die Länderparlamente die Hoheit bekommen sollen über Definitionen von Hotspots und Situationen, wo das Ausbruchsgeschehen stärker ist, führt zu Uneinheitlichkeit. Das ist nicht genau definiert, ab wann diese Zustände gelten sollen und wir haben insgesamt eine Situation, in der Einheitlichkeit und Akzeptanz in der Bevölkerung sehr wichtig sind. Dementsprechend ist das Gesetz, wie es aktuell vorliegt, meiner Meinung nach nicht wirklich zum Schutz vor Infektionen geeignet.

Abg. **Ates Gürpınar** (DIE LINKE.): Meine zweite Frage geht an Frau Dr. Ellert. Bitte skizzieren Sie kurz den Erkenntnisstand bei Long COVID und wie



bewerten Sie, dass Long COVID bei der Öffnungsstrategie praktisch keine Rolle spielt?

**SVe Dr. Claudia Ellert** (Long COVID Deutschland (LCD)): Ich möchte gerne zum Ende der Sitzung Ihren Fokus auf eine ganz andere betroffene Gruppe richten. Das sind die Betroffenen, die unter den Langzeitfolgen von SARS-CoV-2-Infektionen leiden. Das Pandemie-Management orientiert sich immer an Zahlen zu akut Erkrankten, an Hospitalisierungen und an Todesfällen. Wir wissen aber mittlerweile aus Erhebungen, dass die Krankheitslast bei jungen, nicht hospitalisierten Menschen, die die eigentlich insgesamt viel höhere ist und dass unter den Long COVID-Betroffenen 80 bis 90 Prozent nicht hospitalisierte Patienten sind. Das heißt, das sind Patienten, die laufen unter jedem Radar, sie erscheinen in keiner Statistik, die zum Management genutzt wird und sie gelten oft als genesen. Es sind andererseits aber Menschen, die mitten im Arbeitsleben stehen, die durch die Erkrankung eine extreme Einschränkung ihrer Leistungsfähigkeit erleiden, die über viele Monate anhält. Wir wissen mittlerweile, dass wir es mit einem chronischen Krankheitsbild zu tun haben, was nicht nach einigen Wochen oder Monaten von alleine endet, sondern Studien zeigen zunehmend, dass Patienten, die nach drei, vier oder fünf Monaten erkrankt sind, auch nach 12 Monaten und darüber hinaus mit den Beschwerden zu kämpfen haben. Das heißt, nur bei einem ganz kleinen Teil der Betroffenen kommt es zum Abklingen der Beschwerden. Zudem sieht man zunehmend, dass die Arbeitsfähigkeit extrem beeinträchtigt ist. Man geht davon aus, dass ungefähr 50 Prozent der Long COVID-Patienten nicht voll am Arbeitsleben teilnehmen kann, jeder vierte arbeitsunfähig ist. Das heißt, wir haben zwei Problemfälle. Auf der einen Seite eine Belastung des Arbeitsmarktes durch Akuterkrankungen und Quarantänemaßnahmen, gerade in sensiblen Bereichen wie Kinderbetreuung, Schule, Gesundheitsberufe. Wir haben insbesondere in den Gesundheitsberufen Langzeiterkrankte, die aus dem Arbeitsprozess rausfallen und in hohem Maße Sozialsysteme belasten, weil sie an Erkrankungen leiden, für die wir aktuell keine Therapie haben. Man muss sich diese Zahlen klar machen und wissen, dass wir für Long COVID keine vulnerable Gruppe definieren können, sondern dass jeder von Long COVID betroffen sein kann und dass es vor

diesem Hintergrund sinnvoll ist, die neu auftretenden Infektionszahlen zu begrenzen, soweit es möglich ist, insbesondere durch einfache und vernünftige Maßnahmen wie Lüften und Maske tragen. Andererseits müssen wir uns Gedanken darüber machen, wie wir den vielen aktuell von Long COVID Betroffenen, und da gehen wir von einer hohen sechs- bis auf siebenstelligen Zahl aus, helfen können. Das heißt, wir müssen kurzfristig in Forschung und Entwicklung von Medikamenten und Therapien investieren, um hier zu einer Entlastung der Sozialsysteme und des Arbeitsmarktes zu finden. Ansonsten ist es eine extreme, gesamtgesellschaftliche Herausforderung, der wir so auf Dauer nicht gewachsen sein werden.

**Abg. Ates Gürpınar** (DIE LINKE.): Das geht an ver.di, an Grit Genster. Wie ist die Situation in Normal- und Intensivstationen? Sind diese bereit für eine Steigerung der Behandlungszahlen?

**SV Kevin Leo Schmidt** (Deutscher Gewerkschaftsbund (DGB)): Ich glaube, Frau Genster konnte nur bis 12:30 Uhr teilnehmen. Ich habe mit ihr abgesprochen, dass ich antworten kann. Die Personaldeckel in den Intensivstationen sind bis zum Zerreißen gespannt und da drohen auch gleichzeitig Ausfälle aufgrund von Infektionen mit Corona. Deshalb ist es umso wichtiger, dass weiterhin auch Handlungsfähigkeit und Infektionsschutz gewährleistet sind und der Basisschutz deutlich ausgebaut wird und zumindest eine Maskenpflicht in Innenräumen mit Publikumsverkehr weiterhin fortgeführt wird. Natürlich muss der Schutz vor Infektionen am Arbeitsplatz gewährleistet sein.

**Die stellvertretende Vorsitzende:** Ich danke allen, die sich an dieser Anhörung beteiligt haben. Wir sind jetzt am Ende der vorgesehenen Zeit angekommen. Sehr herzlichen Dank, liebe Kolleginnen und Kollegen, für Ihre präzisen Fragen und an alle Expertinnen und Experten, die zu Wort gekommen sind, sehr herzlichen Dank für Ihre kenntnisreichen Antworten. Auch denjenigen, die nicht befragt wurden, vielen Dank für Ihre schriftlichen Stellungnahmen, die jetzt im weiteren parlamentarischen Verfahren Berücksichtigung finden werden. Vielen Dank, ich schließe hiermit die Sitzung. Auf Wiedersehen.



**Schluss der Sitzung: 12:40 Uhr**

gez.

Dr. Kirsten Kappert-Gonther, MdB  
**Stellvertretende Vorsitzende**