



Stenografisches Protokoll der 32. Sitzung

Ausschuss für Gesundheit

Berlin, den 29. August 2022, 10.45 Uhr
Paul-Löbe-Haus, Raum E.300,
Konrad-Adenauer-Str. 1, 10557 Berlin

Vorsitz: Dr. Kirsten Kappert-Gonther, MdB

Tagesordnung

Seite

Einzigiger Tagesordnungspunkt

6

- a) Gesetzentwurf der Fraktionen SPD, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN
und FDP

Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung des Schutzes der Bevölkerung und insbesondere vulnerabler Personengruppen vor COVID-19

BT-Drucksache 20/2573

Federführend:

Ausschuss für Gesundheit

Mitberatend:

Ausschuss für Inneres und Heimat

Rechtsausschuss

Ausschuss für Arbeit und Soziales

Ausschuss für Familie, Senioren, Frauen und Jugend

Ausschuss für Bildung, Forschung und Technikfolgenabschätzung

Haushaltsausschuss (mb und § 96 GO)



- b) Antrag der Fraktion der CDU/CSU

**Gut vorbereitet für den Herbst -
Pandemiemanagement verbessern**

BT-Drucksache 20/2564

Federführend:

Ausschuss für Gesundheit

Mitberatend:

Ausschuss für Inneres und Heimat

Rechtsausschuss

Wirtschaftsausschuss

Ausschuss für Arbeit und Soziales

Ausschuss für Familie, Senioren, Frauen und Jugend

Ausschuss für Bildung, Forschung und Technikfolgenabschätzung

- c) Antrag der Abgeordneten Kathrin Vogler, Susanne Ferschl,
Gökay Akbulut, weiterer Abgeordneter und der Fraktion DIE LINKE

**Auf sich verändernden Pandemieverlauf vorbereiten -
Maßnahmenplan vorlegen**

BT-Drucksache 20/2581

Federführend:

Ausschuss für Gesundheit

Mitberatend:

Finanzausschuss

Ausschuss für Arbeit und Soziales

Ausschuss für Familie, Senioren, Frauen und Jugend

Ausschuss für Bildung, Forschung und Technikfolgenabschätzung



Die Anwesenheitslisten liegen dem Originalprotokoll bei.



Verbände/Institutionen

- ABDA – Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände e. V.
- AKTIN-Notaufnahmeregister e. V.
- ALM - Akkreditierte Labore in der Medizin e. V.
- Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (AkdÄ)
- BAG Selbsthilfe e. V.
- 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 Krankenhausapotheker e. V. (ADKA)
- Bundesverband Deutscher Privatkliniken e. V.
- Bundesverband Gesundheits-IT e. V. (bvitg)
- Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e. V. (bpa)
- Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände e. V. (BDA)
- Deutsche Gesellschaft für Infektiologie (DGI)
- Deutsche Gesellschaft für Internistische Intensivmedizin und Notfallmedizin e. V. (DGIIN)
- Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin e. V. (DGKJ)
- Deutsche Gesellschaft für Medizinische Rehabilitation e. V. (DEGEMED)
- Deutsche Hausärzterverband e. V.
- Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin e. V. (DIVI)
- Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V. (DKG)
- Deutsche Vereinigung für Wasserwirtschaft, Abwasser und Abfall e. V. (DWA)
- Deutscher Caritasverband
- Deutscher Ethikrat
- Deutscher Gewerkschaftsbund (DGB)
- Deutscher Kulturrat e. V.
- Deutscher Landkreistag
- Deutscher Pflegerat e. V. (DPR)



- Deutscher Städte- und Gemeindebund
- Deutscher Städtetag
- Diakonie Deutschland
- gematik GmbH
- Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA)
- Gewerkschaft Erziehung und Wissenschaft (GEW)
- GKV-Spitzenverband
- Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV)
- Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV)
- Long Covid Deutschland
- Medizinischer Dienst Bund
- Müttergenesungswerk
- Pro Generika e. V.
- Sozialverband VdK e. V.
- Spitzenverband der Heilmittelverbände e. V. (SHV)
- Ständige Impfkommission beim Robert Koch-Institut (STIKO)
- Verband der Privaten Krankenversicherung e. V. (PKV)
- Verband Forschender Arzneimittelhersteller e. V. (vfa)

Einzelverständige

- Dr. Tim Conrad (Zuse-Institut Berlin)
- Prof. Dr. Christian Karagiannidis (Universität Witten-Herdecke)
- Prof. Dr. Andrea Kießling (Goethe-Universität Frankfurt am Main)
- Tom Lausen (Lausen Media)
- Prof. Dr. Rolf Rosenbrock (Paritätischer Wohlfahrtsverband - Gesamtverband e. V.)
- Prof. Dr. Jan Rupp (UKSH Lübeck)
- Prof. Leif-Erik Sander (Charité - Universitätsmedizin Berlin)
- Dr. Robert Seegmüller (Verfassungsgerichtshof des Landes Berlin)
- Prof. Dr. Jonas Schmidt-Chanasit (Bernhard-Nocht-Institut für Tropenmedizin)



(Beginn: 10.47 Uhr)

Stellvertretende Vorsitzende Dr. Kirsten Kappert-Gonther:

Guten Tag, meine sehr geehrten Damen und Herren, liebe Zuschauer/-innen, meine sehr verehrten Sachverständigen, sehr geehrte Vertreter/-innen der Bundesregierung, liebe Parlamentarische Staatssekretärin Sabine Dittmar und liebe Kolleginnen und Kollegen hier im Ausschusssitzungssaal und diejenigen, die digital zugeschaltet sind! Ich begrüße Sie sehr herzlich zur öffentlichen Anhörung des Ausschusses für Gesundheit. Sie bekommen jetzt gerade mit: Das ist eine hybride Anhörung, also eine Mischung aus Präsenzsitzung und Online-meeting.

Vorab möchte ich die Sachverständigen und alle Teilnehmer/-innen, die per Webex zugeschaltet sind, bitten, sich mit ihrem vollständigen Klarnamen anzumelden, sodass ihre Teilnahme für uns erkennbar ist, und, wie das jetzt schon in all diesen digitalen Formaten gut eingeübt ist, ihre Mikrofone vorerst stummzuschalten.

Ich rufe den **einzigen Tagesordnungspunkt** auf:

- a) Gesetzentwurf der Fraktionen SPD, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und FDP

Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung des Schutzes der Bevölkerung und insbesondere vulnerabler Personengruppen vor COVID-19

BT-Drucksache 20/2573

Federführend:

Ausschuss für Gesundheit

Mitberatend:

Ausschuss für Inneres und Heimat
Rechtsausschuss
Ausschuss für Arbeit und Soziales
Ausschuss für Familie, Senioren, Frauen und Jugend
Ausschuss für Bildung, Forschung und Technikfolgenabschätzung
Haushaltsausschuss (mb und § 96 GO)

- b) Antrag der Fraktion der CDU/CSU

Gut vorbereitet für den Herbst - Pandemiemanagement verbessern

BT-Drucksache 20/2564

Federführend:

Ausschuss für Gesundheit

Mitberatend:

Ausschuss für Inneres und Heimat
Rechtsausschuss
Wirtschaftsausschuss
Ausschuss für Arbeit und Soziales
Ausschuss für Familie, Senioren, Frauen und Jugend
Ausschuss für Bildung, Forschung und Technikfolgenabschätzung

- c) Antrag der Abgeordneten Kathrin Vogler, Susanne Ferschl, Gökay Akbulut, weiterer Abgeordneter und der Fraktion DIE LINKE

Auf sich verändernden Pandemieverlauf vorbereiten - Maßnahmenplan vorlegen

BT-Drucksache 20/2581

Federführend:

Ausschuss für Gesundheit

Mitberatend:

Finanzausschuss
Ausschuss für Arbeit und Soziales
Ausschuss für Familie, Senioren, Frauen und Jugend
Ausschuss für Bildung, Forschung und Technikfolgenabschätzung

Wir hören heute zu den drei genannten Vorlagen an. „Anhörung“ heißt immer, die Parlamentarier/-innen fragen und die Sachverständigen antworten. In allen drei Vorlagen geht es um die noch andauernde Coronapandemie und die Vorbereitung für den kommenden Herbst.

Ich werde jetzt ganz kurz umreißen, was Gegenstand der unterschiedlichen Vorlagen ist, und dann steigen wir in die Fragen und die Antworten ein.



Die Koalitionsfraktionen wollen mit ihrem Gesetzentwurf insbesondere die vulnerablen Bevölkerungsgruppen besser schützen. Es geht im Kern einerseits um einen Instrumentenkasten für die Länder für den Infektionsschutz, beispielsweise wann Masken verpflichtend getragen werden sollen, aber auch indem die Versorgung mit gegen eine Covid-19-Infektion wirkenden Arzneimitteln gestärkt wird und verbesserte und zielgerichtete Impfkampagnen durchgeführt werden.

Andererseits sollen die Ermächtigungsgrundlage für die Coronavirus-Impfverordnung und die Coronavirus-Testverordnung sowie die Geltungsdauer der Impfverordnung bis zum 31. Dezember 2022 verlängert werden. Apotheker, Zahnärzte und Tierärzte sollen bis zum 30. April 2023 Coronaschutzimpfungen durchführen können.

Der Infektionsschutz in Einrichtungen und Unternehmen der Pflege und Eingliederungshilfe soll durch besondere Regelungen und durch eine Aufgabenerweiterung der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention beim Robert-Koch-Institut mit dem Namen KRINKO gestärkt werden.

Zu dem Gesetzentwurf liegen 13 Änderungsanträge der Koalition vor, die Sie auch auf der Ausschussdrucksache 20/1450 nachlesen können. Sie sind ebenfalls Gegenstand der Anhörung. - Das ist das Paket der Koalitionsfraktionen.

Dann gibt es den Antrag der Fraktion der CDU/CSU. Sie fordert in ihrem Antrag unter anderem, dass die Bundesregierung umgehend ein stufenweises Pandemiemanagementkonzept mit einem wirksamen, angemessenen Maßnahmenkatalog erarbeitet, damit, so die Union, auch nach dem 23. September 2022 entsprechende Schutzmaßnahmen ergriffen werden können.

Außerdem fordert sie, dass das Forschungsvorhaben „Immunantworten gegen SARS-CoV-2 bei Risikogruppen in der Allgemeinbevölkerung“ vorangetrieben werden und die Datenlage hinsichtlich Mehrfachinfektionen und der damit verbundenen Risiken verbessert wird. Diese Erkenntnisse müssten bei der Erarbeitung des

Pandemiemanagementkonzeptes berücksichtigt werden. Außerdem soll unverzüglich mit der Einrichtung eines rechtssicheren, datenschutzkonformen und unbürokratischen Impfreisters begonnen werden. - Das ist im Kern das, was der Antrag der Union fordert.

Zu guter Letzt gibt es den Antrag der Fraktion Die Linke. Sie tritt in ihrem Antrag für eine zuverlässige Testinfrastruktur, ein wirksames Schutzkonzept für besonders vulnerable Gruppen, einen rechtssicheren Rahmen für präventive Maßnahmen und wissenschaftlich belastbare Kriterien sowie eine bessere Infrastruktur für Kinder, Jugendliche und Familien ein. Um die Pandemie global besiegen zu können, müssten Impfstoffpatente und das Recht an anderem geistigen Eigentum ausgesetzt werden. Darüber hinaus fordert die Linksfraktion bessere Arbeitsbedingungen und höhere Löhne für Beschäftigte im Gesundheitssystem und eine gerechte Finanzierung der Pandemiekosten.

Das sind, grob zusammengefasst, die Inhalte der heute zur Beratung stehenden vorliegenden Anträge.

Die Anhörung wird insgesamt 90 Minuten dauern. Die Zeit, die die Fraktionen für Fragen und die Sachverständigen für Antworten zur Verfügung haben, verteilt sich auf drei Blöcke. Insgesamt steht den Fraktionen ein unterschiedliches Zeitkontingent für Frage und Antwort zur Verfügung; das richtet sich nach der Stärke der Fraktion. Das sind für die SPD insgesamt 25 Minuten, für die Union 24 Minuten, für Bündnis 90/Die Grünen 15 Minuten, für die FDP 11 Minuten, für die AfD 10 Minuten und für Die Linke 5 Minuten. Das heißt, wenn sich die Fragenden und die Antwortenden möglichst kurz fassen, können mehr Fragen gestellt werden. Darum bitten wir.

Wenn ich jetzt gleich die einzelnen Sachverständigen aufrufe und um ihre Antworten bitte, bitte ich Sie, Ihr Mikrofon und Ihre Kamera freizuschalten und jedes Mal - das ist ein bisschen kontraintuitiv; deshalb sage ich es noch mal - Ihren Namen und Ihren Verband zu nennen, damit für die Zuhörenden, aber auch für das Protokoll



klar ist, wer gerade spricht. Sobald Sie mit Ihrem Redebeitrag beginnen, sind Sie hier auch groß auf unserem Videowürfel im Saal zu sehen.

Diese Anhörung wird im Parlamentsfernsehen übertragen, und das Wortprotokoll wird auf der Internetseite des Ausschusses veröffentlicht.

Vielen Dank allen Sachverständigen für ihre Bereitschaft, zu antworten, ganz besonders denen, die bereits eine schriftliche Stellungnahme eingereicht haben.

Es gibt eine aktualisierte Liste der Sachverständigen. Es liegen ein paar Absagen vor; das können Sie Ihren Unterlagen entnehmen.

Alle Anwesenden hier im Saal sind gebeten, ihre Mobiltelefone auszuschalten. Sie wissen, wenn es klingelt, wird Geld eingesammelt, das für einen guten Zweck spendet wird.

Das waren die Vorbemerkungen. Jetzt geht es los mit Fragen und Antworten.

Als Erstes hat die Fraktion der SPD das Wort, und zwar Frau Baehrens. Bitte sehr.

Heike Baehrens (SPD): Vielen Dank. - Meine Frage geht an den Einzelsachverständigen Professor Sander. Herr Professor Sander, Sie haben erst jüngst in der Bundespressekonferenz die deutsche Öffentlichkeit für die aktuelle Pandemiesituation beim Übergang zum Herbst/Winter sensibilisiert. Projekte wie die modellgestützte Untersuchung von Maßnahmen zur Eindämmung von Covid-19 in Berlin extrapolieren für die Bundesregierung verschiedene Szenarien für den Herbst/Winter. Womit rechnen Sie derzeit?

Stellvertretende Vorsitzende Dr. Kirsten Kappert-Gonthert: Vielen Dank. - Herr Professor Sander, bitte Ihre Antwort.

Sachverständiger Prof. Dr. Leif Erik Sander: Guten Tag! Ich bin von der Charité Berlin. - Vielen Dank für die Frage. In der Tat haben wir uns auch mit dem ExpertInnenrat der Bundesregierung Gedanken gemacht. Wir haben in der

11. Stellungnahme dargelegt, dass für den kommenden Herbst grundsätzlich drei Szenarien denkbar sind. Ganz klar ist: Man kann die Virus-evolution und den Verlauf der Pandemie sicher nicht exakt vorhersagen; aber wir können uns bestimmte Szenarien ansehen. Wir gehen da von einem günstigen Szenario, einem Basisszenario und einem ungünstigen Szenario aus.

Momentan - so ist meine Wahrnehmung und meine Einschätzung, auch die vieler anderer Expertinnen und Experten - bewegen wir uns im Bereich des sogenannten Basisszenarios. Wir haben eine Variante aus dem Omikron-Spektrum, zurzeit BA.4/5. Das ist eine Sublinie von Omikron, die bei nicht vollständig geimpften, anderweitig vorerkrankten oder anderweitig geschwächten Menschen durchaus auch schwere Krankheitsverläufe auslösen kann und die vor allen Dingen durch eine Immunfluchteigenschaft auch bei vor einiger Zeit geimpften Menschen wieder Infektionen auslöst. Dadurch haben wir ein sehr starkes Infektionsgeschehen gesehen. Wir erwarten trotz der großen Sommerwelle, die gerade abklingt, aufgrund der Saisonalität, die dieses Virus hat, in der kalten Jahreszeit, wenn sich Aktivitäten und Veranstaltungen wieder vermehrt in Innenräume verlagern, Rückreisen aus Urlaubsregionen stattfinden und die Schule wieder beginnt, dass wir doch wieder eine stärkere Infektionsdynamik sehen werden. Wie stark diese ausgeprägt sein wird, hängt letzten Endes tatsächlich von der Sublinie der jeweiligen Virusvariante ab, mit der wir es zu tun bekommen. Ganz sicher werden wir eine verstärkte Belastungssituation - ich sage bewusst „Belastungssituation“ und nicht „Überlastungssituation“ - auch im Gesundheitssektor haben. Das betrifft vor allen Dingen Bereiche, die ohnehin durch Personalknappheit und Personalmangel schon eine Belastungssituation erfahren. Durch zusätzliches Aufkommen von Patientinnen und Patienten, aber auch durch Arbeitsausfall von Personal wird es hier zu Belastungen kommen.

Dafür Regelungen zu haben und gesetzliche Rahmenbedingungen zu schaffen, die es uns erlauben, auf solche Situationen zu reagieren, um im Bereich des Infektionsgeschehens gegensteuern zu können und solche Belastungssituationen im



Bereich der kritischen Infrastruktur ausgleichen oder gegensteuern zu können, halte ich für sehr sinnvoll. - Vielen Dank.

Stellvertretende Vorsitzende Dr. Kirsten Kappert-Gonther: Vielen Dank, Herr Professor Sander. - Als Nächstes Dr. Pantazis.

Dr. Christos Pantazis (SPD): Herzlichen Dank, Frau Vorsitzende. - Meine Frage richtet sich an den Einzelsachverständigen Professor Sander. Der Sachverständigenrat zur Evaluation des Infektionsschutzgesetzes hat erst jüngst die Bedeutung von Masken in der Pandemie unterstrichen. Die Bundesanstalt für Materialforschung und -prüfung, BAM, hat hierzu eingehend geprüft. Es wird dennoch wiederholt Kritik an dem im Gesetzentwurf vorgesehenen Vorrang von FFP2-Masken auf Bundesebene laut.

Herr Professor Sander, können Sie uns bitte erneut kurz den signifikanten Unterschied des Schutzniveaus einer FFP2-Maske gegenüber einer OP-Maske erläutern?

Stellvertretende Vorsitzende Dr. Kirsten Kappert-Gonther: Vielen Dank. - Herr Professor Sander, Sie haben das Wort.

Sachverständiger Prof. Dr. Leif Erik Sander: Vielen Dank für die Frage. - Es ist tatsächlich so, dass ein qualitativer Unterschied zwischen dem herkömmlichen medizinischen Mund-Nasen-Schutz und der FFP2-Maske besteht.

Die FFP2-Maske - es gab jüngst eine, wie ich finde, sehr gut gemachte Veröffentlichung, die das auch in einem experimentellen Setting gezeigt hat - kann auch über längere Zeit die Übertragung von Viren, die über Aerosole erfolgt, verhindern, wenn sie gut getragen wird. Ich glaube, viele Menschen auch außerhalb des medizinischen Bereichs sind darin jetzt gut geübt; insbesondere das medizinische Personal ist darin sehr, sehr geübt. In verschiedenen Studien, nicht nur in beobachtenden, sondern auch in kontrollierten experimentellen Studien, zeigt sich, dass eine Übertragung von Viren, die über Aerosole erfolgt, effektiv verhindert wird.

Es gibt auch Beobachtungen beispielsweise in medizinischen Einrichtungen, die zeigen, dass es bei den Einrichtungen, die konsequent auf FFP2-Masken setzen, zu weniger Infektionen kommt als bei jenen, die auf Mund-Nasen-Schutz setzen. Gerade im Hinblick auf den Herbst ist natürlich die Reduktion der Virustransmission erheblich, weil wir damit das Infektionsgeschehen in positiver Weise beeinflussen können und sicherlich andere Maßnahmen, die geeignet wären, das Infektionsgeschehen einzudämmen, verhindert werden können. - Vielen Dank.

Stellvertretende Vorsitzende Dr. Kirsten Kappert-Gonther: Vielen Dank für die Beantwortung. - Frau Eichwede.

Sonja Eichwede (SPD): Vielen Dank. - Meine Frage geht an die Einzelsachverständige Frau Professor Kießling. Frau Professor Kießling, die Bundesländer können auf Basis der Absätze 2 und 4 des Entwurfs des § 28b Infektionsschutzgesetz - Änderungsantrag 12 - weitgehende Maßnahmen erlassen. Die Voraussetzungen für die Feststellung der konkreten Gefahr für die Funktionsfähigkeit des Gesundheitssystems und der sonstigen kritischen Infrastruktur des Absatzes 4 werden in Absatz 7 skizziert. Halten Sie die dort genannten Kriterien für rechtlich ausreichend?

Stellvertretende Vorsitzende Dr. Kirsten Kappert-Gonther: Danke, Frau Eichwede. - Frau Professor Kießling, bitte.

Sachverständige Prof. Dr. Andrea Kießling: Ich bin von der Universität Frankfurt am Main. - Im Absatz 7 werden folgende Kriterien genannt: das Abwassermonitoring, die Anzahl der Neuinfektionen, also die Sieben-Tage-Inzidenz, so wie wir sie kennen, die Surveillance-Systeme des RKI, die Hospitalisierungsrate und auch die verfügbaren stationären Versorgungskapazitäten. Da stellt sich natürlich die Frage, die weniger rechtlicher Natur ist: Wie verlässlich sind diese Daten, auch in zeitlicher Hinsicht? Bilden sie also nur das vergangene Infektionsgeschehen ab, das schon länger her ist, oder das aktuelle? Das kann ich selber gar nicht sagen.



Aus juristischer Sicht kann man vielleicht hervorheben, dass die Länder dann Schwellenwerte festlegen können; sie müssen das aber nicht. Die Länder können also sagen: Wir bilden daraus verschiedene Schwellenwerte, und dann wissen wir, welche Maßnahmen wir ergreifen würden. - Dieses Konzept hatten wir bislang aber auch schon im § 28a Absatz 3. Das ist also von der ganzen Konstruktion her nichts Neues.

Man hat damals gesehen - wir haben das seit ungefähr einem Jahr, seit September letzten Jahres -, dass die Länder in der MPK versuchen, das ein bisschen gemeinsam umzusetzen. Zum Teil machen sie es dann aber auch ein bisschen abweichend von dem, wie es im Gesetz steht.

Der Bund möchte selber keine Schwellenwerte vorgeben; das muss er wahrscheinlich auch nicht. Aber es bleibt so natürlich ein wenig offen, ab wann welche Maßnahmen ergriffen werden.

Der Begriff der „konkreten Gefahr“, der dort auch genannt wird, ist vielleicht noch etwas unklar. Das ist zwar ein Rechtsbegriff, den wir auch aus dem sonstigen Recht kennen; aber es ist immer etwas unklar, wann diese konkrete Gefahr vorliegt, dass zum Beispiel das Gesundheitssystem überlastet ist. Aber ich sehe da schon einen Vorteil gegenüber der Hotspotregelung, die wir seit März hatten und bei der ganz unklar war, wann dafür eigentlich die Voraussetzungen vorliegen. Deswegen sehe ich insofern schon eine Verbesserung gegenüber der jetzigen Rechtslage.

Stellvertretende Vorsitzende Dr. Kirsten Kappert-Gonthier: Vielen Dank, Frau Professor Kießling. - Frau Stamm-Fibich, die nächste Frage.

Martina Stamm-Fibich (SPD): Vielen Dank, Frau Vorsitzende. - Meine Frage geht an Frau Fix vom Deutschen Caritasverband. Der Änderungsantrag 4 sieht vor, dass Beschäftigte in voll- und teilstationären Einrichtungen für den zusätzlichen Koordinierungsaufwand im Zusammenhang mit der Pandemie - Stichwort „Impfen und antiviraler Medikamenteneinsatz“ - als Anreiz einen Bonus in Höhe von 750 Euro erhalten sollen. Die Umsetzung dieser Koordinierungsaufgaben soll

im Übrigen gegenüber den Einrichtungen sanktionsbewehrt sein. Bitte geben Sie uns Ihre Einschätzung zu dieser Regelung.

Stellvertretende Vorsitzende Dr. Kirsten Kappert-Gonthier: Danke für die Frage. - Frau Dr. Fix, bitte.

Sachverständige Dr. Elisabeth Fix (Deutscher Caritasverband e. V.): Vielen Dank für die Frage, Frau Stamm-Fibich. - Wir halten die Regelung für in der Praxis schwer umsetzbar. Sie wird in den Einrichtungen zu einiger Unzufriedenheit führen, was daran liegt, dass diese Sonderleistung für drei Bereiche erbracht werden soll, nämlich für Hygiene, Impfen und den Einsatz von Paxlovid. Und sie soll an dafür jeweils sozusagen eigenständig benannte Personen ausgezahlt werden.

Nun sind für das Hygienemanagement in den Einrichtungen schon immer Hygienebeauftragte benannt gewesen. Gleichzeitig haben gerade in der Pandemie alle Pflegekräfte, auch die Betreuungskräfte und die Hauswirtschaft, einen hohen Hygieneaufwand betrieben, sodass die Ausschüttung dieser Leistung an eine oder mehrere Hygienebeauftragte auch zu Problemen führen wird.

Beim Impfen sollen der Impfstatus und die Organisation und Durchführung kontrolliert werden. Dafür sind in den Einrichtungen jeweils unterschiedliche Personen zuständig, die PDL etwa für den Impfstatus. Bei der Organisation und Durchführung der Impfung, zum Beispiel der Begleitung der Ärzte, sind aber schon wieder mehrere Pflegekräfte tätig, die auch nicht im Einzelnen benannt sind. Noch schwieriger wird es bei der Gabe von Paxlovid; denn da sind natürlich die jeweiligen Bezugspflegekräfte der pflegebedürftigen Menschen gefragt.

Insgesamt sehen wir die Regelung in der Umsetzung als ziemlich problematisch an und würden uns eher dafür einsetzen, statt der Einzelboni einen Gesamtbonus von 1 000 Euro skaliert nach Größe an die Einrichtungen zu zahlen; denn es kann ja nicht sein, dass eine 20er-Einrichtung ebenso viel Geld bekommt wie eine Einrichtung mit 150 oder 200 Bewohnern.



Als schwierig sehen wir auch die bußgeldbewehrten Regelungen an. Da sind wir der Auffassung, das bisherige Ordnungsrecht hat vollkommen ausgereicht, etwa bei der Kontrolle von Hygiene und Hygienebeauftragten, um gewissermaßen Sanktionen, falls sie erforderlich sein sollten, umzusetzen. Insofern bitten wir, die Regelungen des § 73 komplett zu streichen. - Vielen Dank.

Stellvertretende Vorsitzende Dr. Kirsten Kappert-Gonther: Danke sehr, Frau Dr. Fix. - Herr Dr. Wollmann, noch zwei Minuten insgesamt. Bitte.

Dr. Herbert Wollmann (SPD): Dann muss ich mich kurzfassen. - Meine Frage geht an Frau Professor Kießling. Frau Professor Kießling, nach § 28b Absatz 1 Nummer 3 ist vorgesehen, die Maskenpflicht zum Schutz vulnerabler Gruppen auf Krankenhäuser und Pflegeeinrichtungen zu konzentrieren. Wenn ich das richtig verstanden habe, sind Arztpraxen jetzt außen vor. Lässt es sich aus Ihrer Sicht in Anbetracht der allgemeinen Schutzpflicht des Staates begründen, sich auf diese Settings zu begrenzen, also die ambulanten Einrichtungen mehr oder weniger außen vor zu lassen, was die Maskenpflicht angeht? Ich hätte gern Ihre Einschätzung zu diesem Thema, vielleicht im Nachgang auch noch von Herrn Professor Sander.

Stellvertretende Vorsitzende Dr. Kirsten Kappert-Gonther: Danke sehr. - Frau Professor Kießling, bitte.

Sachverständige Prof. Dr. Andrea Kießling: Man muss bei der Maskenpflicht an dieser Stelle unterscheiden. Die Maskenpflicht in Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen, die Sie erwähnt haben, ist ja in Absatz 1 vorgesehen. Das ist also etwas, was der Bund selber festlegt. Das gilt einfach ab dem Moment, in dem das Gesetz verabschiedet wird, in allen Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen in ganz Deutschland.

Eine Maskenpflicht in Arztpraxen können dann die Länder anordnen, so wie das aktuell auch der Fall ist; das wäre dann Absatz 2. Das heißt, eine Maskenpflicht wäre dann möglich. Wir hatten

jetzt auch den ganzen Sommer, soweit ich das gesehen habe, Maskenpflichten in Arztpraxen. Das heißt, wir haben da keine Regelungslücke. Es ist einfach nur jemand anders dafür zuständig, das festzulegen. Von daher sehe ich aus rechtlicher Sicht keine Schwierigkeit, dass das in Absatz 1 nicht mit umfasst ist. Das könnte man natürlich machen; aber es ist sicher nicht zwingend, das zu tun.

Stellvertretende Vorsitzende Dr. Kirsten Kappert-Gonther: Vielen Dank. - Dann sind die 13 Minuten ausgeschöpft, und Herrn Professor Sander adressieren Sie vielleicht in der zweiten Runde noch mal. - Jetzt geht das Fragerecht weiter an die CDU/CSU, und es beginnt Tino Sorge. Bitte sehr.

Tino Sorge (CDU/CSU): Vielen Dank, Frau Vorsitzende, und noch mal ein Gruß in die Runde! - Meine erste Frage richtet sich an den Sachverständigen Herrn Professor Schmidt-Chanasit. Ich würde gerne wissen: Wie bewerten Sie allgemein das vorgelegte Pandemiekonzept der Bundesregierung vor dem Hintergrund des Schutzes vulnerabler Personen und der Stärkung von mehr Eigenverantwortung, auch im Vergleich zu anderen europäischen Staaten, Stichwort „deutscher Sonderweg“? Wie schätzen Sie die Entwicklung im Herbst und Winter dieses Jahres ein? - Vielen Dank.

Stellvertretende Vorsitzende Dr. Kirsten Kappert-Gonther: Danke sehr. - Herr Professor Schmidt-Chanasit, Sie haben das Wort.

Sachverständiger Prof. Dr. Jonas Schmidt-Chanasit: Vielen Dank für die Frage. - Ich bin vom Bernhard-Nocht-Institut für Tropenmedizin in Hamburg - Das größte Risiko, denke ich, für einen Anstieg der Zahl schwer Erkrankter oder eine Zunahme der Todesfälle besteht im Auftreten einer Variante mit einer erhöhten Virulenz, so wie das Professor Sander auch schon dargestellt hat und wie der ExpertInnenrat das auch sehr richtig beschrieben hat. Dieses Risiko ist grundsätzlich nicht auszuschließen. Aktuell halte ich das aber in einem hohen Maße für unwahrscheinlich.



Die Zunahme von Infektionen durch die aktuellen Varianten hat hingegen dazu geführt, dass wir mit einer deutlichen Zunahme der Immunität in der Bevölkerung rechnen müssen, die insbesondere auch Teile der Nichtgeimpften oder Impf-unwilligen erfasst hat. Eine Überlastung des Gesundheitswesens und der sogenannten kritischen Infrastruktur ist somit unwahrscheinlich.

Bezüglich der Frage nach dem Sonderweg möchte ich den Blick in unsere Nachbarländer richten. Da sehen wir, dass sich unser Konzept von den Konzepten in unseren Nachbarländern unterscheidet.

In Frankreich haben wir zum Beispiel keine Coronabeschränkungen mehr. Die Maskenpflicht im Gesundheitswesen ist aufgehoben. Auch andere Maßnahmen sind bisher nicht vorgesehen.

Die Schweiz hat bereits im Frühjahr sämtliche Coronaregeln inklusive Quarantäne- und Isolierungsvorschriften für Infizierte aufgehoben. Auch für den Herbst sind in der Schweiz keine neuen Maßnahmen geplant. Nur für den Fall einer Überlastung des Gesundheitssystems können die Kantone neue Maßnahmen empfehlen oder vorschreiben.

Auch in den Niederlanden wurden schon im Frühjahr sämtliche Coronamaßnahmen aufgehoben. Konkrete Pläne für den Herbst und Winter gibt es in den Niederlanden auch nicht.

In Dänemark gelten schon seit Beginn des Jahres keine Coronabeschränkungen mehr. Schulen, Restaurants und andere Einrichtungen müssen sich nicht auf neue Maßnahmen vorbereiten. Es ist aber geplant, die kostenlosen PCR-Tests auszuweiten und sie anzubieten, falls es zu einem stärkeren Infektionsgeschehen kommen sollte.

Sie werden es vielleicht auch gemerkt haben: Österreich hat einen Variantenmanagementplan beschlossen. Für den Fall, dass keine besorgniserregende Variante auftritt - ich meine damit eine komplette Immunfluchtvariante -, sind auch keine neuen Maßnahmen vorgesehen.

Zu guter Letzt möchte ich noch sagen, dass die Fokussierung möglicher Maßnahmen auf besonders gefährdete Personengruppen in Deutschland deshalb richtig ist. Das lässt sich auch durch eine aktuelle Studie, die gerade vorgelegt wurde, bestätigen, die eindeutig nachgewiesen hat, dass trotz der Fokussierung einer Vielzahl von Pandemiemaßnahmen auf Kinder und Jugendliche, die mir auch besonders am Herzen liegen, wie Schulschließungen, anlasslose Testungen, Maskenpflicht im Unterricht, Einschränkungen von Sport- und Freizeitangeboten, die überwiegend natürliche Immunisierung dort nicht beeinflusst werden konnte. Insofern zeigt das ganz klar, dass die Maßnahmen eine Vielzahl von unerwünschten, negativen Effekten auf diese Altersgruppe hatten. Dies sollte in den Abwägungen berücksichtigt werden, die wir jetzt im Herbst und Winter treffen müssen, da gerade Kinder und Jugendliche kein oder ein sehr geringes Risiko für schwere Krankheitsverläufe haben. - Vielen Dank.

Stellvertretende Vorsitzende Dr. Kirsten Kappert-Gonther: Vielen Dank, Herr Professor Schmidt-Chanasit. - Tino Sorge stellt auch die nächste Frage. Bitte sehr.

Tino Sorge (CDU/CSU): Vielen Dank, Frau Vorsitzende. - Das gibt mir noch mal die Möglichkeit, Herrn Professor Schmidt-Chanasit zu fragen. Die Maßnahmen im Rahmen des Pandemiemanagements - das ist zumindest der Anspruch - sollten ja zielgerichtet, einfach und nachvollziehbar sein. Zudem müssen sie auch Akzeptanz in der Bevölkerung finden. Insofern würde mich interessieren: Wie bewerten Sie die vorgesehenen Regelungen zur FFP2-Masken-Pflicht im Flug- und Fernverkehr? - Vielen Dank.

Stellvertretende Vorsitzende Dr. Kirsten Kappert-Gonther: Danke sehr. - Herr Professor Schmidt-Chanasit dann noch mal gerne.

Sachverständiger Prof. Dr. Jonas Schmidt-Chanasit: Vielen Dank für die Frage, Herr Sorge. - Aus meiner virologischen und infektionsepidemiologischen Sicht ist eine FFP2-Masken-Pflicht für die Allgemeinbevölkerung, insbesondere im Flug- und Fernverkehr, nicht zu begründen. Das



ergibt sich auch eindeutig aus den Stellungnahmen der zuständigen wissenschaftlichen Fachgesellschaften, unter anderem der Deutschen Gesellschaft für Krankenhaushygiene und der Deutschen Gesellschaft für Hygiene und Mikrobiologie, und vor allen Dingen auch aus dem Evaluationsbericht des Sachverständigenausschusses.

Bezüglich der wissenschaftlichen Evidenz möchte ich darauf hinweisen, dass verschiedene Studien, die FFP2-Masken mit OP-Masken verglichen haben, gezeigt haben, dass FFP2-Masken nicht immer Vorteile für den Schutz von Krankenhausmitarbeitern haben. Entscheidend ist nämlich die korrekte Verwendung der FFP2-Masken. Diese hängt maßgeblich von der richtigen Anpassung der FFP2-Maske an das Gesicht des Trägers ab. Es gibt fünf unterschiedliche Größen. Es gibt Fit-Test-Ausfallquoten von FFP2-Masken zwischen 60 und 90 Prozent, wenn sie eben nicht angepasst sind, insbesondere auch bei längerer Anwendung über eine Stunde und vor allem bei Bartträgern. Das gilt es zu berücksichtigen. Darum habe ich zum Beispiel keinen Bart, weil ich in meiner Arbeit natürlich regelmäßig FFP2-Masken tragen muss.

Hingegen zeigen FFP2-Masken eine deutlich höhere Schutzwirkung für geschultes medizinisches Personal - ich habe es gerade erwähnt -, zum Beispiel bei uns im Institut, das sehr häufig Kontakt mit Covid-19-Patienten hat, insbesondere auf den spezialisierten Stationen oder dort, wo es zu einer Aerosolbildung kommt.

Insofern möchte ich noch mal betonen: Meine Einschätzung ist, dass eine FFP2-Masken-Pflicht im Flug- und Fernverkehr für die Allgemeinbevölkerung nicht wissenschaftlich begründet werden kann.

Ich möchte noch mal auf den Unterschied zwischen einer Maskenpflicht und der Frage, ob eine FFP2-Maske wirksam ist, hinweisen. Natürlich ist eine FFP2-Maske wirksam; das geben schon die technischen Spezifikationen her. Aber das Entscheidende ist die richtige Verwendung, und die ist der Allgemeinbevölkerung größtenteils nicht gegeben.

Stellvertretende Vorsitzende Dr. Kirsten Kappert-Gonther: Vielen Dank, Herr Professor Schmidt-Chanasit. - Wir kommen zu einer Frage von Herrn Monstadt, bitte.

Dietrich Monstadt (CDU/CSU): Danke sehr, Frau Vorsitzende. - Meine Frage richtet sich zum einen an den Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste, bpa, und zum anderen an den Einzelsachverständigen Dr. Seegmüller: Wie bewerten Sie aus verfassungsrechtlicher Sicht die einrichtungsbezogene Impfpflicht vor dem Hintergrund der bisherigen Erfahrungen? - Danke sehr.

Stellvertretende Vorsitzende Dr. Kirsten Kappert-Gonther: Vielen Dank. - Als Erstes zur Beantwortung Herr Grote, bitte.

Sachverständiger Norbert Grote (Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e. V. (bpa)): Aus verfassungsrechtlicher Sicht würde ich sagen: Das Bundesverfassungsgericht hat dazu ein Urteil gesprochen, auch wenn das vielleicht nicht gefällt. Die einrichtungsbezogene Impfpflicht ist als verfassungsrechtlich legitim bewertet worden. Vor diesem Hintergrund würde ich ganz gerne vielleicht kurz aus der Erfahrung berichten.

Wir sind davon ausgegangen, dass die einrichtungsbezogene Impfpflicht - so wurde es ja auch im politischen Raum dargestellt - der erste Schritt hin zur allgemeinen Impfpflicht ist. Die allgemeine Impfpflicht wurde nicht eingeführt. Vor diesem Hintergrund und insbesondere angesichts der Omikron-Variante, die uns vor die Situation stellt, dass sowohl Geimpfte sich infizieren als auch Infektionen übertragen können, ist es für uns schwer nachvollziehbar, dass an der einrichtungsbezogenen Impfpflicht festgehalten wird.

Vielleicht noch ein letzter Satz. Wir erleben - wahrscheinlich zunehmend zum 1. Oktober wieder -, dass nicht geimpfte Pflegekräfte den Beruf verlassen. Wir weisen an dieser Stelle noch mal nachdrücklich darauf hin, dass wir es uns schlicht nicht leisten können, dass Pflegekräfte fehlen. Vor diesem Hintergrund bitten wir darum, das noch einmal zu überdenken. - Danke.



Stellvertretende Vorsitzende Dr. Kirsten Kappert-Gonther: Danke sehr. - Herr Dr. Seegmüller mit der Beantwortung derselben Frage. Bitte sehr.

Sachverständiger Dr. Robert Seegmüller: Vielen Dank. - Ich bin Richter am Bundesverwaltungsgericht, Vizepräsident des Berliner Verfassungsgerichtshofes und Vorsitzender des Bundes Deutscher Verwaltungsrichter und Verwaltungsrichterrinnen. - Herr Grote hat gerade schon völlig zu Recht darauf hingewiesen, dass das Bundesverfassungsgericht die einrichtungsbezogene Impfpflicht mit Beschluss vom 27. April 2022 letztlich verfassungsrechtlich gebilligt hat. Das ist aber nur der eine Teil der Dinge, die man hier in den Blick nehmen muss.

Die einrichtungsbezogene Impfpflicht muss immer bezogen auf die übrige Infektionsschutzrechtslage betrachtet werden. Mit Inkrafttreten der nun geplanten Änderungen von §§ 28a und 28b Infektionsschutzgesetz muss die einrichtungsbezogene Impfpflicht natürlich zu diesen neuen Regelungen in Bezug gesetzt werden. Sie muss sich letztlich insoweit stimmig und widerspruchsfrei in das neue Schutzkonzept einfügen.

Was sieht das neue Schutzkonzept vor? Das neue Schutzkonzept erhebt das Vorliegen eines negativen Covid-19-Tests und das Tragen einer Atemschutzmaske zur grundsätzlichen Voraussetzung für das Betreten medizinischer Einrichtungen, und zwar für alle Personen - so wie ich den Entwurfstext verstehe -: Beschäftigte, Patienten, Besucher. Einen sachlichen Grund, vom Personal dieser Einrichtungen darüber hinaus einen Impfnachweis zu verlangen, kann ich - momentan jedenfalls - nicht erkennen.

Zudem sind Zweifel an einer einrichtungsbezogenen Impfpflicht nach Inkrafttreten der neuen Rechtslage möglicherweise unter dem Gesichtspunkt der Verhältnismäßigkeit angebracht. Angesichts der ohnehin in diesen Einrichtungen bestehenden Test- und Maskentragepflicht erscheint mir nicht ersichtlich, welchen messbaren zusätzlichen Gewinn an Infektionsschutz durch ein Festhalten an der einrichtungsbezogenen Impfpflicht eigentlich noch erzielt werden kann. Eine

Maßnahme aber, die keinen zusätzlichen Infektionsschutzgewinn bringt, ist letztlich ungeeignet und damit unverhältnismäßig.

Das sind die Bedenken, die sich gegen die einrichtungsbezogene Impfpflicht unter dem Gesichtspunkt der Beziehung zur neuen Rechtslage stellen.

Zudem muss immer auch berücksichtigt werden, dass wir im Bereich der einrichtungsbezogenen Impfpflicht und ihrer Durchsetzung offenbar ein erhebliches Umsetzungsdefizit haben, was über kurz oder lang zurückwirken muss auf die Frage ihrer weiteren verfassungsrechtlichen Rechtfertigungsfähigkeit. In der Tat sollte der Gesetzgeber überlegen, ob er bei Gelegenheit der Änderungen der §§ 28a und 28b IfSG nicht auch gleich die einrichtungsbezogene Impfpflicht wieder abschafft. - Vielen Dank.

Stellvertretende Vorsitzende Dr. Kirsten Kappert-Gonther: Vielen Dank, Dr. Seegmüller. - Sie hätten jetzt noch für 30 Sekunden das Fragerecht. Ich nehme die Zeit mit in die zweite Runde; das ist, glaube ich, sinnvoller. - Dann geht das Fragerecht über zu Bündnis 90/Die Grünen, und es fragt Dr. Dahmen. Bitte sehr.

Dr. Janosch Dahmen (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Vielen Dank, Frau Vorsitzende. - Ich würde gerne anknüpfen an die Fragen des Kollegen Herrn Wollmann von der SPD-Fraktion, der Herrn Sander von der Charité als Einzelsachverständigen fragen wollte, ob es aus seiner Sicht Anhalt dafür gibt, dass FFP2-Masken in Pflegeheimen und Krankenhäusern wirkungsvoller sind als in anderen Bereichen des Gesundheitswesens, beispielsweise im Rettungsdienst oder in Arztpraxen, und ob es - das war ja eben aus anderen Statements zu hören - Anhalt dafür gibt, dass FFP2-Masken sehr gefährlich sind und darüber hinaus nicht als Basisschutzmaßnahme eingesetzt werden sollten.

Stellvertretende Vorsitzende Dr. Kirsten Kappert-Gonther: Danke sehr. - Herr Professor Sander, bitte.



Sachverständiger Prof. Dr. Leif Erik Sander: Vielen Dank für die Frage. - Es ist in der Tat so, dass FFP2-Masken im Bereich des Gesundheitswesens nach meiner Erfahrung nach 2,5 Jahren Pandemie als klinisch-praktisch tätiger Arzt in unterschiedlichen Bereichen des Gesundheitswesens breitflächig eingesetzt und vom Personal gut akzeptiert werden und dass sie auch einen hervorragenden Schutz vor Infektionen mit dem Coronavirus bieten, weil es ein aerogen übertragbarer Erreger ist.

Dazu gibt es nicht nur kontrolliert experimentelle Untersuchungen, sondern auch vergleichende Studien. Diese haben die Infektionsraten bei medizinischem Personal, das sich auch außerhalb von Risikokontakten primär mit einem chirurgischen Mund-Nasen-Schutz schützt, verglichen mit jenem, das konsequent FFP2-Masken trägt. Diese können im medizinischen Setting ja auch häufig genug gewechselt werden. Ohnehin müssen Pausen eingehalten werden, sodass hier der Tragekomfort gewährleistet ist.

Eine Gefahr geht nicht von FFP2-Masken aus. Es gibt keine guten Analysen, die belegen, dass davon eine gesundheitliche Gefahr ausgeht. Sie lassen sich auch sehr gut in ambulanten Settings der medizinischen Versorgung einsetzen. Ich kann nur betonen, dass die Studienlage relativ eindeutig ist. Auch große Metaanalysen zeigen, dass zumindest im medizinischen Bereich getragene FFP2-Masken die Infektionswahrscheinlichkeit reduzieren. Wir haben es hier eben mit einem aerogen übertragbaren Erreger zu tun.

Stellvertretende Vorsitzende Dr. Kirsten Kappert-Gonther: Vielen Dank für die Beantwortung. - Herr Dr. Dahmen mit Ihrer nächsten Frage.

Dr. Janosch Dahmen (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Meine nächste Frage richtet sich an den Einzelsachverständigen Professor Karagiannidis von der Universität Witten-Herdecke. Herr Professor Karagiannidis, als Mitglied des Expertenrates und Leiter des DIVI-Intensivregisters würde ich Sie vor dem Hintergrund dieser Erfahrung gerne fragen wollen: Inwieweit halten Sie es im Rahmen des geplanten Pandemieradars, das ja darauf abzielt, eine bessere Datengrundlage zur

Beurteilung der Lage zu erzeugen, für geboten, auch Daten zu den betreibbaren Betten auf Normalstationen zu erfassen? Beziehungsweise was halten Sie davon, auch Daten zu den Notaufnahmen über das Notaufnahmeregister mit zu erfassen?

Stellvertretende Vorsitzende Dr. Kirsten Kappert-Gonther: Danke sehr. - Herr Professor Karagiannidis, bitte.

Sachverständiger Prof. Dr. Christian Karagiannidis: Ich komme von der Universität Witten-Herdecke. - Zuerst einmal möchte ich sagen, dass wir, was die Datenlage betrifft - insbesondere mit dem neuen Referentenentwurf, der vorsieht, belegte Bettenkapazitäten im Krankenhaus über das DEMIS-System abzufragen -, einen Schritt weitergekommen sind im Vergleich zu den letzten beiden Herbst/Wintern. Ich würde aber empfehlen, das Ganze noch nachzuschärfen, um die Belastung des Gesundheitswesens wirklich ganz genau messen zu können. Wir sollten das Gleiche, was wir im DIVI-Intensivregister machen - dass wir jeden Tag abfragen, wie viele Intensivbetten mit Personal überhaupt zu betreiben sind, wie viele davon frei und belegt sind -, auch für die Normalstationen machen, damit wir erstmalig einen Überblick darüber bekommen, wie viele Normalstationsbetten wir in Deutschland überhaupt haben, die auch wirklich tagtäglich mit Personal betreibbar sind, wie viele davon belegt sind und insbesondere auch, wie viele Covid-Patienten, Influenza- und RSV-Patienten neu aufgenommen werden. Und da wir gerade jetzt im Sommer unter der Omikron-Welle gesehen haben, dass viele Notaufnahmen ein nie dagewesenes Problem bekommen haben, weil einfach ein Personalmangel da ist, würde ich auch dringend empfehlen, das Ganze auf die Notaufnahmen auszudehnen. - Vielen Dank.

Stellvertretende Vorsitzende Dr. Kirsten Kappert-Gonther: Danke für die Beantwortung. - Herr Dr. Dahmen, bitte.

Dr. Janosch Dahmen (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Meine nächste Frage würde ich gerne an das AKTIN-Notaufnahmeregister, Professor Dr. Walcher, richten. Wir haben gerade gehört:



Die Notaufnahmen sind nun, in dieser Phase der Pandemie, besonders belastet. Inwieweit halten Sie es für richtig, das bestehende Notaufnahmeregister ohne zusätzlichen Dokumentationsaufwand durch eine systematische Anbindung aller an der Notfallversorgung teilnehmenden Kliniken hinsichtlich einer besseren Datengrundlage in Bezug auf die Pandemie und auch darüber hinaus mit in den Pandemieradar einzubeziehen?

Stellvertretende Vorsitzende Dr. Kirsten Kappert-Gonther: Danke sehr. - Herr Professor Walcher.

Sachverständiger Prof. Dr. Felix Walcher (AKTIN-Notaufnahmeregister e. V.): Danke für die Frage. - Ich gebe Ihnen recht: Die Notaufnahmen sind durch die steigenden Patientenzahlen und Personalausfälle zunehmend belastet. Wir benötigen eine Darstellung der Belastung der Notaufnahmen unter anderem aus dem Grund, da die Notaufnahmen häufig das Portal in das Gesundheitssystem darstellen, unter anderem durch die weitere stationäre Behandlung. Damit sind die Notaufnahmen quasi eine Art Frühwarnsystem für die Ressourcenallokation im stationären Bereich. Die Notaufnahmen ermöglichen die Analyse der Ursachen der erhöhten Inanspruchnahme, zum Beispiel das Neuauftreten von Symptomen oder Erkrankungen.

Das AKTIN-Notaufnahmeregister ist ein bestehendes und seit Jahren gut funktionierendes Instrument der Notaufnahme-Surveillance. Aktuell sind 52 Kliniken aller Versorgungsstufen und Trägerschaften, darunter auch 24 Unikliniken, bundesweit angeschlossen. Acht Hersteller von Klinikinformationssystemen bieten eine entsprechende Schnittstelle an, und diese acht Hersteller decken etwa 80 Prozent der Kliniken in Deutschland ab.

Entscheidend neu in dem Register ist die automatisierte Erfassung der Daten ohne jeglichen Mehraufwand für die Mitarbeiter in den Notaufnahmen. Aktuell arbeiten wir bzw. arbeitet das RKI mit etwa 3 000 Datensätzen pro Tag für die Notaufnahme-Surveillance, die auch im wöchentlichen Situation Report des RKI veröffentlicht werden, und in der Versorgungsforschung haben wir

bislang mit circa 1,2 Millionen Datensätzen pro Jahr gerechnet. Das ist wirklich ein Wort.

Der weitere Ausbau und eine flächendeckende Skalierung des Notaufnahmeregisters sind aufgrund der Architektur technisch gut möglich.

Was nun die Einbindung der Daten angeht, fehlt aus unserer Sicht noch etwas im Pandemieradar, und zwar die gesetzliche Grundlage zur verpflichtenden Teilnahme der Notfallzentren am Notaufnahmeregister, um dann mittelfristig eine umfassende und tagesaktuelle Übersicht über die Situation in den Notaufnahmen zu erhalten. - Danke fürs Zuhören.

Stellvertretende Vorsitzende Dr. Kirsten Kappert-Gonther: Vielen Dank, Herr Professor Walcher. - Wir haben jetzt noch 40 Sekunden. Ich glaube, die gebe ich in die zweite Runde, nicht?

(Zustimmung des Abg.
Dr. Janosch Dahmen
(BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN))

- Notieren wir so; vielen Dank.

Dann geht das Fragerecht über zur FDP, und es fragt Christine Aschenberg-Dugnus. Bitte.

Christine Aschenberg-Dugnus (FDP): Vielen Dank, Frau Vorsitzende. - Meine erste Frage geht an den Einzelsachverständigen Professor Rupp. Herr Professor Rupp, wir haben ja heute schon häufiger gehört und auch von der Wissenschaft werden wir darauf hingewiesen, dass wir uns aufgrund des Impffortschritts und durchgemachter Infektionen in einer neuen Phase der Pandemie befinden. Wie schätzen Sie die Entwicklung für den Herbst ein? - Vielen Dank.

Stellvertretende Vorsitzende Dr. Kirsten Kappert-Gonther: Danke sehr. - Herr Professor Rupp, Sie haben das Wort.

Sachverständiger Prof. Dr. Jan Rupp: Vielen Dank. - Ich bin Leiter der Klinik für Infektiologie und Mikrobiologie am Universitätsklinikum in



Lübeck. - Ich teile die Einschätzung meiner Vorredner Herrn Sander und Herrn Schmidt-Chanasit, dass wir natürlich von den Varianten her keine Vorhersage treffen können. Ich möchte aber einen Aspekt noch hinzufügen: Für mich gliedert sich SARS-CoV-2 in der aktuellen Phase mit dem leicht übertragbaren Virus der Omikron-Variante jetzt zunehmend ein in die anderen Probleme, die wir auch im Laufe des Sommers schon gesehen haben. Wir hatten erste Influenzafälle, wir hatten vermehrt auch gastrointestinale Infekte; das ist bisher in der Betrachtung noch zu kurz gekommen. Wenn wir von vulnerablen Gruppen sprechen, dann adressiert das genau diese Personengruppen.

Das heißt, dieses aktuelle Geschehen gliedert sich eigentlich ein in ein Geschehen, das wir schon vor der Pandemie kannten: dass zum Herbst/Winter hin die Notaufnahmen massiv belastet sind durch sonstige Infektionskrankheiten. Wir dürfen erwarten, dass selbst bei einer milden bis Basisvariante der Omikron-Welle, die jetzt zu erwarten wäre, dennoch eine Überlastungssituation in den Krankenhäusern vorhanden sein wird. Deshalb glaube ich, dass es ein klein wenig zu kurz greift, sich allein auf SARS-CoV-2 zu beziehen, sondern man muss diese Schutzmaßnahmen auch vor dem Hintergrund sehen: Nützt es gegen die anderen Erreger?

Deshalb: Die Maskendiskussion, die gerade schon angeklungen ist, auch hinsichtlich der Unterschiede zwischen FFP2-Masken im Gesundheitswesen und den Masken, die sozusagen in der Öffentlichkeit getragen werden können, kann ich nachvollziehen. Ich würde da allerdings einen Unterschied machen und sagen, dass in Krankenhäusern durchaus eine höhere Notwendigkeit des Schutzes mit FFP2-Masken vorliegt, kann aber diese Unterscheidung im öffentlichen Raum aktuell nicht teilen.

Stellvertretende Vorsitzende Dr. Kirsten Kappert-Gonthier: Danke, Herr Professor Rupp. - Christine Aschenberg-Dugnus, bitte.

Christine Aschenberg-Dugnus (FDP): Vielen Dank. - Auch meine nächste Frage geht an den Einzelsachverständigen Herrn Professor Rupp. Es

ist ja heute schon mehrfach angeklungen und auch Sie haben gerade gesagt, dass bei den weiteren Maßnahmen für den Herbst der besondere Fokus auf vulnerable Gruppen zu legen ist. Was halten Sie davon - was ja auch oft gesagt wird -, die Entscheidungsfreiheit den Menschen ein Stück weit zurückzugeben, wie es zum Beispiel auch im europäischen Ausland passiert? - Vielen Dank.

Stellvertretende Vorsitzende Dr. Kirsten Kappert-Gonthier: Herr Professor Rupp, Sie sind schon wieder dran.

Sachverständiger Prof. Dr. Jan Rupp: Ich denke, der Mittelweg ist hier der richtige. Wir wissen aus der Vergangenheit, dass vulnerable Gruppen gerade auch durch Zuwendung der Ärzte, durch Gespräche von einem erhöhten Infektionsrisiko in den Wintermonaten immer schon wussten, und wir müssen jetzt mit den Möglichkeiten der Therapie, der Impfung, aber auch der besonderen Schutzmaßnahmen durch die FFP2-Masken diese Gruppen vielleicht noch klarer als bisher adressieren und ihnen sagen, was wir in der Hand haben. Ich sehe zusätzliche Schutzmöglichkeiten durch Maskentragen aller Personen unabhängig vom Risiko. Der Schutz ist da; er ist auch sicherlich wissenschaftlich bewiesen. Aber er wird, je weiter man vom Krankenhaus weggeht, immer schwächer.

Ein Aspekt, der vielleicht noch nicht angeklungen ist: Wir wissen aus großen Studien, dass die Akzeptanz der Maßnahmen einfach ein ganz, ganz wichtiger, entscheidender Faktor ist, um nachher sozusagen das Outcome zu messen. Das heißt: Ja, eine FFP2-Maske mag vielleicht einen höheren Schutz darstellen. Der schlechtere Tragekomfort ist der eine Punkt; das andere ist die Akzeptanz. Die Frage, wie diese Masken getragen werden - das sehen Sie, wenn Sie in Bahnen fahren -, ist noch ein anderer Punkt. Ich als Kliniker betrachte, ob die Maßnahme dann am Ende wirklich entscheidend etwas beiträgt.

Ich denke deshalb, dass es durchaus gerechtfertigt ist, in Bereichen mit einzelnen Personen, die ein erhöhtes Risiko für schwere Verläufe haben



und sich nicht komplett alleine schützen können - schützen würden sie sich wahrscheinlich ohnehin selber durch die FFP2-Maske -, ein Maskentragen der Gesellschaft, der Bevölkerung auch weiterhin zu fordern. Deswegen bin ich durchaus dafür, im öffentlichen Personennahverkehr das auch weiterhin zu tun. Aber, wie gesagt, ich glaube, dass der zusätzliche Schutz - der Fremdschutz, wenn man so will - für die Person, die als Teil einer vulnerablen Gruppe bestenfalls mit einer FFP2-Maske ausgestattet ist, ein marginaler ist, und da wäre mir die Akzeptanz wichtiger als das Dogma sozusagen „FFP2 gegenüber chirurgischer Mund-Nasen-Bedeckung“.

Stellvertretende Vorsitzende Dr. Kirsten Kappert-Gonther: Danke, Herr Professor Rupp. - Noch eine Frage von Frau Aschenberg-Dugnus.

Christine Aschenberg-Dugnus (FDP): Vielen Dank, Frau Vorsitzende. - Meine nächste Frage geht an den Einzelsachverständigen Professor Schmidt-Chanasit. Wir haben gerade gehört, es geht auch um den Schutz vulnerabler Gruppen - Stichwort „FFP2“. Aber jetzt mal meine ganz konkrete Frage: Halten Sie eine Verschärfung der Maskenpflicht, also nur noch FFP2-Masken im Flugverkehr und Fernverkehr, für notwendig? - Vielen Dank.

Stellvertretende Vorsitzende Dr. Kirsten Kappert-Gonther: Danke. - Herr Professor Schmidt-Chanasit, bitte.

Sachverständiger Prof. Dr. Jonas Schmidt-Chanasit: Vielen Dank für die Frage. - Ich bin auf diese Frage ja schon in der Antwort auf eine vorherigen Frage eingegangen und möchte noch mal ganz kurz sagen: Medizinische Gesichtsmasken sind Medizinprodukte - das ist ein wichtiger Unterschied - und wurden also wesentlich für den Fremdschutz entwickelt. Wir setzen sie auch vielfältig ein. Auf der anderen Seite sind FFP2-Masken Gegenstände der persönlichen Schutzausrüstung, keine Medizinprodukte. Sie dienen also vor allem dem Schutz des Maskenträgers, und - so wie Kollege Rupp das gesagt hat - darum sind sie ja in den besonders risikobehafteten

Situationen so sinnvoll und werden dort natürlich auch adäquat und richtig verwendet; in anderen Situationen ist das eben nicht der Fall.

Gerade im Flugzeug oder auch im Personennahverkehr haben wir natürlich noch andere Möglichkeiten, das Infektionsrisiko zu senken. Denken Sie nur an die HEPA-Filterung in den Flugzeugen, die dort hervorragend funktioniert; das ist natürlich von der Flugdauer abhängig. Aber auch hier gilt noch mal der Blick ins europäische Ausland und auf die Regelungen, die es dort nicht gibt bezüglich der FFP2-Maske. - Vielen Dank.

Stellvertretende Vorsitzende Dr. Kirsten Kappert-Gonther: Vielen Dank. Das war eine Punktlandung - bis auf drei Sekunden -; hervorragend. - Jetzt geht das Fragerecht weiter an die AfD, und Herr Sichert fragt. Bitte.

Martin Sichert (AfD): Vielen Dank. - Meine erste Frage geht an die Kassenärztliche Bundesvereinigung. Sie haben uns ja mitgeteilt, dass bei etwas über 60 Millionen Geimpften allein in 2021 bei 2,5 Millionen Kassenpatienten Impfnebenwirkungen von Ärzten diagnostiziert wurden. Es ist aber nicht bekannt, welche Krankheitsbilder bei diesen 2,5 Millionen festgestellt wurden. Herz-Kreislauf-Probleme sind typisch für schwere Nebenwirkungen der Impfung. Diese Herz-Kreislauf-Probleme lassen sich aus den Diagnosecodes, die die kassenärztlichen Vereinigungen ja speichern müssen, wunderbar herausfiltern; denn sie beginnen alle mit dem Buchstaben I.

Ich wüsste gerne von Ihnen: Bei wie vielen der 2,5 Millionen Patienten wurden nach der Impfung Herz-Kreislauf-Probleme diagnostiziert, also konkret: Wie viele dieser 2,5 Millionen Patienten hatten einen Diagnosecode, der mit dem Buchstaben I beginnt?

Stellvertretende Vorsitzende Dr. Kirsten Kappert-Gonther: Danke. - Herr Dr. Hofmeister, bitte.

Sachverständiger Dr. Stephan Hofmeister (Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV)): Ich kann



Ihnen die Zahl der I-Diagnosen nicht genau nennen. Wir haben die Zahlen insgesamt veröffentlicht. Wir haben auch ganz klar zu der Veröffentlichung kommuniziert, dass wir aus unseren Daten keinesfalls ein übergroßes oder gar gefährliches Nebenwirkungsspektrum, was die Impfung angeht, erkennen können. Die schweren Nebenwirkungen werden einzeln und getrennt gemeldet. Die im Zusammenhang mit Impfungen bei Patienten vorgenommenen Behandlungen und Diagnosen, also die allgemeinen ICDs, sind in einer relativ typischen Weise für Impfungen vorhanden, wie wir sie auch bei anderen Impfungen erleben. Die Häufung hat mit der hohen Zahl der Coronaimpfungen zu tun. Das heißt, aus unseren Zahlen können wir selber das in dieser hier vortragenen Form nicht herausinterpretieren. - Vielen Dank.

Stellvertretende Vorsitzende Dr. Kirsten Kappert-Gonther: Danke, Herr Dr. Hofmeister. - Herr Sichert mit der nächsten Frage.

Martin Sichert (AfD): Meine nächste Frage geht an den Datenanalysten Tom Lausen. Herr Lausen, was können Sie uns denn sagen zu Herz-Kreislauf-Problemen in Bezug auf Impfnebenwirkungen?

Stellvertretende Vorsitzende Dr. Kirsten Kappert-Gonther: Herr Lausen, bitte.

Sachverständiger Tom Lausen: Guten Tag! Vielen Dank für die Frage. - Ich bin Datenanalyst aus Grünendeich, heute im Schwarzwald. - Ich kann mich der KBV leider nicht anschließen. Ich habe weitergeforscht und Daten zu Nebenwirkungen von der AOK Sachsen-Anhalt und der IKK Südwest angefordert. Ich nenne Ihnen mal Zahlen der IKK Südwest zu den I-Diagnosen, in denen auch einige Herz-Kreislauf-Erkrankungen enthalten sind. Wir haben uns angesehen, welche Arztbesuche Patienten, die nach einer Impfung mit Covid-19-Impfstoffen Nebenwirkungen hatten, in der Vergangenheit hatten und welche I-Diagnosen sie hatten. Ich gebe Ihnen mal Daten von der IKK Südwest; das ist eine sehr kleine Krankenkasse mit 637 000 Versicherten. In 2019 gab es 850 I-Diagnosen. 2020 hatten wir bei denjenigen,

die Impfnebenwirkungen hatten, 991 I-Diagnosen, Herz-Kreislauf-Erkrankungen. In 2021 - leider gibt es nur Daten bis zum dritten Quartal - gab es 14 331 I-Diagnosen. Das entspricht tatsächlich einer sehr starken Steigerung um das 16- bis 20-Fache.

Stellvertretende Vorsitzende Dr. Kirsten Kappert-Gonther: Danke. - Noch eine Frage von Herrn Sichert. Bitte.

Martin Sichert (AfD): Kurze Rückfrage an Herrn Lausen. Sie haben von über 600 000 Versicherten gesprochen. Wie viele davon hatten denn Impfnebenwirkungen? Also auf wie viele bezieht sich die Zahl von 14 331?

Stellvertretende Vorsitzende Dr. Kirsten Kappert-Gonther: Herr Lausen, Sie haben das Wort.

Sachverständiger Tom Lausen: Vielen Dank für die Frage. - Es gab unter den 637 000 Versicherten bis zum dritten Quartal 2021 29 322 Fälle von Arztbesuchen mit Impfnebenwirkungscodierung. Es ist also nicht das volle Jahr 2021 erfasst; im letzten Quartal werden sicherlich noch 10 000 bis 15 000 Fälle dazugekommen sein.

Stellvertretende Vorsitzende Dr. Kirsten Kappert-Gonther: Danke. - Herr Sichert, bitte weiter.

Martin Sichert (AfD): Etwa 14 000 Fälle bei etwa 29 000 Patienten - -

Stellvertretende Vorsitzende Dr. Kirsten Kappert-Gonther: An wen geht Ihre Frage?

Martin Sichert (AfD): Sie geht an Herrn Dr. Hofmeister. - Etwa 14 000 Fälle von Herz-Kreislauf-Erkrankungen bei etwa 29 000 Arztbesuchen wegen Impfnebenwirkungen, das sind über 40 Prozent. Wenn man das auf die 2,5 Millionen Fälle mit Impfnebenwirkungen, die wir kennen, hochrechnen würde, wären das über 1 Million Patienten mit I-Diagnosen bundesweit. Diese Krankenkasse mit über 600 000 Versicherten ist so groß, dass diese Stichprobe durchaus als repräsentativ gelten kann. Wir müssen also tatsächlich sehen, dass wir zeitnah an die Daten dieser Diagnosecodes kommen.



Frage: Sie haben uns bereits die Diagnosecodes, die zeigen, dass es Impfnebenwirkungen gegeben hat, zur Verfügung gestellt. Die gesamten Diagnosecodes müssen die kassenärztlichen Vereinigungen haben. Können Sie als Kassenärztliche Bundesvereinigung uns auch die Daten dazu zur Verfügung stellen, was bei diesen 2,5 Millionen Patienten genau diagnostiziert worden ist?

Stellvertretende Vorsitzende Dr. Kirsten Kappert-Gonthert: Danke, Herr Sichert. Die Fragezeit ist jetzt genau auf die Sekunde um. Möchten Sie die Antwort jetzt noch haben, was zulasten der Fragezeit in der zweiten Runde gehen würde?

Martin Sichert (AfD): Die Antwort hätte ich gerne erst mal.

Stellvertretende Vorsitzende Dr. Kirsten Kappert-Gonthert: Dann machen wir das so. - Herr Dr. Hofmeister, bitte.

Sachverständiger Dr. Stephan Hofmeister (Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV)): Ich möchte noch mal ausdrücklich betonen, dass wir die hier eben geäußerte Interpretation unserer Daten keinesfalls nachvollziehen können. Das Zi hat dazu auch kommuniziert und veröffentlicht. Die Abrechnungsdaten, die vorliegen, enthalten ICD-Codierungen. Sie lassen sich aus dieser kleinen Probe weder hochrechnen noch interpolieren. Wir können im Detail nicht sagen, was der einzelne Arzt in seiner Dokumentation an genauer klinischer Diagnostik vorliegen hatte; dazu haben wir keine Daten; diese Daten sind nur in den Arztpraxen, bei den Ärztinnen und Ärzten, vorhanden. Wir haben lediglich die ICD-Codes. Der Code I, den Sie hier zitieren, ist ein ganz allgemeiner Code, der keinesfalls eine Aussage darüber zulässt, ob der Patient schwer betroffen ist. Darunter können auch ganz leichte Fälle sein wie Unwohlsein, kleine Hypotonien und Ähnliches, die im Herz-Kreislauf-System anfallen. Das heißt also: Wir können die von Ihnen geforderte Detailansicht dessen, was bei Patienten im Einzelnen genau vorlag, als KBV nicht liefern. - Vielen Dank.

Stellvertretende Vorsitzende Dr. Kirsten Kappert-Gonthert: Vielen Dank, Herr Dr. Hofmeister. -

Das waren jetzt 50 Sekunden, die wir später abziehen.

Jetzt geht das Fragerecht weiter an die Fraktion Die Linke, und es fragt Kathrin Vogler. Bitte sehr.

Kathrin Vogler (DIE LINKE): Vielen herzlichen Dank. - Meine Frage geht an den Einzelsachverständigen Professor Dr. Rolf Rosenbrock. - Es ist ja unstrittig - das haben jetzt schon viele erwähnt -, dass Maßnahmen wie das Maskentragen, Impfen und Testen geeignet sind, die Häufigkeit von Übertragungen zu senken. Es stellt sich natürlich die Frage, in welchen Situationen im realen Leben wie häufig die Maske getragen wird und ob sie richtig getragen wird - auch dazu gab es schon verschiedene Hinweise -, wie das Impfen abläuft und wann und wie häufig getestet wird. Können Sie uns von den Erkenntnissen des Evaluierungsgremiums zu diesen Aspekten berichten? Was läuft schief, was muss verbessert werden, und inwiefern hilft dieser Gesetzentwurf dabei?

Stellvertretende Vorsitzende Dr. Kirsten Kappert-Gonthert: Danke, Frau Vogler. - Herr Professor Dr. Rosenbrock, bitte.

Sachverständiger Prof. Dr. Rolf Rosenbrock: Ich bin von der Berlin School of Public Health und Vorsitzender des Paritätischen Wohlfahrtsverbandes - Gesamtverband e. V. - Vielen Dank für die Frage, Frau Abgeordnete. - In der Tat scheinen die Masken ja auch in den vorliegenden Entwürfen zu § 28b Infektionsschutzgesetz (neu) in Zukunft eine sehr prominente Rolle spielen zu sollen. Dabei wird vielfach Bezug genommen auch auf die Empfehlung des Sachverständigenausschusses nach § 5 Absatz 9 IfSG, in der wir gesagt haben: Masken können dem Ziel der Prävention von Coronainfektionen dienen und können deshalb auch in Abwägung der erwünschten und unerwünschten Wirkungen bei entsprechender Risikolage in Innenräumen als ein Instrument der Prävention angeordnet werden. Zu beachten dabei ist stets - es gibt die erwünschten und die unerwünschten Wirkungen -, dass die Auflage, eine Maske zu tragen, immer auch ein Eingriff in Freiheitsrechte ist.



Das Problem ist, dass in diesen ganzen Bezugnahmen nicht Bezug genommen wird auf die zweite, ganz wesentliche Aussage unseres Evaluationsberichts, nämlich dass die Wirksamkeit des Tragens einer Maske ganz wesentlich davon abhängt, dass diese richtig getragen wird. Diese Bedingung wird nun sehr häufig nicht erfüllt. Ein sehr großer Teil der möglichen präventiven Wirksamkeit verpufft deshalb. Es kommt darauf an, sich damit nicht einfach resignativ abzufinden, sondern die Wirksamkeit der Maske erheblich dadurch zu verbessern, dass den Menschen das richtige Tragen der Masken kognitiv, sozial und emotional wirklich nahegebracht und eben nicht nur einfach top-down verordnet wird. Das würde die Effektivität der Coronaprävention wesentlich steigern. Risikokommunikation und Präventionskampagnen sind ein bewährtes Instrumentarium, von dem wir schon seit der Kampagne im Falle von HIV/Aids genau wissen, wie es wirkt und dass es massiv wirkt.

Wir haben in unserem Schlussbericht auch gesagt, dass die Potenziale der Risikokommunikation bislang überhaupt nicht ausgeschöpft worden sind. Wir haben den starken Eindruck, dass dieser Linie des Nichtausschöpfens auch in Zukunft gefolgt werden soll; denn es ist nur die Rede von der Anordnung des Masketragens und von Sanktionen im Fall des Nichttragens. Das scheint sich auch nicht ändern zu sollen. Wenn ich den Entwurf für den Bundeshaushalt - -

Stellvertretende Vorsitzende Dr. Kirsten Kappert-Gonthier: Herr Professor Rosenbrock, kommen Sie zum Schluss mit Ihrem Statement.

Sachverständiger Prof. Dr. Rolf Rosenbrock: Ich komme zum Schluss. - Ich stelle fest, dass im Entwurf für den Bundeshaushalt 2023, so wie ich ihn verstehe, die Mittel für Öffentlichkeitsarbeit für Maßnahmen zur Eindämmung der Coronapandemie von 188 Millionen Euro in 2022 auf null in 2023 herabgesetzt werden sollen mit der Begründung: weniger wegen temporärer Öffentlichkeitsmaßnahmen. - Das scheint mir angesichts der Notwendigkeit, sofort eine massive Maskenkampagne in Gang zu setzen, völlig unverantwortlich und würde auch dem Auftrag aus § 3 IfSG widersprechen. - Vielen Dank.

Stellvertretende Vorsitzende Dr. Kirsten Kappert-Gonthier: Vielen Dank. Das war jetzt ziemlich viel Kulanz. - Jetzt geht das Fragerecht wieder an die SPD. Frau Baehrens, bitte.

Heike Baehrens (SPD): Vielen Dank. - Meine Frage geht an Frau Dr. Fix von der Caritas. Frau Dr. Fix, vorliegender Änderungsantrag 6 sieht den § 111 und den § 111c SGB V, den Auftrag zur Anpassung von Rahmenvereinbarungen für covidbedingte Mehrbelastungen von Rehakliniken und Einrichtungen des Müttergenesungswerkes, nur im Falle einer epidemischen Notlage vor. Ist das ausreichend, oder was wäre aus Ihrer Sicht gegebenenfalls notwendig?

Stellvertretende Vorsitzende Dr. Kirsten Kappert-Gonthier: Danke, Frau Baehrens. - Frau Dr. Fix, bitte.

Sachverständige Dr. Elisabeth Fix (Deutscher Caritasverband e. V.): Vielen Dank, Frau Baehrens, für die Frage. - Die Regelung ist aus unserer Sicht genau nicht ausreichend; denn sie gilt nur für den Fall, dass der Deutsche Bundestag eine Festlegung zur epidemischen Lage trifft. Das hat er im vergangenen Herbst trotz hoher Inzidenzen nicht getan, sodass wir befürchten, dass die Regelung ins Leere laufen wird. Diese Regelung ist weiterhin dringend erforderlich. Wir haben gesehen, dass es auch im Frühjahr bei den leichteren Omikron-Varianten und auch jetzt bei BA.5 zum Teil zu hohen Ausfällen in Form von Nichtanreisen oder Therapieabbrüchen gekommen ist. Noch im Juli hatten Einrichtungen des MGW aufgrund dieser Faktoren Mindererlöse von 15 bis 20 Prozent zu verzeichnen. Wir haben natürlich auch Mehraufwände - personelle Mehraufwendungen infolge kleinerer Therapiegruppen, wegen des Abstandsgebots, Essen in zwei Schichten, Masken, Testen etc. -, sodass in anderen Worten die §-111-Regelungen weiterhin erforderlich sind und bitte auch so ausgestaltet werden sollen, dass sie in jedem Fall unabhängig von solchen Voraussetzungen, wie sie jetzt gegeben sind, zum Tragen kommen können. - Vielen herzlichen Dank.



Stellvertretende Vorsitzende Dr. Kirsten Kappert-Gonthert: Danke sehr, Frau Dr. Fix. - Als Nächstes Dr. Pantazis.

Dr. Christos Pantazis (SPD): Meine Frage geht an den Einzelsachverständigen Professor Karagiannidis. - Der vorliegende Entwurf sieht bisher eine bundesweite Maskenpflicht beim Betreten von Krankenhäusern oder Pflegeeinrichtungen vor. Vulnerable Gruppen suchen aber gerade auch im ambulanten Sektor verschiedene andere Einrichtungen auf, beispielsweise ambulante Krebszentren oder auch Dialysezentren. Sollten hier aus Ihrer Sicht bundesweit ebenfalls Masken getragen werden?

Stellvertretende Vorsitzende Dr. Kirsten Kappert-Gonthert: Danke sehr. - Herr Professor Karagiannidis, bitte.

Sachverständiger Prof. Dr. Christian Karagiannidis: Ganz grundsätzlich sind es ja genau die Risikogruppen der älteren Menschen, die viele Vorerkrankungen haben, die solche Einrichtungen aufsuchen. Insofern halte ich es schon für geboten, dass wir zu Zeiten, wo wir eine hohe Infektionslast haben, auch möglichst versuchen sollten, nosokomiale Infektionen, das heißt Übertragungen von Mitarbeitern des Gesundheitswesens auf Patienten, zu vermeiden. Damit würde ich die Frage klar mit Ja beantworten. - Vielen Dank.

Stellvertretende Vorsitzende Dr. Kirsten Kappert-Gonthert: Vielen Dank. - Frau Eichwede.

Sonja Eichwede (SPD): Vielen Dank. - Meine Frage geht an die Einzelsachverständige Frau Professor Kießling, Frau Kießling, der Sachverständigenausschuss hat im Sommer eine Evaluation der Rechtsgrundlagen und Maßnahmen der Pandemiepolitik vorgelegt. Darin wird vorgeschlagen, in den Ermächtigungsgrundlagen von der derzeitigen Pandemie zu abstrahieren. Im vorgelegten Entwurf wird die Struktur zwar neu geordnet, die Regelungen sind aber weiterhin speziell auf Covid-19 angelegt. Können Sie uns kurz die gesetzgeberischen Vor- und Nachteile er-

läutern zwischen abstrakten Normen im Vergleich zu den hier diskutierten konkreten Normen?

Stellvertretende Vorsitzende Dr. Kirsten Kappert-Gonthert: Danke, Frau Eichwede. - Frau Professor Kießling, bitte.

Sachverständige Prof. Dr. Andrea Kießling: Dazu vorab: Das Infektionsschutzgesetz hat ungefähr 80 Paragraphen, und die gelten eigentlich fast alle für alle Krankheitserreger, oder es gibt zumindest - so wie bei den Meldepflichten - ganz lange Kataloge von Krankheitserregern, auf die sie anwendbar sind.

Zu § 28a und § 28b: Es ist wirklich eine Ausnahme, dass wir Vorschriften machen, die nur für Corona gelten. Wenn man sie in das restliche Infektionsschutzgesetz einfügen würde, dann hätte das den Vorteil, dass wir auf alle Krankheitserreger vorbereitet wären; wenn also der nächste Erreger eine Pandemie oder Epidemie - das reicht ja schon - verursacht, müsste man nicht schon wieder ein neues Gesetzgebungsverfahren anstrengen, sondern hätte direkt Maßnahmen. Wir hätten auch den Effekt, dass die Länder, aber vor allem auch die Bevölkerung langfristig überblicken können, was unter welchen Voraussetzungen überhaupt gilt, also welche Maßnahmen zulässig sein könnten. Sie gelten ja nicht automatisch, nur weil sie im Gesetz stehen. Aktuell kann die Bevölkerung immer nur für ein paar Monate überblicken, welche Maßnahmen gelten könnten. Es würde also auch eine Entfristung mit sich bringen, wenn man von Corona abstrahiert.

Ein Nachteil wäre, dass die Normen abstrakter gefasst wären, weil sie sich eben nicht auf einen einzelnen Erreger konzentrieren. Man müsste sie ein bisschen allgemeiner fassen; aber das wäre an dieser Stelle hinzunehmen. Man würde dadurch wieder mehr Verantwortung auf die Länder übertragen, die dann im Einzelfall natürlich gucken müssen: Welche Maßnahme ist jetzt verhältnismäßig? - Das sehe ich als Vorteil; andere mögen das - ich glaube, gerade der Bund - als Nachteil sehen. Man würde jedenfalls Regelungen schaf-



fen, so wie wir das im sonstigen Gefahrenabwehrrecht auch haben. Dieses Regelungskonstrukt im Infektionsschutzgesetz seit November 2020 mit § 28a und jetzt § 28b ist wirklich eine Ausnahme.

Stellvertretende Vorsitzende Dr. Kirsten Kappert-Gonthier: Vielen Dank, Frau Professor Kießling. - Frau Stamm-Fibich, Sie haben noch zwei Minuten.

Martina Stamm-Fibich (SPD): Danke, Frau Vorsitzende. Ich werde mich bemühen. - Meine Frage geht an den GKV-Spitzenverband. In dem Gesetz ist vorgesehen, dass der GBA auf Empfehlung der Ständigen Impfkommission auch dann Schutzimpfungen in seine Richtlinie aufnehmen kann, wenn die empfohlene Indikation nicht von der arzneimittelrechtlichen Zulassung umfasst ist. In der Regelversorgung ist ein solcher sogenannter Off-Label-Use zulasten der GKV grundsätzlich bisher nur unter den engen Voraussetzungen des § 35c SGB V vorgesehen. Wie bewerten Sie die Neuregelung für die Regelversorgung?

Stellvertretende Vorsitzende Dr. Kirsten Kappert-Gonthier: Danke sehr. - Herr Kiefer oder Herr Grunenberg; das können Sie aussuchen.

Sachverständiger Gernot Kiefer (GKV-Spitzenverband): Sehr geehrte Frau Abgeordnete, ich will mich relativ kurz fassen. Wir glauben, dass diese Regelung etwas über das Ziel hinauschießt. Insofern würden wir den Gesetzgeber gerne anregen, noch mal darüber nachzudenken, ob das in dieser Form, in diesem Umfang notwendig ist. - Vielen Dank.

Stellvertretende Vorsitzende Dr. Kirsten Kappert-Gonthier: Danke schön, Herr Kiefer. - Frau Stamm-Fibich, Sie haben noch eine Minute übrig.

Martina Stamm-Fibich (SPD): Nächste Runde.

Stellvertretende Vorsitzende Dr. Kirsten Kappert-Gonthier: In der nächsten Runde. Gut. - Dann

geht das Fragerecht wieder zur CDU/CSU. Herr Hüppe, bitte sehr.

Hubert Hüppe (CDU/CSU): Die Frage ist zwar schon gestellt worden, aber nicht an die Betroffenen. Ich möchte die Frage noch mal an das Müttergenesungswerk und die Deutsche Gesellschaft für Medizinische Rehabilitation stellen. Wie bewerten Sie die vorgesehenen Regelungen zu finanziellen Unterstützungsmaßnahmen in der Pandemie für Vorsorge- und Rehabilitations-einrichtungen?

Stellvertretende Vorsitzende Dr. Kirsten Kappert-Gonthier: Vielen Dank, Herr Hüppe. - Dann beginnt Frau Gerstkamp. Bitte sehr.

Sachverständige Petra Gerstkamp (Müttergenesungswerk): Vielen Dank für die Frage. - Im vorliegenden Gesetzentwurf ist eigentlich keine wirtschaftliche Unterstützung der Einrichtungen vorgesehen. Wie Frau Fix vorhin schon erläutert hat: Im Änderungsantrag 6 ist zwar etwas vorgesehen, aber nur dann, wenn die epidemische Lage von nationaler Tragweite festgestellt wurde. Das reicht nicht aus. Zum einen ist nicht davon auszugehen, dass in diesem Winter, obwohl die Fallzahlen steigen werden, die epidemische Lage ausgerufen wird. Die Kliniken brauchen jetzt aber unbedingt eine weiterführende Regelung. Die Finanzierung der Mehraufwendungen muss angesichts der Mindererlöse sichergestellt sein, ebenso die Leistungsfähigkeit der Einrichtungen bei wirtschaftlicher Betriebsführung. Die Mehraufwendungen für Hygienemaßnahmen in den Kliniken sind gleichbleibend hoch: Wir haben Masken- und Testpflicht, Hygiene- und Abstandsregelungen und - dadurch ausgelöst - vor allen Dingen auch kleinere Therapiegruppen, einhergehend mit einem höheren Einsatz von Therapeutinnen und Therapeuten. Durch kurzfristige Absagen von Maßnahmen oder kurzfristige Abreisen aufgrund von Coronainfektionen potenzieren sich einfach die Erlösausfälle. Gerade in diesem Bereich ist ein kurzfristiges Nachrücken in den Kliniken kaum möglich, weil hier nämlich eine ganze Familie neu organisiert werden muss.



Es ist mittlerweile so, dass die Einrichtungen in starker finanzieller Bedrängnis stehen, und wenn da nichts kommt, wenn überhaupt keine Unterstützung für die Kliniken angedacht ist, müssen wir mit Insolvenzen rechnen. Das bedeutet auch, dass die Kurmaßnahmen für die Mütter, Väter und Pflegenden in Gefahr sind. Deshalb unsere Bitte: Sorgen Sie hier ganz zeitig auch für wirtschaftliche Unterstützung der Einrichtungen. - Vielen Dank.

Stellvertretende Vorsitzende Dr. Kirsten Kappert-Gonthert: Danke, Frau Gerstkamp. - Dieselbe Frage war an die Deutsche Gesellschaft für Medizinische Rehabilitation gerichtet. Herr Lawall, bitte.

Sachverständiger Christof Lawall (Deutsche Gesellschaft für Medizinische Rehabilitation (DEGEMED)): Vielen Dank für die Frage. - Ich kann mich meiner Kollegin Frau Gerstkamp nur anschließen. Sie hat die wirtschaftliche Situation der Einrichtungen eindringlich geschildert. Die Einrichtungen haben schon seit Beginn der Pandemie erhebliche Anstrengungen unternommen, um Infektionsrisiken für die Beschäftigten und auch für die Patientinnen und Patienten zu vermeiden. Sie tun das weiterhin, auch in diesem Sommer, und dieser Mehraufwand wird im Augenblick von den zuständigen Kostenträgern, zum Beispiel den Krankenkassen, überhaupt nicht refinanziert. Das ist außerordentlich bedauerlich und führt tatsächlich zu einer wirtschaftlichen Schräglage. Es gefährdet die Rehaeinrichtungen, die wir aber dringend brauchen, um zum Beispiel mit Post und Long Covid fertig zu werden und gute Rehabilitationsmöglichkeiten für die vielen Millionen Betroffenen anzubieten.

Von daher brauchen wir dringend eine Regelung im SGB V, die die Krankenkassen als Kostenträger dazu verpflichtet, Belegungsschwankungen auszugleichen und auch den pandemiebedingten Mehrbedarf in der Regelversorgung zu finanzieren. - Danke schön.

Stellvertretende Vorsitzende Dr. Kirsten Kappert-Gonthert: Vielen Dank, Herr Lawall. - Herr Rüdell fragt als Nächstes.

Erwin Rüdell (CDU/CSU): Vielen Dank. - Ich habe eine Frage an den Einzelsachverständigen Professor Dr. Schmidt-Chanasit. Bei der Begründung von Maßnahmen wird die Qualität der Datenlage ja oft kritisch gesehen. Welche weiteren Daten sind nach Ihrer Ansicht notwendig, um das Pandemiemanagement weiter zu verbessern?

Stellvertretende Vorsitzende Dr. Kirsten Kappert-Gonthert: Danke, Erwin Rüdell. - Herr Professor Schmidt-Chanasit, bitte.

Sachverständiger Prof. Dr. Jonas Schmidt-Chanasit: Ich denke - das ist auch schon angeklungen in der Antwort von Herrn Karagiannis -, die Hospitalisierungsinzidenz, Intensivneuaufnahmen, Belegungen, all das aufgelöst durch stichprobenartige Überwachung, das sind wichtige Parameter für das weitere Pandemiemanagement; das hat ja auch der ExpertInnenrat noch mal ganz klar so dargestellt. Ein digitales Echtzeitlagebild wäre dort wünschenswert, übrigens nicht nur für SARS-CoV-2, sondern auch für die anderen Herausforderungen, die wir bei den übertragbaren Erkrankungen haben. Dazu ist die verpflichtende Anbindung aller Krankenhäuser zum Beispiel an das DEMIS zur Übermittlung der Infektionsfälle notwendig. Es sollten auch automatisierte Schnittstellen zwischen Krankenhausinformationssystem und Patientendatenmanagementsystem eingerichtet werden.

Darüber hinaus - es ist ja auch schon angesprochen worden - ist die Identifikation von lokalen Ausbrüchen oder erhöhten Infektionsgeschehen durch die Etablierung des Abwassermonitorings sehr wünschenswert, nicht nur für SARS-CoV-2, sondern auch im Hinblick auf andere Erreger.

Wichtig ist auch - es ist ebenfalls schon angesprochen worden - die verbesserte Datenlage zum Impf- und Immunstatus der Bevölkerung. Das Impfregeister hatten Sie schon angesprochen. Ich möchte auch noch mal auf die Studie hinweisen, die dazu wichtige Informationen erbringen wird, „Immunantworten gegen SARS-CoV-2 bei Risikogruppen in der Allgemeinbevölkerung“. Diese Daten sollten unbedingt in die weitere Planung mit eingehen. - Vielen Dank.



Stellvertretende Vorsitzende Dr. Kirsten Kappert-Gonther: Vielen Dank. - Herr Irlstorfer noch mit einer Frage, zwei Minuten. Bitte.

Erich Irlstorfer (CDU/CSU): Herzlichen Dank. - Meine Frage geht an die Initiative Long Covid Deutschland. Wie bewerten Sie aus Ihrer Sicht die derzeitige medizinische Versorgungssituation von Long-Covid-Betroffenen? - Herzlichen Dank.

Stellvertretende Vorsitzende Dr. Kirsten Kappert-Gonther: Danke sehr. - Frau Dr. Ellert, bitte.

Sachverständige Dr. Claudia Ellert (Long Covid Deutschland): Man hört aus der Debatte schon so ein bisschen raus, dass wir uns sehr wohl um schwere Akutverläufe kümmern und Daten zur Hospitalisierung und zu Todeszahlen erheben. Aber die Gruppe der Menschen, die unter Long Covid leiden, wird in Debatten und meines Erachtens auch in der Steuerung der Pandemie vernachlässigt. Daraus resultiert, dass wir eine zunehmende Anzahl von Long-Covid-Betroffenen haben, die uns gesamtgesellschaftlich belasten und für die wir keinerlei Versorgungskonzepte haben, bzw. für einen großen Teil dieser Patienten passen die Strukturen unserer Versorgung nicht. Es gibt eine große Lücke. Die Strukturen sind überlastet mit einem Krankheitsbild, zu dem es zu wenig Expertise in der Breite gibt. Das führt zu Fehlbehandlungen und zu einer großen und zunehmenden Anzahl an chronisch Erkrankten.

Aus unserer Sicht wäre es dringlich notwendig, zu respektieren, dass 80 Prozent der Long-Covid-Fälle aus milden, nicht hospitalisierten Fällen resultieren, dass wir für diese Patienten überhaupt kein Monitoring haben und dass wir für diese Patientengruppe bisher auch keine vulnerable Gruppe identifizieren können. Wir können nicht definieren: Wer hat ein erhöhtes Risiko für Long Covid? Das heißt: So, wie sich das hier immer anhört - man könnte eine kleine Gruppe Vulnerabler definieren, die eigentlich aus den über 65-jährigen mit Vorerkrankungen besteht, die irgendwo in Krankenhäusern und Pflegeheimen sind oder behandelt werden -, ist es zu kurz gedacht.

Stellvertretende Vorsitzende Dr. Kirsten Kappert-Gonther: Frau Dr. Ellert, kommen Sie zum Schluss mit Ihren Gedanken?

Sachverständige Dr. Claudia Ellert (Long Covid Deutschland): Ja, mache ich. - Das Thema Long Covid muss meines Erachtens priorisiert werden und bei Maßnahmen bedacht werden. Patienten, die vulnerabel sind - und das sind alle -, muss Zugang zu und Teilhabe an Bildung und auch berufliche Teilhabe ermöglicht werden.

Stellvertretende Vorsitzende Dr. Kirsten Kappert-Gonther: Vielen Dank, Frau Dr. Ellert. - Damit geht das Fragerecht über zu Bündnis 90/Die Grünen. Dr. Dahmen.

Dr. Janosch Dahmen (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Vielen Dank, Frau Vorsitzende. - Meine nächste Frage richtet sich an den Deutschen Kulturrat. Wir haben ja in der Pandemie verschiedene Gesellschaftsbereiche, die unter den Folgen der Pandemie besonders gelitten haben. Dazu gehört zweifelsohne auch die Kultur. Ich möchte Sie deshalb fragen: Sehen Sie inzwischen - jetzt auch mit den vorliegenden Reformvorschlägen für das Infektionsschutzgesetz - die besonderen Belange der Kultureinrichtungen gerade im Hinblick auf notwendige Schutzmaßnahmen ausreichend gewürdigt? Welche ergänzenden Regelungen oder Klarstellungen halten Sie gegebenenfalls für notwendig?

Stellvertretende Vorsitzende Dr. Kirsten Kappert-Gonther: Danke sehr. - Frau Schulz, bitte.

Sachverständige Gabriele Schulz (Deutscher Kulturrat e. V.): Herzlichen Dank für die Frage. - Sie haben vollkommen recht: Der Kulturbereich ist sehr stark davon betroffen. Was die Vorredner gesagt haben über die finanzielle Bedrängnis der Rehaeinrichtungen oder des Müttergenesungswerks, kann man auch für den Kulturbereich so feststellen. Das heißt, es ist unglaublich wichtig, dass die Kultureinrichtungen möglichst in Volllast fahren können bzw. möglichst viel Publikum empfangen können. Dafür wurden auch viele Maßnahmen ergriffen, insbesondere was die Hygiene angeht.



Eine Maßnahme ist, dass gemeinsam mit Verbänden, die sich insbesondere mit der technischen Ausrichtung von Kultureinrichtungen befasst haben, und dem Umweltbundesamt ein Hygienezertifikat entwickelt wird. Wir wünschen uns, dass auf dieses Hygienezertifikat auch in § 28a Bezug genommen wird. Das heißt, dass hygienezertifizierte Einrichtungen, wenn es zu Einschränkungen kommen sollte, von diesen praktisch ausgenommen werden, sodass sie in Volllast Publikum empfangen können. Das wäre für uns ein ganz wichtiger Punkt.

Ein weiterer Punkt, der im Infektionsschutzgesetz praktisch immer ein Problem ist, sind die regionalen Regelungen, die getroffen werden können und die es bundesweiten Anbietern unglaublich erschweren, beispielsweise eine Tournee oder Ähnliches zu planen. Das wird noch dadurch erschwert, dass der Sonderfonds für Kulturveranstaltungen zum 31. Dezember dieses Jahres ausläuft. Das heißt, es ist kaum möglich, jetzt eine Planung für eine Tournee oder Ähnliches anzustellen. Daran hängt auch eine ganze Menge an Arbeitsplätzen. - Herzlichen Dank.

Stellvertretende Vorsitzende Dr. Kirsten Kappert-Gonthert: Vielen Dank, Frau Schulz. - Herr Dr. Dahmen.

Dr. Janosch Dahmen (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Meine nächste Frage richtet sich an die Caritas. Wir haben ja eben von Ihnen schon einige Ausführungen zu dem Thema „Schutzmaßnahmen für Reha- und Vorsorgeeinrichtungen“ gehört. Können Sie vielleicht noch mal aus Ihrer Sicht schildern, was Sie an dem vorliegenden Gesetzentwurf für gut halten bzw. welche Aspekte, gerade in Bezug auf den Rehaschutzschirm, in dem vorliegenden Entwurf doch noch geändert werden sollten?

Stellvertretende Vorsitzende Dr. Kirsten Kappert-Gonthert: Danke sehr. - Frau Dr. Fix.

Sachverständige Dr. Elisabeth Fix (Deutscher Caritasverband e. V.): Ja, gern. - Vielen Dank, Herr Dahmen, für die Frage. - An dem vorliegenden Gesetzentwurf ist gut, dass erst mal offensichtlich die Absicht besteht, die Regelungen der

§§ 111 und 111c SGB V zu den Mehraufwendungen und Mindererlösen, deren Ausgleich mit den Kostenträgern vereinbart werden kann, zu verhängen. Problematisch ist daran, dass diese Möglichkeit einzig an die Voraussetzung des Vorliegens der epidemischen Lage von nationaler Tragweite nach § 5 Absatz 1 Infektionsschutzgesetz geknüpft wird. Das sehen wir mit Sorge; denn die Frage ist: Wird die epidemische Lage noch mal erklärt? Wir wollen hoffen, dass sie nicht mehr erklärt werden muss. Wenn nicht, würde dieser Schutzschirm aber sozusagen komplett ins Leere laufen, obwohl wir die Maßnahmen, insbesondere in Bezug auf die Mehraufwendungen, auf jeden Fall weiter ergreifen müssen. Insoweit die dringende Bitte, die Voraussetzung des Vorliegens der epidemischen Lage aus dem Gesetzentwurf zu streichen. - Vielen Dank.

Stellvertretende Vorsitzende Dr. Kirsten Kappert-Gonthert: Danke sehr, Frau Dr. Fix. - Herr Dr. Dahmen, bitte.

Dr. Janosch Dahmen (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Meine nächste Frage richtet sich an die Einzelsachverständige Frau Professor Dr. Kießling. Sie hatten vorhin schon zu den unterschiedlichen Kriterien ausgeführt, die hinsichtlich Belastungssituation und Beurteilung der Pandemie nun von den Ländern herangezogen werden können. Jetzt wurde auch verschiedentlich durch Nachfragen oder Ausführungen immer wieder der Eindruck erweckt: Wenn es keine einzelnen festgesetzten Grenzwerte gibt, dann ist das Gesetz schlecht oder nicht anwendbar und unsicher. - Können Sie hinsichtlich dieser geäußerten Gefahr noch mal ausführen, warum das Gesetz so, wie es im Entwurf vorliegt, von den Ländern möglicherweise doch rechtssicher angewendet werden kann?

Stellvertretende Vorsitzende Dr. Kirsten Kappert-Gonthert: Danke sehr. - Frau Professor Kießling.

Sachverständige Prof. Dr. Andrea Kießling: Was für die Anwendung sicher am einfachsten ist, ist, wenn wir klare Schwellenwerte im Gesetz haben, so wie wir sie ganz am Anfang hatten, also von November 2020 bis September 2021. Da hatten



wir die Sieben-Tage-Inzidenz mit den Schwellenwerten 35 und 50. Jeder weiß dann: Wenn die Schwelle überschritten wird, muss irgendwas getan werden. - Seit September 2021 haben wir diese Regelung aber nicht mehr, und es ist nicht so, dass seitdem keine Maßnahmen mehr ergriffen wurden. So wie das vorliegende Gesetz geplant ist, entspricht es vom Konzept her eigentlich dem, was ab September 2021 galt. Die MPK hat dann versucht, sich auf Schwellenwerte zu verständigen, oder die Länder haben selber Schwellenwerte festgelegt. Das waren zum Teil auch unterschiedliche Schwellenwerte - die haben sich also von Land zu Land unterschieden -; aber das hat schon funktioniert. Es ist also nicht so, dass man das in der Praxis nicht anwenden konnte.

Eine Regelung, welche nicht funktioniert hat, war die Hotspotregelung, die seit März 2022 galt und die in zwei Ländern ein bisschen ausprobiert wurde. Man hat sie dann jedoch nicht mehr angewendet, zum Teil vielleicht, weil man sie nicht brauchte, aber sicher auch, weil man nicht genau wusste, wann die Voraussetzungen dafür vorliegen.

Also: So eindeutig ist der vorliegende Gesetzentwurf zwar nicht gefasst, aber man kann damit sicher irgendwie arbeiten. Nur: Es bleibt eben den Ländern überlassen, ob sie das in eine Verordnung gießen, aus der klar wird, welche Schwellenwerte es gibt, oder ob die Länder einfach eine Verordnung machen, in der dann schon die Maßnahmen geregelt sind, ohne dass zum Beispiel vorher klare Schwellenwerte nach außen kommuniziert werden. Das lässt der Entwurf offen. Er sagt: Die Länder können diese Schwellenwerte festlegen, sie müssen es aber nicht.

Stellvertretende Vorsitzende Dr. Kirsten Kappert-Gonther: Vielen Dank, Frau Professor Kießling. - Genau eine Minute noch, Herr Dahmen.

Dr. Janosch Dahmen (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Dann will ich den Einzelsachverständigen Herrn Professor Sander noch mal fragen. Herr Professor Karagiannidis hatte ja bereits ausgeführt - wir haben das auch vom Vertreter des Not-

aufnahmeregisters gehört -, dass eine bessere Datengrundlage noch durch einzelne kleinere Ergänzungen im Pandemieradar erreicht werden kann. Inwieweit halten auch Sie die Aufnahme von Zahlen zu betreibbaren Betten und auch die Aufnahme des Notaufnahmeregisters in den Pandemieradar für eine gute Idee?

Stellvertretende Vorsitzende Dr. Kirsten Kappert-Gonther: Herr Professor Sander, 25 Sekunden.

Sachverständiger Prof. Dr. Leif Erik Sander: Ich halte beide Datenpunkte für absolut essenziell. Wir haben über den Sommer - auch das ist schon angeklungen - schon erhebliche Belastungen im Bereich der Notaufnahmen gehabt. Wir haben auch eine Belastung gehabt, die daraus resultierte, dass Patienten aus den Notaufnahmen nicht „abfließen“ konnten, Stichwort „Exit-Block“. Deswegen brauchen wir diese Daten dringend, um das Pandemiegeschehen besser - in Anführungszeichen - „steuern“ zu können und auch um abzusehen, wie sich die Kapazitäten entwickeln. Beides halte ich für extrem sinnvoll. - Herzlichen Dank.

Stellvertretende Vorsitzende Dr. Kirsten Kappert-Gonther: Herzlichen Dank, Professor Sander. - Jetzt geht das Fragerecht an die FDP. Es fragt Herr Professor Ullmann. Bitte.

Dr. Andrew Ullmann (FDP): Meine erste Frage geht an den Einzelsachverständigen Professor Schmidt-Chanasit. Herr Schmidt-Chanasit, die Frage lautet: In der Gastronomie soll es ja die Möglichkeit geben, frisch Genesene oder frisch Geimpfte für drei Monate von der Maskenpflicht auszunehmen. Wie ist diese Dreimonatsphase infektiologisch und immunologisch zu bewerten?

Stellvertretende Vorsitzende Dr. Kirsten Kappert-Gonther: Herr Professor Schmidt-Chanasit, bitte.

Sachverständiger Prof. Dr. Jonas Schmidt-Chanasit: Ich denke, dass die Definition dieses kurzen Abstandes auf einer Fehleinschätzung der Bedeutung der Effektivität der Impfstoffe basiert.



Die Impfstoffe führen zu einer hocheffektiven Reduktion schwerer, das heißt hospitalisierungspflichtiger und tödlicher Verläufe einer SARS-CoV-2-Infektion. Keinen ausreichenden oder allenfalls einen kurzzeitigen Effekt haben die Impfstoffe auf die Verhinderung einer SARS-CoV-2-Infektion. Der Schutz vor schwerer, tödlicher Infektion hält aber mindestens ein Jahr an, wahrscheinlich auch noch länger. Engmaschige Boosterimpfungen erhöhen weder den Infektionsschutz, noch verbessern sie den Schutz bei zuvor fehlender Immunantwort; es ist wichtig, dass man das bei den ersten Impfungen auch testet. Insofern ist es wichtig, dass man die Indikation erkennt und an Kriterien koppelt, um festzustellen, welche Bevölkerungsgruppe besonders davon profitiert. Im Rahmen dieser Regelung profitiert niemand davon. - Vielen Dank.

Stellvertretende Vorsitzende Dr. Kirsten Kappert-Gonther: Danke sehr. - Jetzt Frau Aschenberg-Dugnus.

Christine Aschenberg-Dugnus (FDP): Vielen Dank, Frau Vorsitzende. - Auch meine Frage geht an den Einzelsachverständigen Herrn Professor Schmidt-Chanasit. Herr Professor, wie beurteilen Sie die Möglichkeit der Länder, bei Veranstaltungen im Außenbereich eine Maskenpflicht zu verhängen? - Vielen Dank.

Stellvertretende Vorsitzende Dr. Kirsten Kappert-Gonther: Vielen Dank. - Noch mal Herr Professor Schmidt-Chanasit, bitte.

Sachverständiger Prof. Dr. Jonas Schmidt-Chanasit: Vielen Dank für die Frage. - Es ist auch schon in den Antworten der Kollegen Rupp und Rosenbrock angeklungen: Es ist hier ganz wichtig, an die Effizienz zu denken, das heißt, dass man die Maßnahme einer Maskenpflicht in den Bereichen umsetzt, wo die Effizienz am größten ist. Es wurde mehrmals angesprochen: Das sind insbesondere Krankenhausbereiche und Pflegeeinrichtungen, wo man mit SARS-CoV-2-Patienten arbeitet. Es ist auch eine Grundlage der Verfassung der WHO, dass wir die „tätige Mitarbeit der Bevölkerung“ brauchen. Das erreicht man eben nicht durch Regelungen, die eine sehr geringe Effizienz haben, die also im Außenbereich

gelten, wo ein geringer Teil der Infektionen stattfindet; es handelt sich ja um ein aerosolübertragenes Pathogen. Insofern ist es sehr wichtig, verpflichtende Maßnahmen von einer Empfehlung abzugrenzen - das kann man machen -, also verpflichtende Maßnahmen auf die besonders gefährdeten Innenraumsituationen zu beschränken. - Vielen Dank.

Stellvertretende Vorsitzende Dr. Kirsten Kappert-Gonther: Danke sehr. - Herr Professor Ullmann.

Dr. Andrew Ullmann (FDP): Die nächste Frage geht an den Einzelsachverständigen Professor Rupp. Herr Kollege Rupp, ich hätte eine Frage bezüglich der infektiologischen Bewertung des Maskentragens in der Gastronomie. Dort gilt das Gebot des Maskentragens ja auf dem Weg bis zum Tisch, am Tisch dann nicht und dann wieder beim Herausgehen oder beim Gang zum WC. Wie wird das infektiologisch beurteilt?

Stellvertretende Vorsitzende Dr. Kirsten Kappert-Gonther: Danke sehr, Professor Ullmann. - Herr Professor Rupp, zwei Minuten. Bitte.

Sachverständiger Prof. Dr. Jan Rupp: Ich glaube, das geht wieder genau in diesen Bereich, wo wir versuchen, mit kleinteiligen Regeln eine sehr komplexe Fragestellung zu lösen. Wenn wir zurückdenken: Wir hatten natürlich diese Super-spreader-Events in der Gastronomie, aber damals noch bei einer komplett vulnerablen Bevölkerung. Wir haben jetzt eine andere Gesamtsituation, und ich glaube, dass gerade dieses Kleinteilige - man erlaubt diese Zugänge, aber trotzdem verhängt man eine Maskenpflicht in Innenräumen - nicht zielführend ist. Wenn man bedenkt, dass man im Restaurant isst und lacht und sich unterhält, dann, glaube ich, ist klar, dass der Modus der Infektion der gleiche ist.

Ich würde also empfehlen, dass man diese Regelung in Innenräumen, im Restaurant entweder komplett fallen lässt oder - das lässt das Gesetz ja zu -, wenn es in gewissen Regionen doch zu einer Verknappung von Ressourcen kommt, eben wieder komplett einführt. Aber ich glaube nicht,



dass dieser Mittelweg, so wie er jetzt drinsteht, zielführend ist, auch was die Akzeptanz betrifft.

Stellvertretende Vorsitzende Dr. Kirsten Kappert-Gonther: Vielen Dank, Herr Professor Rupp. - Sie haben noch 40 Sekunden.

Dr. Andrew Ullmann (FDP): Ist gut.

Stellvertretende Vorsitzende Dr. Kirsten Kappert-Gonther: Vielen Dank. Dann nehmen wir die als Geschenk. - Das Fragerecht geht an die AfD. Herr Sichert, bitte.

Martin Sichert (AfD): Noch mal eine Frage an die Kassenärztliche Bundesvereinigung. Sie haben also die Daten zu den Diagnosecodes der 2,5 Millionen Patienten mit Impfnebenwirkungen vorliegen. Warum wollen Sie sie dem Bundestag nicht zur Verfügung stellen? Wenn es sich, wie Sie behaupten, vornehmlich um kleine Dinge handelt, dann könnten Sie so doch einen wichtigen Beitrag zur Beruhigung der Bevölkerung leisten.

Stellvertretende Vorsitzende Dr. Kirsten Kappert-Gonther: Herr Dr. Hofmeister, bitte.

Sachverständiger Dr. Stephan Hofmeister (Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV)): Da müssen Sie mich missverstanden haben. Die Daten, die wir haben, die Abrechnungsdaten, die vorliegen, werden wir veröffentlichen und haben wir natürlich auch veröffentlicht. Wir stellen sie selbstverständlich auch dem Bundestag zur Verfügung - daran gibt es überhaupt keinen Zweifel -, soweit sie uns vorliegen und sowie die Leistungen abgerechnet sind. Insofern kann ich ganz klar sagen: Die Daten liegen vor, und sie werden auch wissenschaftlich angeschaut. - Vielen Dank.

Stellvertretende Vorsitzende Dr. Kirsten Kappert-Gonther: Danke sehr, Herr Dr. Hofmeister. - Herr Sichert.

Martin Sichert (AfD): Dann eine kurze Nachfrage. Dem Bundestag liegen die Daten zu diesen Diagnosecodes der 2,5 Millionen Patienten mit Impfnebenwirkungen momentan noch nicht vor. Könnten Sie uns die zusenden und, wenn ja, bis wann?

Stellvertretende Vorsitzende Dr. Kirsten Kappert-Gonther: Herr Dr. Hofmeister.

Sachverständiger Dr. Stephan Hofmeister (Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV)): Also, ich kann Ihnen hier jetzt nicht sagen, bis wann die Daten verfügbar sind. Das hängt davon ab, wann die Abrechnungen in den einzelnen KVen stattgefunden haben, was immer einige Monate nach Quartalsende der Fall ist. Insofern kommen die natürlich, Quartal für Quartal, rein. Von den kassenärztlichen Vereinigungen, die diese Daten ja erheben, werden sie an die Kassenärztliche Bundesvereinigung weitergegeben, und in dem Zuge können wir sie auch veröffentlichen. - Vielen Dank.

Stellvertretende Vorsitzende Dr. Kirsten Kappert-Gonther: Vielen Dank, Herr Dr. Hofmeister. - Herr Sichert.

Martin Sichert (AfD): Noch mal eine kurze Nachfrage: Das heißt, diese Daten liegen vor? Denn die Angabe „2,5 Millionen“ konnte uns die Kassenärztliche Bundesvereinigung ja auch vorlegen, weil es sich dabei um Daten von 2021 handelt. Das heißt, die Daten zu diesen 2,5 Millionen Patienten von 2021 können Sie uns zeitnah zur Verfügung stellen?

Stellvertretende Vorsitzende Dr. Kirsten Kappert-Gonther: Herr Dr. Hofmeister.

Sachverständiger Dr. Stephan Hofmeister (Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV)): Soweit die Daten hier verfügbar sind, können wir Ihnen die selbstverständlich zur Verfügung stellen.

Stellvertretende Vorsitzende Dr. Kirsten Kappert-Gonther: So, das ist geklärt. - Jetzt bitte weiter.

Martin Sichert (AfD): Die nächste Frage geht an die Deutsche Krankenhausgesellschaft. Können Sie mir sagen, wie sich die Zahl der Krankenhaufälle in den Jahren 2020, 2021, 2022 gegenüber der Zeit vor Corona entwickelt hat? Sind es mehr oder weniger Fälle in den Krankenhäusern geworden?



Stellvertretende Vorsitzende Dr. Kirsten Kappert-Gonthert: Frau Professor Neumeyer, bitte.

Sachverständige Prof. Dr. Henriette Neumeyer (Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V. (DKG)): Wie verschiedenen Veröffentlichungen zu entnehmen ist, sind die Fallzahlen insgesamt rückläufig. Wir blicken auf eine Entwicklung, die in der ersten Pandemiephase eingesetzt hat, in der auch sehr bewusst Behandlungen zurückgestellt worden sind, um eine gewisse Reserve für die Versorgung von Covid-19-Erkrankten zu schaffen. In einigen Gebieten Deutschlands gab es dadurch ja auch eine gewisse Überlastung des Gesundheitssystems.

Im Moment sind aus unserer Sicht die Prognose-szenarien für die nächsten Jahre interessant. Man geht von Basisszenarien mit einem weiteren Anhalten der geringen Fallzahlen bis hin zu einer gewissen Erholungstendenz aus. Insgesamt schließe ich mich aber ganz klar der Feststellung der Rehakliniken an, dass wir dort im Moment noch ein deutliches Fallzahldefizit sehen.

Stellvertretende Vorsitzende Dr. Kirsten Kappert-Gonthert: Danke sehr, Frau Professor Neumeyer. - 60 Sekunden, Herr Sichert.

Martin Sichert (AfD): Noch mal an die Deutsche Krankenhausgesellschaft. Es werden ja immer wieder die Langzeitfolgen der Coronainfektion deutlich in den Vordergrund gestellt. Können Sie mir sagen, bei wie vielen Patienten in den Krankenhäusern konkret in den letzten anderthalb Jahren Post Covid, also der Diagnosecode U09.9, festgestellt wurde?

Stellvertretende Vorsitzende Dr. Kirsten Kappert-Gonthert: Frau Professor Neumeyer.

Sachverständige Prof. Dr. Henriette Neumeyer (Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V. (DKG)): Das kann ich Ihnen ad hoc nicht sagen. Das ist etwas, was wir noch mal recherchieren müssten und gerne nachliefern können.

Insgesamt ist es so, dass wir natürlich auch nur einen Teil der Nachwirkungen erfassen würden. Da möchte ich mich ganz gerne Claudia Ellert

von der Initiative Long Covid Deutschland anschließen, dass dieses Geschehen natürlich nicht nur im stationären Bereich eine Relevanz hat, sondern auch im ambulanten Bereich, auch gerade noch im Bereich der Rehabilitation. Also, ich denke, da haben wir eher ein Erfassungsdefizit und könnten es aus dem stationären Bereich heraus nicht komplett abbilden.

Stellvertretende Vorsitzende Dr. Kirsten Kappert-Gonthert: Vielen Dank, Frau Professor Neumeyer. - Damit geht das Fragerecht an Die Linke. Das sind jetzt noch knappe zwei Minuten. Frau Vogler.

Kathrin Vogler (DIE LINKE): Zunächst eine Frage an Herrn Rosenbrock, was er von Regelungen hält, die jetzt geplant sind, wonach Personen, die getestet sind, keine Maske tragen müssen und diejenigen, die in den letzten drei Monaten geimpft wurden oder genesen sind, keine Tests machen müssen, um keine Maske tragen zu müssen. Wie wirkt sich das auf die Krisenkommunikation aus?

Stellvertretende Vorsitzende Dr. Kirsten Kappert-Gonthert: Herr Professor Rosenbrock, Sie sind dran, und Sie müssen sich jetzt knapp fassen. Bitte.

Sachverständiger Prof. Dr. Rolf Rosenbrock: Vielen Dank für die Frage. - Für das erwünschte und notwendige Masketragen und die Covidprävention sind alle Regelungen kontraproduktiv, die das Tragen einer Maske als Sanktion oder Strafe erleben lassen. Die jetzt vorgesehene 90-Tage-Regel wird aber genau so interpretiert werden. Da sie zudem keinerlei präventive Wirksamkeit verspricht, wird auch angesichts der hohen Implementations- und Kontrollnotwendigkeiten und der dadurch hervorgerufenen Gefahr neuer gesellschaftlicher Konflikte dringend empfohlen, diese Möglichkeit aus dem Gesetzentwurf wieder zu streichen. - Vielen Dank.

Stellvertretende Vorsitzende Dr. Kirsten Kappert-Gonthert: Vielen Dank. - Das ermöglicht noch eine kurze Frage, 45 Sekunden. Frau Vogler.



Kathrin Vogler (DIE LINKE): Vielen herzlichen Dank. - Ich möchte gerne wissen, was Long Covid Deutschland e. V. zum Schutz vulnerabler Gruppen in den Lebensbereichen gerne hätte.

Stellvertretende Vorsitzende Dr. Kirsten Kappert-Gonther: Frau Dr. Ellert, 30 Sekunden. Bitte.

Sachverständige Dr. Claudia Ellert (Long Covid Deutschland): Erstens die Erweiterung der Gruppe der Vulnerablen im Kontext von Long Covid - man kann die Gruppe, wie ich es eben schon ausgeführt habe, nicht so eng fassen und auf Alte und Vorerkrankte begrenzen -, zweitens die Ermöglichung der Teilhabe vulnerabler Menschen insbesondere an Bildung - dabei geht es um hybride Formate in Schulen -, drittens eine berufliche Teilhabe. Dabei ist uns die Definition dessen, was man als „vulnerabel“ bezeichnet, zu kurz gefasst.

Stellvertretende Vorsitzende Dr. Kirsten Kappert-Gonther: Vielen Dank, Frau Dr. Ellert. - Damit geht das Fragerecht für den dritten Block jetzt auf die Union über. Da fragt Herr Hüppe. Bitte sehr.

Hubert Hüppe (CDU/CSU): Ich hätte noch eine Frage an die Bundesärztekammer. Wie bewerten Sie das bislang vorgesehene Impfkonzep der Bundesregierung insbesondere mit Blick auf die neuen Impfstoffe und einen vierten Booster?

Stellvertretende Vorsitzende Dr. Kirsten Kappert-Gonther: Danke, Herr Hüppe. - Herr Dr. Reinhardt, bitte.

Sachverständiger Dr. Klaus Reinhardt (Bundesärztekammer (BÄK)): Wir sind der Auffassung, dass selbstverständlich eine vierte Impfung, ein Booster, möglichst mit den angepassten Impfstoffen für die von der STIKO empfohlenen Patientengruppen infrage kommt. Das sind aktuell alle Menschen ab 60 und Menschen mit besonderen Erkrankungen, bei denen die Wahrscheinlichkeit eines schweren Verlaufes eben größer ist.

Wir sind durchaus auch der Auffassung, dass man allen Menschen, die das von sich aus wollen, ein viertes Impfangebot in diesem Kontext sollte machen können, würden aber dringend darauf hinweisen, dass man sich eben tatsächlich an die Empfehlung der STIKO halten und diese auch nicht ständig politisch infrage stellen sollte.

Stellvertretende Vorsitzende Dr. Kirsten Kappert-Gonther: Vielen Dank, Herr Dr. Reinhardt. - Und Herr Irlstorfer fragt.

Erich Irlstorfer (CDU/CSU): Vielen herzlichen Dank, dass ich noch mal die Möglichkeit einer Frage habe. - Ich möchte noch mal auf das Thema Maskenpflicht zu sprechen kommen. Meine Frage geht an die Kassenärztliche Bundesvereinigung und an den Deutschen Hausärzteverband. Wie bewerten Sie, dass eine Maskenpflicht in Arztpraxen nicht bundeseinheitlich vorgesehen ist? - Herzlichen Dank.

Stellvertretende Vorsitzende Dr. Kirsten Kappert-Gonther: Danke, Herr Irlstorfer. - Herr Dr. Hofmeister, bitte.

Sachverständiger Dr. Stephan Hofmeister (Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV)): Vielen Dank für die Frage. - Wir halten die jetzt vorgeschlagenen Regelungen für ausreichend und brauchen keine bundeseinheitliche Regelung für die Arztpraxen. Die Praxen können, sollen und müssen jetzt bereits Hygienekonzepte erarbeiten und können sehr gut mit den vorhandenen Mitteln eine Maskenpflicht in den Praxen umsetzen, sofern das die Situation erforderlich macht. Das heißt, für uns ist das ausreichend geregelt. - Vielen Dank.

Stellvertretende Vorsitzende Dr. Kirsten Kappert-Gonther: Danke sehr. - Dieselbe Frage an Herrn Schütz. Bitte, Herr Schütz.

Joachim Schütz (Deutscher Hausärzteverband e. V.): Ich kann mich kurzfassen. Ich schließe mich den Ausführungen von Herrn Dr. Hofmeister an. Wir sehen da auch keinen Änderungsbedarf in dem neu zu fassenden § 28b.



Was man jedoch aus rechtlicher Sicht vielleicht noch mal hinterfragen müsste, ist die Definition der öffentlich zugänglichen Innenräume. Ob darunter so ohne Weiteres Arztpraxen subsumiert werden können, halte ich aus rechtlicher Sicht für schwierig. Das würde ich noch mal prüfen wollen, weil ich glaube, da gibt es gewisse Widersprüche. Ich darf da nur an das Hausrecht der Praxisinhaber erinnern. Ansonsten, wie gesagt, gehe ich bei dem mit, was Herr Dr. Hofmeister gesagt hat.

Stellvertretende Vorsitzende Dr. Kirsten Kappert-Gonthier: Ganz herzlichen Dank. - Jetzt haben wir noch 50 Sekunden. Herr Müller.

Axel Müller (CDU/CSU): Vielen Dank. - Ich habe nur eine Frage an Herrn Seegmüller, und zwar geht es um § 28b Absatz 4 des Infektionsschutzgesetzes, der den Ländern weitere Möglichkeiten einräumt, Einschränkungen vorzunehmen. Bei der letzten Formulierung stellt sich die Frage, ob das ausreichend bestimmt ist; denn hier wird wieder angeknüpft an die Funktionsfähigkeit des Gesundheitssystems oder die sonstige kritische Infrastruktur, ohne diese näher zu benennen.

Das wurde vorher in der Ausschuss-

Stellvertretende Vorsitzende Dr. Kirsten Kappert-Gonthier: Herr Müller, Ihr Sachverständiger hat jetzt noch zehn Sekunden Zeit, zu antworten. Soll er das noch mal eben tun?

Axel Müller (CDU/CSU): Okay.

Stellvertretende Vorsitzende Dr. Kirsten Kappert-Gonthier: Ja. - Herr Dr. Seegmüller, Sie können jetzt einen Satz sagen zum bestimmten oder unbestimmten Begriff. Bitte.

Sachverständiger Dr. Robert Seegmüller: Der verfassungsrechtliche Maßstab ist die Auslegbarkeit der Norm anhand des Gesetzestextes. Da reicht der Gesetzestext nicht für eine rechtssichere Auslegung. Die Begriffe „Funktionsfähigkeit des Gesundheitswesens“ und „sonstige kritische Infrastruktur“ sind so unklar und so vage ge-

fasst, dass eine rechtssichere Anwendung in verfassungsrechtlich einwandfreier Weise nicht möglich ist. - Danke schön.

Stellvertretende Vorsitzende Dr. Kirsten Kappert-Gonthier: Danke sehr. - Jetzt kommen wir zu dem letzten Frageblock. Das sind noch mal fünf Minuten für die SPD, und es beginnt Frau Baehrens. Bitte.

Heike Baehrens (SPD): Vielen Dank. - Meine Frage geht an den Vertreter des MD Bund, Herrn Dr. Gronemeyer. Zum Schutz der vulnerablen Gruppe der Pflegebedürftigen wurde im Zuge der Coronapandemie die Pflegebegutachtung seitens des MDK nach Aktenlage und am Telefon ermöglicht. Auf Besuche in der Häuslichkeit wurde aus Infektionsschutzgründen verzichtet. Wird diese Regelung aus Ihrer Sicht weiter benötigt?

Stellvertretende Vorsitzende Dr. Kirsten Kappert-Gonthier: Herr Dr. Gronemeyer.

Sachverständiger Dr. Stefan Gronemeyer (Medizinischer Dienst Bund): Vielen Dank für die Frage. - Die Pflegebegutachtung durch den Medizinischen Dienst ist ein ganz entscheidender Schritt, damit Versicherte in den Leistungsbezug der Pflegeversicherung kommen, und das betrifft im Monat an die 200 000 Personen: Versicherte, die der vulnerablen Gruppe aufgrund ihres Alters und der Vorerkrankungen zuzurechnen sind.

Von daher plädieren wir als Medizinischer Dienst dafür, diese Regelung, Frau Baehrens, die Sie angesprochen haben, die am 30. Juni dieses Jahres ausgelaufen ist, fortzusetzen, sodass auch in Zukunft, wenn die Infektionslage es notwendig macht und es aus Infektionsschutzgründen erforderlich ist, die Pflegebegutachtung mittels eines strukturierten Telefoninterviews durchgeführt werden kann, um auch weiterhin sicherzustellen, dass die Versicherten in den Leistungsbezug der Pflegeversicherung kommen. - Vielen Dank.

Stellvertretende Vorsitzende Dr. Kirsten Kappert-Gonthier: Danke sehr. - Herr Dr. Wollmann, Sie haben noch Gelegenheit, zu fragen.



Dr. Herbert Wollmann (SPD): Ich habe eine Frage an Frau Fix von der Caritas. Frau Fix, welche mögliche Rolle sehen Sie in der Zukunft für Pflegefachkräfte im Zuge von Impfkampagnen jenseits der Delegation durch einen Arzt oder eine Ärztin? Was wären in Ihren Augen die Voraussetzungen für eine Übertragung der Heilkunde im Falle von Impfungen auf Pflegekräfte? - Danke.

Stellvertretende Vorsitzende Dr. Kirsten Kappert-Gonther: Danke sehr. - Frau Dr. Fix.

Sachverständige Dr. Elisabeth Fix (Deutscher Caritasverband e. V.): Vielen Dank, Herr Dr. Wollmann, für die Frage. - Die Caritas hatte sich schon in mehreren Gesetzgebungsverfahren dafür eingesetzt, dass Pflegekräfte auch eigenständig sollen impfen können, also nicht nur im Wege der Delegation, wo sie es ja können, sondern auch - ich mag den Begriff nicht - im Wege der substitutiven Übertragung. Wir sind der Auffassung, dass Pflegekräfte dies absolut können, und zwar mindestens ebenso gut wie die Apothekerinnen und Apotheker, die durch den Gesetzgeber in die Lage versetzt worden sind.

Voraussetzung wäre aus unserer Sicht, dass noch mal Schulungen durch die Ärztinnen und Ärzte stattfinden bezüglich Aufklärungsgespräch und Anamnese und der Frage: Was ist zu tun, wenn unerwünschte Nebenwirkungen auftreten? Wir sehen schon einen guten Beitrag der Pflegekräfte insbesondere zur Stärkung der Impfkampagne im häuslichen Bereich bei pflegebedürftigen Menschen, wenn Pflegekräfte eigenständig impfen könnten. Denn gerade viele pflegebedürftige Menschen im häuslichen Bereich wurden immer noch nicht von der Impfung erreicht, und die Pflegekräfte kommen jeden Tag in die Haushalte, sodass es niedrigschwellig gute Möglichkeiten durch diese Impferlaubnis gäbe. - Danke schön.

Stellvertretende Vorsitzende Dr. Kirsten Kappert-Gonther: Vielen Dank, Frau Dr. Fix. - Herr Dr. Pantazis stellt die voraussichtlich letzte Frage in dieser Anhörung. Bitte.

Dr. Christos Pantazis (SPD): Herzlichen Dank, Frau Vorsitzende. - Meine Frage geht an Frau

Dr. Eckert-Lill von der ABDA. Apotheken wurden in die Regelversorgung mit Gripeschutzimpfungen einbezogen. Wie schätzen Sie die vorgesehene Anerkennung von erfolgreich absolvierten Schulungen zur Gripeschutzimpfung für die Durchführung von Covid-19-Impfungen bei Erwachsenen durch Apothekerinnen und Apotheker ein?

Stellvertretende Vorsitzende Dr. Kirsten Kappert-Gonther: Danke. - Frau Dr. Eckert-Lill, bitte.

Sachverständige Dr. Christiane Eckert-Lill (ABDA - Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände e. V.): Vielen Dank für die Frage. - Wir begrüßen die jetzt vorgesehene Regelung in § 20b. Es war aus unserer Sicht eine Regelungslücke, die jetzt geschlossen wird, sodass nun Impfungen nach § 132j SGB V und nach §§ 20b und 20c IfSG gegenseitig anerkannt werden. - Danke schön.

Stellvertretende Vorsitzende Dr. Kirsten Kappert-Gonther: Danke sehr. - Das sind noch 50 Sekunden, liebe SPD.

(Zuruf von der SPD: Wir verzichten!)

- Gut, die werden der Allgemeinheit geschenkt. - Wir sind damit am Ende dieser Anhörung angelangt. Ich danke ganz herzlich allen, die so präzise und konzentriert gefragt haben, und vor allem allen Expertinnen und Experten, die uns die Fragen beantwortet haben. Diese Antworten fließen jetzt ein in die weiteren Überlegungen.

Ganz besonders danken wir auch dem Stenografischen Dienst, der die ganze Zeit ein Wortprotokoll führt. Das ist eine für uns sehr wertvolle und wichtige Arbeit. Danke dafür.

(Beifall)

Auf Wiedersehen und bis bald!

(Schluss: 12.30 Uhr)