



Parlamentarisches Begleitgremium COVID-19-Pandemie

5. Sitzung (öffentlich)

17. August 2021

Düsseldorf – Haus des Landtags

11:03 Uhr bis 14:05 Uhr

Vorsitz: Rainer Schmelzer (SPD)

Protokoll: Sitzungsdokumentarischer Dienst

Verhandlungspunkte:

	Vor Eintritt in die Tagesordnung	3
1	Medikamentenforschung zu SARS-CoV-2	4
	– Gespräch mit Sachverständigen (s. <i>Anlage</i>)	
2	Kommunikationsverhalten der öffentlichen Stellen – verwaltungsintern und gegenüber dem Bürger	28
	– Gespräch mit Sachverständigen (s. <i>Anlage</i>)	
3	Verschiedenes	52

Vor Eintritt in die Tagesordnung

Vorsitzender Rainer Schmeltzer: Meine sehr verehrten Damen und Herren, liebe Kolleginnen, liebe Kollegen, liebe Gäste! Ich begrüße Sie zur 5. Sitzung des Parlamentarischen Begleitgremiums COVID-19-Pandemie. Ich bin ganz ehrlich: Ich freue mich, wieder hier sein zu dürfen und Sitzungen nicht aus dem Krankenhausbett zu beobachten; das war nicht so schön, wenn man nicht mitreden kann.

Ich bedanke mich an dieser Stelle ganz herzlich bei Herrn Preuß, der mich während meiner Abwesenheit hier würdig vertreten hat; er ist jetzt noch nicht da, kommt aber gleich. Ich habe ja die Sitzungen verfolgt, natürlich schon aus Neugierde. Daher herzlichen Dank an Herrn Preuß; ich sage es ihm nachher auch noch mal persönlich.

Ich bedanke mich an dieser Stelle auch ganz herzlich für die Genesungswünsche, die Sie mir übermittelt haben und die ich auch live mitbekommen habe.

Meine Damen und Herren, die Tagesordnung dieser Sitzung haben Sie mit der Einladung 17/1935 am 6. August erhalten. Gibt es weitere Wünsche zur heutigen Tagesordnung? – Das ist nicht der Fall. Dann gehe ich von Ihrem Einverständnis aus.

Die Sitzung wird, wie in der Pandemie gewohnt, per Live-Videostream im Internet übertragen. Zudem gelten für die heutige Sitzung noch die Beschlüsse des Krisenstabs zu einer reduzierten Zahl anwesender Ausschussmitglieder und dass bei Abstimmungen Anwesenheit in Fraktionsstärke unterstellt wird.

Somit treten wir in die heutige Tagesordnung ein.

1 **Medikamentenforschung zu SARS-CoV-2**

– Gespräch mit Sachverständigen (s. *Anlage*)

Vorsitzender Rainer Schmeltzer: Das Parlamentarische Begleitgremium hat im Rahmen seiner Arbeitsplanung das Thema „Medikamentenforschung zu SARS-CoV-2“ priorisiert und möchte sich heute mit dem Sachstand befassen und Fragen mit sachverständigen Gästen erörtern.

Ich freue mich, dass per Video Herr Dr. Rolf Hömke, Forschungssprecher beim Verband Forschender Arzneimittelhersteller e. V., zugeschaltet ist. Er hat mit dem gestrigen Tage ein Papier zugeschickt; das müsste Ihnen allen zugegangen sein. – Herzlich willkommen, Herr Dr. Hömke!

Ebenfalls per Video zugeschaltet ist Herr Professor Dr. Friedemann Weber vom Institut für Virologie, Biomedizinisches Forschungszentrum Seltersberg der Justus-Liebig-Universität Gießen. – Auch Ihnen ein herzliches Willkommen!

Als Dritter im Bunde ist ebenfalls per Video Herr Professor Dr. Ingo Autenrieth zugeschaltet, Vorstandsvorsitzender und Leitender Ärztlicher Direktor des Universitätsklinikums Heidelberg; er ist heute für den Wissenschaftsrat hier.

Vielen Dank, meine Herren, dass Sie dem Gremium heute per Videostream zur Verfügung stehen.

Zunächst erhalten die drei Sachverständigen Gelegenheit, in einem kurzen, etwa fünf Minuten langen Statement – aber wir sitzen hier nicht mit der Stoppuhr – ihre Einschätzung zum Sachstand und zu den Aussichten bzw. ihnen wichtige Punkte zum Thema dem Gremium darzulegen.

Ich bitte zunächst Herrn Dr. Hömke für den Verband Forschender Arzneimittelhersteller um ein Statement. Gestatten Sie mir den Hinweis: Hilfreich dafür ist vielleicht auch das, was Herr Dr. Hömke uns gestern zugeleitet hat. – Herr Dr. Hömke, Sie haben das Wort.

Dr. Rolf Hömke (Verband Forschender Arzneimittelhersteller e. V. [per Video zugeschaltet]): Vielen Dank für die Gelegenheit, heute hier zu reden. Ich gehöre zum Verband der forschenden Pharmaunternehmen. Etliche Unternehmen, die jetzt an COVID-19-Medikamenten arbeiten, sind auch Mitglied bei uns. Ich selber habe aber keine Aktien oder Anteile bei irgendeinem dieser Unternehmen.

Die Krankheit COVID-19 verläuft bei den Menschen sehr unterschiedlich und sehr individuell. Aber wenn man sich einen schweren Verlauf anschaut, kann man ganz grob und vereinfacht drei Abschnitte unterscheiden: Da ist am Anfang die Zeit der Virenvermehrung. Die Viren haben die Atemwege befallen, vermehren sich in den Zellen dort. Die Menschen leiden an Fieber, Gliederschmerzen und allem Möglichen. Um hier einzugreifen, braucht man Medikamente, die diese Virenvermehrung verhindern oder blockieren können.

Dann kommt eine Phase der überschießenden Immunreaktion. Immunreaktion ist grundsätzlich erwünscht. Aber hier überreagiert das Immunsystem, und das schädigt nachhaltig die Lunge und führt zu anderen Organschäden. Da ist die Virenvermehrung gar nicht mehr so wichtig; da kommt es vor allen Dingen darauf an, diese überschießende Immunreaktion herunterzubremsen. Solche Medikamente braucht man. Man braucht dann auch Medikamente, die die Lungenfunktion aufrechterhalten oder die Lungenregeneration fördern können.

Wenn die akute Krankheit überstanden ist, kann sich noch Long COVID anschließen, also lang anhaltende Symptome. Welche Therapie hier gebraucht wird, ist noch intensiv Gegenstand der Forschung; da weiß man noch gar nicht recht, was für Medikamente das sein könnten.

Über den größten Teil der Zeit hinweg gibt es außerdem ein hohes Thromboserisiko. Das ist medikamentös schon am besten erforscht. Man muss dieses Risiko senken, und dafür gibt es etliche Medikamente. Einige davon haben sich durchaus schon bewährt. Die niedermolekularen Heparine werden weithin eingesetzt.

Ein paar wenige Medikamente sind inzwischen für COVID-19 zugelassen: ein antivirales Medikament, das Remdesivir, das man in der Anfangsphase geben kann, ein dämpfender Immunmodulator, der das Immunsystem herunterbremsen kann, das Dexamethason, und die Heparine.

Dann sind mehr als 600 weitere Medikamente weltweit in Entwicklung. Sie werden teils von Unternehmen und teils von Forschungseinrichtungen entwickelt. Viele sind noch im Laborstadium, aber viele werden auch schon mit Patientinnen und Patienten in Kliniken erprobt. Einige sind ganz neu, wirklich speziell gegen diesen Erreger entwickelt. Viele andere waren entweder schon gegen andere Krankheiten zugelassen, oder sie waren auf dem Weg, zugelassen zu werden.

Es sind außergewöhnlich viele Projekte. Ich habe mal zwei Vergleichszahlen eruiert: 334 Projekte habe ich für neue Brustkrebsmedikamente derzeit in der Welt gefunden, 141 für neue Medikamente gegen Diabetes Typ 2. Daran sieht man schon, dass die Branche insgesamt diese Krankheit sehr ernst nimmt und außergewöhnlich viel investiert.

Für vier antivirale Medikamente und für drei dämpfende Immunmodulatoren wurden in diesem Jahr auch schon Zulassungen beantragt, gewöhnliche oder Rolling Reviews. Da könnte also in diesem Jahr noch etwas zugelassen werden.

Auch erwähnenswert ist: Mehrere Unternehmen haben jetzt schon für ihre noch in Entwicklung befindlichen Medikamente Lizenzen an Generikafirmen vergeben, typischerweise in Indien, damit sie diese Medikamente im Fall einer Zulassung auch für ärmere Länder möglichst kostengünstig herstellen können.

Zur Rolle Deutschlands ein paar Worte: Unternehmen in Deutschland sind an mindestens 33 dieser mehr als 600 Medikamente beteiligt. Am letzten Freitag waren es noch 34; über das Wochenende ist uns ein Projekt sozusagen abhandengekommen. Auch das zeigt den Lauf der Dinge: Immer wieder kommen Entwicklungsprojekte an einen Punkt, an dem man erkennt: Nein, das bringt nicht genug; wir müssen das Projekt

einstellen. Aber 33 sind es weiterhin mit Unternehmen aus Deutschland, sechs davon aus Nordrhein-Westfalen. Das sind vor allen Dingen antivirale Medikamente, aber auch eines gegen überschießende Reaktionen.

Die deutschen Kliniken wirken an der Erprobung von ungefähr 25 der Medikamente mit. Das sind im internationalen Vergleich etwas weniger als im europäischen Umland. Wenn man sich Frankreich, UK oder vor allen Dingen Spanien anschaut, sind es jeweils zwischen 50 und 80 oder noch mehr Medikamente, die dort erprobt werden.

Jedes dieser Arzneimittelprojekte dürfte, zumindest wenn es in die letzte Erprobungsphase kommt, mit einigen Hundert Millionen Euro zu Buche schlagen. Grundsätzlich gilt, dass Unternehmen ihre Projekte aus eigenen Mitteln bestreiten müssen, oder sie müssen Geld von Aktionären, von Großinvestoren oder auch von Banken erhalten. Weil aber in der Pandemie große Eile geboten ist, haben verschiedene öffentliche Einrichtungen Fördermittel beigesteuert. Dazu zählen Mittel der EU in verschiedenen Programmen, Mittel der Bundesregierung, konkret BMBF oder BMBF plus BMG, aber auch mehrerer Bundesländer. Mir ist bekannt, dass Bayern und Niedersachsen über ihre Fördereinrichtungen konkrete einzelne Projekte gefördert haben.

Einige Medikamente sind also schon da. Damit erreicht man etwas, aber natürlich noch lange nicht das, was man schaffen möchte. Einige weitere Medikamente könnten in diesem Jahr noch dazukommen, und rund 600 weitere sind weltweit noch in Entwicklung. Dann dürfte COVID-19 Zug um Zug immer besser behandelbar werden. Aber – das hat man auch gesehen – einen Erfolg im Handstreich gibt es nicht.

Vorsitzender Rainer Schmeltzer: Herzlichen Dank, Herr Dr. Hömke. – Wir haben vereinbart, dass wir zuerst die drei Statements komplett hören und dann in die Diskussion einsteigen. Daher bitte ich Herrn Professor Weber jetzt um sein Statement.

Prof. Dr. Friedemann Weber (Justus-Liebig-Universität Gießen, Institut für Virologie, Biomedizinisches Forschungszentrum Seltersberg [per Video zugeschaltet]): Recht herzlichen Dank für die Einladung. Ich bin sehr gespannt, wie sich das heute entwickeln wird. Es ist mein erstes Mal, was das angeht.

Ich möchte betonen, dass ich Naturwissenschaftler bin und in der Grundlagenforschung als Molekularvirologe tätig bin; wir haben aber auch immunologische Projekte etc. Ich bin weniger klinisch involviert; ich bin in einem großen Impfprojekt dabei, mit dem wir in eine Phase-I-Studie gehen. Im Übrigen haben wir einige Projekte zu Impfstoffen oder antiviralen Substanzen.

Herr Hömke hat die verschiedenen Phasen der Infektion schon sehr schön beschrieben und aufgezeigt, dass man verschiedene therapeutische Ansätze fahren muss, je nachdem, in welcher Phase sich jemand befindet.

Wir konzentrieren uns auf die erste Phase, in der antivirale Agenzien noch etwas ausrichten können. Da muss man aber vorausschicken, dass das recht schwierig ist. Denn am besten wirken sie, wenn man noch gar keine Symptome hat, wenn das Virus im Anstieg ist. Es hat sich gerade wieder zum Beispiel für Interferon bewahrheitet, an dem

wir auch viel forschen, dass das zumindest im Tiermodell nur prophylaktisch etwas bewirkt oder bevor die symptomatische Phase eintritt.

Trotzdem arbeiten wir an Antivirals, weil wir auch die Viren im Labor haben. Es ist relativ einfach, im Labor nach antiviralen Substanzen zu suchen und welche zu finden. Wir haben ziemlich viele davon, die recht gut das Virus hemmen. Aber die Herausforderung ist, jene zu finden, die nicht gleichzeitig auf irgendeine Weise giftig sind und auch in vivo wirken. Der Zeitpunkt ist also schwierig, und wichtig ist, dass es nicht toxisch ist.

Dass es einfach ist, im Labor etwas zu finden, hat sich auch schon für Substanzen gezeigt, die am Anfang etwas bejubelt wurden, wie zum Beispiel das Hydroxychloroquin, ein Malariamittel, oder das Ivermectin, das eigentlich ein Antiwurmmittel ist. Sie haben zum Teil immer noch Fans, aber klinische Studien haben da eigentlich gar nichts ergeben. Das war ein großer Hype; natürlich geht das immer mit Kollateralschäden, wenn man so will, einher, weil Menschen das dann direkt einnehmen.

Es gibt übrigens vom „British Medical Journal“ ein sehr gutes Online-Tool, das immer aktualisiert wird. Da kann man gut ablesen, welche Stoffe solche klinischen Tests oder klinischen Studien wirklich bestanden haben, welche Substanzen oder Behandlungen miteinander verglichen wurden und wie gut sie abschneiden. Ich kann Ihnen gerne den Link dazu schicken, wenn Interesse besteht. Für mich ist das zumindest sehr nützlich, um zu schauen, wie der aktuelle Stand ist.

Wo forschen wir selbst in dieser Richtung? Ich bin in einem großen EU-Projekt dabei, das wir MAD-CoV 2 genannt haben. Da geht es um eine neue Art, nach antiviralen Substanzen zu suchen. Wir schauen nämlich: Was braucht das Virus in der Wirtszelle? Das Virus ist ja ohne die Zelle ein Nichts; es ist nur ein Haufen Moleküle. Erst wenn es in eine Zelle gekommen ist, wird es biologisch aktiv und verwendet dafür alle möglichen Ressourcen aus der Wirtszelle. Das heißt, es ist sehr stark abhängig von zellulären Funktionen. Sie zu finden, daran forscht man natürlich auf der gesamten Welt. Es ist relativ einfach, zum Beispiel verschiedene Gene der Wirtszelle auszuschalten und zu schauen, welche davon das Virus benötigt.

Dabei stellt sich das Problem: Wenn man da interveniert, also einen Wirkstoff findet, der dieses Gen irgendwie stört, stört man gleichzeitig die Wirtszelle. Deswegen haben wir uns zusammengetan mit einem bekannten Stammzellforscher, Josef Penninger, der eine genomweite Mutationsmethode hat, mit der er einzelne Aminosäuren von Wirtszellen mutieren kann. Wir screenen dann das Virus darauf, ob es genau diese einzelne Stelle in der Wirtszelle braucht, die höchstwahrscheinlich für sonstige Funktionen nicht nötig ist.

Um es kurz zu machen: Wir suchen eine Achillesferse, die, wenn man an ihr zupft, möglichst wenig der Wirtszelle schadet. Daran arbeiten wir momentan.

Vorsitzender Rainer Schmeltzer: Herzlichen Dank, Herr Professor Weber. Wenn Sie uns einen Link übermitteln möchten, schicken Sie ihn bitte an die bekannte E-Mail-Adresse von Frau Hielscher. Dafür wären wir Ihnen sehr dankbar.

Prof. Dr. Friedemann Weber (Justus-Liebig-Universität Gießen, Institut für Virologie, Biomedizinisches Forschungszentrum Seltersberg [per Video zugeschaltet]): Das mache ich direkt.

Prof. Dr. Ingo B. Autenrieth (Wissenschaftsrat [per Video zugeschaltet]): Guten Tag zusammen! Ich bin von Beruf Arzt und auch Facharzt für Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie. Ich habe im Rahmen des Medizinausschusses des Wissenschaftsrats vorletztes Jahr als Vorsitzender des Prozesses die universitätsmedizinischen Standorte in NRW begutachtet und war auch zehn Jahre im Deutschen Zentrum für Infektionsforschung im Vorstand bzw. als Standortsprecher tätig. Ich möchte einige Aspekte der Struktur- oder Systemsicht auf die Medikamentenentwicklung und die Rolle der Universitätsmedizin aufzeigen.

Medikamentenentwicklung und -forschung ist eine sehr komplexe Prozesskette, die hoch multidisziplinär und multiinstitutionell und insbesondere – ich glaube, das sind zwei wichtige Faktoren – als Netzwerk und sehr langfristig geplant und durchgeführt werden muss, weil Medikamentenentwicklung hoch risikoreich ist – das liegt in der Natur der Sache, auch bei der Impfstoffentwicklung – und langfristig angelegt sein muss, um erfolgreich zu sein.

Der Wissenschaftsrat hat schon zur Rolle der Universitätsmedizin im Wissenschaftssystem im Rahmen der COVID-Pandemie Stellung genommen; ich nehme an, die Links liegen Ihnen vor.

Bei der Medikamentenforschung ist ein zentraler Aspekt, den wir auch hervorgehoben haben, dass Netzwerke aus universitären und außeruniversitären Forschungseinrichtungen mit der Wirtschaft, mit der Industrie aufgebaut werden müssen. Das geschieht in Deutschland zum Teil, in unterschiedlichen Regionen. Für die Translation und auch für die Agilität dieser Prozesse ist es wichtig, die Akademiemedizin und die Industrie eng zu vernetzen, denn wir erleben immer wieder, dass rechtliche Fragen, Zulassungsfragen, regulatorische Fragen enorme Herausforderungen und Problemstellungen darstellen, jenseits dessen, dass es schon wissenschaftlich schwierig ist.

In diese Anstrengung muss auch der Gesetzgeber eingebunden sein, damit wir, wenn es Intellectual Property und Organisationsformen angeht, besser akteursfähig werden. Akteursfähig werden heißt auch, reaktionsfähiger zu werden als bisher, sodass man schneller und besser als Netzwerk und gemeinsam gut abgestimmt agiert.

Dabei sind sicherlich die Universitätsklinika in einer ganz zentralen Position. Sie sind grundsätzlich ausgezeichnet aufgestellt, auch in NRW, an der Schnittstelle zwischen Wissenschaft und Gesundheitssystem. Dazu gibt es auch ein aktuelles Gutachten des Wissenschaftsrats. Es fehlen aber insbesondere die hochkomplexe, kritische Masse, die nur durch Netzwerkstrukturen möglich ist, und die dafür notwendige Infrastruktur.

Die Projekte in der Universitätsmedizin, im Wissenschaftsbetrieb basieren auf Projektmitteln. Wir brauchen aber gerade bei der Medikamentenforschung langfristig infrastrukturelle und dauerhaft institutionelle Förderung. Das ist eine Aufgabe des Staates. In der Infektionsforschung ist gerade in den letzten 20 Jahren immer wieder beklagt worden, dass sich bis vor ein paar Jahren die Pharmaindustrie aus der Entwicklung

von Antiinfektiva und Vakzinen im Vergleich zu anderen Tranchen eher zurückgezogen hat. Es gab immer wieder Aufrufe aus der Medizin, aus der Wissenschaft, das zu ändern und eine Rolle des Staates für diese Infrastrukturförderung in der Akademie zu sehen.

Auch klar ist, dass die Strukturen, die dafür notwendig sind, sehr langfristig und sehr komplex sind und die Planungshorizonte von Legislaturperioden weit überschreiten. Denn da reden wir nicht über drei, fünf oder sechs Jahre, sondern über eine Dekadenplanung, damit wir die Infrastruktur und auch das Know-how gut positionieren, vorhalten und weiterentwickeln.

Neben vielen anderen Forschungsbereichen bestehen in der Medikamentenforschung und -entwicklung bei bestimmten Segmenten, die vielleicht bis auf eine Pandemie keinen Massenmarkt bedienen – wir haben das bei den multiresistenten Erregern und der Antibiotikaentwicklung erlebt –, oft Forschungslücken, deren Schließung von staatlicher Seite an Universitäten, an Uniklinika stärker und langfristig und institutionell unbedingt gefördert werden muss.

Wir sehen auch, dass wir in Deutschland in der Medikamentenentwicklung ein wenig hinter anderen Ländern stehen, weil wir keine geeigneten Technologieplattformen für Zielmolekülientwicklung und für die Wirkstoffentwicklung aufgebaut haben. Es gibt beispielsweise eine EU-Plattform, die European Lead Factory, die auch beim Deutschen Zentrum für Infektionsforschung eine Rolle als Partner gespielt hat. Es gibt diese Facilities, also Infrastrukturplattformen für Screening, wo man Millionen von Substanzen testet, oder in der Medizinchemie, wo man Substanzen weiterentwickelt, oft außerhalb von Deutschland, in den Niederlanden, in Spanien, in England, aber eben nicht bei uns. Da gibt es einen echten Nachholbedarf.

Der zweite Bereich, bei dem es einen Nachholbedarf gibt, ist der Ausbau der sogenannten Early-Clinical-Trial-Plattformen an Universitätsklinika. Das sind Bettenbereiche, wo wir First-in-Patient-Studien mit neuen Medikamenten durchführen können, was ein sehr komplexer Prozess ist. Auch dazu gibt es vom BMBF, vom Wissenschaftsrat und von der DFG ein Papier, woraus sich ergibt, dass hier die deutschen Uniklinika im weltweiten Vergleich nicht gut aufgestellt sind, weil diese Plattformen, diese Bettenbereiche teuer sind und hohe Vorhaltungskosten haben. Es ist eine staatliche Aufgabe, das besser zu fördern.

Summa summarum: Wir haben ein Riesenpotenzial in Deutschland, aber durch langfristige Infrastrukturförderung und bessere Vernetzung brauchen wir im Rahmen der Wirkstoffentwicklung und im Rahmen der Early Clinical Trial Units eine bessere Aufstellung, damit wir dort noch leistungsfähiger sind und unsere Potenziale besser entwickeln können.

Vorsitzender Rainer Schmeltzer: Herzlichen Dank, Herr Professor Autenrieth, auch für die aus meiner Sicht mahnenden Worte, die Sie zum Schluss gefunden haben.

Jetzt können wir direkt in die Diskussion einsteigen. Es wird sicherlich einige Fragen aus den Reihen der Ausschussmitglieder geben. Als Erstem möchte ich Herrn Schmitz das Wort erteilen.

Marco Schmitz (CDU): Herr Vorsitzender, liebe Kolleginnen und Kollegen! An die Herren Sachverständigen: Vielen Dank, dass Sie uns heute Morgen zur Verfügung stehen und uns mit Ihrem Input unterstützen. Es war teilweise sehr fachlich. Es gibt zwar Mediziner unter uns, aber keine Ärzte oder Ärztinnen. Deswegen habe ich zwei, drei Rückfragen.

Herr Dr. Hömke, Sie haben gesagt, dass andere Länder in diesem Bereich schneller sind als die EU. Es gibt ja auch in der Forschung andere, die schneller sind. Warum sind sie schneller? Sind die Zulassungsverfahren schneller, oder sind sie nicht so genau?

Wann rechnen Sie damit, dass in Europa bzw. in Deutschland die erste Zulassung eines der verschiedenen Medikamententypen erfolgt? Haben Sie Bedenken, wenn Sie sehen, wie bei den Zulassungen in den anderen Ländern verfahren wird? Es gab bei den Impfstoffen in einigen Ländern Schnellzulassungen. Unterstützen Sie das europäische Modell? Oder sagen Sie, manchmal müsste das etwas schneller durchgedrückt werden, auch auf die Gefahr hin, dass dann vielleicht die Wissenschaft etwas zu kurz kommt?

Ich habe auch Fragen an Professor Autenrieth. Ich fand es sehr spannend, wie Sie die Probleme mit der Regulatorik dargestellt haben. Sie haben auch angedeutet, wo wir da helfen können. Ich würde gerne erfahren, wie die Universitätskliniken unterstützen können, weil das etwas ist, worauf wir als Land direkt Einfluss haben; bei den Universitätskliniken können wir ansetzen.

Das Zweite ist die technologische Plattform für Molekularbiologie. Sie haben gesagt, das gebe es in den Niederlanden und in anderen Ländern, aber bei uns nicht. Könnten Sie einmal nicht ganz so fachlich darstellen – da konnte ich nicht mehr ganz folgen; ich denke, dass es dem einen oder anderen Kollegen genauso gegangen ist –, was da eigentlich gemacht werden soll und wie wir Sie da unterstützen können? Sie haben ja die Empfehlung der Fachwelt angesprochen, dass wir als Land oder die Bundesrepublik da initiativ werden.

Vorsitzender Rainer Schmeltzer: Wir sammeln jetzt einmal eine Runde an Fragen, damit Sie sie gleich komplett beantworten können. – Als Nächste hat sich Kollegin Lück gemeldet.

Angela Lück (SPD): Liebe Kolleginnen und Kollegen! An unsere Experten geht ein ganz herzliches Dankeschön von der SPD-Fraktion, dass Sie sich heute Zeit genommen haben, dieses für uns wichtige Thema mit uns zu erörtern. Ich schließe mich gleich den Fragen von Herrn Schmitz an.

Herr Professor Autenrieth, Sie haben davon gesprochen, dass bei uns im Lande eine geeignete Forschungsplattform fehle. Wie sieht das in anderen Ländern aus?

Was muss ich mir als forschender Laie darunter vorstellen, dass die Unis sich vernetzt haben und auch Forschungsergebnisse austauschen? Kann man das vielleicht noch besser aufstellen, um es auch struktureller voranzubringen? Das ist für uns noch nicht ganz klar geworden; das nehme ich so wahr.

Herr Dr. Hömke, Sie haben von den verschiedenen Phasen gesprochen, in denen Medikamente notwendig sind. Wird in der Forschung zurzeit eher der Fokus darauf gelegt, neue Medikamente zu erforschen, oder zu schauen, wie bereits zugelassene Medikamente wirken? Werden auch Wechselwirkungen mit anderen Medikamenten angesprochen? Gibt es da schon Informationen? Wird auch dahin gehend schon geforscht?

Herr Professor Weber, Sie haben gesagt, Sie suchen noch die Achillesferse. Gibt es schon eine Vermutung, wo sie sein könnte? Hat sich im Laufe der Monate, in denen Sie sich alle intensiv mit dem Thema COVID-19 beschäftigen, schon etwas herauskristallisiert? Wo könnte das sein? Worauf sollte man den Schwerpunkt in der Forschung legen?

Dr. Martin Vincentz (AfD): Auch ich darf mich zuerst einmal für die Ausführungen bedanken, insbesondere dahin gehend – die Kollegen dürften sich daran erinnern –, dass ich vor einiger Zeit einen Antrag zu dem Thema geschrieben habe, dass ein Staatsversagen in der Erforschung der Antinfektiva besteht und staatlicherseits, in diesem Fall seitens des Landes NRW, immerhin mit einer Einwohnerzahl, die so groß ist wie kleinere Länder in der Europäischen Union, genau solche Forschungs-Hubs besser an Universitätskliniken auskömmlich finanziert werden. Vielleicht ist gerade die Anhörung heute dafür geeignet, dem noch mal einen gewissen Schub zu geben.

Ich habe einige Rückfragen, zum einen an Herrn Dr. Hömke. Wie viele Medikamente befinden sich aktuell auf der Zulassungszielgeraden? Bei wie vielen Medikamenten können wir also in näherer Zeit mit der Zulassung rechnen?

Inwieweit konnten die bestehenden therapeutischen Methoden – einige haben Sie vorgestellt – den harten Endpunkt Tod, im Prinzip die Infection Mortality Rate bisher schon beeinflussen? Inwieweit profitieren Patienten von den medikamentösen Therapien, die aktuell bestehen, insofern, als sie diese Erkrankung tatsächlich überleben?

Wenn eine Erkrankung in der Öffentlichkeit steht, lassen sich glücklicherweise oftmals Forschungsgelder mobilisieren, und man profitiert davon im besten Fall nicht nur bei dieser Erkrankung; das hat man in der Vergangenheit mehrfach gesehen. Inwieweit könnte von den Medikamenten, die aktuell in der Entwicklung sind, auch die Behandlung anderer viraler Erkrankungen profitieren? Eine antiretrovirale Therapie benötigt man ja bei einigen Erkrankungen.

Meine letzte Frage geht an Herrn Professor Weber. Ich weiß nicht, inwieweit es Ihr Forschungsgebiet tangiert, aber es ist in der Vergangenheit viel darüber zu lesen gewesen. Inwieweit gibt es bisher aussichtsreiche Biomarker, die einen schweren Verlauf antizipieren lassen?

Mehrdad Mostofizadeh (GRÜNE): Vielen Dank auch von der Grünen-Fraktion, sehr geehrte Herren, für Ihre Vorträge und für Ihre Bereitschaft, heute uns zugeschaltet zu sein.

Herr Dr. Hömke, es ist von den Plattformen gesprochen worden. Das Ganze muss ja finanziert werden. Es wurde davon gesprochen, dass der Staat möglicherweise einspringen soll, wenn sich die Wirtschaft zurückzieht. Dann muss man sich darüber

unterhalten, wer wie Gelder einbringt. Dass der Staat Zuschüsse leistet, ist immer einfach zu fordern. Die Frage ist auch, wer möglicherweise von den Erfolgen profitiert. Vielleicht können Sie dazu eine Einschätzung geben.

Der zweite Punkt ist eben auch schon angeklungen. Der Fokus liegt aktuell möglicherweise sehr auf der Forschung bei COVID. Aber es gibt noch viele andere Krankheiten. Der Einsatz von Antibiotika ist angesprochen worden. Welche Entwicklungen gibt es da? Herr Professor Autenrieth, Herr Hömke und Herr Weber, können Sie etwas dazu sagen, ob das ein ganz besonderer Einschnitt ist oder ob es eine übliche Phase ist und es mal Ausschläge nach oben und nach unten gibt?

Der letzte Punkt, den ich ansprechen möchte, ist die Zeitperspektive: Wie schnell kann ein Medikament zugelassen werden? Herr Hömke und Herr Professor Weber erwähnten, dass man auch sagen muss, wenn es keinen Sinn macht, etwas weiter zu erforschen. Vielleicht können Sie uns ein bisschen auf die Sprünge helfen, worüber wir da reden.

Als übergreifende Frage an die drei Sachverständigen: Welche Rolle spielt der Staat? Ich weiß von meinem Kollegen aus dem Bundestag, dass er sich massiv darüber aufregt, dass Frau Karliczek angeblich erst im letzten Dezember auf die Idee gekommen ist, hier größere Gelder für die Forschung bereitzustellen. Bin ich da auf dem Holzweg? Oder ist da die ganze Zeit etwas gemacht worden? Ich kann mich zumindest erinnern, dass wir im letzten Sommer den Eindruck hatten: In Nordrhein-Westfalen wird eine ganze Menge untersucht; viele Projekte werden auf den Weg gebracht – die Lollitests und viele andere Dinge. Aber nächste Woche beginnt die Schule wieder, und wir wissen immer noch so wenig über die Verbreitung des Virus. Diesen Eindruck hat man zumindest. Bekommen wir das alles nur nicht mit, oder wird das nicht vernünftig zusammengeführt?

Susanne Schneider (FDP): Auch im Namen der FDP-Landtagsfraktion ganz herzlichen Dank an die Sachverständigen für ihre Statements und Erläuterungen. Ich hatte hier einen Riesenzettel mit Fragen, die ich stellen wollte. Sie haben ganz viele davon schon abgearbeitet. Zwei, drei bleiben noch, und zwar an Dr. Hömke und an Professor Weber.

Wir haben gehört, dass die deutschen Unternehmen schwerpunktmäßig im Bereich der Virostatika forschen. Wie sieht es im Long-COVID-Bereich aus? Gibt es da Forschungen? Gibt es da Bestrebungen? Oder wartet man eher noch ab?

Wie beurteilen Sie das Verhältnis zwischen Medikamentenforschung und Impfstoffforschung, speziell hier bei uns in Deutschland?

Last, but not least an Herrn Dr. Hömke: Wir haben jetzt gehört, was man tun könnte und wo es noch hapert. In diesem Bereich spielt die Musik aber doch zum größten Teil in der Bundespolitik. Was würden Sie sich da konkret wünschen? Das sind oft Unterstützungen vielerlei Art. Am Anfang, als der Impfstoff knapp war, hätte ich mir gewünscht, dass die Dialoge zwischen der Bundesregierung und der Pharmaindustrie ein bisschen besser gelaufen wären. Gibt es Bereiche, bei denen Sie sagen, da

brauchen wir die Bundespolitik? Oder kann bei anderen Aspekten auch die Landespolitik helfen?

Vorsitzender Rainer Schmeltzer: Das war eine Fülle von Fragen, die an Sie drei gestellt wurden. Ich möchte Sie bitten, Herr Dr. Hömke, dass Sie mit der Beantwortung beginnen. Dann gehen wir reihum.

Wenn aus der Diskussion heraus der Bedarf zu einem Wortbeitrag bei Ihnen vorhanden sein sollte, melden Sie sich kurz; dann können Sie jederzeit einsteigen. Ich gehe aber davon aus, dass wir gleich noch eine zweite Fragerunde haben werden.

Dr. Rolf Hömke (Verband Forschender Arzneimittelhersteller e. V. [per Video zugeschaltet]): Zunächst ein kurzes Statement von mir zu der Aussage, dass es in Deutschland wenig Forschung zu Antibiotika, Antiinfektiva und Impfstoffen gebe, auch wenig Industrie hierzu. Für Antibiotika kann ich das leider sowohl für Deutschland als auch für die Industrie bestätigen; das ist wirklich ein großes Defizitgebiet.

Antivirale Medikamente haben die Industrie eigentlich durchgehend interessiert, nicht nur HIV, sondern auch Hepatitis C, Hepatitis B, Herpes, Gürtelrose usw. Aber da ist Deutschland kein traditionell starkes Land. Wir sind eigentlich erst in den letzten Jahren dahin gekommen; ein Virusspezialist in NRW ist die Firma AiCuris, sozusagen ein markanter Leuchtturm.

Impfstoffe: In der Tat war das in den frühen 2000er-Jahren ein Katzenjammer. Aber dann kam sehr viel Energie da hinein, auch durch die SARS-Epidemie Anfang 2002, als man den Schock bekommen hat, dass man komplett versagt hätte, hätte man SARS nur mit einem Impfstoff bekämpfen können. Man hat damals ungefähr 25 Projekte begonnen, aber die hätten Jahre gebraucht und keine Pandemie einholen können. Aber dann gab es wieder ein starkes Engagement, in den letzten Jahren auch wieder in Deutschland.

Sie haben auch zur Schnelligkeit Fragen gestellt. Die Schnelligkeit von Projekten hängt von sehr vielen Dingen ab, zum einen davon, um welche Art von Medikament es sich handelt. Antivirale Antikörper lassen sich erstaunlich schnell entwickeln, während grundständig antivirale Medikamente, die intrazellulär eingreifen, schon eine ganze Nummer schwieriger sind. Immunmodulatoren ab initio zu entwickeln, braucht sicherlich auch wesentlich länger. Wenn man gar nicht recht weiß, wo man ansetzen muss, dauert es noch länger.

Dann hängt es natürlich davon ab, wie intensiv die Firmen das angehen, auf welche Ressourcen sie zugreifen können, welche Vorerfahrung sie haben. Wenn sie „repurposen“, also ein Projekt umwidmen, hängt es davon ab, wie weit es schon gediehen war, als man es umgewidmet hat. Wenn man schon weiß, dass das Medikament gut vertragen wird, auch wenn man es bisher gegen eine ganz andere Krankheit eingesetzt hat, hat man schon ziemlich viel geschafft und kann direkt in die Patientenerprobung gehen.

Natürlich spielt die Genehmigungszeit eine wichtige Rolle, zum Beispiel nach den Tierversuchen in die erste Erprobung mit Menschen zu gehen. Da hat sich das Paul-Ehr-

lich-Institut hier in Deutschland absolut vorbildlich gezeigt; sie haben COVID-19-Projekte priorisiert und sich vorab Teile der Unterlagen geben lassen, um sie schon auszuwerten, damit sie, wenn die Endlieferung kommt, vielleicht nur noch wenige Tage brauchen. So war es bei den Impfstoffen. Das ist wirklich sehr gut gelaufen.

Zur Finanzierung: Klinische Studien sind teuer und umso teurer, je weiter man kommt. Da sind natürlich Firmen im Vorteil, die eine größere Kasse haben, weil sie Geld aus einem großen Sortiment beziehen. Eine Firma Roche oder eine Firma Pfizer hat da mehr Mittel, die sie direkt einsetzen kann, als irgendein Start-up, das noch überhaupt kein Produkt auf dem Markt hat und alle Mittel, die es verbrauchen will, erst mal an Land ziehen muss.

Die Studiengröße ist ein wesentlicher Faktor. Je mehr Leute ich in eine Studie einbeziehen kann, desto schneller komme ich womöglich zu klaren Ergebnissen. Außerdem ist wesentlich, wie viele Patienten es gibt. Das hängt mit der Inzidenz zusammen. Wer im Frühjahr 2020 ein Projekt geplant hat und wirklich schnell vorangekommen ist und vorhatte, dieses Medikament in Deutschland, Österreich und vielleicht noch in Frankreich zu erproben – erst mal mit Gesunden; das ist noch nicht das Problem, aber wenn es um Patienten geht –, hatte im letzten Sommer natürlich Ebbe. Da gab es kaum Patienten. Die gleiche Studie, aber im Winter gemacht, wäre in diesen Ländern sehr gut möglich gewesen und schnell vorangekommen, weil es viele Patienten gab. Deswegen spielt es eine wesentliche Rolle, welche Länder, welche Kliniken da einbezogen sind.

So gibt es viele Faktoren, am Schluss auch: Wie lange dauert das Zulassungsverfahren? Aber die EMA hat gezeigt, dass sie enorm schnell sein kann. Auch die EU, die anschließend die formale Genehmigung geben muss, hat gezeigt, dass sie schnell ist.

Die einfache Formel „Pumpe hier Geld oder eine andere Unterstützung hinein, dann geht es schnell“ stimmt nicht. So einfach ist es nicht; es gibt viele Aspekte.

Wie schnell können Medikamente kommen? Vier antivirale Medikamente sind jetzt im Zulassungsverfahren, entweder schon mit kompletten Unterlagen oder mit teilweise eingereichten Unterlagen. Das sind antivirale Antikörper. Es sind drei dämpfende Immunmodulatoren im Zulassungsverfahren. Die EMA als Zulassungsbehörde hat sich etwas salomonisch geäußert und gesagt, bei einigen glauben sie, dass sie sie dieses Jahr noch durchbekommen. Ob es alle sind, weiß man nicht.

Wenn wir sie hätten, hätten wir jedenfalls die Möglichkeit, im Frühstadium es bei mehr Patienten abzubiegen, sodass sie gar nicht in diese schweren Stadien kommen, und wir hätten im schweren Stadium die Möglichkeit, bei einigen weiteren dafür zu sorgen, dass es nicht lebensbedrohlich wird. Ich wurde gebeten, das zu quantifizieren. Ich fürchte, das kann ich nicht. Dexamethason ist zugelassen; allein das hat schon Todesraten verringert. Man erwartet, dass dies mit mehreren anderen Medikamenten auch graduell weiter möglich ist. Natürlich kommt, wer im Frühstadium geheilt werden kann, gar nicht erst in das bedrohliche Stadium.

Sie haben gefragt, ob wir Bedenken haben, was die Geschwindigkeit bei der Zulassung angeht. Man muss sagen: Es wird nichts ausgelassen. Das Verfahren wird bei diesen Projekten organisatorisch beschleunigt. Es wird aber nichts aus dem langen

Erprobungsprogramm ausgelassen; das ist ja abgestuft. Es werden keine Tierversuche übersprungen; es werden keine Labortests übersprungen. Es wird eine ordentliche Phase I mit Gesunden gemacht, wenn sie erforderlich ist. Man erfasst auch alle Vorgänge bei den Patienten. Organisatorisch wurde das enorm beschleunigt und gegenüber anderen Verfahren priorisiert. Aber die Standards sind nicht niedriger.

Gibt es eher neue oder „Repurposing“-Medikamente? Das ist unterschiedlich. Bei den Antiviralen sehe ich viele Neuentwicklungen: antivirale Antikörper, aber auch zum Teil antivirale chemisch-synthetische Medikamente, die in den Zellen wirken.

Bei den Immunmodulatoren wird im Wesentlichen das ganz große Arsenal von vorhandenen Immunmodulatoren durchprobiert, die man in den letzten 15, 20 Jahren gegen alle möglichen Autoimmunkrankheiten entwickelt hat, also multiple Sklerose, rheumatoide Arthritis, Schuppenflechte usw.

Werden auch Wechselwirkungen geprüft? Ja, insbesondere in der Phase III werden sehr viele Patienten angeschaut, die alle einen unterschiedlichen medizinischen Hintergrund haben, die Diabetes und eine entsprechende Medikation haben: Blutdrucksenkung, Asthma, sonst irgendetwas. Das wird dabei mit erfasst.

Zu Projekten bei antiviralen Krankheiten: Ja, das ist eindeutig. So, wie man versucht, etliche auch antivirale Medikamente gegen andere Viruskrankheiten auf COVID-19 umzufunktionieren, kann man umgekehrt versuchen, das, was jetzt an konkreten Wirkstoffen erarbeitet wird, auf andere Krankheiten umzufunktionieren.

Wir sehen auch sehr viele neue Techniken, Labortechniken oder Simulationen im Computer, die man vorschaltet, bevor man tatsächlich die Chemiker ranlässt, um auf neue Wirkstoffe zu kommen. Wenn sich das bewährt, wird man mit diesen Techniken ganz viel weitere Pharmaforschung machen. Da sind sowohl die Forschungseinrichtungen als auch die Unternehmen aktiv.

Gelder des Staates: Ja, es gibt Fördergeld. Ich habe vorhin versucht klarzumachen: All das Geld, das da gegeben wird, reicht nicht, um komplette Projekte zu finanzieren; das soll es auch nicht. Es ist zumindest bei Unternehmen auch nicht die Denke, dass der Staat ihnen alles bezahlt, sondern es soll eine Sache der Privatwirtschaft und der Investoren sein.

Aber Förderung kann helfen, dass Projekte schneller laufen, und sie kann vor allen Dingen auch helfen – das haben wir bei den Impfstoffen gesehen –, dass wir schneller Großfabriken bekommen. Denn dass man irgendetwas im Mikrogrammmaßstab oder im Milligrammmaßstab für eine klinische Studie herstellen kann, das ist schön. Aber damit hat man im Erfolgsfall noch überhaupt keine Versorgung. Wenn da Gelder reingehen, ist das sicherlich gut angelegtes Geld, dass man auch tatsächlich etwas von der Forschung hat.

Auf Long COVID bezog sich noch eine Frage. Bei den anderen Abschnitten kenne ich jeweils sehr viele Projekte; das ist einigermaßen ausgeglichen: Es wurden 244 antivirale Medikamente gezählt, die in Entwicklung sind, und 368 für die Immunmodulation, für die Lungenfunktion, antithrombotisch usw. Bei Long COVID gibt es noch ganz wenig. Das hat aber nichts damit zu tun, dass es die Industrie nicht interessiert.

Industrielle Pharmaforschung kann eigentlich immer erst dann funktionieren, wenn man weiß, wo genau – das heißt in diesem Fall: molekülgenau – man in ein Krankheitsgeschehen eingreifen kann. Ich weiß, dass es ein paar medizintechnische Sachen gibt, die probiert werden; es gibt auch etliches, was in Kliniken unternommen wird. Wenn sich daraus Konkretisierungen ergeben, wird man auch sehen, dass die Firmen da einsteigen, wenn sie eine Expertise haben, die in diesem Gebiet liegt.

Impfstoffe in Deutschland: Wir waren lange Zeit ein gutes Impfstoffversorgungsland. Hier wurden Grippeimpfstoffe, Diphtherie-Impfstoffe und einige andere Impfstoffe hergestellt. Aber mit neuen Impfstoffen ist Deutschland ziemlich lange nicht aufgefallen. Es gibt jetzt wieder etliche Firmen, die auf diesem Gebiet aktiv sind. Die eine in Mainz kennen wir alle; die in Tübingen kennen wir auch. Aber wenn man die Landkarte durchschaut, sieht man, dass es in Deutschland noch ganz viele weitere gibt, die auf diesem Gebiet tätig sind. Es gibt die Firma IDT Biologika in Dessau-Roßlau; es gibt die Firma baseclick usw. Es gibt auch etliche Initiativen, die zusammen mit Forschungseinrichtungen wie dem Deutschen Zentrum für Infektionsforschung oder mit Max-Planck-Zentren durchgeführt werden. Da gibt es also enorm viel. Deutschland entwickelt sich wieder zu einem Hotspot für Impfstoffentwicklung.

Um einen Punkt noch richtigzustellen: Speziell in NRW gibt es einen Fokus auf antiviral. Wenn wir ganz Deutschland betrachten, was die Projekte betrifft, haben wir auch etliche, die die Immunmodulation oder auch die Lungenfunktion, von der jetzt noch nicht so sehr die Rede war, betreffen. Es ist sehr anspruchsvoll, die Lungenfunktion aufrechtzuerhalten; da gibt es einige Projekte aus Deutschland.

Wünsche an die Politik: Unser Wunsch geht in die Richtung klinischer Studien in Deutschland. Deutschland hat viele enorm starke, renommierte Kliniken. Sie haben in der Branche den Ruf, dass man, wenn eine Klinik oder Arztpraxen aus Deutschland dabei sind, sich auf die Daten verlassen kann. Sie sind lückenlos, sie sind gut geprüft; da hat keiner Fehleinträge gemacht. Das ist alles super. Aber meistens braucht man ziemlich lange, bis man überhaupt erst mal beieinander ist, bis alle Verträge gemacht sind und es losgehen kann. Außerdem schließt man die Verträge wirklich Klinik für Klinik. Insofern ist das Wort von den Netzwerken, das vorhin gefallen ist, ein Hinweis. Wenn sich Kliniken zusammentäten und gemeinsam als Gegenüber der Unternehmen agieren, dass man eine Studie miteinander macht und dazu einen Vertrag schließt, könnte das enorm helfen.

Wenn die Politik es befördern könnte, dass es in Deutschland leichter wird, schneller zueinanderzukommen, damit man Studien starten kann, und auch mehr in Verbänden zu agieren, könnte das enorm helfen. Das hilft allen Firmen und Forschungseinrichtungen, die Dinge erproben müssen, nicht nur für COVID-19.

Prof. Dr. Friedemann Weber (Justus-Liebig-Universität Gießen, Institut für Virologie, Biomedizinisches Forschungszentrum Seltersberg [per Video zugeschaltet]): Ich möchte mit der Frage von Frau Lück anfangen. Sie hat generell etwas über neue und bereits zugelassene Medikamente wissen wollen. Das hat aber Herr Hömke schon ziemlich gut beantwortet. Ich wollte nur noch hinzufügen, dass es gerade bei den

bereits zugelassenen schon eine intensive Beforschung gibt, weil man da schon die Nebenwirkungen kennt; da ist schon alles Mögliche klinisch gelaufen.

Sie hatten nach den Wechselwirkungen mit anderen Medikamenten gefragt; ich finde, das ist eine ziemlich interessante Frage. Mir persönlich ist nicht bekannt, dass man schon so weit gegangen ist und sich das genauer angeschaut hat. Es gibt nur andersherum Beobachtungen, dass Medikamente, die die Leute sowieso eingenommen haben, zufällig auch da eine Wirkung haben. Da möchte ich das Budenosid anführen, das Asthmatiker nehmen; das ist ein Cortikosteroid. Es gibt gute Hinweise, dass das präventiv oder therapeutisch wirken kann; es verhindert schwere Verläufe.

Wenn wir gerade bei den schweren Verläufen sind: Es wurde nach Biomarkern für schwere Verläufe gefragt. Ich glaube, den einen Biomarker kennt man jetzt noch nicht. Aber mir ist ein Cytokin bekannt, das generell ein ziemlich guter Marker für schwere Virusinfektionen ist. Das ist das IP-10; das ist ein zellulärer Botenstoff, auch CXCL10 genannt. Den messen wir eigentlich immer bei Virusinfektionen. Der schießt unglaublich hoch. Er lockt Immunzellen an den Ort des Geschehens.

Im Übrigen gibt es Beobachtungen, dass die Menschen mit schweren Verläufen eine relativ späte Antikörperantwort entwickeln. Dementsprechend schießt das Virus hoch.

Es gibt auch eine Prädisposition. Wenn Menschen eine Defizienz im Typ-I-Interferonsystem haben, das ein körpereigenes antivirales System ist, und da genetische Defekte vorliegen – das ist natürlich ein Spezialfall –, haben sie auch eine schlechtere Prognose.

Es gibt noch die Beobachtung: Wenn ein bestimmtes Epitop besonders stark wirkt und Antikörper gegen ein anderes Protein – nicht das Spike, sondern das Nukleokapsid-Protein, das das virale Erbgut einwickelt – zu detektieren sind, kann das einen schweren Verlauf vorhersagen.

Es gibt noch ein anderes Interferon. Wenn man das Interferon-Lambda tief in der Lunge findet, sagt das auch einen schweren Verlauf voraus.

Aber so ganz sattelfest ist das alles noch nicht. Ich denke, das wird sich mit der Zeit noch besser herauskristalisieren. Das sind jedenfalls die Dinge, die mir da bekannt sind.

Dann gab es die Frage nach der Achillesferse; da haben Sie mich beim Wort genommen. Es gibt zum Glück einige Achillesfersen bei Viren generell. Das Erste, was Herr Hömke schon angesprochen hat, ist, wenn man das Virus selbst packen kann und neutralisierende Antikörper hat. Das gibt es auch therapeutisch.

Auch da ist wieder das Problem: Man muss ganz früh damit kommen. Sie erinnern sich an Donald Trump, der sich quasi sofort an den Tropf hängen und behandeln ließ. Denn das muss intravenös gegeben werden. Das kann man natürlich nicht bei jedem machen, der irgendwie exponiert war oder so etwas. Aber das wirkt sehr gut, weil man damit direkt die Viruspartikel abfängt, bevor sie überhaupt infizieren können.

Es sind generell die besten Mittel, die ganz früh ansetzen und die Infektion verhindern. Denn wenn das Virus erst einmal in den Zellen ist, ist es schwieriger, ihm wirklich beizukommen, selbst mit Antikörpern. Es kann sein, dass das Virus von Zelle zu Zelle

weitergegeben wird, ohne dass Antikörper es noch mal zu sehen bekommen. Das geht zwar nur begrenzt, aber ist durchaus ein Mechanismus.

Ansonsten kann man virale Spezialfunktionen attackieren. Das kennt man zum Beispiel von Hepatitis C oder HIV. Viren haben eine sogenannte Polymerase, die für die Synthese des Erbguts zuständig ist. Sie haben auch sogenannten Proteasen, die Proteine spalten, und zwar vor allem die eigenen. Die haben meistens ganz spezielle Strukturen, die man in der Zelle so nicht findet. Das ist genau das, was eine Achillesferse auszeichnet. Man versucht, passgenau Verbindungen zu finden. Das gibt es jetzt auch schon für SARS-CoV-2 in einer großen Breite.

Kürzlich gab es eine interessante Beobachtung, nämlich dass zumindest bei anderen Viren, wenn man in den Lipidstoffwechsel mit Statinen eingreift, die ein normales Medikament sind, dies auch antiviral wirken kann.

Zu den bereits zugelassenen Medikamenten, die natürlich jetzt sehr intensiv getestet werden, ist letzte Woche eine ziemlich wichtige Arbeit erschienen, die besagt, dass einige davon gar nicht so wirken, wie man es gedacht hat, sondern dass sie auch in den Lipidstoffwechsel eingreifen und deswegen im Labor das Virus ganz hervorragend hemmen, allerdings wegen ihrer Nebenwirkungen auf den Lipidstoffwechsel und nicht wegen ihrer Wirkung auf irgendeine Kinase oder so etwas, was man gedacht hat.

Dummerweise ist das aber wohl eine Wirkung, die sich nicht auf das echte Leben übertragen lässt; wir sagen: in vivo. Daher wird, wie es bei der Medikamentenentwicklung ja immer ist, da irgendwann ein ziemliches Großreinemachen stattfinden, und es werden weniger Verbindungen übrig bleiben, die ihre Versprechen auch halten.

Zur Immunmodulation möchte ich noch einen Kommentar abgeben. Das ist bei schweren Verläufen das beste Mittel. Aber man darf nicht vergessen: Wir unterdrücken damit auch das Immunsystem der Patienten. Bei SARS-CoV-1 gab es die allerdings anekdotische Beobachtung – das waren nur sehr wenige Patienten, denen Ärzte im Rahmen von „compassionate use“, also aus purer Verzweiflung, im sehr späten Stadium Kortikosteroide gegeben haben –, dass einige eine Aspergillose entwickelt haben; sie haben plötzlich Pilze in der Lunge bekommen, quasi Schimmelpilze. Da muss man natürlich auch aufpassen.

Zur Behandlung von Long COVID: Frau Iwasaki von der Yale-Universität macht sich dafür stark, Menschen, die Long COVID haben, zu impfen. Sie zumindest hat den Eindruck, dass das helfen würde. Das ist aber alles noch im Schwange. Dazu sollte man auch wissen, dass bei Long COVID die Definition noch uneinheitlich ist: Was zählt man dazu? Ab wie vielen Symptomen darf man das so nennen, ab welchem Zeitpunkt? Wie prävalent ist das eigentlich? Es ist schwierig zu trennen: Hat jemand echtes Long COVID, wenn er zum Beispiel chronisch müde ist, oder hat es eine andere Ursache, und man schiebt es jetzt auf eine Corona-Erkrankung? Das wird sich alles in nächster Zeit klären.

Dass es Long COVID gibt, ist ziemlich klar. Aber wie verbreitet es ist, wird man noch sehen. Man kennt es übrigens auch von anderen schweren Viruserkrankungen, dass sie einen gewissen Nachhall haben, weil man den Körper sehr stark schädigt.

Noch zu der Frage, welche Rolle der Staat spielen kann: Da möchte ich mich für die Unis stark machen. Es ist das alte Lamento – ich möchte es noch mal anbringen –: Die Grundausstattung ist zum Teil wirklich schwierig. Wenn ich keine Drittmittel hätte, könnte ich mit den Mitteln, die meinem Institut zugewiesen werden, nach ca. zwei bis drei Monaten, also spätestens im März, den Laden eigentlich zumachen. Die Mittel reichen vorne und hinten nicht. Wir haben Geräte, die gewartet werden müssen, und allerlei Durchlaufposten. Die zu bedienen, schafft man vielleicht gerade mit diesen Mitteln, aber dann hat man noch nicht geforscht. Da wäre es schon schön, wenn das ein bisschen mehr wäre.

Drittmittel sind natürlich wichtig; das ist überhaupt keine Frage. Das zwingt einen ja auch, fokussiert zu denken. Aber es wäre schon schön, wenn das wieder ein bisschen mehr ins Bewusstsein dringen würde.

Ansonsten möchte ich aber auch etwas Positives anbringen, und zwar zur Förderung. Ich kann aber da nur für mich und mein näheres Umfeld sprechen.

Ich habe schon bei SARS-CoV-1 angefangen, mit Coronaviren zu arbeiten, und wir wurden durchgehend gefördert, in Verbundprojekten, die sich entweder mit SARS-CoV-1 oder später mit MERS beschäftigt haben, was auch ein Coronavirus ist. Das waren zum großen Teil Förderungen des BMBF, aber auch der DFG. Wir haben unter Federführung von Christian Drosten auch ein BMBF-gefördertes Verbundprojekt, das sich RAPID nennt und in diesem Jahr ausläuft. Aber es ist schon vor dem Ausbruch eine Weile gelaufen. Da ging es genau darum: Was passiert, wenn plötzlich eine hoch ansteckende respiratorische Viruserkrankung auftritt? Daher waren wir eigentlich gut vorbereitet, das ganze Konsortium. Die EU fördert derlei Dinge auch ganz gut.

Es gab noch eine Frage nach Medikamenten versus Impfstoffforschung generell. Da kann ich, was die klinische Forschung angeht, nur als Außenstehender sprechen. Einen Impfstoff zu entwickeln, zumindest im Labor, ist viel zielgerichteter. Man kann sich die viralen Strukturen anschauen und überlegen: Was packt man am besten in einen Impfstoff? Dann hat man relativ rasch Ergebnisse und kann die entsprechenden Experimente durchführen.

Wie gesagt, Medikamente im Labor zu entwickeln, geht im Prinzip auch schnell; das ist aber erst mal ein wildes Probieren.

(Aussetzen der Videoübertragung)

Vorsitzender Rainer Schmeltzer: Das sind die Tücken der Technik. Der Techniker sagte mir gerade, dass die Internetverbindung nicht mehr besteht. Wir werden versuchen, das schnellstmöglich zu beheben. – Meine Herren, wir können Sie wieder hören.

Herr Professor Weber, Sie wurden unterbrochen. Ich hoffe, Sie wissen noch ungefähr, wann Sie uns nicht mehr gesehen haben. Sie haben jetzt wieder das Wort.

Prof. Dr. Friedemann Weber (Justus-Liebig-Universität Gießen, Institut für Virologie, Biomedizinisches Forschungszentrum Seltersberg [per Video zugeschaltet]): Haben Sie noch die Stelle mitbekommen, als ich über die Förderung gesprochen

habe? Es hätte ja sein können, dass bei meinem Plädoyer für mehr Grundausstattung bei den Unis plötzlich ausgeschaltet wurde.

Vorsitzender Rainer Schmeltzer: So groß ist die Anzahl der Finanzpolitiker in unserem Kreis nicht, dass da ein automatischer Absturz kommt.

Prof. Dr. Friedemann Weber (Justus-Liebig-Universität Gießen, Institut für Virologie, Biomedizinisches Forschungszentrum Seltersberg [per Video zugeschaltet]): Okay, gut. Long COVID hatte ich auch im Vorfeld schon angesprochen. Das war mehr oder minder das, was ich sagen wollte.

Vorsitzender Rainer Schmeltzer: Herzlichen Dank, Herr Professor Weber. – Dann Herr Professor Autenrieth noch.

Prof. Dr. Ingo B. Autenrieth (Wissenschaftsrat [per Video zugeschaltet]): Ich möchte vier Themen anschnitten. Ich möchte betonen: Bei der Medikamentenentwicklung oder Impfstoffentwicklung kommen mehr als 90 % der Produkte aus technischen, wirtschaftlichen oder medizinischen Gründen am Ende nicht ans Ziel; das ist ganz normal. Insofern braucht es dort immer einen breiten Ansaugstutzen, wenn Sie so wollen, aus der Akademie, um alle Potenziale zu heben. Es ist ein sehr langwieriger Prozess.

An den Universitäten und Uniklinika haben wir tatsächlich ein Problem, zu dessen Lösung die Länder im Rahmen der Organisation einen Beitrag leisten können, wenn es zum Beispiel um Ausgründungen geht. Wenn ein Wissenschaftler, eine Wissenschaftlerin eine Entdeckung macht und bei so einem Virus ein Zielmolekül oder eine neue Substanz findet, braucht es, um das weiterzuentwickeln, sehr viel mehr Geld, als es der Staat liefern kann. Da kommt dann die Wirtschaft ins Spiel. Da braucht es deutlich mehr Kapazität und Know-how an den Uniklinika im Sinne von Vertragsmanagement und Erfindungsschutzmanagement. Das sind immer wieder dieselben Themen. Da geht es um Compliancefragen.

Ich könnte mir vorstellen – wir haben das auch hier in Baden-Württemberg ausführlich diskutiert –, dass unter der Leitung des MKW auch andere Ressorts – Wirtschaft, Gesundheit und Digitales – gemeinsam mit den Uniklinika arbeiten könnten, um verlässliche Rahmenbedingungen und mehr Know-how und Expertise durch eine Dauerfinanzierung – das Thema ist Recht, Compliance – sicherzustellen. Denn für die Organisationsaufwände, die da notwendig sind, brauchen die Uniklinika vor dem Hintergrund ihrer primären Leistungserbringung der Krankenversorgung und die Fakultäten durch nicht üppig wachsende Budgets in den letzten Jahrzehnten – das ist nicht NRW-spezifisch; das ist in ganz Deutschland so – da Programme.

Ich kann mir vorstellen, dass wir Translations- bzw. Transferprogramme ins Leben rufen, bei denen es nicht um die Entwicklung eines Medikaments geht, sondern um die Schaffung einer Basisinfrastruktur. Das fängt mit Ausgründungs- und Vertragsmanagement an. Das sind die Themen, an denen es im Alltag oft scheitert; da agieren wir zu langsam, und andere Institutionen im Ausland arbeiten deutlich schneller als wir.

Da könnte man sich durch neue Organisationsformen auszeichnen. In Heidelberg wird so etwas gerade mit der Forschungsallianz gemacht; das ging auch durch die Presse. Das ist ein Verbund aus Gesundheit, Wissenschaft und Wirtschaft, universitär und außeruniversitär, wo wir versuchen, genau solche Themen besser zu regeln und auch den einzelnen Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftlern bei Zielkonflikten und Compliance-Themen mehr Planungssicherheit und Sicherheit zu geben. Das ist ein ganz großes Thema.

Ein weiteres Thema in diesem Kontext ist sicherlich der Datenschutz. Oft steht aus unserer Sicht Datenschutz vor Gesundheitsschutz. Wir würden uns das andersherum wünschen. Denn es geht auch darum, die Daten, die schon da sind, besser nutzbar zu machen und zusammenzuführen. Manchmal braucht man ja gar keine neuen Medikamente, sondern man kann auf einer Basisdatenstruktur schon ermitteln, welches Medikament im Kontext bestimmter Patientenkonstellationen eingesetzt werden könnte. Es braucht auch Organisationsformen zwischen den in NRW sehr starken universitätsmedizinischen Standorten, um solche Themen datenschutzgerecht durch Datenintegration in der Medikamentenanwendung bei unterschiedlichen Patienten besser angehen zu können. Da braucht es einen Organisationsrahmen; ein Organisationsrahmen heißt Personen, die es machen; und Personen, die es machen, heißt Geld.

Ich hatte vorhin von der European Lead Factory gesprochen. Das ist ein Verbund von forschenden Pharmaunternehmen, die gemeinsam mit Wissenschaftsinstitutionen Plattformen zur Verfügung stellen. Sie sind zum Beispiel im europäischen Ausland deutlich stärker angesiedelt als in Deutschland. In Deutschland haben wir, wenn es um Medikamentenentwicklung, um Naturstoffe zum Beispiel, geht, in Jena, in Tübingen, in Saarbrücken sehr starke Standorte, die da gut aufgestellt sind, aber im Prinzip sehr speziell aufgestellt sind.

Die European Lead Factory bietet wirklich große Infrastrukturen. Das ist im Prinzip eine große Halle, in der Großgeräte stehen, für die Wissenschaftlerinnen oder Wissenschaftler aus einem europäischen Land sich mit einem Projekt anmelden können. Es wird dann geprüft, ob es wirklich gut genug ist, ob es Potenzial hat. Dann werden die Verwertungsrechte usw. durchdekliniert. Dann kann man auf diesen Plattformen arbeiten. Es ist schon eigentümlich, dass Deutschland keine solche Plattform hat, sondern dass sie im Ausland stehen.

Diese Plattformen sind langfristig institutionell gefördert; das sind keine Projektmittel, sondern Strukturmittel. An diesen Strukturmitteln fehlt es uns an universitätsmedizinischen und universitären Einrichtungen. Die brauchen wir aber, um langfristig als Netzwerk zu agieren. Da haben wir in Deutschland durchaus einen Vorteil, weil wir eine hohe Dichte von Spitzeneinrichtungen mit unterschiedlichen Profilen haben, in NRW ganz besonders. Wenn wir die unterschiedlichen Profile und die Expertise besser bündeln und als Plattform vereinen, haben wir ein riesengroßes Potenzial und brauchen uns da vor dem Ausland überhaupt nicht zu verstecken. Im Gegenteil: Wenn wir es besser vernetzen und strukturell fördern würden, hätten wir eine unglaublich große Konkurrenzfähigkeit und wahrscheinlich eine bessere Ausgangsposition als in vielen anderen Ländern, wo es eher zentralistisch organisiert wird.

Insofern braucht es im Rahmen dieser Screening- und Entwicklungsplattformen eine paradoxe Mischung aus multiinstitutionellen Sites, also Universitäten und Medizin und auch Wirtschaft, die sich aber – da wird es eben schwierig – mit entsprechenden vertraglichen Bedingungen bzw. im Rahmen eines entsprechenden Vertragsrechts zusammenschließen, um die Verwertungsrechte oder Erlöse aus Lizenzen im späteren Erfolgsfall für den Staat und für die öffentlichen Einrichtungen wie Universitäten und Uniklinika zu sichern. Das ist machbar und ist ein Bedarf, der dringend gefordert werden sollte.

In diesem Zusammenhang haben wir in Deutschland vor über zehn Jahren die Deutschen Zentren für Gesundheitsforschung eingerichtet: für Krebs, für Neurowissenschaften, für Diabetes, für Infektionen, für Lungenerkrankungen usw.

Vor einigen Jahren hat der Wissenschaftsrat gefordert – das wurde vom BMBF und auch von den Ländern so gesehen –, dass sich die Deutschen Zentren für Gesundheitsforschung vernetzen und mit bestimmten Plattformen, wenn es um Medikamentenentwicklung geht, ihr Potenzial wechselseitig nutzen. Dafür ist aber, auch wenn es unpopulär klingen mag, frisches Geld notwendig. Man kann ja nicht sagen: Die deutschen Zentren sollen das Geld, das sie jetzt in gute und sinnvolle Projekte stecken, verwenden, um andere Dinge zu tun.

Ich glaube, diese Zentren sind hervorragend aufgestellt. Ein solcher Vernetzungsfonds, der infrastrukturell orientiert ist und solche langfristigen Plattformen aufbaut, muss aber durch eine gemeinsame Bund-Länder-Anstrengung institutionell „on top“ finanziert werden, und er muss so organisiert werden, dass eine konsequente Forschungskette von den Grundlagen über die Translation bis hin zu klinischen Studien gesichert wird. Bei den klinischen Studien bedarf es ganz klar dieser Einrichtungen an den Uniklinika, um solche Medikamente oder Impfstoffe früh am Patienten oder auch an Freiwilligen zu testen.

Paris als Hauptstadt eines zentralistisch organisierten Landes ist da europäisch führend, auch Barcelona und Amsterdam. Hier kann ein großes Bundesland wie NRW vielleicht eine Taktgeberrolle in Deutschland entwickeln, wenn es so einen Impuls organisatorisch aufgreift und versucht, die Akteure besser zusammenzubringen. Das könnte ich mir sehr gut vorstellen.

Wir haben im Rahmen der Pandemie mit dem nationalen Netzwerk Universitätsmedizin, dem NUM, eine ausgezeichnete Förderung. Im ersten Jahr waren es 150 Millionen – jetzt wird es bis 2024 mit 80 Millionen pro Jahr verlängert –, womit die universitätsmedizinischen Standorte, aber auch andere Wissenschaftsinstitutionen unter der Führung der Universitätsklinika sehr gut vernetzt worden sind. Das ist ein junges, zartes Pflänzchen. Aber ich glaube, das ist genau der richtige Weg, wie wir solche Potenziale praktisch umsetzen können und sehr rasch und sehr zielorientiert am Patienten ankommen. Das muss immer die Maßgabe sein: Es muss am Patienten ankommen. So können wir auch in unserer föderalen Struktur sehr agil und sehr zielorientiert zusammenarbeiten.

Auch wenn wir jetzt über die COVID-Erkrankung und die SARS-Pandemie sprechen, wird das vor dem Hintergrund weiter steigender Bevölkerungszahlen auf unserem Planeten, erhöhter Mobilität und Klimawandel nicht die letzte Pandemie sein. Überdies

brauchen auch die anderen großen Erkrankungen – Krebs, Diabetes und vor allem Herz-/Kreislaufkrankungen – genau solche Strukturen. Wenn wir sie klug konstruieren, können sie nicht nur für Antiinfektiva und Impfstoffe, sondern auch für die Entwicklung anderer Medikamente gleichermaßen genutzt werden und dann besonders starke Synergieeffekte entwickeln und somit einen viel breiteren Nutzen in der Medizin stiften und nicht ausschließlich selektiv für eine Pandemie.

Vorsitzender Rainer Schmeltzer: Herzlichen Dank, Herr Professor Autenrieth. – Die Antworten von Ihnen dreien waren sehr umfangreich, nicht nur bezüglich der Förderung, Herr Professor Weber. Wir fertigen über die Sitzung ja ein ausführliches Protokoll. Gerade die Hinweise auf Förderung, aber auch andere wissenschaftliche Hinweise werden den Kolleginnen und Kollegen aus dem Wissenschaftsausschuss und auch aus dem Finanzausschuss zur Verfügung gestellt werden können. Sie werden sicherlich Interesse haben, das eine oder andere nachzulesen.

Es gibt zwei weitere Wortmeldungen, zum einen von Herrn Dr. Vincentz und zum anderen von Herrn Mostofizadeh.

Dr. Martin Vincentz (AfD): Erst einmal vielen Dank für die sehr ausführlichen Statements in der ersten Runde.

Ich habe eine Frage, die mich schon seit Längerem umtreibt. Vielleicht kann mir Professor Weber als Veterinärmediziner darauf eine Antwort geben, weil ich mir die Frage selber nicht beantworten konnte.

Ein Kollege von mir sagte dieser Tage: Die Fledermäuse sind so etwas wie die Grundschulkindern des Tierreichs. Sie sind wenig empfänglich für COVID-19, aber ein sehr guter Wirt. Es scheint so, dass sich in den Fledermäusen viele Viren, aber eben auch Coronaviridae vermehren können. Trotzdem fallen die Fledermäuse ja nicht hustend vom Baum. Was ist in deren Immunsystem eigentlich anders, sodass sie damit besser zurechtkommen als die Menschen?

Mehrdad Mostofizadeh (GRÜNE): Ich möchte zwei Punkte nachfragen, zunächst zu Lieferketten und europäischen Produktionsstätten. Sie haben jetzt sehr konkret über die Plattformen in Deutschland gesprochen. Gibt es da größere Probleme? Wenn ja, wie wären sie zu bekämpfen? Welche Rolle muss Deutschland oder Europa in diesem Zusammenhang vielleicht stärker oder anders spielen als bisher?

Kommen die Kenntnisse, die gerade bei COVID dramatisch schnell gewonnen werden, auch bei den Behandlerinnen und damit in der Therapie an? Muss da noch nachgearbeitet werden, damit die Möglichkeiten, die es auf dem Markt gibt, auch vor Ort ankommen? Vielleicht haben Sie dazu Hinweise, Herr Professor Weber und Herr Professor Autenrieth.

Prof. Dr. Friedemann Weber (Justus-Liebig-Universität Gießen, Institut für Virologie, Biomedizinisches Forschungszentrum Seltersberg [per Video zugeschaltet]):

Ich beantworte die Frage zu den Fledermäusen. Ich glaube, zu der zweiten Frage kann Herr Autenrieth besser Auskunft geben.

Fledermäuse sind tatsächlich Spitzenreiter in der Anzahl verschiedener Viren, die sie beherbergen können. Da schlagen sie sogar die Nagetiere, die auch ziemlich gut darin sind. Denken Sie daran, was Ratten so alles übertragen können. Fledermäuse sind aber noch besser. Trotzdem fallen sie nicht vom Baum; das ist ganz korrekt.

Es gibt einige wenige Ausnahmen an Pathogenen, die auch Fledermäuse krank machen. Aber mit Ebolaviren oder auch Coronaviren können sie voll sein bis unter die Schädeldecke, und man sieht keine großen Krankheitsanzeichen. Dazu gibt es zwei Hypothesen. Die eine ist, dass sie ein besonders gutes Immunsystem haben und vor allem ein angeborenes Immunsystem. Das ist sicher ein Teil der Antwort: Sie haben ein spezielles angeborenes Immunsystem. Allerdings kann man das nicht alles über einen Kamm scheren, weil jeder in seiner Fledermausspezies nachschaut. Wir haben auch solche Sachen gemacht und finden andere Dinge. Wir haben nur Zellen, nicht eine Fledermaus selbst, benutzt und festgestellt, dass sich dort das System anders verhält als das, was wir in Publikationen über diese fruchtfressenden, großen Flughunde gefunden haben.

Die andere Hypothese ist – das halte ich auch für ziemlich wichtig –, dass sie einfach toleranter sind, weil sie einen Teil der Immunantwort auf die Virusinfektion einfach heruntergeschaltet. Das ist der sogenannte inflammatorische Arm, also wenn es eine Entzündung gibt. Eine Entzündung ist eine gute Sache, wenn sie vor Ort bleibt, lokal bleibt. Wenn Sie irgendwo eine Einstichstelle haben, lockt dies Immunzellen an. Wenn Sie aber den ganzen Körper voller Viruspartikel haben und dann eine Entzündung bekommen, ist auch der ganze Körper entzündet. Das ist nicht gut, siehe SARS-CoV-2 oder COVID-19; da passiert nämlich so etwas.

In den Fledermäusen sind Teile dieser inflammatorischen Antwort, dieser Entzündungsantwort, stark heruntergeschaltet, wenn man es mit anderen Säugetierspezies vergleicht. Deswegen ertragen sie höhere Viruslasten, ohne die mit einer solchen Entzündung einhergehenden Organschäden zu bekommen.

Prof. Dr. Ingo B. Autenrieth (Wissenschaftsrat [per Video zugeschaltet]): Die Lieferketten haben wir durchaus als Problem erlebt. Eine gewisse Regionalisierung der Produktionsstätten ist wünschenswert; das ist aber ein Gemeinplatz. Das kann sicherlich Herr Hömke besser kommentieren.

Zu der Frage, ob die Erkenntnisse auch beim Patienten ankommen: Wir haben sehr starke Uniklinika und Entwicklungs-Hubs, die neue Behandlungsformen implementieren und neue Therapie- und Präventionsformen implementieren, weil sie das Know-how haben, weil sie eine Managementkompetenz haben, weil sie per se die Orte sind, an denen Innovation entsteht und Neues entwickelt und umgesetzt wird. Das ist ja der genuine Auftrag der Uniklinika. Wir haben auf der anderen Seite die Sektorentrennung in unserer Versorgung.

Ich glaube, die Uniklinika müssen als öffentliche Einrichtungen in die Verantwortung genommen werden, dafür Sorge zu tragen, dass sie mit ihren regionalen Akteuren, mit

den anderen Krankenhäusern, auch mit den anderen Sektoren gemeinsam Standards implementieren und Netzwerke bilden, wobei sie eine Steuerungs- und Lotsenfunktion innehaben, um neue Behandlungsformen, sei es ein neues Medikament oder ein bestehendes Medikament, oder Standards zur Therapie und Best Practices in die Versorgung, in die Fläche zu bringen.

Dafür haben sie die Kompetenz, und das ist genau das, was sie machen. Aber für den Organisationsaufwand, der erheblich ist, und für das Vorhalten dieser Managementkompetenz und Fächervielfalt braucht es auch eine Finanzierung. Wir haben in Deutschland in vielen Bundesländern, auch in NRW, die Kommunalen Gesundheitskonferenzen; das ist gut. Aber da sind die Uniklinika gar nicht vertreten. Wir sollten dringend regionale Gesundheitskonferenzen bilden, in denen die Uniklinika federführend diese Steuerungs- und Lotsenfunktion innehaben und genau solche Funktionen wie den Roll-out von neuen Behandlungsprinzipien und/oder Standards der Therapie und der Prävention besser umsetzen können. Dafür brauchen sie aber eine Finanzierung, weil das weder aus Landeszuschüssen für Forschung und Lehre noch aus Krankenkassenmitteln für die Versorgung von Patienten zu finanzieren ist.

Das wäre eine Aufgabe einer neuen, vierten Säule der Finanzierung der Universitätsmedizin aus Steuermitteln, die im Übrigen im SGB V normativ verankert werden sollte und nicht als Daueraufgabe ohne Finanzierung gefordert werden kann. Man kann sagen: Wer bestellt, muss auch zahlen. Die Bestellung ist richtig; das ist die Rolle der Uniklinika. Wir haben das Potenzial, aber wir müssen es organisieren. Das ist übrigens die Essenz des jüngsten Wissenschaftsratspapiers zur Rolle der Universitätsmedizin, das vor vier Wochen veröffentlicht und von den Ländern verabschiedet wurde.

Dr. Rolf Hömke (Verband Forschender Arzneimittelhersteller e. V. [per Video zugeschaltet]): Zu Lieferketten und Produktionsstätten: Deutschland ist ein starkes Produktionsland für Medikamente, nämlich für neue und oft für die besonders komplexen Medikamente. Deutschland ist kein starkes Produktionsland, wenn es um den Altbestand geht. Da ist Deutschland in der Regel gegenüber asiatischen Produktionsstätten finanziell nicht konkurrenzfähig. Deswegen kommt ein ganz großer Teil – nicht alles, aber ein großer Teil – aus China und Indien.

Es gibt hier in Deutschland Pharmafirmen, aber auch sonstige Firmen, die speziell auf die Produktion konzentriert sind, die gar keine eigenen neuen Medikamente entwickeln, aber die Produktionsverfahren entwickeln und dann auch für die Produktion einsetzen. Sie haben sich den Ruf erarbeitet, dass sie besonders schnell darin sind, auf eine neue Aufgabe zu reagieren, das heißt, schnell ein Großproduktionsverfahren zu entwickeln und die Großproduktion zu starten. Dafür werden sie auch routinemäßig von vielen unserer Mitglieder eingesetzt.

Es sind auch bei COVID-19 neben den eigentlichen Impfstofffirmen etliche Firmen stark engagiert, Impfstoffe mit zu produzieren. In NRW ist beispielsweise die Firma Baxter in Halle an der Abfüllung beteiligt, die Firma Miltenyi ist ein Produktionspartner für ein Antikörperprojekt usw. Da gibt es unbedingte Stärken in Deutschland. Das wird gerade durch diese Pandemie weiter ausgebaut. Bei den Firmen, die da aktiv sind,

hört man, dass sie weiteres Personal suchen, weil sie sich noch entsprechend erweitern wollen. Da ist Deutschland einfach stark und gut.

Die sind alle natürlich auch auf Zulieferungen angewiesen. Alle diese Zulieferungen aus Deutschland zu bekommen, wäre zwar nett, ist aber schier nicht möglich. Man braucht Spezialzutaten, bei den Impfstoffen beispielsweise die Lipide. Dafür sieht es gut aus: Wir haben drei wesentliche Anbieter direkt in Deutschland und in der Schweiz den nächsten; das ist nicht weit weg. Aber natürlich braucht man auch jede Menge Geräte. Gerätehersteller gibt es in Deutschland; sie gibt es aber auch in Italien und in den USA. Bestimmte andere Sachen gibt es nur in den USA. Da kann man sie kaufen, wenn – das ist mein entscheidendes Stichwort – es keine Exportverbote gibt.

In den heißen Zeiten der Pandemie war weniger die Zulieferung aus Asien ein Problem, trotz starker Belastung der Lieferketten. Das härteste Problem war der Exportstopp der USA und auch von Großbritannien, die gesagt haben: Alles, was man für Impfstoffe braucht, darf das Land jetzt nicht verlassen. – Da waren die Firmen hier extrem unter Druck. Sie brauchten ein Ersatzteil für eine Anlage; um das Ersatzteil zu bekommen, mussten sie die deutschen Diplomaten bemühen, damit sie das einzeln herausklemmern. Sie brauchten Grundstoffe usw., die einfach nicht zu bekommen waren, weil es USA-seitig hieß: Nein, es bleibt alles hier, bis der Bedarf der USA gedeckt ist. – Ungefähr zu der Zeit des G7-Treffens haben die USA dann gesagt: Wir können das jetzt lockern.

Das ist also großer Mist. Auch die Idee, in Deutschland in umgekehrter Richtung einen Exportstopp zu verhängen, wäre großer Mist gewesen. Ich bin sehr froh, dass die Politik nicht zu solchen Mitteln gegriffen hat. Denn sonst hätten wir uns alle gegenseitig stranguliert; das hätte keinen Sinn ergeben.

Wir sehen, dass die Firmen, die gerade COVID-19-Impfstoffe herstellen, aber auch solche, die mit Projekten kurz vor der Zulassung stehen, sich schon intensiv in der Welt umschauen, wo sie auch produzieren können, weil sie in der Tat die Meinung teilen, dass es keine gute Idee ist, diese Produktion nur an einer Stelle zu konzentrieren, auch wenn es vielleicht Economies of Scale brächte. Aber man muss es verteilen; man muss es zumindest großräumig regionalisieren, damit man nicht weitere Risiken eingeht, dass man irgendwo mal lieferkettenmäßig nicht mehr durchkommt.

Vorsitzender Rainer Schmeltzer: Herzlichen Dank, Herr Dr. Hömke. – Ich sehe keine weiteren Wortmeldungen. Das gibt mir die Gelegenheit, Ihnen recht herzlich für die sehr intensive Diskussion zu danken, verbunden mit dem Hinweis, dass der Systemabsturz nicht mit der Förderthematik zusammenhing.

Ich gehe davon aus, dass das eine oder andere von dem, was wir heute gehört haben, insbesondere das, was wir zu Long COVID gehört haben, sich in der nächsten Woche in unserer Sitzung niederschlagen wird, wo wir uns schwerpunktmäßig mit Long COVID auseinandersetzen werden, aber auch die Dinge rund um den Wissenschaftsstandort Nordrhein-Westfalen – den haben Sie an der einen oder anderen Stelle sehr deutlich angesprochen – und die Förderung.

All das, was Sie aufgeführt haben, wird sich, soweit Politik zuständig ist – das muss man bei der Medikamentenforschung natürlich fairnesshalber immer dazusagen –, bei uns in der Diskussion wiederfinden.

Sie wissen, dies ist ein Begleitgremium, das bei dem Ausschuss für Arbeit, Gesundheit und Soziales angesiedelt ist. Eigentlich wäre Medikamentenforschung ein klassisches Thema für den Gesundheitsausschuss. Aber da wir hier das COVID-19-Begleitgremium sind, ist es uns natürlich wichtig, über diesen aktuellen Stand mit Ihnen gesprochen zu haben.

An dieser Stelle allen dreien noch mal recht herzlichen Dank für die Bereitschaft, mit uns in diese Diskussion zu kommen, und für Ihre Eingangsstatements, für Ihre fachlichen Darlegungen, die für unsere zukünftige Arbeit sehr hilfreich sein werden. Sie können, wenn Sie möchten, gerne der weiteren Sitzung per Video beiwohnen, dann allerdings nicht mehr mitdiskutieren. Wir werden uns gleich über das Thema Kommunikation unterhalten.

Sollte dies nicht der Fall sein, darf ich mich an dieser Stelle recht herzlich bei Ihnen bedanken und Sie verabschieden. Herzlichen Dank, Herr Professor Weber, Herr Professor Autenrieth und Herr Dr. Hömke.

(Beifall)

2 Kommunikationsverhalten der öffentlichen Stellen – verwaltungsintern und gegenüber dem Bürger

– Gespräch mit Sachverständigen (s. *Anlage*)

Vorsitzender Rainer Schmeltzer: Das Parlamentarische Begleitgremium hat im Rahmen seiner Arbeitsplanung ebenso das Thema Kommunikation priorisiert. Anlass waren unter anderem kritische Hinweise von Sachverständigen in der Anhörung vom 11. Mai zu den pandemischen Leitlinien.

Wir wollen uns heute mit sachverständigen Gästen mit dem Kommunikationsverhalten öffentlicher Stellen verwaltungsintern und im Zusammenspiel von Bund, Land und Kommunen sowie dieser Stellen gegenüber den Bürgerinnen und Bürgern befassen.

Ich freue mich, bei uns im Sitzungssaal Herrn Professor Dr. Andreas Meyer-Falcke begrüßen zu dürfen; er ist Beauftragter für Informationstechnik bei der Landesregierung. – Herzlich willkommen, Herr Professor Meyer-Falcke!

Zugeschaltet per Video ist Herr Johannes Hillje, Politik- und Kommunikationsberater. Ebenso per Video zugeschaltet ist Herr Philipp Schild, Programmgeschäftsführer bei funk. Auch Ihnen ein herzliches Willkommen und ein herzliches Dankeschön, dass Sie dem Gremium heute zur Verfügung stehen.

Sie werden Herrn Dr. Klaus Göbels vermissen; Herr Dr. Göbels hat heute Morgen kurzfristig abgesagt, sodass er uns heute für diese Diskussion nicht zur Verfügung stehen kann.

Vereinbarungsgemäß erhalten die drei Sachverständigen Gelegenheit, in einem kurzen, maximal fünfminütigen – aber wir haben hier niemanden mit der Stoppuhr sitzen; bei längeren Zeiten würde ich freundlich daran erinnern, dass wir uns relativ kurz halten – Statement ihre Einschätzung zu dem Sachstand und den Aussichten bzw. ihnen wichtige Punkte zum Thema dem Gremium darzulegen.

Ich schlage vor, dass wir mit diesen Statements beginnen. Beim vorherigen Tagesordnungspunkt war die Diskussion sehr ausführlich, und auch hier bleibt neben den Statements noch viel Gelegenheit, in die Tiefe zu gehen.

Daher bitte ich jetzt Herrn Professor Meyer-Falcke um sein Eingangsstatement. Danach hören wir die beiden anderen Statements, und dann treten wir in die Diskussionsrunde ein. – Herr Professor Meyer-Falcke, Sie haben das Wort.

Prof. Dr. Andreas Meyer-Falcke (Beauftragter für Informationstechnik bei der Landesregierung [CIO]): Herr Vorsitzender, meine Damen und Herren! Das Thema „Kommunikation im Pandemiemanagement“ ist auch deswegen auf der Tagesordnung, weil wir es mindestens mit einem dreifach komplexen System zu tun haben. Ich habe hier beim letzten Mal über Digitalisierung berichten dürfen; diesmal sage ich nichts über Digitalisierung. Diesmal versuche ich nur, einfach mal Verständnis für uns als Verwaltung zu erzeugen.

Machen Sie sich bitte einmal Gedanken darüber, worüber wir die ganze Zeit reden. Es geht einmal – der erste Punkt, der komplex ist – um Gesundheit. Gesundheit ist nicht schwarz-weiß. Es gibt nichts mit richtig oder falsch. Das macht Kommunikation nicht einfach; es macht Kommunikation im Gegenteil eher schwierig.

Damit das nicht nur so im Raum stehen bleibt, sage ich: Sie haben mitbekommen, dass auch die Expertinnen und Experten, die im Bereich Pandemie aktiv befragt wurden oder sich auch ungefragt geäußert haben, nicht immer ein und derselben Meinung waren. Das lässt sich an Namen festmachen – ich nenne Drosten und Streeck –; das lässt sich an Entwicklungen festmachen. Zunächst waren wir alle ganz glücklich, dass es einen Impfstoff von AstraZeneca gibt; dann wurden plötzlich Zweifel geäußert, ob der Impfstoff von AstraZeneca wirklich gut ist oder nicht. Dann kommen Fragen wie: Wie gehen wir mit den Abständen zwischen der ersten und der zweiten und zwischen der zweiten und der dritten Impfung um?

Sie haben gemerkt: Expertinnen und Experten sind sich im Themenfeld Gesundheit nicht unbedingt einig. Das liegt – ich sage es noch einmal – daran, dass Gesundheit nicht schwarz-weiß ist, der Gegenstand, über den wir reden, also nicht ganz einfach zu vermitteln ist.

Das Zweite sind – klassische Antwort für die Verwaltung – die Zuständigkeiten. Wir haben das Problem, dass im Kontext Gesundheit wie in vielen anderen Verwaltungskontexten die Zuständigkeiten zwischen Bund, Ländern und Kommunen und ganz vielen Organisationen, die darum herum liegen – am häufigsten wird momentan sicher die Kassenärztliche Vereinigung genannt –, an sehr vielen Stellen historisch gewachsen sind. In den letzten 75 Jahren haben sich die Zuständigkeiten halt so entwickelt, wie sie sind, auf allen Ebenen.

Nur ein Beispiel, damit deutlich wird, was ich meine: In die Bundeszuständigkeit fallen das Infektionsschutzgesetz – es steht selbstverständlich dann dem Bundesgesundheitsminister zu, dass er über das Bundesinfektionsschutzgesetz auch kommuniziert – und alle davon abhängigen Imponderabilien. Auf der Landesebene redet natürlich der Landesgesundheitsminister über Landesgesundheits Themen, beispielsweise Krankenhausplanung; das ist eine klassische Thematik im Land. Herr Dr. Göbels ist leider nicht hier, aber er würde als kommunaler Gesundheitsamtsleiter sicherlich bestätigen: Die Umsetzung von Prävention ist eine klassische Aufgabe der Kommunen, und Impfen gehört natürlich zum präventiven Bereich. Das ist keine Entschuldigung, nur ein Versuch der Erklärung. Dann haben wir noch – an den Impfzentren haben Sie es gemerkt – die Zuständigkeiten von ärztlicher Selbstverwaltung, kassenärztlicher Selbstverwaltung etc., die an diesen Stellen eine Rolle spielen. Das macht es nicht leichter, in einer überhaupt nicht schwarz-weißen Thematik bei durchaus verteilten Zuständigkeiten zu kommunizieren.

Das Dritte, was in dieser Situation sicherlich auch zu berücksichtigen ist, wenn man darüber diskutiert, ist die Frage der medialen Vielfalt. Wir leben in einer Phase, in der es in diesen vielen komplexen Abhängigkeiten immer wieder Menschen gibt, die hochmögliche Profis sind. Diese hochmöglichen Profis werden selbstverständlich wiederum von den unterschiedlichsten medialen Vertreterinnen und Vertretern zitiert. Ich will

jetzt das Wort „Presse“ nicht in den Mund nehmen, weil ich um Gottes willen hier keine Presseschelte betreiben will. Das gilt übrigens auch für Social Media.

Jeder kennt irgendjemanden, den er fragen kann, und dann wird automatisch eins zu eins die Information, die gerade gegeben wurde, weiter kommuniziert. Das führt dazu, dass wir zum Teil in einen Informations-Overkill gekommen sind. Ich habe hier durchaus die konkreten Einlassungen des Impfzentrumsleiters gelesen, der gesagt hat: Während ich noch AstraZeneca impfe, sitzen draußen im Wartezimmer Leute und bekommen die Pressemitteilung des Bundesgesundheitsministers mit, dass AstraZeneca nicht mehr für die Folgeimpfung verwendet wird. Das lässt sich kommunikativ nicht in den Griff bekommen.

Es ist das gute Recht des Bundesgesundheitsministers, darüber zu reden. Es ist das gute Recht, das zu entscheiden. Es ist das gute Recht eines jeden Menschen, das zu veröffentlichen, und auch das gute Recht eines jeden Menschen, sich danach zu richten. Aber kommunikativ ist das nicht in den Griff zu bekommen. Das würde bedeuten, dass ich neben den Einschränkungen aller Freiheitsrechte, die die Pandemie so mit sich gebracht hat, massiv in die Meinungsfreiheit eingreifen müsste – du darfst nicht mehr alles sagen, was du sagen willst –, dass ich in die Informationsfreiheit eingreifen müsste – du darfst nicht mehr alles drucken, was du willst –, also in die Pressefreiheit, und dass ich zum Beispiel in die kommunale oder ärztliche Selbstverwaltung eingreifen würde und ihnen sagen würde: Ihr dürft das nicht mehr tun, oder ihr dürft darüber nicht mehr reden. – So weit mein Aufriss, um in die Diskussion zu kommen.

Johannes Hillje (Politik- und Kommunikationsberater [per Video zugeschaltet]):

Ganz herzlichen Dank für die Einleitung. Ich will vorausschicken, dass ich hier aus Berlin, wie man das ja auch in der Medizin vermeidet, keine detaillierte Ferndiagnose über die Coronakommunikation der Landesregierung in NRW leisten kann.

Ich möchte auf zwei eher grundsätzliche Punkte eingehen, die aus meiner Sicht für das Gelingen von öffentlicher Kommunikation gerade jetzt im Coronakontext von großer Bedeutung sind. Ich habe mir im Vorfeld die Impfkommunikation der Landesregierung ein wenig angeschaut und werde ein paar Beobachtungen dazu einfließen lassen.

Zwei Punkte möchte ich also ansprechen, im Grunde zwei Erfolgsfaktoren für politische Kommunikation. Der erste Erfolgsfaktor ist eine verständliche, überzeugende und relevante Message für die Zielgruppe, die ich erreichen möchte. Ich habe die Testimonial-Kampagne zur Impfung gesehen, die zum Beispiel auf dem Instagram-Kanal der Landesregierung gerade ausgespielt wird. Da habe ich als Kernbotschaft den Aufruf „Informiere dich über die Schutzimpfung“ erkannt.

Die Einstellung in der Bevölkerung zur Impfung interpretiere ich momentan so, dass es, vereinfacht gesagt, zwei Gruppen gibt. Die eine Gruppe ist grundsätzlich impfbereit, aber noch nicht geimpft. Die COSMO-Studie der Uni Erfurt, die Sie sicher kennen, spricht von über 80 % Impfbereiten. Für diese Gruppe bräuchte es meines Erachtens vor allem jetzt eine Mobilisierungsbotschaft, natürlich kombiniert mit einem niedrigschwelligen Zugang zur Impfung. Aber diese Gruppe scheint vor allem jetzt die Mobi-

lisierung zu brauchen, auch tatsächlich zur Impfung zu gehen, weil die Bereitschaft erst mal grundsätzlich besteht.

Dann gibt es eine zweite Gruppe; das betrifft den Daten zufolge vor allem jüngere Menschen, unter denen noch nicht so ein großer Anteil von der Impfung überzeugt ist. Diese Gruppe müsste man also mit einer Persuasionsbotschaft erreichen. Hierbei ist, glaube ich, kommunikationstheoretisch ganz wichtig zu wissen, dass Menschen ihre Einstellung vor allem auf Basis ihres Wertefundaments bilden. Das heißt konkret: Man müsste in einer solchen Kampagne vermitteln, welche Werte durch die Impfung verwirklicht werden können. Da fallen einem direkt Werte wie Freiheit, Sicherheit, aber auch Solidarität mit anderen Menschen ein. Wenn man an die jungen Menschen denkt, wird sicher der Wert der Freiheit, der ja auch mit den geliebten Freizeitaktivitäten zusammenhängt, im Vordergrund stehen und sollte da eine große Rolle spielen.

Zweites Erfolgskriterium für gesellschaftliche Kommunikation ist neben der Message der Messenger, also der Übermittler der Botschaft. Jede Botschaft braucht so etwas wie einen vertrauenswürdigen Übermittler, jemanden, der Vertrauen und Ansehen bei der Zielgruppe genießt. Bei den wenigsten Zielgruppen sind solche „trusted“ Messenger die öffentlichen Institutionen. Das müssen Sie sich wahrscheinlich leider eingestehen. Aber öffentliche Institutionen, gerade wenn sie als Institution und nicht als Person kommunizieren, haben oftmals ein Vertrauensproblem, eine Vertrauensbarriere.

Wir sehen in der COSMO-Studie auch, dass niedriges Vertrauen in die Regierung mit Impfskepsis korreliert. Man muss sich also überlegen: Wen braucht man als vertrauenswürdigen Übermittler der Botschaft? Da kann man, wenn man sich den lokalen Kontext klarmacht, vielleicht an Menschen denken, die in kleineren sozialen Einheiten ein hohes Ansehen und Vertrauen genießen. Das kann der lokale Fußballtrainer sein, das können auch Shisha-Bar-Besitzer sein. Ich würde solche Menschen Mikro-Influencer nennen, weil sie in kleinen geografischen und sozialen Einheiten über Vertrauen verfügen. Solche Menschen muss man meines Erachtens in die Impfkampagne einbinden. Man könnte sie sicher auch an den Schulen einbinden, wo jetzt verstärkt für die Impfung geworben werden sollte und kann, nachdem die STIKO gestern die Empfehlung angepasst hat.

Diese Mikro-Influencer sollten in Ergänzung zu den allgemein prominenten Personen, also Influencern im Digitalen und Analogen, die über eine hohe Reichweite verfügen, wirken. Sie haben in der Impfkampagne der Landesregierung zum Beispiel den Rapper Eko Fresh eingebunden. So etwas, glaube ich, könnte man versuchen für den lokalen Bereich zu finden.

Es gibt natürlich noch weitere wichtige strategische Bausteine für die Kampagnenplanung, wie zum Beispiel den Ausspielkanal. Vielleicht wird der Kollege von funk gleich noch etwas dazu sagen. Aber die Message und der Messenger sind sicher ganz zentrale Aspekte für den Erfolg von öffentlicher und politischer Kommunikation, auch im Kontext der Impfung.

Philipp Schild (funk [per Video zugeschaltet]): Ich fühle mich gerade 20 Jahre zurückversetzt. Ich habe nämlich ein Biologiestudium mit Schwerpunkt Genetik gemacht. Als

die Kollegen vorhin gesprochen haben, habe ich die ganze Zeit gedacht: Oh Gott, oh Gott, mein Studium! – Aber es hat tatsächlich dazu geführt, dass ich mich erinnert habe, dass ich vor 20 Jahren gelernt habe, dass eine solche Pandemie kommen wird. Das hat mich dazu gebracht, dass ich mir im Januar hundert FFP3-Masken für 90 Cent pro Stück gekauft habe. Ein solches Studium kann also durchaus nutzen. Was unsere Strategie für die Kommunikation in dieser Pandemie angeht, hat dieser vorausschauende Blick uns auch schon geholfen.

Ich führe ganz kurz aus, was wir bei funk machen, weil ich nicht genau weiß, ob ich eine Zielgruppe im Landtag habe. Wir haben ein Content-Netzwerk von ARD und ZDF für 14- bis 29-Jährige; das gibt es seit 2016. Wir sind ein medienneutral beauftragtes Unternehmen, das Inhalte für unsere Zielgruppe anbietet, entsprechend der Zielgruppengewohnheiten nicht im Radio und auch nicht im Fernsehen, sondern bei YouTube, Instagram, Facebook usw. Wir haben inzwischen rund 60 verschiedene Formate. Jedes Format hat dabei einen Ausspielweg, der primär besonders wichtig ist, zum Beispiel einen YouTube-Kanal.

Seit 2016 nutzen immerhin zwei Drittel unserer Zielgruppe unsere Inhalte. Wenn man die Gesamtsumme unserer Zielgruppen-Kontakte oder Downloads messen will, würde ich tippen: Wir haben im Moment ca. zwei Milliarden Abrufe unserer Videos pro Jahr. Das ist schon ordentlich, vor allen Dingen für die Zeitspanne, die wir existieren, sehr gut.

Für uns war die Coronapandemie dahin gehend eine Riesenherausforderung, dass unsere Zielgruppen aus meiner Perspektive heraus von dieser Pandemie superstark betroffen sind und die Veränderung der Lebenssituation sich in unseren Zielgruppen wirklich stark dargestellt hat. Die Leute gehen noch zur Schule, sie machen eine Ausbildung, sie studieren, sie suchen sich ihren Lebenspartner. Das alles hat aufgehört; für sie ist wirklich das ganze Leben zusammengebrochen. Wir haben das ganz direkt mitbekommen, da wir mit unseren Communities sehr stark im Austausch sind und über die Social Media sehr viele Rückkanäle haben. Sie müssen sich vorstellen: Wir haben 500.000 Kommentare über alle Plattformen, die wir pro Monat lesen, und an diesen Kommentaren kann man merken, dass es den Menschen richtig schlecht geht. Vor allen Dingen in den Lockdown-Zeiten sind die Suizidandrohungen, die wir über die Kommentare bekommen haben, explodiert.

Wir haben da richtig viel machen müssen, viel erklären müssen, viel geraderücken müssen, viel Kommunikation von öffentlichen Stellen begleiten müssen, erklären, einordnen müssen. Insbesondere in diesem Bereich, der in unserem Auftrag verhaftet ist – Orientierung, Information –, ist viel Verantwortung dazugekommen. Auch Unterhaltung ist bei uns sehr stark gestiegen, weil die Leute Ablenkung gebraucht haben. Das sind Mediennutzungsmuster, die man auch aus anderen Krisen kennt. Der Unterhaltungsbedarf steigt in solchen Zeiten stark an.

funk macht keine tagesaktuellen Nachrichten. Wir sehen diesen Bereich auch in unseren Zielgruppen durch Angebote wie die „Tagesschau“ und „ZDF heute“ gut abgedeckt. Wir verweisen im Zweifel oft auf die Kolleginnen, diese Angebote und die Inhalte.

Aber wie wichtig das, was wir machen, für unsere Zielgruppen ist, kann man daran ablesen, dass wir 2020 das erfolgreichste Video auf YouTube hatten. Es gab in Deutschland kein erfolgreicherer Video als das von maiLab mit dem Titel „Corona geht gerade erst los“, das sie relativ früh in der Pandemie gemacht hat. Ich kann mich daran erinnern: Ich bin am Folgetag in die Sitzung gekommen, und die Leute waren richtig deprimiert. Das hing damit zusammen, dass auch bei uns die Erkenntnis sich Bahn gebrochen hat, dass das sehr lange dauern wird. Auch unsere Mitarbeiter*innen sind selbst alle relativ jung und sehr stark durch die Einschränkungen in ihrem persönlichen Umfeld getroffen worden.

Wir haben darauf stark reagiert. Wir haben unser funk-Angebot zur Coronakrise erweitert. Wir haben am Anfang tägliche Livestreams gemacht. Wir haben eine YouTube-Playlist für Schüler*innen mit wissenswerten und unterhaltsamen Videos aufgestellt. Wir haben einen Lehrkräfte-Newsletter initiiert, in den wir Highlights der Woche hineingepackt haben, und in unseren ganzen Formaten sehr viele Inhalte zu dieser Thematik abgesetzt. Ob es das Y-Kollektiv war, die Formate „MrWissen2go“, „Dinge erklärt – Kurzgesagt“, „STRG_F“, „DIE DA OBEN!“, ein Politik-Format, überall wurde berichtet und eingeordnet.

Dieser einordnende Aspekt ist aus meiner Perspektive sehr wichtig. Wir haben auch festgestellt, dass es im Desinformationsbereich sehr viele Inhalte gab, die falsch waren, die aber Reichweite erzielt haben. Mein persönlicher Eindruck ist, dass die Kommunikation öffentlicher Stellen da ganz wesentliche Probleme hat; das hat Herr Hillje vorhin schon ein bisschen angedeutet. Ich nehme an, dass es daran liegt, dass die Multiplikatoren fehlen, ehrlich gesagt. Ich glaube, die Messages, die teilweise abgesetzt werden, dringen nicht in die Communities durch und noch weniger, habe ich den Eindruck, in unsere Zielgruppen durch. Das lernen wir auch aus Studien, die wir gerade bekommen, dass sich unsere Zielgruppen, also die Jungen, von der Politik noch stärker abgehängt fühlen, als es schon der Fall war, und dass das Thema Generationengerechtigkeit eine Rolle spielt.

Ich erinnere mich auch noch an eine Diskussion, ob die Jungen ganz besonders dazu beitragen, dass sich Corona ausbreitet, oder nicht. Aus unserer Perspektive war das damals tatsächlich unfair, weil wir ganz stark dieses Verantwortungsbewusstsein in unseren Zielgruppen wahrgenommen haben, auch die Bereitschaft, auf bestimmte Selbstverständlichkeiten im alltäglichen Leben zu verzichten. Ich glaube, dass da für unsere Gesellschaft ein sehr starker Spannungspunkt ist, dass wir mehr hinschauen müssen und dass es der Auftrag an Sie ist, ein besseres Verständnis für diese ganz jungen Zielgruppen zu erarbeiten und auch diese gut zu repräsentieren.

Vorsitzender Rainer Schmeltzer: Herzlichen Dank, Herr Schild. – Ich denke, in den drei Statements sind viele der Aspekte angesprochen worden, über die wir reden wollen, die auch in der damaligen Anhörung angesprochen wurden. Ich hatte eingangs gesagt: Das Zusammenwirken von Bund, Ländern und Kommunen spielt hier eine Rolle, aber sicherlich auch die Darstellung gegenüber den Bürgerinnen und Bürgern in unserem Land und die verschiedenen Wege. Das AstraZeneca-Beispiel von Herrn Professor Meyer-Falcke hat gezeigt: Auch der Zeitpunkt von Kommunikation ist wichtig.

Man muss außerdem immer in der Kette schauen: Wer nimmt welche Nachricht wie auf? Wie wertet er sie? Auch das hat etwas mit Kommunikation zu tun. Social Media sind angesprochen worden, auch die verschiedenen Darstellungsformen von Informationen. Ich will nicht vergessen, dass wir als Abgeordnete auch noch tägliche Lageberichte bekommen.

In die Richtung von Herrn Schild – ich habe es gerade extra noch einmal nachgeschaut –: Junge Leute bis zu einem Alter von 25 Jahren sind zurzeit diejenigen, die am meisten infiziert werden. Daher ist gerade hier Aufklärung in geeigneter Art und Weise sehr wichtig.

Wir machen jetzt eine erste Fragerunde. Wir sammeln die Fragen, sodass Sie nach der ersten Fragerunde alle drei die Möglichkeit haben, entsprechend zu antworten. Dann werden wir, wenn nötig, wovon ich ausgehe, noch eine zweite Fragerunde starten.

Als Erste hat sich Kollegin Lück gemeldet; anschließend ist Herr Kollege Schmitz an der Reihe.

Angela Lück (SPD): Liebe Kolleginnen und Kollegen! Ein ganz besonderes Dankeschön geht an unsere Experten, dass Sie uns heute zur Verfügung stehen.

Bei den Leitlinien, die der Landtag sich zur Begleitung dieser Pandemie gegeben hat, hat sich gezeigt, dass das Thema Kommunikation riesig ist. Gerade Ihre Schilderung, Herr Schild, hat das noch einmal deutlich gemacht, auch Ihre Anregung, eine andere Kommunikation zu wählen, wenn es um die Gruppe geht, die Sie ansprechen, Ihre Zielgruppe.

In den Gesprächen, die wir schon geführt haben, wurde die Kommunikation in verschiedene Bereiche aufgeteilt, und man muss sagen, dass es da Defizite gegeben hat. Aber wir wollen heute nach vorne schauen und die Dinge verbessern. Wir haben Sie heute ja auch eingeladen, um uns da die möglichen Weichenstellungen mitzugeben.

Es geht sicherlich zum einen um eine interne Kommunikation, wenn es um die politische Ebene geht: Wie ist die Kommunikation zwischen Bund, Ländern und Kommunen gewesen? Was kann da verbessert werden? Da haben wir schon Anregungen bekommen. Aber auch da war das Beispiel von Herrn Meyer-Falcke deutlich, dass die Kommunen angeführt haben, dass sie spät informiert worden sind, oft durch die Medien, sodass man sagen muss: Wir brauchen eine geordnete Kommunikation, wenn es um Dinge geht, die sich verändern, beispielsweise, ob ein Impfstoff noch angewendet werden kann oder nicht, ob Hallenbäder geschlossen werden dürfen oder müssen oder wie die Kommunen bei gewissen Inzidenzwerten handeln müssen.

Ich habe wahrgenommen, dass wir da eine andere Kommunikation brauchen. Da wäre es gut, von Ihnen zu erfahren, welche Wege und Möglichkeiten es gibt. Muss man beispielsweise eine Prioritätenliste haben, wenn es darum geht, Regelungen auf ministerieller Ebene umzusetzen? Das geht ja nicht nur bis auf die Kommunen zurück, sondern auch weiter an die Unternehmen und die Schulen. Wie geht man damit um, wenn verschiedene Ministerien unterschiedliche Dinge regeln wollen, wie es das auch

gegeben hat? Ist es da nicht sinnvoller, einen Krisenstab zu haben, von dem ausgehend alle sich an diese Erlasse oder Regelungen zu halten haben?

Ein großes Thema, mit dem Sie sicherlich auch vertraut sind, ist das Wording. Welche Wörter wurden kreiert, und wie mussten die Menschen damit umgehen, beispielsweise mit einem Verweilverbot oder mit einer nächtlichen Ausgangssperre? Das sind ja Wörter, die wir vorher nicht tagtäglich benutzt haben, die jetzt aber durch diese Pandemie deutlichen Einfluss auf unser Leben genommen haben. Waren das die richtigen Wörter? Wie gehen wir damit um?

Eine weitere Frage ist: Wie bekomme ich die Informationen dahin, wo ich sie haben muss und wo ich sie auch haben will? Stichwort: adressatengerechte Kommunikation. Welche Wege und welche Medien sind zu nutzen?

Sie sprachen es an: Nicht alle schauen regelmäßig die „Tagesschau“ oder lesen eine Tageszeitung. Wo muss man überall Rücksicht nehmen? In welchen Medien muss man präsent sein, um zielgerichtet Dinge zu transportieren?

Marco Schmitz (CDU): Herr Vorsitzender, liebe Kolleginnen und Kollegen! Sehr geehrte Herren Sachverständigen, vielen Dank auch vonseiten der CDU-Fraktion für die kurzgefassten Statements. Kollegin Lück hat schon vieles von dem vorweggenommen, was ich fragen wollte. Aber auf zwei Dinge möchte ich gerne noch eingehen; das geht vor allem an Herrn Schild und Herrn Hillje.

Gerade läuft das Pressebriefing des Gesundheitsministers zusammen mit Gernot Marx zum Thema „Wie geht es jetzt weiter mit Corona?“. Wir müssen ja einen formellen Weg finden, wie wir die Öffentlichkeit informieren. Wir machen das über Pressemitteilungen und über Pressebriefings oder Pressegespräche, wie eines gerade stattfindet. Ist es nicht Aufgabe des Rundfunks, der Medien, das dann an die eigene Zielgruppe zu übersetzen?

Es ist ganz sicher auch Aufgabe von uns als Abgeordneten. Aber wie soll die Regierung und wie soll das Land, die Kommune, der Bund das auf jede Zielgruppe herunterbrechen? Das ist ein bisschen ein Zwiespalt. Ist es nicht eigentlich die Aufgabe zum Beispiel von funk, die ja genau diese Zielgruppe hat, das so rüberzubringen, dass es machbar ist?

Herr Hillje, Sie haben vorgeschlagen, Mikro-Influencer einzusetzen und mit ihnen für die nicht impfwilligen Jugendlichen eine Kampagne zu machen. Das ist sicherlich eine gute Idee, aber ich stelle es mir schwierig vor. Sie haben dazu das Beispiel der Shisha-Bar gebracht. So etwas ist ja schon sehr weit heruntergebrochen. Ist es noch Aufgabe des Öffentlichen Gesundheitsdienstes – oder wer auch immer es machen soll –, das umzusetzen? Da bin ich noch ein bisschen im Zwiespalt, wer das am Ende machen soll, wessen Aufgabe das ist.

Susanne Schneider (FDP): Vielen Dank auch im Namen der FDP-Landtagsfraktion an die drei Herren für ihre Ausführungen, die recht kurz, aber doch ausführlich waren.

Ich habe eine Nachfrage an Herrn Professor Meyer-Falcke. Als Liberale ist mir das Thema Digitalisierung besonders wichtig. Das können wir natürlich auch zur Verbesserung der Kommunikation nutzen. Besser werden wollen wir ja immer; das sollte unser Anspruch sein.

Wir haben in Nordrhein-Westfalen die schönen Digitalen Modellregionen. Gibt es schon erste Erfahrungen, wie sich da die Kommunikation verbessern lässt oder ließt?

Mehrdad Mostofizadeh (GRÜNE): Auch von der GRÜNEN-Fraktion herzlichen Dank an die Sachverständigen für ihre Statements.

Ich möchte gern mit Herrn Professor Meyer-Falcke anfangen: Können Sie uns einen Abriss geben, wie zufrieden Sie mit der Strategie und Infrastruktur Stand jetzt sind?

Sie haben ja ein paar Punkte genannt. Zunächst zu SORMAS: Wann hatten Sie erstmalig als Landesregierung die Idee, sich um ein einheitliches System der Erfassung und Verteilung in Nordrhein-Westfalen zu kümmern? Wie weit ist man da?

Zweiter Punkt: Sie sprachen über die unterschiedlichen Zuständigkeiten, Stichwort: Impfchaos. Ich will gar keinen Rückblick machen, sondern wir haben ja ganz sicher eine dritte Impfphase vor uns. Gibt es vielleicht Überlegungen, das Impfen zentraler zu organisieren und die Zuständigkeiten zu bündeln?

Sie als CIO – so habe ich Sie eben verstanden – müssten ja im Prinzip die Landesregierung dahin gehend beraten, dass es einheitlich funktioniert, und die Hinweise geben. Wenn man dem nicht folgt, ist das nicht Ihr Verschulden. Aber ich habe es so verstanden, dass viele Dinge durch eine Mehrstimmigkeit und durch unterschiedliche Systeme nicht funktionieren, indem man nicht miteinander kommunizieren kann.

Wir hatten ja eine Erfassungs-App, die Luca-App, die ganz modern zu sein schien, aber offensichtlich auch nach Auskünften der Landesregierung zumindest störanfällig und problematisch ist, was die Datenübermittlung anbetrifft.

Kollege Schmitz hat gefragt: Wessen Aufgabe ist es? Daran anknüpfend möchte ich Sie noch konkreter fragen: Halten Sie es für eine Aufgabe der Landesregierung und aller im Gesundheitssystem Kommunizierenden, dass wir eine Strategie entwickeln, mit der die Informationen, die zu den verschiedenen Bevölkerungsgruppen kommen müssen, auch dort ankommen? Ich will Sie jetzt nicht mit unterschiedlichen Aussagen der Landesregierung belasten, die sich widersprochen haben. Es ist immer einfach, im Nachhinein schlauer zu sein.

Da würde ich lieber noch Fragen an Herrn Hillje und Herrn Schild richten. Besonders Herr Hillje hat ausgeführt: Wir müssen verständlich und authentisch argumentieren. Dazu müssen wir aber auch die Kommunikation klarhaben: Was wollen wir denn weitergeben? Sie haben das mit einem Wertekanon verknüpft.

Ich habe auch Kinder im Alter zwischen 21 und 25, die also noch ein bisschen in Ihre Zielgruppe passen, Herr Schild, die aber ganz unterschiedlich darauf reagieren. Deswegen habe ich die Frage: Wie finden wir das denn heraus? Wie finden wir auch die Ansprachepunkte heraus? Denn einfach nur zu fragen: „Warum macht ihr es denn

nicht?“, mag ein, zwei Tage einen selbst entlasten, aber hilft am Ende des Tages nicht weiter, wenn wir wissen wollen, wie wir es machen sollen.

Sicherlich haben wir ganz viele Fehler gemacht. Es gab unsinnige Verbote, wie zum Beispiel Kinderspielplätze zu schließen oder so etwas; das können wir jetzt alles sagen. Aber wenn wir eine positive Kommunikation haben wollen, müsste man sich ja fragen: Wo möchte diese Generation denn hin? Deswegen richte ich die schlichte Frage an Sie beide: Haben Sie Informationen, wo sie hinwill?

Zweitens. Wie erreichen wir sie mit einer Botschaft, die einen Umgang mit der Pandemie, in welcher Form auch immer, ermöglicht?

Eine letzte Frage habe ich noch an Sie beide, weil mir zumindest in den jetzigen Tagen die klarste Kommunikation das zu sein scheint, was Baden-Württemberg versucht. Da sagt man, aufbauend auf einer klaren und aus meiner Sicht nachvollziehbaren Schutzstrategie, dieser 3G-Strategie: Die Innenräume sind unser Problem; deswegen müssen wir dort in besonderer Weise schützen.

Vielleicht gehen sie auch noch ein Schritt weiter, was 3G oder 2G angeht; das will ich jetzt gar nicht bewerten. Aber das scheint mir einigermaßen nachvollziehbar zu sein. Scheint das für Sie beide auch eine Möglichkeit zu sein, dort klarer und nachvollziehbar die Teilschritte ableiten zu können? Oder ist das auch nur wieder ein Versuch, den man sich anschauen muss und der in der Kommunikation erst im Nachhinein zu bewerten ist?

Dr. Martin Vincentz (AfD): Auch ich möchte mich zunächst einmal für Ihre Ausführungen bedanken.

Eine Frage habe ich an Herrn Professor Meyer-Falcke. Sie waren, wenn ich das richtig präsent habe, vor Ihrer neuen Aufgabe Gesundheitsdezernent. Daher ist Gesundheitskommunikation kein Neuland für Sie. Inwieweit hat sich im Rahmen der Coronapandemie diese Kommunikation geändert, auch die Kommunikation zu jüngeren Zielgruppen, was das Gesundheitsverhalten angeht? Kommunikation zu „sexually transmitted diseases“ gibt es ja seit sehr langer Zeit schon. Was hat sich geändert? Welche neuen Anspruchsprofile sind dazugekommen? Was kann man demnächst in einer Phase, in der das Coronavirus weniger wichtig ist, mitnehmen, um ein anderes Gesundheitsverhalten besser zu transportieren oder anders zu kommunizieren?

An Herrn Schild: Die Formate von funk haben sich in meiner Wahrnehmung teilweise sehr, um es modern zu sagen, „edgy“ positioniert. Sie haben in einem laufenden wissenschaftlichen Diskurs klar Stellung bezogen. Sie haben gerade skizziert: Sie kommen selber aus der Naturwissenschaft. Ich kann mir durchaus vorstellen, dass das nicht immer eine einfache Entscheidung ist bzw. es schwierig ist, auf der einen Seite dem Anspruch des Öffentlich-Rechtlichen, auf der anderen Seite dem moderneren, auch vom Ton her, Influencertum gerecht zu werden. Wie ist dieser Entscheidungsprozess im Einzelnen gelaufen? Wie kam es dazu, dass Sie in einer wissenschaftlichen Diskussion, die aus meiner Sicht und aus der Sicht von vielen anderen an vielen Stellen gar nicht wirklich entschieden war, klar Stellung bezogen haben? Ich habe in einigen Ihrer Formate sehr klare Botschaften gesehen. Ich glaube, einige meiner Partei-

freunde werden da schon wieder sehr laut geschraubt haben; deswegen frage ich Sie das an dieser Stelle.

Carina Gödecke (SPD): Je länger ich Ihren Fragen zuhöre und nachdem ich Ihren Eingangsstatements gefolgt bin, bin ich ganz unsicher. Ich will eine sehr generelle Frage stellen. Wir alle nehmen das Wort „Kommunikation“ in den Mund, aber reden wir nicht einfach über eine Informationsweitergabe?

Ausgangspunkt für den heutigen Tagesordnungspunkt war ja eher ein nicht abgestimmtes, ein nicht koordiniertes Vorgehen unterschiedlicher staatlicher Ebenen, das dann zu riesigen Informationsweitergabeproblemen geführt hat. Vielleicht kann man daraus den Schluss ziehen, dass bei einer besseren Vorabkommunikation und einer Abstimmung zwischen den Ebenen auch die Informationsweitergabe besser gewesen wäre.

Meine Frage ist also wirklich sehr grundsätzlicher Art, weil wir hier ja nicht über Werbestrategien und auch nicht über das Vermarkten von guten Botschaften oder weniger guten Botschaften reden, sondern wir reden ja darüber, dass wir mit dem, was wir politisch entscheiden, direkt in das Verhalten von Menschen eingreifen.

Das, was wir gerade miteinander besprechen, wenn wir inhaltlich reden, könnte ja schon wieder obsolet sein, weil der Minister gerade vor der Presse ist.

Um die sehr allgemeine Frage noch mal zu erläutern: Unsere Aufgabe als Begleitgremium besteht auch darin, anlassunabhängig Grundmuster zu erkennen und Grundmuster gemeinsam festzuhalten, die uns in künftigen Situationen, die man als Krisensituationen bezeichnen könnte, ein besserer koordiniertes Verhalten der staatlichen Stellen ermöglichen. Wenn es nur um das bessere Verkaufen von Informationen ginge, dann hätte ich ganz andere Fragen. Aber ich glaube, darum geht es gar nicht.

Deshalb bin ich Ihnen sehr dankbar, dass Sie Message und Messenger auseinandergehalten haben; das ist ja gerade für die Politik extrem wichtig, macht aber noch einmal deutlich, was ich gefragt habe.

Ich bin auch Ihnen, Herr Schild, sehr dankbar dafür, dass Sie für mich deutlich gemacht haben, dass wir selbst bei einer koordiniert erarbeiteten Botschaft ganz unterschiedliche Zielgruppen haben, die nicht nur über unterschiedliche Ansprachen, sondern auch nur über unterschiedliche Kanäle erreicht werden können, und wir uns darüber unterhalten sollten, welche Ebene für welchen Senderkanal zuständig und verantwortlich ist. Deshalb fand ich das Beispiel der Shisha-Bar zwar für mich als über 60-Jährige ein Stückchen befremdlich, aber überaus nachvollziehbar; das ist gar keine Frage. Ich bin Ihnen auch sehr dankbar dafür.

Vorsitzender Rainer Schmelzer: Das war eine Vielzahl von Fragen. Sie haben jetzt alle drei die Möglichkeit, darauf vollumfänglich zu antworten. Ich bin mir relativ sicher, wie ich es eingangs schon gesagt habe, dass sich daraus noch weitere Fragen ergeben werden. – Herr Professor Meyer-Falcke, Sie haben als Erstes das Wort. Bitte schön.

Prof. Dr. Andreas Meyer-Falcke (Beauftragter für Informationstechnik bei der Landesregierung [CIO]): Meine Damen und Herren, ich habe mir ganz viel mitgeschrieben. Ich versuche, alle Fragen, die gestellt wurden, zu beantworten. Wenn ich etwas vergessen sollte, ist es keine Böswilligkeit; dann erinnern Sie mich bitte einfach noch mal daran. Dann werde ich das selbstverständlich nachholen.

Ich fange mal bei dem an, was Frau Abgeordnete Gödecke gesagt hat. Sie plädierten für eine vorherige Abstimmung. Jetzt kommt genau die Problematik, dass wir uns in einer Krisensituation befinden. Mit wem will ich wann was abstimmen? Deswegen habe ich am Anfang bewusst die Vielfalt aufgezeigt.

Ich will mich da gar nicht rausziehen, aber es macht es komplizierter, wenn ich diese unterschiedlichen Player berücksichtige, die ich dann alle mit in eine Vorabstimmung einbeziehen müsste. Sie müssten die Bundesländer, mindestens 11.000 Kommunen in Deutschland, die entsprechenden Player auf der ärztlichen Selbstverwaltungsebene etc. pp., viel mehr, als ich jetzt gerade sage, in eine Vorabstimmung einbeziehen. Das ginge digital gestützt, indem Sie irgendwo eine Plattform machen, wie sie bei uns in Nordrhein-Westfalen sich „NRW connect extern“ nennt.

Ob das tatsächlich dazu führt, dass wirklich 11.000 eingestellte Dokumente gelesen werden und das alles in einer Mikrosekundenschnelligkeit gewährleistet ist, in der ja tatsächlich Kommunikation – nicht Information, sondern Kommunikation – im Bereich der Social Media stattfindet – ich schreibe etwas rein, und während ich noch schreibe, bekomme ich die ersten Kommentare –, ist nicht sicher. Das lässt sich damit aus meiner Sicht nur ausgesprochen schwer in den Griff bekommen.

Ich versuche aber trotzdem noch mal, eine Antwort zum Thema Digitalisierung zu geben, die ich letztes Mal schon mal gegeben habe. Der Abgeordnete Mostofizadeh hat es schon gesagt: Ich bin für Digitalisierung zuständig. Beim letzten Mal habe ich darauf hingewiesen: Digitalisierung ist etwas, was völlig quer zu allen anderen Politikfeldern liegt; das liegt einfach in der Natur der Sache. Bei der Gesundheit haben wir dasselbe in Grün. Sie haben das vorhin, Herr Abgeordneter Vincentz, angesprochen. Als Gesundheitsdezernent in Düsseldorf hatte ich das Gleiche in Grün. Gesundheit ist ein Querschnittsthema. Das macht es auf der einen Seite spannend, auf der anderen Seite aber kommunikativ noch schwieriger, weil so viele beteiligt sind. Das gilt auf kommunaler Ebene genauso wie auf Landes- oder auf Bundesebene.

Trotzdem wäre es ja denkbar, dass ich, was mein Informations- und Kommunikationsverhalten angeht, viel häufiger auf Themenbezug gehe und sage: Ich will das Themenfeld Gesundheit kommunizieren, egal, wer gerade den Hut in diesem Themenfeld aufhat, und einige mich dann auf bestimmte Kommunikationsleitplanken oder -richtungen.

Meine Anregung ist, von „ich bin der Zuständige für einen bestimmten Teilaspekt“ wegzukommen. Dem Bürger, der Bürgerin, den Unternehmen, wem auch immer, ist wahrscheinlich relativ egal, wer auf kommunaler Ebene für eine bestimmte Frage zuständig ist, oder ob es das Land ist oder sogar der Bund oder die Europäische Union; die haben wir bislang ja immer noch außen vor gelassen. Das wäre eine spannende Sicht auf Kommunikation.

Sie hatten mich vorhin, Herr Abgeordneter Vincentz, gefragt, was ich als Gesundheitsdezernent im Bereich Gesundheit getan habe. Hier sitzen ja zwei Düsseldorfer Landtagsabgeordnete. Ich glaube schon, dass ich in den acht Jahren das Themenfeld Gesundheit – Achtung: das Themenfeld Gesundheit – kommuniziert habe und auch so besetzt habe, dass klar war, worum es geht. Aber da ging es um Gesundheit.

Wir reden jetzt, wenn wir ganz ehrlich sind, momentan über Krankheitsbewältigungskommunikation. Das ist ein Unterpunkt von Gesundheit; insofern hätte ich sicherlich in der jetzigen Situation vieles noch dazulernen müssen, indem ich sage: Ich kommuniziere nicht über Gesundheit, sondern ich kommuniziere letztendlich auch über Krankheit.

Das mag sich für den einen Zuhörer oder die andere ZuhörerIn spitzfindig anhören, aber es ist eine unterschiedliche Aussage, ob ich von dem Schönen und Guten und Tollen rede, wie schön es ist, gesund zu sein und durch Sport, durch Ernährung, durch was auch immer gesund weiter leben zu können, auch durch Fahrradfahren, oder ob ich über Dinge wie „du musst das und das tun, damit du nicht noch kränker wirst“ und Krankenhausbettenbelegung rede.

Da merkt man schon – das ist vorhin angesprochen worden –: Es sind andere Inhalte der Botschaft. Das wird ja auch kommuniziert. Es hört sich so an, als wenn es keiner täte. Das tut man momentan auf kommunaler Ebene sicherlich. Aber das wäre so ein Punkt; da wäre mein Kommunikationsverhalten sicherlich ein anderes geworden.

Der Abgeordnete Mostofizadeh hat SORMAS und Luca angesprochen. Ich würde gerne auf IRIS abschwenken, möchte aber auch noch etwas zu Luca sagen. Bei beiden möchte ich einen Schlenker zu dem machen, was der Abgeordnete Schmitz gefragt hat, nämlich zu zielgruppenspezifischer Kommunikation.

Sowohl Luca von Smudo und den Fantastischen Vier als auch ein Konkurrenzunternehmen namens recover aus Köln mit Eko Fresh haben gesagt: Jene, die Kontaktnachverfolgungs-Apps nutzen, sind unter anderem junge Menschen, noch dazu in der Phase, als viele von ihnen gar nicht geimpft werden konnten. Um sie für die Kontaktnachverfolgung zu gewinnen, brauche ich aber auch eine zielgruppenspezifische Ansprache. Nur um das deutlich zu machen: Es wird tatsächlich an diesen Stellen auch genutzt.

Dass parallel dazu – jetzt bin ich bei Ihrer Frage – die Installierung und dann auch die Nutzung – das ist der erste Punkt zu SORMAS – sich so lange hinziehen, beunruhigt uns selber. Das zeigt nur – ich glaube, das kann man so deutlich sagen –, wie komplex tatsächlich die Zuständigkeiten sind, über die wir gesprochen haben.

Jetzt können Sie mal überlegen, wer in diesem Raum vor Corona gewusst hat, dass es SORMAS gibt. SORMAS gibt es seit 2015 oder 2016; es ist aus ganz anderen Gründen erfunden worden. Das haben Profis gekannt, Profis im Sinne von Epidemiologen, vielleicht auch ein paar Virologen, aber insbesondere das Helmholtz-Zentrum für Infektionsforschung, das SORMAS entwickelt hat.

Dass es SORMAS auch im Bereich Pandemiemanagement gibt, ist relativ zügig Ende des letzten Jahres ins Bewusstsein aller gedrungen. Sie können sich vielleicht erin-

nen, dass die Ministerpräsidenten- und Ministerpräsidentinnenkonferenz bei der Bundeskanzlerin – im November, glaube ich, war es – den Beschluss gefasst hat, SORMAS in allen Gesundheitsämtern einzuführen.

Jetzt kommt das, was ich in meinem Eingangsstatement schon gesagt habe: Ja, es ist richtig, dass es ein Gremium ist, in dem auf der Bundesebene eingesteuert wurde, dass man gerne SORMAS eingeführt hätte. Der Bund ist aber nicht zuständig für die Gesundheitsämter. Dann ist das an die Länder delegiert worden. Die Länder sind aber letztendlich auch nicht für die Gesundheitsämter zuständig, sondern die Kommunen. Es hat also relativ lange gedauert, bis die Installation von SORMAS in den Gesundheitsämtern abgeschlossen war.

Aber die Gesundheitsämter haben jetzt SORMAS. SORMAS in der Variante X, die mittlerweile vorliegt, wird ungefähr von der Hälfte der Gesundheitsämter in Nordrhein-Westfalen genutzt. Aber es gibt einen entsprechenden Erlass des MAGS – Abteilungsleiter Herrmann sitzt ja da hinten –, der die Kommunen auffordert, bis Ende September nicht nur SORMAS zu installieren, sondern SORMAS in der Variante X zu nutzen – „X“ steht für „Exchange“ –, damit der Austausch zwischen den Kommunen tatsächlich stattfinden kann.

Es würde jetzt zu weit führen, Ihnen zu erläutern, warum die Kommunen insbesondere in den letzten acht, neun Monaten gesagt haben, sie kommen momentan nicht dazu. Sie haben sich ja gar nicht gesträubt, sondern gesagt, sie kommen nicht dazu. Der Grund war das Pandemiegeschehen. Das Pandemiegeschehen hat sich ja momentan relativ beruhigt. Deswegen hat sich die Landesregierung auch entschieden, zu sagen: Dann nutzen wir jetzt diese Phase; führt SORMAS nicht nur ein, sondern nutzt es auch tatsächlich.

Schneller ist es bei IRIS gegangen. IRIS ist die Software, die alle Corona-Kontaktpersonennachverfolgungs-Apps bündelt. Eine davon ist vorhin schon genannt worden, Luca. Aber es gibt in Deutschland eben nicht nur Luca; es gibt noch ungefähr 60 andere entsprechende Softwareprodukte. Wir haben uns darauf verständigt – die Landesregierung hat es entsprechend beschlossen –: Wir nutzen eine Variante, die sich IRIS nennt; das ist ein sogenanntes Gateway, das es allen Entwicklern von Corona-Kontaktpersonennachverfolgungs-Apps, die auf dem Markt sind und sich an IRIS anschließen, ermöglicht, darüber mit den Gesundheitsämtern zu kommunizieren.

Der Prozess des Ausrollens in die Gesundheitsämter läuft gerade. Der Prozess ist hoffentlich in den nächsten drei Wochen, im Grunde genommen zeitgleich mit SORMAS, abgeschlossen.

Dieser Prozess ist ein gutes Beispiel dafür, wie wir mit der Start-up-Szene an dieser Stelle zusammengearbeitet haben. Wir haben ihn in Nordrhein-Westfalen aber auch selbst in der Hand gehabt. Sie wissen, dass SORMAS eine Bundesentwicklung ist. Damit bin ich wieder bei meinen Zuständigkeitsausführungen von ganz am Anfang.

Zur Zuständigkeit beim Impfen, Herr Abgeordneter Mostofizadeh, müssten Sie Herrn Abteilungsleiter Herrmann oder einen Vertreter des MAGS fragen, denn die Grenzen der Zuständigkeit des für Digitalisierung Zuständigen liegen in der fachlichen Digitalisierung. Für die jeweilige fachliche Digitalisierung sind die Fachressorts zuständig. Ich

wäre zuständig für die Binnendigitalisierung der Verwaltung und dafür, die dortigen Rahmenbedingungen sicherzustellen, also E-Akte, E-Laufmappe, Service-Konto etc., und die Verbindungen zur kommunalen Familie bzw. zum Bund.

Frau Abgeordnete Schneider hatte mich gebeten, aus Erfahrungen zu den Digitalen Modellregionen zu berichten. Einer der Punkte, über die wir uns sehr vertieft mit der kommunalen Familie ausgetauscht haben, in diesem Fall mit den 14 ausgewählten Modellkommunen, war tatsächlich die Kommunikation, durchaus auch vor dem Hintergrund dessen, was Frau Abgeordnete Gödecke gesagt hat: nicht die Information, sondern die Kommunikation. Es ging also um das Fördern des Austausches auf Augenhöhe zwischen den Kommunen und mit uns, also nicht um den verwaltungshierarchischen Aufbau „ich, Land, und du, Kommune“, sondern wir beide zusammen, Land und Kommunen, sind diejenigen, die sich austauschen.

Das mag sich für den einen oder die andere überraschend anhören, aber das ist einer der ganz großen Vorzüge in der Coronasituation geworden. Mir als Arzt fällt es natürlich schwer, zu sagen, es gibt überhaupt etwas Positives an einer Krankheit. Aber beim Umgang damit ist tatsächlich viel Positives entstanden. Das setzt Vertrauen voraus, nämlich dass ich in einer Runde mit 14 oder 15 anderen mich tatsächlich traue, zu sagen: Ich habe etwas ausprobiert, und das ist schiefgegangen. Oder aber: Ich habe etwas ausprobiert, ich mache etwas; das kannst du gerne haben, und wir können es gemeinsam weiterentwickeln.

Das ist also ein bisschen das, was man auch von uns immer wieder fordert: Seid doch etwas agiler, so wie die Start-ups. – Das hat die kommunale Familie mit uns zusammen tatsächlich gemacht. Auch diese Kommunikation ist natürlich digital gestützt, erfolgt aber gleichzeitig auf klassische Art und Weise, indem man sich ausgetauscht hat und sozusagen in die Augen geschaut und miteinander geredet hat und eben nicht das Modell genommen hat, von dem ich vorhin gesprochen habe, was natürlich denkbar wäre, nämlich zu sagen: Ich mache einfach eine Plattform und stelle da Informationen rein; dann werdet damit glücklich.

Der Austausch fand vielmehr im gegenseitigen vertrauensvollen Gespräch statt; daraus ist der Mehrwert entstanden. Daraus ist dann entstanden: Was kann ich eigentlich in der Kommune X oder Y tun, was in der Kommune A oder B bereits ausprobiert worden ist?

Zum Abgeordneten Schmitz habe ich vorhin schon etwas zum zielgruppenspezifischen Kommunizieren gesagt. Es ist ja nicht so, dass die Landesregierung an vielen Stellen nicht zielgruppenspezifisch kommunizieren würde, ganz im Gegenteil. Ich muss ja nur unser eigenes Haus anschauen: Wir kommunizieren auf Twitter, auf Instagram. Ich komme gerade aus einer Aufzeichnung für einen YouTube-Kanal. Das sind alles natürlich zielgruppenspezifische Ansätze neben dem klassischen Ansatz: Ich schreibe eine Pressemitteilung und hoffe, dass die Presse aus der Pressemitteilung heraus wiederum ihre Zielgruppe entsprechend adressiert.

Eine letzte Bemerkung noch zur Frau Abgeordneten Lück: Ich verstehe den Wunsch vieler, gerade in dieser Situation, einheitliche Regelungen zu haben. Ich mache das

mal am Beispiel der Schwimmbäder fest. Sie hatten das Beispiel des Schwimmbades ja selber angeführt.

Wir hatten in unseren Digitalen Modellregionen, zu denen mich Frau Abgeordnete Schneider vorhin gefragt hat, durchaus auch Kommunen, die Schwimmbäder geöffnet haben. Aber es ist eben ein Unterschied, ob ich im ländlichen Raum ein 25-Meter-Becken mit einer dazugehörigen Liegewiese öffnen will oder wie der Abgeordnete Mostofizadeh und ich in Essen das Grugabad mit einem riesigen Wellenbecken, einem 50-Meter-Sportbecken und Zehntausenden von Quadratmetern Liegefläche.

Wenn man hier eine einheitliche Regelung treffen möchte, geht es auch um die Frage der kommunalen Selbstverwaltung: Kann ich einem Landrat, einem Bürgermeister, einem Oberbürgermeister vorschreiben, was er in seinem Bereich zu tun hat? Ich verstehe das Anliegen. Es gibt aber gewisse Grenzen, sodass ich jeweils im Einzelfall immer wieder entscheiden müsste. Das macht es, wie gesagt, ausgesprochen schwierig.

Gestatten Sie mir eine allerletzte Bemerkung, weil Sie gefragt haben: Wie ist denn die Abstimmung innerhalb der Landesregierung zwischen den Ressorts?

Das muss ich, glaube ich, in dieser Runde nicht noch einmal vertieft sagen: Dafür gibt es die Staatskanzlei, die an diesen Stellen die kommunikativen Geschicke in der Hand hält, und ansonsten jedes Fachressort, das in seinen Zuständigkeiten genauso kommuniziert oder informiert, wie mein zuständiger Digitalminister es über seine Zuständigkeiten tut.

Vorsitzender Rainer Schmeltzer: Herzlichen Dank, Herr Professor Meyer-Falcke. Ganz am Anfang Ihrer Ausführungen sagten Sie als Beispielsatz: Du musst das und das tun, um nicht kränker zu werden. – Ich glaube, das hätte mich persönlich in den letzten zweieinhalb Monaten nicht angesprochen. Der Satz „Du musst das und das tun, um gesund zu werden“ hat mich mehr aufgebaut.

Als Nächstem gebe ich Herrn Hillje das Wort. – Bitte schön.

Johannes Hillje (Politik- und Kommunikationsberater [per Video zugeschaltet]): Vielen Dank für die Fragen. Ich werde versuchen, mich durch die verschiedenen Punkte zu arbeiten, und zumindest einen Großteil der Punkte auch zu beantworten.

Als erster Punkt eignet sich ganz gut, was Herr Schmitz angesprochen hat; er hat nach dem Verhältnis zwischen Presse und der Kommunikation von öffentlichen Institutionen und nach unterschiedlichen Zuständigkeiten gefragt. Ich glaube, uns ist allen klar, dass in der sozusagen demokratischen Öffentlichkeit Presse und die politische Kommunikation oder auch PR von Institutionen unterschiedliche Aufgaben haben. Presse sollte zuvörderst informieren, unabhängige Informationen liefern, natürlich Dinge auch einordnen. Aber Presse will nicht unbedingt – so verstehe ich das journalistische Ethos – überzeugen.

Bei der Coronakommunikation geht es ja auch ganz stark darum, die Menschen von einer bestimmten Sache zu überzeugen. Bei fast keinem anderen Thema hängt der

Erfolg von Politik so sehr vom Mitmachen der Bevölkerung ab. Das kann das Impfen sein; das kann die Einhaltung der Coronaschutzmaßnahmen sein usw.

Das heißt, Sie müssen die Menschen von der Richtigkeit dieser Maßnahmen und Regeln überzeugen. Das wird die Presse nicht unbedingt für Sie erledigen. Das ist vielleicht gar nicht so sehr Aufgabe Ihrer Presseabteilung allein; Sie haben ja auch in den Institutionen Zuständige, die die Pressemitteilungen schreiben, andere Zuständige, die eine Form von Öffentlichkeitsarbeit machen. Das ist die klassische Unterteilung, die man in den Kommunikationsabteilungen einmal hatte. Heute ist das alles viel integrierter, weil Sie im Grunde versuchen, gleiche Botschaften über mehrere Kanäle zu setzen. Aber die klassische Aufteilung war immer Presse- und Öffentlichkeitsarbeit bzw. die Unterscheidung, und das zeigt ganz gut, dass es beides gibt. Beides ist meines Erachtens auch notwendig.

Darüber, was die Presse aus Ihren Pressemitteilungen am Ende macht, haben Sie wenig Kontrolle. Sie haben mehr Kontrolle darüber, wenn Sie direkt an die Menschen kommunizieren, und das tun Sie über die Kanäle, die Ihnen direkt zur Verfügung stehen.

Sie haben auch angesprochen, wie kleinteilig das sein kann. Ich hatte vorhin die Mikro-Influencer angesprochen. Das ist sicher nicht unbedingt die Aufgabe einer Landesregierung. Aber man muss sich schon klarmachen, dass in diesem sozialen Kontext sehr viel überzeugender kommuniziert werden kann als über eine Form von eher anonymen Medien.

Ich mache auch viel Persuasionsforschung, gerade im Wahlkampfkontext. Da kann ich noch ein kleines Beispiel geben. Sie alle machen gerade sicher auch so etwas wie Haustürbesuche und Haustürwahlkampf bei den Wählerinnen und Wählern; die Bundestagswahl steht vor der Tür. Das machen Sie deshalb bzw. die Parteizentralen raten es Ihnen auch, weil wir aus der Wahlkampfforschung wissen, dass Sie einen Menschen viel eher von Angesicht zu Angesicht, im persönlichen Gespräch informieren oder überzeugen können, als wenn Sie diesem Menschen einen Facebook-Post entgegenbringen und im Grunde über eine Maschine mit Menschen kommunizieren.

Was ich sagen will, ist: Es ist nicht unbedingt Ihre Aufgabe als Landesregierung, in diese lokalen Kontexte zu gehen, aber Sie sollten meines Erachtens zumindest die kommunale Ebene darin bestärken, solche Aktivitäten und solche Akteure aus dem lokalen Kontext einzubinden, mindestens aber – ich weiß nicht, wie Sie da genau mit den kommunalen Ebenen zusammenarbeiten – Mittel und Wissen zur Verfügung stellen, wie dort Mikro-Influencer auch im analogen Rahmen genutzt werden können.

Es wurde viel zur richtigen Ansprache und zum richtigen Kanal gefragt. Grundsätzlich muss man Zielgruppenforschung machen, bevor man überhaupt seine Kommunikationsmaßnahmen ausrollt. Ich nehme noch mal das Beispiel Wahlkampf, weil das gerade allen vermutlich präsent ist. In der Regel bilden die Parteien und die Kandidaten Fokusgruppen mit den Wählerinnen und Wählern, bei denen sie davon ausgehen, dass sie noch zu überzeugen sind, potenzielle Wechselwähler also.

In solchen Fokusgruppen will man ganz genau herausfinden: Was denken sie eigentlich über die Partei, über den Kandidaten? Was sind die Stellschrauben, an denen man

kommunikativ arbeiten muss, um diese Menschen noch zu überzeugen? Dann gibt es Umfrageinstrumente usw.; Sie kennen das alles.

Das müssen Sie gar nicht unbedingt alles in Auftrag geben, damit Sie Ihre Kommunikation besser an die Zielgruppe anpassen können. Ich hatte vorhin schon die COSMO-Studie der Uni Erfurt angesprochen. Es gibt ja schon allerhand Daten, die Ihnen Einstellungen unterschiedlicher Altersgruppen zur Coronathematik liefern. Es ist wichtig, sie in Betracht zu ziehen; sie werden auch regelmäßig neu publiziert und neu erhoben. Es ist wichtig, da am Ball zu bleiben und zu wissen, welche Einstellungen bestimmte Altersgruppen haben.

Das Gleiche gilt für das Mediennutzungsverhalten. Das Medienverhalten ist extrem fragmentiert; das haben Sie auch schon angesprochen. Sie erreichen nicht mehr alle über die „Tagesschau“ oder über eine Tageszeitung. Gerade junge Menschen – Herr Schild weiß das besser – nutzen Social Media, nutzen Messenger usw., um zu kommunizieren.

Ich will dazu nur sagen: Es reicht nicht unbedingt, bei Instagram oder YouTube nur zu sein und zu kommunizieren. Sie müssen da auch schon die richtigen Leute erreichen. Ich merke immer wieder, wie Institutionen, Parteien und einzelne Politiker sehr viel Geld und Ressourcen in die Produktion von zum Teil im Grunde sehr gut gemachten Inhalten stecken. Aber dann wird der letzte Schritt nicht mehr gemacht, nämlich dass diese Kommunikationsprodukte auch die Zielgruppe erreichen. Die Kanäle, die Sie aufgesetzt haben – als Landtag, als Landesregierung, vielleicht auch als Fraktion –, haben natürlich ein bestimmtes Publikum, aber Sie müssen schon schauen, dass das auch wirklich die Leute erreicht, für die Sie diese Botschaften und Kommunikationsmaterialien gemacht haben.

Da ist möglicherweise noch etwas Budget notwendig, um über ein bestimmtes Marketing, das auf diesen Plattformen auch möglich ist, auch über ein sehr feines Targeting – man kann die Zielgruppen zum Beispiel über geografische Merkmale, Alter usw. sehr spezifisch festlegen – die Zielgruppen, die Sie überzeugen wollen, sehr gut zu erreichen.

Zur Nachvollziehbarkeit wurde gefragt, wie ich das mit der 3G-Regel in Baden-Württemberg einschätze. Ich glaube, dass das eine recht gelungene, weil nachvollziehbare und verständliche Kommunikation und Regel ist, weil es so etwas wie eine Heuristik ist. Kommunikation ist vor allem dann nachvollziehbar, wenn sie Menschen eine Heuristik liefert, also eine Regel, einen Ansatz, wie sie sich schnell erklären können, was handlungsleitend ist. Diese 3G-Regel ist das, weil ganz klar definiert ist, was diese drei Gs sind. Man kann sich fragen: Erfülle ich eines der drei Gs? Dann weiß ich, wie ich mich verhalten kann.

Solche Heuristiken, also kognitive Hilfsmittel, mit denen ich schnell eine Übersetzung von Regeln in meinen Lebensalltag finde, haben wir bisher in der Coronakommunikation sehr wenig gehabt. Ich erinnere an die Debatte um Stufenpläne. Da saß – ich will ihn jetzt nicht persönlich diskreditieren; es war einfach seine Aufgabe – Oberbürgermeister Müller aus Berlin nach einer MPK in einer Pressekonferenz und hat einen Stufenplan in die Kamera gehalten. Dieser Stufenplan war in Schriftgröße zwölf

ausgedruckt, damit überhaupt alles auf ein A4-Blatt passte, was dieser Stufenplan enthielt. Er war eben nicht das, was ich gerade beschrieben habe, so etwas wie eine Heuristik, eine Anleitung für Menschen, wie sie sich verhalten können. Es war nicht verständlich.

In anderen europäischen Ländern, auch in einigen Bundesländern, gab es so etwas wie die Coronaampel: drei Stufen. Eine Ampel ist tatsächlich eine recht geeignete Heuristik, weil Menschen sie aus ihrem Lebensalltag kennen. Sie wissen, was die drei Farben bedeuten. Die Symbolik einer Ampel ist allgemein verständlich. Diese Form der Heuristiken haben wir in der Coronakommunikation meines Erachtens sehr unzureichend gehabt. Das sehe ich jetzt im Ansatz in dieser 3G-Regel in Baden-Württemberg. Ich glaube, man muss mehr von diesen vereinfachten Konzepten und Formeln in der Kommunikation haben, damit Menschen wirklich wissen, wie sie sich verhalten können.

Es wurde gefragt, welche Begriffe funktionieren oder nicht funktionieren haben. Da muss man sozusagen als theoretische Vorbemerkung vorschreiben: Begriffe aktivieren bei Menschen im Gehirn immer einen Deutungsrahmen. Wir sprechen in diesem Zusammenhang auch von Framing. Das Framing, das bei vielen der Begriffe aktiviert wurde, die ich gehört habe, war meines Erachtens etwas fehlgeleitet. Sie haben gerade selbst Begriffe angesprochen wie „nächtliche Ausgangssperre“ und „Verweildauer“. Ich würde auch noch den Begriff „Lockdown“ dazunehmen. Zwar hat sich die Bedeutung möglicherweise im Laufe der Zeit etwas verändert, aber der Begriff „Lockdown“ hat bei mir immer sofort die Assoziation von „wegsperrern“ oder „einsperren“ hervorgerufen.

Im Grunde lag der Fokus bei allen diesen Begriffen immer sehr stark auf der Beschränkung der Freiheiten der Menschen und weniger auf dem Schutz der Menschen. Ich habe den Politikerinnen und Politikern, mit denen ich zusammenarbeite, immer gesagt: Sprecht nicht von Coronaregeln, sondern sprecht eher von Schutzmaßnahmen. Macht in eurer Sprache doch auch mal deutlich, wozu ihr das eigentlich alles macht, nämlich zum Schutz der Bevölkerung. Das sind nicht einfach nur irgendwelche Regeln; sie sollen schützen. Also benutzt den Begriff „Schutz“ auch in eurer Sprache.

Das ist ein ganz einfaches Beispiel von Framing: dass man versucht, in der eigenen Sprache die richtigen Assoziationsfelder gleich mitzuliefern.

Als letzten Punkt möchte ich noch sagen: Es ist nicht ganz mein Fachgebiet, was die interne Kommunikation zwischen Behörden angeht; dazu wurde aber auch viel gefragt. Ich glaube, was für das Verständnis und auch die Überzeugung der Öffentlichkeit wichtig ist, ist eine kohärente Kommunikation. Wir haben gerade nach den MPKs immer sehr diffuse und unterschiedliche Botschaften gehört. Das war ein Zustand von Mixed Messages; so würde ich das als Kommunikationswissenschaftler bezeichnen.

Es gab zum Beispiel eine Pressekonferenz, bei der etwas von Frau Merkel, Herrn Söder und Herrn Müller gesagt wurde. Dann scherten andere Ministerpräsidenten sofort aus und sagten: „Das gilt so nicht“ oder „Das machen wir anders“ oder wie auch immer. Das ist keine kohärente Kommunikation, sodass Menschen wirklich wissen, was jetzt Sache ist, wie sie sich zu verhalten haben. Darum ging es ja im Grunde sehr

stark: erst mal den Menschen klarzumachen, welches Verhalten jetzt von ihnen erwartet wird.

Es kann auf Länderebene – das haben Sie auch angesprochen – durchaus eine sinnvolle Lösung sein, so etwas wie einen Krisenstab einzurichten, wenn er so eine kohärente Kommunikation leisten kann und nicht ganz viele unterschiedliche Akteure mit unterschiedlichen Botschaften unterwegs sind. Das verwirrt nur, und das erzeugt eben nicht das, was ich eingangs beschrieben habe. Dann wird Politik nicht den Erfolg haben, den es hier so sehr braucht und der ja vom Mitmachen der Menschen abhängig ist. Es geht hier sehr stark um das Verhalten der Menschen, das den Erfolg von Politik bestimmt. Dafür ist eine kohärente Kommunikation ganz wichtig und nicht sich widersprechende Botschaften.

Philipp Schild (funk [per Video zugeschaltet]): Ich könnte jetzt ganz viel wiederholen oder verstärken, insbesondere was Herr Hillje gerade gesagt hat. Eine Sache kann man vielleicht wirklich noch einmal unterstreichen. Ich glaube, bei den Zielgruppen, die wir erreichen, haben wir es tatsächlich mit einem äußerst fragmentierten Medienmarkt zu tun. Eine Information dort herauszugeben, heißt noch lange nicht, dass sie überall ankommt. Ich glaube, das ist die Herausforderung, der man sich verstärkt stellen muss, wie es gerade angedeutet wurde.

Ich erlebe im Übrigen ganz oft, dass in anderen Medienbereichen da eine Hilflosigkeit besteht, denn dass ein Inhalt gut oder richtig ist oder sogar begeistert, heißt noch lange nicht, dass er sich verbreitet. Das ist wirklich eine Herausforderung, die sich ganz neu darstellt, und es ist total wichtig, das zu begreifen. Ein Inhalt kann nicht einfach nur bereitgestellt werden. Damit er ankommt, muss er in einer Umgebung bereitgestellt werden, in der überhaupt eine Bereitschaft besteht, ihn anzunehmen.

Ich glaube, dass man diese Umgebung – damit komme ich zu einer Frage, die vorhin gestellt wurde – schaffen muss, bevor man die Informationen verbreitet. Das heißt, in dem Moment, in dem Sie zum Beispiel auf kommunaler Ebene eine Information verbreiten wollen, müssten Sie eigentlich vorher schon einen geeigneten Kommunikationsraum geschaffen haben. Das ist eine Herausforderung, die ich auch für die Zukunft sehr stark sehe. Ich weiß nicht, Herr Hillje, ob das in Ihrem Sinne war und ob ich Sie da richtig verstanden habe. Aber das ist das, was wir als Medienanbieter sehr stark wahrnehmen und was ich wirklich wichtig finde.

Man braucht eigentlich für jede Zielgruppe – das sind unheimlich viele – einen ganz spitz umrissenen Kommunikationsraum, in dem davon ausgegangen wird, dass diejenigen, die Inhalte dort verbreiten, vertrauenswürdig sind. Insofern ist für uns zum Beispiel die Fragestellung, wie Wordings sind, gar nicht so ein zentrales Problem, weil wir als Medienanbieter, als Presse natürlich in der Lage sind – das ist auch unsere Aufgabe –, das zu übersetzen. Wir müssen uns ja Gedanken darüber machen, wie wir Dinge erklären.

Eine Frage war auch: Ist es nicht unsere Aufgabe als Medien, Informationen aus Pressebriefings usw. zu übersetzen? – Ja, total. Ein Problem haben wir aber dann, wenn diese Informationen widersprüchlich sind oder wenn sie sich permanent verändern.

Denn dann kommen wir an eine Grenze, mit der wir als Medienschaffende überfordert sind. Wir können das dann zwar übersetzen, aber die Bereitschaft, diese übersetzte Information anzunehmen, sinkt. Das erzeugt einfach eine Resilienz. Wenn du alle drei Stunden irgendeine aktualisierte Information raushaust, wirst du – ich überzeichne natürlich – irgendwann keine Reaktion mehr bei den Zielgruppen bekommen. Das ist etwas, womit wir dann im digitalen Raum sehr stark umgehen müssen.

Das heißt, wir als Medienschaffende und als diejenigen, die den Auftrag haben und annehmen, die Übersetzungsleistung zu erbringen, müssen dann schauen: Mit welcher Frequenz können wir überhaupt noch die Informationen absetzen, damit wir auch eine Chance haben, dass sie noch genutzt wird?

Denn Social Media funktionieren so: Wenn man irgendwann kein Interesse mehr hat, dann wird das gemerkt, und dann verbreiten sich die Informationen nicht mehr. Dann können wir die Informationen alle raushauen, aber die Interaktionsraten werden gegen null gehen, und dann werden die Informationen nicht mehr verbreitet. Das ist etwas, was man, glaube ich, über diese Pandemiesituation zunehmend gesehen hat: dass die Leute irgendwann eine hohe Resilienz gegenüber diesem Thema hatten.

Es gab noch ein paar spezifische Fragen, die ich vielleicht beantworten kann: Wie erreicht man denn junge Zielgruppen mit einer Botschaft? Ich glaube, ein entscheidender Faktor ist, dass man einen Beziehungs-Key zu den Menschen hat, dass sie ein Gefühl dafür haben, wer mit ihnen kommuniziert, dass dieser Beziehungs-Key auch mit Vertrauen besetzt ist, dass da Ehrlichkeit wahrnehmbar ist, dass da nicht taktiert wird. Ich glaube, dass das in Teilen dieser COVID-Kommunikation ganz gut gelungen ist, gerade am Anfang.

Eine Frage war auch: Wie kann man mit diesen Zielgruppen gut kommunizieren? Wie möchten sie angesprochen werden? – Eigentlich authentisch. Wenn Fehler passieren, muss man das eingestehen. Da muss man eine Linie haben. Ich kann wirklich sehr empfehlen, wenn es solche Fragen gibt, sich mit den Leuten zusammzusetzen und ein Gefühl dafür zu bekommen, welche Zielgruppen man ansprechen möchte und wie sie ticken, was die persönlichen Probleme sind. Das machen Sie ja in Teilen; das weiß ich auch. Aber gerade in Bezug auf Medienkommunikation in einem digitalen Markt ist es sehr wichtig, dass man weiß, wer auf der anderen Seite ist und wie die Kommunikationsgewohnheiten sind, also wie da gesprochen wird.

Ich habe mir noch die Frage notiert: Wie ist der redaktionelle Entscheidungsprozess? Das kam, glaube ich, aus der Wissenschaftsberichtserstattungsecke. Bei uns ist der Entscheidungsprozess natürlich so, dass wir eine wissenschaftliche Analyse machen. Auf deren Basis wird eine Einschätzung getroffen. Das liegt unseren Wissenschaftsinhalten immer zugrunde. Dafür hat Mai Thi Nguyen-Kim sogar gerade das Bundesverdienstkreuz erhalten. Da verstehe ich nicht ganz, worauf die Frage abgezielt hat.

Mehrdad Mostofizadeh (GRÜNE): Vielen Dank für die Antworten. Viele Aspekte sind ja Einschätzungssache; die nehmen wir jetzt auch mit. Eine Bewertung will ich gar nicht vornehmen. Aber ein Punkt interessiert mich noch, ausgehend von dem Letzten, was Herr Schild gesagt hat.

Wenn wir Wahlkampf machen, machen wir ja auch vieles handgestrickt. In Amerika haben sie Milliarden zur Verfügung, und in Deutschland sind es einige Millionen. Deswegen ist das manchmal ein Vergleich von Äpfeln mit Birnen.

Ich glaube, dass die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung sehr viel Luft nach oben hatte, was diese ganze Zeit betrifft. Nun habe ich schlicht die Frage an die beiden Experten: Wie viel mehr muss man investieren, konzeptionell oder auch persönlich, damit man Erfolge haben kann? Machen wir das viel zu handgestrickt?

Die Verhaltenskampagne ist ein paar Monate her, aber die Impfkampagne scheint jetzt zentral zu sein. Würde es sich aus Ihrer Sicht lohnen, da noch mal dranzugehen, um den entscheidenden Schritt voranzukommen? Und mit welchen Methoden? Wir wissen das vom Bierglasfüllen: 80 % sind immer einfach, die letzten 20 % schwierig. Aber an diesem Punkt sind wir jetzt. Deswegen müssen wir schauen, wie wir da vorankommen. Vielleicht können Sie dazu noch Hinweise geben.

Vorsitzender Rainer Schmeltzer: Aber die letzten 20 % sind auch beim Bierglas wichtig. – Ich sehe keine weiteren Wortmeldungen, sodass ich das direkt zur Beantwortung gebe. – Zunächst Herr Schild.

Philipp Schild (funk [per Video zugeschaltet]): Ich kann das natürlich nicht für Parteil kommunikation und Wahlkampf beantworten. Ich kann das nur abschätzen im Verhältnis zwischen dem, was wir an normaler Berichterstattung in den Medien machen, und dem, was wir als ein Medium, das medienneutral beauftragt ist und auch über Social-Media-Kanäle distribuiert, machen.

Da kann ich sagen, dass der Aufwand, den wir für die Distribution und das Community-Management betreiben müssen, extrem hoch ist. Ich kann das nicht wirklich mit einer Zahl hinterlegen, weil es auch davon abhängig ist, wie erfolgreich die Formate sind. Mit zunehmendem Formaterfolg steigt natürlich der Bedarf an Community-Management und Ressourcen, die wir genau für so etwas bereitstellen müssen. Aber ich gehe davon aus, dass in unseren Budgets schon etwa 10 % im Bereich der Distribution und des Community Managements liegen.

Wenn man das übersetzt, kann ich mir vorstellen, dass es sich lohnt, da noch Budgets zu hinterlegen, um Strategien zu erarbeiten, wie in bestimmte digitale Kommunikationsräume hinein besser kommuniziert werden kann. Aber ich muss Ihnen auch ehrlich sagen: Ich bin kein Fachmann für diesen Bereich. Insofern kann vielleicht Herr Hillje noch etwas dazu ausführen.

Johannes Hillje (Politik- und Kommunikationsberater [per Video zugeschaltet]): Zur Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung stimme ich Ihrer Einschätzung zu: Da ist viel Luft nach oben. Ich selbst habe die Bundeszentrale in dieser Pandemie bisher als relativ unsichtbar erlebt. Ich habe zwar keine wirklichen Einblicke in diese Institution, aber aus vielen anderen Institutionen kenne ich, dass man noch nicht wirklich aufgestellt ist, um zeitgemäß in dieser heutigen fragmentierten Öffentlichkeit und Medienöffentlichkeit zu kommunizieren.

Im Grunde geht es um die Punkte, die wir jetzt schon einige Male angesprochen haben: für jede Zielgruppe Kanäle zu definieren, für jede Zielgruppe unterschiedliche Botschaften zu definieren, diese Menschen dann auch zu erreichen.

Es funktioniert eben nicht mehr so, dass man eine Pressemitteilung herausgibt und damit die Menschen erreicht werden, sondern man muss die Menschen selber erreichen können. Dazu sind heute ganz andere Instrumente und strategische Vorüberlegungen notwendig, als es wahrscheinlich noch vor 20 Jahren der Fall war. Um es ein bisschen zugespitzt und pointiert zusammenzufassen: Dafür war man nicht aufgestellt. Das muss sich sicher ändern, wenn man will, dass diese Bundeszentrale in einer zukünftigen möglichen Gesundheitskrise eine größere und vielleicht auch effektivere Rolle spielen soll.

Dann wurde noch etwas zur aktuellen Impfkampagne gefragt. Etwas allgemeiner bin ich in meinem Eingangsstatement schon darauf eingegangen. Es gibt ja die Kampagne der Bundesregierung mit dem Slogan „Ärmel hoch“. Ich muss sagen: Die hat mich eigentlich nie besonders überzeugt. Sie war vielleicht gerade noch geeignet für die Phase, als es deutlich weniger Impfstoff gab als Impfwillige. Diese Kampagne hat ja erst mal nur signalisiert: Es wird jetzt geimpft. Dann hatte es etwas von einer Mobilisierungsbotschaft.

Aber in der jetzigen Situation, in der wir mehr Impfstoff haben als Impfbereite, merkt man doch, dass es in dieser Kampagne wirklich an einer Überzeugungsbotschaft mangelt. Ich bin ja schon darauf eingegangen, dass Werte angesprochen werden sollten.

Noch ein anderer Aspekt ist: Diese Botschaft „Ärmel hoch“ stellt meines Erachtens viel zu sehr das Mittel und zu wenig den Zweck in den Vordergrund. Es wird ja der Impfvorgang dargestellt. Man krempelt einen Ärmel hoch, und dann wird da reingepikst. Aber wozu denn? Das positive, erstrebenswerte Ziel, der Nutzen der Impfung, kommt meines Erachtens viel zu kurz.

Ich möchte Sie einladen, sich mal die französische Impfkampagne anzuschauen, die Plakate, die die französische Regierung produziert hat. Da sehen Sie Motive, wo sich Menschen küssen; man sieht Menschen auf Konzerten, Festivals usw. Da wird im Grunde sehr emotional – es gibt natürlich auch ein bisschen eine andere Kommunikationskultur in Frankreich – und viel stärker das erstrebenswerte Ziel dargestellt, das sich durch eine Impfung erreichen lässt, nämlich dass man wieder das soziale Leben genießen kann, und weniger dieses etwas mechanische „Ärmel hoch, Spritze rein“. Da sieht man einen deutlichen Unterschied, wenn man die beiden Kampagnen vergleicht.

Mein Wissen auch über die Wirksamkeit von Kommunikation sagt mir: Es braucht schon ein gewisses Maß an Emotionalität und auch dieses Ansprechen von Werten, damit sich Menschen überzeugen lassen.

Vorsitzender Rainer Schmeltzer: Herzlichen Dank, Herr Hillje. – Ich sehe keine weiteren Wortmeldungen. Daher sind wir am Ende dieses Tagesordnungspunktes.

Ich darf Ihnen allen dreien, Herr Professor Meyer-Falcke, Herr Schild und Herr Hillje, recht herzlichen Dank sagen, zum einen natürlich für Ihre Eingangsstatements, aber auch für die sehr intensive Diskussion. Sie hat an der einen oder anderen Stelle noch

einmal dargelegt, wie wichtig Kommunikation gerade auch in dieser schwierigen Zeit ist. Positive Darstellungen – ich denke an die Betonung von Gesundheit anstelle von Krankheit; ich denke an einige Beispiele von Herrn Schild, aber auch von Herrn Hillje – können sicherlich im Rahmen der Kommunikation der nächsten Monate sehr hilfreich sein.

Sie wissen: Wir sind hier das Begleitgremium COVID-19-Pandemie. Wir können Handlungsempfehlungen aussprechen, und wir transportieren natürlich die Protokolle an die jeweiligen Stellen, sodass es da, wo überwiegend kommuniziert wird, nachzulesen ist.

An dieser Stelle noch einmal ein recht herzliches Dankeschön, dass Sie uns zur Verfügung gestanden haben.

(Beifall)

Es gibt in dieser Sitzung jetzt nicht mehr viel zu besprechen. Sie können gerne noch dabeibleiben. Sie werden sehen, wie schnell das gleich gehen kann. Sie dürfen sich aber auch verabschieden; das bleibt Ihnen überlassen.

3 Verschiedenes

Vorsitzender Rainer Schmeltzer: Das ist in vielen Gremien sicherlich der wichtigste und zeitraubendste Tagesordnungspunkt. Aber ich habe keine Mitteilungen, liebe Kolleginnen und Kollegen.

Gibt es Wortmeldungen aus dem Gremium? – Das ist nicht der Fall.

Dann bleibt mir, noch einmal Herrn Tomczak Dank zu sagen, der sich heute bereit erklärt hat, die Vertretung für Frau Hielscher zu übernehmen, die im Urlaub ist und heute Geburtstag hat. – Herzlichen Dank, Herr Tomczak.

Ich habe mich gerade noch einmal erkundigt: Das Benehmen ist hergestellt bezüglich der Tagesordnung für die nächste Woche; die Tagesordnung ist auch über Opal schon verschickt worden. Die Sitzung findet am 24. August statt, dann wieder zur üblichen Zeit: 15:30 Uhr. – Herr Schmitz.

Marco Schmitz (CDU): Weil Sie beim letzten Mal nicht dabei waren, Herr Vorsitzender, möchte ich kurz daran erinnern: Wir hatten uns darauf geeinigt, dass die Sitzung, weil wir sie verschoben hatten, in Fraktionsstärke stattfindet. Das wollte ich nur noch einmal bestätigt haben, weil bei uns eine Person nicht teilnehmen kann.

Vorsitzender Rainer Schmeltzer: Auch wenn ich einige Zeit abwesend war, war ich immer über alles informiert und im ständigen Austausch mit Frau Hielscher. Frau Hielscher hat das an die Fraktionen versandt; es hat kein Veto dazu gegeben. Daher ist das Einvernehmen auch dazu hergestellt.

Gibt es weitere Wortmeldungen? – Das ist nicht der Fall.

Dann darf ich um 14:05 Uhr die Sitzung schließen.

gez. Rainer Schmeltzer
Vorsitzender

Anlage

30.08.2021/02.09.2021

10

TOP 1 – Fachgespräch: Medikamentenforschung zu SARS-CoV-2

Sachverständige/Institutionen:

Verband Forschender Arzneimittelhersteller e.V.
Dr. Rolf Hömke, Forschungssprecher
Berlin

Professor Dr. Friedemann Weber
Institut für Virologie, Biomedizinisches Forschungszentrum Seltersberg
Justus-Liebig Universität Gießen

Wissenschaftsrat
Professor Dr. Ingo B. Autenrieth, Vorstandsvorsitzender
Leitender Ärztlicher Direktor des Universitätsklinikums Heidelberg

TOP 2 – Fachgespräch: Kommunikationsverhalten der öffentlichen Stellen – verwaltungsintern und gegenüber dem Bürger

Sachverständige/Institutionen:

Stadtverwaltung Düsseldorf
Gesundheitsamt
Dr. Klaus Göbels

Professor Dr. Andreas Meyer-Falcke
Beauftragter für Informationstechnik
bei der Landesregierung (CIO), Düsseldorf

Johannes Hillje
Politik- und Kommunikationsberater
Berlin

FUNK
Philipp Schild, Programmgeschäftsführer
Stuttgart