



Parlamentarisches Begleitgremium COVID-19-Pandemie

7. Sitzung (öffentlich)

14. September 2021

Düsseldorf – Haus des Landtags

15:32 Uhr bis 17:24 Uhr

Vorsitz: Rainer Schmeltzer (SPD)

Protokoll: Konstantinos Karantonas

Verhandlungspunkte und Ergebnisse:

	Vor Eintritt in die Tagesordnung	3
1	Bewertungsmaßstab zur Bewertung der Pandemielage	4
	– Gespräch mit Sachverständigen	
2	Erfahrungen im parlamentarischen Raum mit früheren Pandemien und Epidemien	30
	Information 17/324	
	– Wortbeiträge	
3	Verschiedenes	34

Vor Eintritt in die Tagesordnung

Der **Vorsitzende Rainer Schmelzer** weist darauf hin, dass die Sitzung wie gewohnt per Live-Videostream im Internet übertragen werde.

1 **Bewertungsmaßstab zur Bewertung der Pandemielage**

– Gespräch mit Sachverständigen

Vorsitzender Rainer Schmeltzer: Meine Damen und Herren! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Liebe Gäste! Ich begrüße Sie im Landtag Nordrhein-Westfalen zur 7. Sitzung des Parlamentarischen Begleitgremiums COVID-19-Pandemie.

Zur Beurteilung der Pandemielage haben sich Bundestag und Bundesrat in der letzten Woche mit Beschlüssen zur Änderung des Infektionsschutzgesetzes befasst. Das Nordrhein-Westfälische Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales hat noch am Freitag die Coronaschutzverordnung für unser Bundesland angepasst.

Das Parlamentarische Begleitgremium COVID-19-Pandemie hat sich bereits vorher Gedanken darüber gemacht und entschieden: Wir möchten uns heute mit dem aktuell geltenden Bewertungsmaßstab für Nordrhein-Westfalen befassen und Kriterien für etwaige künftige Modifikationen mit sachverständigen Gästen erörtern.

Diese sachverständigen Gäste sind entweder hier im Raum oder per Video zugeschaltet. Ich begrüße herzlich hier im Sitzungssaal – für uns kein Unbekannter – Herrn Gerd Herrmann für die Landesregierung Nordrhein-Westfalen, Abteilungsleiter im Ministerium für Arbeit, Gesundheit, und Soziales. Ich begrüße außerdem – zugeschaltet per Video – Herrn Sascha Klein für die Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen. Ein herzliches Willkommen an Herrn Professor Dr. Hendrik Streeck hier im Sitzungssaal, Professor für Virologie am Universitätsklinikum Bonn. Zugeschaltet per Video und nicht zum ersten Mal in unserer Runde ist Frau Professorin Dr. Christiane Woopen, Vorsitzende des Europäischen Ethikrates und Professorin für Ethik und Theorie der Medizin an der Medizinischen Fakultät an der Universität zu Köln.

Ich freue mich, dass Sie dem Gremium heute zur Verfügung stehen. Zunächst möchte ich – das ist vorab so abgesprochen – den Sachverständigen Gelegenheit geben, in einem kurzen, etwa fünfminütigen Statement ihre Einschätzung bzw. für uns wichtige Punkte zum Thema widerzuspiegeln.

RB'r Gerd Herrmann (Abteilungsleiter MAGS): Da unser Bericht vorliegt, will ich es ganz kurz machen und nur die wesentlichen Punkte daraus hervorgeifen.

Wir haben in den vergangenen Monaten wahrscheinlich alle zusammen festgestellt, dass sich letztlich aufgrund des Impffortschritts die Debatte über die zusätzlichen Leitindikatoren entsponnen hat und dass über eine reine Sieben-Tage-Inzidenz die Gefährdungslage der Bevölkerung nicht mehr ausreichend dargestellt werden kann.

Daher haben wir – neben den vielen Indikatoren, die wir auch in die Coronaschutzverordnung hinein formuliert haben – im Grundsatz ein dreistufiges Bewertungsverfahren etabliert, das wir auch in unseren täglichen Lageberichten veröffentlichen.

Hierbei fungiert die klassische Wocheninzidenz – möglichst mit einer Unterscheidung der Altersstufen, die wir mittlerweile über das Landeszentrum Gesundheit Nordrhein-Westfalen sehr genau ausweisen können – als Frühindikator einer gegebenenfalls

problematischen Entwicklung. Sie muss also nicht mehr problematisch sein, dient aber als Frühindikator.

Zusätzlich beobachten wir genau das, was in § 28a Infektionsschutzgesetz – Sie haben es bereits gesagt, Herr Vorsitzender – im Bundestag und Bundesrat geregelt worden ist, nämlich die sogenannte Hospitalisierungsinzidenz, die Anzahl der Personen pro 100.000 Einwohnern, die innerhalb von einer Woche in einem Krankenhaus aufgenommen werden. Im Gegensatz zum Frühindikator zeigt uns dieser Wert die Krankheitslast an – also wie schwer infizierte Menschen an COVID-19 erkranken – und ist dadurch natürlich ein sehr wichtiger Indikator.

Der dritte Indikator, der Auslastungsgrad in den Krankenhäusern, ist für das Gesundheitswesen entscheidend, wie Herr Klein wahrscheinlich bestätigen kann. Dabei wird gemessen, wie hoch der Anteil der Patienten mit COVID-19 – wir sind stets im Gespräch mit Intensivmedizinern – an der Intensivkapazität ist. Damit wissen wir, wann möglicherweise eine Überlastung des Gesundheitssystems in Krankenhäusern droht.

Wir haben entschieden, aktuell keine pauschalen Grenzwerte auszuweisen, sondern die Bewertung in der Gesamtschau aller Indikatoren für uns vorzunehmen; denn erst durch die Betrachtung aller Faktoren ergibt sich ein Gesamtbild, das letztlich eine schlüssige Bewertung des pandemischen Geschehens ermöglicht.

So viel erst mal von mir. Ich freue mich auf die Diskussion und gegebenenfalls auf Fragen dazu.

Sascha Klein (Krankenhausgesellschaft NRW e. V. [per Video zugeschaltet]): Vielen Dank, für die Einladung zu Ihrem Fachgespräch. Es klang schon an: Die Beurteilung des Infektionsgeschehens und der pandemischen Lage ist insbesondere vor dem Hintergrund einer wachsenden Zahl von vollständig geimpften Personen schwieriger geworden und verlangt eine Anpassung der Maßstäbe.

Aus Sicht der Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen e. V. ist die Sieben-Tage-Inzidenz ein unverändert wichtiger Indikator, um die Geschwindigkeit der Pandemie zu erfassen; doch sollte man ihm natürlich weitere Indikatoren zur Seite stellen.

Sowohl die Anzahl der stationären Neuaufnahmen von COVID-19-Erkrankten als auch der Anteil der COVID-19-Patienten an allen Intensivpatienten sind aus unserer Sicht ganz wichtige Zahlen. Diese Kennzahlen bzw. Indikatoren sind eben schon genannt worden.

Wir würden empfehlen, dies um eine Altersverteilung zu ergänzen. Man kann hierbei nach Altersgruppen differenzieren und diese benennen. Die Zahlen liegen vor. Sie werden an das RKI gemeldet und sind auch den Gesundheitsämtern bekannt. Das hat den Charme, dass keine zusätzlichen Daten erfasst werden müssen, sondern heute schon vorliegen und verfügbar sind. So müssen wir als Krankenhäuser nichts zusätzlich erheben oder kommunizieren.

Das Ganze lässt sich in mehreren Stufen mit Kennwerten belegen – ähnlich einer Ampel: grün, orange, rot –, an denen wiederum mögliche Maßnahmen geknüpft werden können. Die Zahlen sind allgemein bekannt. Sie sind transparent, was wiederum die

Akzeptanz für mögliche politische Maßnahmen steigern dürfte. Dies ist ein Effekt, der damit einhergeht.

Damit haben wir ein weiteres Tableau an Parametern, und wir als Krankenhausgesellschaft NRW e. V. lehnen uns damit sehr stark an die Empfehlung der Deutschen Krankenhausgesellschaft e. V. an, die sie Ende August veröffentlicht hat und sagt: Solange es schwierig ist, die Infektions- und Erkrankungsparameter aufgrund der fehlenden Erfahrung richtig einzuschätzen, sollte man sehr genau hingucken. Die Dynamik des Infektionsgeschehens sollte weiterhin engmaschig beobachtet werden:

- die Entwicklung der Sieben-Tages-Inzidenz und der Wochenvergleich,
- die Positivrate – also der Anteil positiver Tests am gesamten Testgeschehen –,
- die Impfquote bzw. -dynamik – wie viele Impfungen wöchentlich durchgeführt werden; weiterhin differenziert nach Erst- und Zweitimpfung –,
- die Klinikbelegung durch COVID-19-Patienten im Krankenhaus insgesamt – dabei nicht nur den Fokus auf die Intensivstationen legen, sondern auch auf die Normalstationen, weil wir sehen, dass häufig dort, salopp gesagt, die Karriere beginnt, die sich später auf den Intensivstationen ggf. fortsetzt –,
- die COVID-19-Krankenhauspatienten mit vollständigem Impfschutz – das sind Gott sei Dank aktuell nur sehr wenige, aber ich glaube, wir müssen das weiter beobachten, denn auch da sind immer Mutationen möglich –,
- die täglichen Neuzugänge im Krankenhaus in absoluten Zahlen,
- die Dynamik der Hospitalisierung – also die Entwicklung des eben genannten Hospitalisierungsquotienten auch weiterhin im Verlauf beobachten – sowie
- die Intensivbelegung in absoluten Zahlen. Wir wissen sehr genau, glaube ich, für NRW aber auch bundesweit, wo die Grenze der Belastung liegt und müssen sehr genau beobachten, wann wir in diese Nähe kommen, um dann überhaupt noch reagieren zu können. So behalten wir die Dynamik der Intensivbelegung im Fokus.

Dies sind soweit unsere Empfehlungen zum Indikatorenset und den zentralen Kennwerten, die man in den Fokus nehmen sollte, um die pandemische Lage zu beurteilen.

Prof. Dr. Hendrik Streeck (Universitätsklinikum Bonn, Institut für Virologie): Meine Damen und Herren, vielen Dank für die Einladung! Ich hatte letzten Sommer – so wie auch bereits der NRW-Expertenrat – eine Ampel vorgeschlagen, die sich aus genau den eben genannten Indikatoren zusammensetzt, nämlich Krankenhausbelegung – also stationäre Belegung, stationäre Aufnahme und intensivmedizinische Belegung –, Inzidenz und Positivenrate. Da würde man nun natürlich ergänzen, weil man mehr über die Altersverteilung der Infektionen und die Impfquote weiß. Da ich jetzt aber nicht wiederholen will, was bereits gesagt wurde, hole ich in meiner Stellungnahme ein bisschen weiter aus.

Im kommenden Herbst müssen wir mit einem sehr starken Anstieg der Infektionszahlen rechnen. Auch wenn wir die Höhe der Infektionszahlen nicht abschätzen können, reicht im Moment vielleicht ein Blick in die anderen Länder, die viel geimpft haben, um

zu erahnen, dass uns die höchste Infektionswelle noch bevorsteht. Im Vergleich zur letzten Welle aber haben wir jedoch ein sehr starkes Werkzeug, nämlich die Impfung. Ich gebe zu bedenken – schaut man beispielsweise nach Israel, Australien oder auch Neuseeland; dort sind die Infektionszahlen derzeit am höchsten –, dass ein Verzicht auf das Testen in so einer Phase wirklich schwierig ist.

Die Impfung ist im Moment unser wichtigstes Werkzeug. Sie schützt effektiv vor einem schweren Verlauf und zwar dauerhaft. Sie scheint wirklich beständig zu sein. Leider ist hierbei in der Kommunikation einiges schiefgelaufen. Wir müssen uns darauf zurückbesinnen, was die Impfung kann und was sie nicht kann.

Sie wurde entworfen, um vor einem schweren Verlauf zu schützen, aber – und das ist der große Fehler in der Kommunikation –: Wir werden keine Herdenimmunität erreichen. Das ist mittlerweile für jeden offensichtlich, und dafür wurde sie auch nie entwickelt. Ich glaube, dies hat nichts mit den Varianten zu tun – das merkt man auch in vielen anderen Ländern –, sondern es ist einfach eine Eigenschaft von respiratorischen Viren. Auch bei Influenzaviren haben wir keine Herdenimmunität. Wie es in der Kommunikation dazu gekommen ist, dass es hieß, dass wir eine bestimmte Quote erreichen müssen, ist mir nicht bekannt.

Fakt ist also: Wir werden auch bei Geimpften recht hohe Infektionszahlen sehen, meist milde oder aber asymptomatische Verläufe.

Wie häufig dies vorkommt, darüber wird übrigens sehr gestritten. Ich muss Herrn Lauterbach aber ausdrücklich darin widersprechen, was er bei „Maybrit Illner“ gesagt hat, nämlich dass es weniger sein wird.

Fauci hat gerade vor einer Woche gesagt, dass die Infektionszahlen bei einigen Ausbrüchen unter Geimpften genauso hoch sein können wie bei Ungeimpften. Wir wissen es im Moment einfach noch nicht.

Leider ist auch nach 18 Monaten Pandemie die Datenlage aus Deutschland heraus sehr schlecht. Wir können nicht sagen, wie viele Geimpfte eigentlich infiziert sind, weil wir im Moment Geimpfte sehr wenig testen. Wir haben immer noch keine Stichprobensstudie – wie sie zum Beispiel in England durchgeführt wird –, obwohl diese uns gute Daten liefern würde.

Wir haben generell keine systematische Datenerfassung bei den Geimpften, und wir eruiieren weiterhin keine Hygienekonzepte für den Herbst. Wir haben keine Computersimulation durchgeführt, um zu verstehen, wo die Grenzen unseres Gesundheitssystems liegen; also sogenannte Stresstests.

Es gibt eine ganze Reihe anderer Punkte, die Sie sicherlich von den NRW-Stellungnahmen her kennen. Dies sind keine Punkte, bei denen es darum geht, was schön zu wissen wäre, sondern sie sind essentiell für ein gutes Pandemiemanagement.

Wie geht man also mit der heranrollenden, hohen Welle um, ohne den Sommer genutzt zu haben und ohne eigentlich zu wissen, wie viele Infizierte wir unter den Geimpften haben werden? – Die Impfung muss in der Kommunikation als Eigenschutz verstanden werden. Daher sind ein Erklären und Werben für die Impfung wichtiger als ein indirekter Druck. Es ist besser, Verständnis zu haben als wieder auf Panik zu setzen.

Wir sehen – wie z.B. in Provincetown: 74 % Geimpfte unter den Infizierten –, dass wir auch mit Großdurchbrüchen rechnen müssen, und die Inzidenzzahl wird ein immer weniger wichtiger Parameter.

Man muss aber aufpassen, dass man nicht dem Beobachtungsbias unterliegt: Dort, wo viel getestet wird, wird man auch viele Infektionen sehen. So ist es jetzt zum Beispiel in den Schulen. Daher wären stichprobenhafte Erfassungen wirklich sehr viel besser für solche Fragestellungen bzw. um die Inzidenz zu bestimmen.

Wir können natürlich nicht voraussehen, wie infektiös Geimpfte sind. Die Studien aus Provincetown, die auch Fauci zitiert hat, zeigen aber deutlich, dass die Viruslast bei Geimpften genauso hoch ist, wie bei Ungeimpften, die sich infiziert haben. Andere Studien haben gezeigt, dass von Geimpften durchaus Infektionen ausgehen können.

Damit will ich nur anschließen, dass wahrscheinlich 2G oder 1G im Herbst und Winter gar nicht viel Sinn machen, sondern eher dazu führen würden, dass wir unerklärbare Ausbrüche bekämen.

Der letzte Punkt ist – ich glaube, es ist immer noch nicht zu spät für NRW, und dazu kann Herr Klein vielleicht sehr viel besser etwas sagen –, die Grenzen des Gesundheitssystems besser kennenzulernen, und dass man zumindest für sich weiß, wo die Warnlinien sind.

Schlussendlich wird deutlich, dass wir mit ansteigenden Infektionszahlen auch Geimpfte in den Krankenhäusern haben werden, was vorbereitend kommuniziert werden muss.

Im Grunde sind, glaube ich, alle Experten – und da schließe ich einfach mal Frau Woopen mit ein – einer Meinung: Es wird für diesen Herbst und Winter ein breites Set an Indikatoren gebraucht, und das Hauptaugenmerk wird wahrscheinlich am Ende auf den Krankenhäusern liegen müssen.

Prof.'in Dr. Christiane Woopen (Vorsitzende des Europäischen Ethikrates; Prof.'in für Ethik und Theorie der Medizin, Medizinischen Fakultät an der Universität zu Köln [per Video zugeschaltet]): Ich kann mich dem, was meine Vorredner angesprochen haben, anschließen und möchte das jetzt natürlich nicht wiederholen. Ich möchte stattdessen ein paar andere Punkte ergänzen.

Es ist mir wichtig, zwischen dem Maßstab und dem Ziel einer Maßnahme zu unterscheiden. Goodhart, ein Berater einer britischen Bank, hat mal so schön gesagt:

Wenn der Maßstab zum Ziel wird, hört er auf, ein Maßstab zu sein.

Es scheint mir in dieser Pandemie immer mal wieder auch durch die mediale Vermittlung ins öffentliche Bewusstsein eingeschrieben worden zu sein, dass man jetzt diese Sieben-Tage-Inzidenz oder demnächst vielleicht einen anderen Maßstab hat, und dass es das Ziel aller Maßnahmen ist, diesen Maßstab zu erfüllen. Aber dieser Maßstab steht ja für etwas anderes, nämlich – das wurde auch schon angesprochen – für den Schutz der öffentlichen Gesundheit, den Schutz vor einer Überlastung der Krankenhäuser und dort speziell der Intensivstationen und damit der Gesundheitsversorgung; aber natürlich wissend, dass man in einer Pandemie mit den Maßnahmen nicht

jedes einzelne Leben retten kann. Damit sind wir bei dem Thema „Verhältnismäßigkeit“.

Auch scheint die Anwendung des Maßstabs Probleme zu bringen. Dazu können wahrscheinlich Herr Klein und noch andere mehr sagen. Was mir jedenfalls durch einen Beitrag in ZEIT ONLINE deutlich geworden ist, ist, dass die RKI-Erhebung – also die Operationalisierung dieses Maßstabes – durchaus zu Problemen führen kann, weil man aktuell die tatsächliche Belegung um bis zu 80 % unterschätzt, da nämlich das RKI vom Testzeitpunkt ausgeht, dieser aber deutlich vor der Krankenhauseinweisung liegen kann. Dazwischen können vier, sechs, acht Wochen oder sogar noch mehr liegen.

Die Krankenhausbelegung wird also durch die RKI-Daten systematisch unterschätzt.

Es stellt sich die Frage, ob NRW vielleicht doch das bei ZEIT ONLINE bereits vorgeschlagene Vorgehen übernimmt, das nämlich von der Meldung des RKI zur Hospitalisierung ausgeht. Damit ist man wesentlich aktueller. Die Simulationen, die die Autoren bei ZEIT ONLINE vorgelegt haben, zeigen, dass dadurch die aktuelle Situation tatsächlich deutlich besser abgebildet wird. Es birgt zwar immer noch Unschärfen, aber nicht so erhebliche.

Sie fragten nach dem Maßstab für die Beurteilung der Pandemie. Wir haben ja schon gesehen, dass es natürlich mehrere gibt. Dennoch möchte ich aber gerne zusätzlich noch einen ganz anderen Maßstab vorschlagen und ins Bewusstsein rufen, nämlich die Vermeidung von Bildungsverlusten und Entwicklungseinschränkungen bei jungen Menschen.

Ich fände es sehr wichtig, wenn dieser Maßstab in der Öffentlichkeit, den Medien und natürlich auch für die politischen Handlungen berücksichtigt würde. Dies wäre ein Maßstab, der die restriktiven Maßnahmen wie Quarantäne, Schulschließungen, fehlende Präsenzlehre oder überhaupt Präsenzformate – egal ob in Kitas, Schulen oder Hochschulen irgendwelcher Art –, erfassen würde; also all das, was junge Menschen betrifft: Wie viele Lehrkräfte sind in Quarantäne? Wie viele Schüler sind in Quarantäne?

Was die Präsenz in den Schulen anbetrifft, ist das Dashboard in NRW leider nicht mehr aktuell. Das sind die letzten Zahlen vom Januar. Ich habe aber gelesen, dass Ende August landesweit 286 Lehrkräfte und gut 30.000 Schüler*innen in Quarantäne waren. Diese Zahl wird sich aber wohl verringern, wenn jetzt nur Infizierte in Quarantäne geschickt werden. Dies ist auch ein Indikator für das, was in den Schulen und bei den jungen Leuten abgeht. Dabei ist es vielleicht nicht ganz so entscheidend – nicht ausschließlich jedenfalls –, ob die im Krankenhaus landen und dann erfasst werden. Die Quarantäne ist auch schon ein Indikator dafür, dass – je nachdem wie hoch sie ausfällt – etwas im Ungleichgewicht ist.

Außerdem möchte ich noch anmerken, dass es mir auch wichtig ist, was aus den Maßstäben folgen sollte. Ich glaube, wir haben uns in der Pandemie daran gewöhnt, wenn die Schwellenwerte überschritten werden, zu sagen: Dann muss man direkt wieder alles dicht machen – sage ich jetzt mal sehr platt –; also Schulen schließen, Restaurants schließen oder was auch immer.

Ich finde es wichtiger, daraus zu schließen, welche freiheitbewahrenden Schutzmaßnahmen man zusätzlich einrichten kann. Hierzu möchte ich gerne auf einen offenen Brief von „Sichere Bildung“ verweisen, den ich zwar nicht in allen Details mittragen würde, aber in dem eine Analyse vorgelegt wird, aus der ersichtlich wird, dass wir vielleicht doch auch Interesse daran haben sollten, Schulen nicht zu schließen, aber möglichst viele Infektionen bei den jungen Menschen zu vermeiden.

Selbst wenn Kinderärzte sagen: „Es gibt sehr wenige schwere Erkrankungen, und kaum oder schon oder gar nicht bei Kindern ohne Vorerkrankungen“, weisen aber trotzdem ausreichend renommierte Wissenschaftler darauf hin, dass wir noch nicht richtig gut Bescheid darüber wissen, was durch Long COVID und anderen Formen mit Kindern und Jugendlichen geschieht.

Es gibt natürlich Hinweise und Studien, und ich möchte mich jetzt persönlich gar nicht festlegen. Ich möchte nur gerne die Unsicherheit angesichts des Zeitverlaufs ins Bewusstsein rücken, denn es gibt einfach viele Dinge, die wir noch nicht wissen. Zwar haben wir das Virus schon anderthalb Jahre, aber was es in einem wachsenden Organismus in der Zukunft verursacht, wissen wir einfach noch nicht so ganz genau und abschließend.

Nicht zuletzt brauchen wir auch einen Maßstab für das Ende der Pandemie. Es ist das eine, zu sagen: Dann sagt das Parlament irgendwann mal, dass wir keine epidemische Notlage nationaler Tragweite mehr haben. – Das andere aber ist, dass es ja eine gesellschaftliche Praxis und eine Wirklichkeit in der Pandemie gibt.

Das Virus wird nicht verschwinden, das heißt, dass die Inzidenzen als Maßstab ohnehin nicht helfen werden, und auch die Hospitalisierungen sind dann nur ein Indikator. Es ist natürlich anzustreben, dass das Vorhandensein des Virus so zu managen ist, dass es möglichst wenige Beeinträchtigungen des öffentlichen Lebens und der öffentlichen Gesundheit gibt.

Armin Nassehi hat es vor Kurzem so schön – ich glaube, es war auch ZEIT ONLINE in dem Fall – formuliert; er sagte: Eine Pandemie muss sich ereignen. – Das heißt, sie hängt auch von der gesellschaftlichen Praxis ab, von den Routinen, die wir entwickeln und die nicht jeden Tag wieder neu politisch entschieden werden müssen, sondern die ins gesellschaftliche Bewusstsein als normale Verhaltensweisen eingehen.

Damit meine ich keine Gewöhnung an freiheitseinschränkende Grundrechtseingriffe, sondern eine Gewöhnung an nicht wirklich ernsthaft freiheitseinschränkende Verhaltensweisen in der Öffentlichkeit oder auch im Privatleben.

Wenn ich also kurz zusammenfasse: Neben all den Maßstäben, die schon genannt wurden – Hospitalisierungsrate, Intensivstation etc.; ich will das gar nicht alles wiederholen – gilt es, auch die Anzahl infizierter junger Menschen und Lehrkräfte in Quarantäne, die Anzahl ausfallender Präsenzformate in Kitas, Schulen und Hochschulen und die daran anknüpfenden Ziele, nämlich die Sicherung von Bildung und Entwicklung der jungen Menschen sowie den Schutz der Gesundheit über augenfällige Bedrohungssituationen hinaus in den Blick zu nehmen.

Vorsitzender Rainer Schmeltzer: Wir beginnen jetzt mit einer Fragerunde der Fraktionen. Als erster spricht Herr Kollege Schmitz.

Marco Schmitz (CDU): Vonseiten der CDU-Fraktion ein ganz herzliches Dankeschön an die sachverständigen Damen und Herren dafür, dass Sie uns heute zur Verfügung stehen bzw. uns hier weiterhin begleiten; die meisten von Ihnen tun dies öfter.

Ich habe einige konkrete Fragen. Ich gehe in der Reihenfolge vor, in der wir die Sachverständigen eben gehört haben.

Herr Herrmann, ich würde gerne das Thema „Intensivbetten und Grad der Belegung“ vertiefen. Die Anzahl der Intensivbetten schwankt ja ein wenig, und wir unterscheiden zudem zwischen einem machbaren und einem vorhandenen Intensivbett. Sie haben eben gesagt, dass Sie keine konkreten Zahlen haben, weil das System ein bisschen fließend ist. Sie werden aber sicherlich eine Orientierung haben, so dass Sie sagen können: Wir haben Tausend Intensivbetten in NRW, die belegbar sind. Ab 500 wird es kritisch, weil wir auch noch welche für die ganz normalen Herzinfarkte und Sonstiges freihalten müssen. Ein paar planbare Operationen können wir verschieben.

Haben Sie einen Maßstab, mit dem wir sagen können: Ab den Prozentzahlen müssen wir auf jeden Fall andere Maßnahmen ergreifen, weil dann die Belegungsrate zu hoch ist?

Die Frage geht ein Stück weit auch an Herrn Klein. Sie diskutieren sicherlich darüber mit den Kolleginnen und Kollegen aus den verschiedenen Krankenhäusern.

Herr Klein und Frau Professor Woopen, Sie haben beide davon gesprochen, dass es wichtig wäre, den Grad der Hospitalisierung durchaus auch als wichtigen Punkt zu verstehen, weil man daraus ableiten kann, wie viele Personen später dann auf den Intensivstationen liegen. Bei der ersten Welle konnten wir das relativ genau sagen. Ist das zum jetzigen Zeitpunkt auch so, dass man sagt: Von denen, die wirklich hospitalisiert werden, gehen im Schnitt zum Beispiel 5 % nachher auf die Intensivstation, und davon werden 10 % beatmet? Ist das klar, und gibt es dazu schon Studien, sodass man dies berechnen kann?

Dadurch könnte man – Frau Professor Woopen, Sie sagten es eben – schon viel früher sehen, wann wir an eine kritische Grenze kommen werden. So war es ja bei der ersten Welle. Erst knapp zwei Wochen nach der Hospitalisierung kam es meistens zur Beatmung auf den Intensivstationen. Können Sie uns an Informationen dazu teilhaben lassen?

Herr Professor Streeck, vielen Dank, dass Sie hier vor Ort sind. Sie haben eben gesagt, dass Sie den Verzicht auf Tests schwierig finden. Mich würde interessieren: Gilt dies sowohl für diejenigen, die geimpft sind, als auch für diejenigen, die nicht geimpft sind?

Die Wissenschaft sagt ja ein Stück weit: Bei denen, die geimpft sind, ist die Viruslast eigentlich geringer, sodass die POC-Tests nicht so schnell anschlagen – oder selbst wenn man infiziert ist, schlägt der POC-Test nicht an –, sondern nur der PCR-Test.

Nun haben Sie aber gesagt, dass die Studie aus Amerika zeigt, dass die Virenlast bei den Geimpften genauso hoch ist wie bei den Nichtgeimpften.

Ich bin kein Wissenschaftler, daher würde ich gerne von Ihnen erfahren, wie diesbezüglich der Sachstand ist. Schlägt ein Schnelltest nun an oder nicht?

Wir lassen uns beispielsweise im Landtag nach wie vor testen, obwohl wir alle geimpft sind. Ich wüsste jetzt nicht, dass es in letzter Zeit jemanden getroffen hätte. Das würde dem ja ein Stück weit widersprechen, denn Statistik ist Statistik: Irgendwann wird es auch hier jemanden treffen und dann müssten wir das herausfinden können. Mich würde es interessieren, was Sie dazu sagen.

Vielleicht könnten Sie auch etwas detaillierter darauf eingehen, was Sie sich für die Stichprobenstudien und die Evaluation der Hygienemaßnahmen vorstellen könnten, was da gemacht und wo das durchgeführt werden soll.

Das wäre schließlich etwas, das wir dem politischen Bereich durchaus mitgeben könnten; dass wir sagen: Das geben wir auf.

Wir haben beispielsweise diese COVID-Ambulanz hier an der Uni Düsseldorf mit einem höheren Millionenbetrag gefördert, um Long COVID zu analysieren und zu behandeln. Das würde auch in den Bereich fallen und zu den Aufgaben der Politik zählen.

Frau Professor Woopen, für Sie habe ich eine konkrete Frage und eine Anmerkung.

Auf die Frage zur Schätzung der Krankenhausbelegung, die Hospitalisierungsrate und die Verlagerung auf die Intensivbetten bin ich schon eingegangen.

Sie haben gesagt, dass Kinder und Jugendliche mehr beachtet werden müssen und dass der Präsenzunterricht bzw. die Präsenz in der Kita wichtig ist. Mit der neuen Coronabetreuungsverordnung haben wir genau dies umgesetzt. Wir haben gesagt: Wir schauen jetzt, wie wir diesen Maßstab setzen und dass wir nur noch das infizierte Kind rausnehmen – die Kinder links, rechts, davor und dahinter können nach fünf Tagen freigesetzt werden –; es kommen aber nicht mehr alle in Quarantäne.

Ist das aus Ihrer Sicht der richtige Weg, oder ist das für Sie immer noch zu wenig? Sind Sie der Meinung, es muss gerade in den Schulen noch mehr gemacht werden bei den Hygienemaßnahmen?

Dem gegenüber steht die problematische Frage: Kann ich noch einen vernünftigen Unterricht durchführen, wenn ich da jetzt noch mehr mache; also Kinder auseinandersetzen, Unterricht trennen und was man da sonst noch machen kann? Was wären da Ihre Empfehlungen oder ist das, was die Landesregierung hierbei jetzt gemacht hat, eigentlich genau richtig, und wir sind damit gerade auf dem richtigen Weg?

Mehrdad Mostofizadeh (GRÜNE): Auch von der Grünen-Fraktion einen ganz herzlichen Dank für die – wie ich finde – wirklich spannenden Stellungnahmen, weil Sie auch konkret auf die einzelnen Faktoren eingehen.

Ein paar Punkte hat der Kollege Schmitz schon abgegriffen; vielen Dank dafür. Herr Professor Streeck, Sie plädieren sehr dafür – so will ich einen Teil Ihres Vortrages verstehen –, dass insgesamt mehr getestet wird und insbesondere die Geimpften mehr

getestet werden. Wir haben tatsächlich – zumindest ist das mein Kenntnisstand – nur Informationen darüber, wie stark die Geimpften auf den Intensivstationen oder auf den Stationen insgesamt vertreten sind. Es sind erfreulicherweise deutlich weniger. Das haben Sie dargestellt, aber nicht, wie die Virenlast ist.

Wie könnte das konkret aussehen? Wie würden Screenings anzulegen sein? Eine Pflichtvariante wird wahrscheinlich schwierig durchzusetzen sein, aber was wäre Ihr Setting sozusagen, um dies darzustellen?

Ein wichtiger Punkt, der heute besprochen werden muss, ist das Thema, das Sie angesprochen haben. Sie haben gesagt: Es wird keine Herdenimmunität geben. – So habe ich Sie zumindest verstanden. Das würde zumindest nach dem, wie wir bis jetzt die Schutzverordnung angelegt haben, weitreichende Schlussfolgerungen und die Frage nach sich ziehen, inwieweit Schutzmaßnahmen insgesamt durchgreifend anzuwenden oder sinnlos sind.

Ich kann ja nicht sagen: „Ich mache 2G“ – zumindest habe ich Sie so in Ihrem Vortrag verstanden –, wenn im Prinzip die Übertragbarkeit die gleiche oder eine vergleichbare ist; das wäre zumindest mit dem Grundgesetz schwierig zu vereinbaren.

Vereinbar wäre es noch, wenn man sich auf den einen Maßstab „Krankenhausfaktor“ stützt, aber auch da kommen wir schnell auf dünnes Eis, denn die Leistungsfähigkeit des Gesundheitssystems bestimmen wir auch mit. Es ist schließlich nicht in Stein gemeißelt, dass wir soundso viele Intensivbetten haben. Wenn wir ein paar Milliarden auf den Tisch legen, könnten es möglicherweise mehr Betten sein. Vielleicht nicht sofort, aber auf jeden Fall ist das kein fester Faktor im Vergleich zum Beispiel dazu, dass wir soundso viele Sonnenstunden im Jahr haben.

Wie müsste im Prinzip ein – meinerwegen auch ein freiwilliges – Schutzregime aussehen, das Sie standardmäßig einsetzen würden; Stichwort: „Maskenpflicht“? Was wären – um es mal platt zu fragen – Ihre Vorschläge, um sozusagen über den Winter zu kommen?

Frau Professorin Woopen, der Faktor „Dashboard“ ist ja ein ganz wichtiger Faktor. Wenn ich Sie richtig verstanden habe, müssen wir die Faktoren gewichten. Die Frage richtet sich auch an Herrn Hermann, wenn er dazu bereit ist, dazu eine Aussage zu machen, ansonsten frage ich nur Sie.

Man kann ja sagen: Wir schließen die Schule, aber wir haben dann nicht für den Distanzunterricht zu sorgen. – Es könnte – um mal einen Maßstab herauszugreifen – durchaus auch ein Mechanismus dieser Schutzverordnung oder politischen pandemischen Leitlinie sein, zu sagen: Wer auf der einen Seite eine Schule schließt, muss auf der anderen Seite aber auch dafür sorgen, dass dann Distanzunterricht im vollen Umfang stattfinden kann, damit die Kinder durch diese Maßnahme nicht abgehängt werden.

Vielleicht kommt man dann auf die Idee, sich neue, zusätzliche Dinge einfallen zu lassen, um es gar nicht erst soweit kommen zu lassen. Würden Sie empfehlen, diese Faktoren mit einzurechnen?

Herr Herrmann, Sie haben alle Faktoren, also wie Sie messen, aufgeschrieben. Sie haben aber auch geschrieben – ich meine das nicht despektierlich –: Wir nehmen das jetzt zunächst mal zur Kenntnis. Wir ziehen im Moment keine Konsequenzen daraus.

Auch der Inzidenzwert – das hat auch Herr Professor Streeck gesagt – hat seinen Wert insofern nicht verloren, als dass er ein Frühwarnsystem ist. Er muss wahrscheinlich eingeordnet – die 35 von diesem Jahr werden vielleicht zu 150 – oder mit anderen Faktoren verknüpft werden, aber das hat noch niemand gemacht. Die Faktoren stehen unverknüpft nebeneinander. Wird da noch was kommen? Hätten Sie – Herr Klein, Frau Professorin Woopen oder auch Herr Professor Streeck – einen Vorschlag dazu, die Faktoren auf irgendeine Art und Weise miteinander zu verknüpfen?

Angela Lück (SPD): Ein herzliches Dankeschön von der SPD-Fraktion an unsere Expert*innen hier und zu Hause, oder wo immer Sie sind, dafür, dass Sie uns heute zur Verfügung stehen.

Ich möchte an den Kollegen Mostofizadeh und Herrn Herrmann anschließen. Erst mal jedoch herzlichen Dank, Herr Herrmann, für den Bericht, der uns heute sehr zeitnah erreicht hat, aber auch einen guten Hintergrund liefert.

Meine Frage geht eigentlich an Sie alle: Welche Indikatoren sollen jetzt für NRW gelten, und wie sollen sie gewichtet werden? Ganz besonders wichtig ist mir auch die Frage: Wie soll das kommuniziert werden?

Die Menschen im Land wissen natürlich immer, wo unser Inzidenzwert gerade liegt. Viele brauchen dies als Orientierung, und um überhaupt zu wissen: Wie muss ich mit den Dingen umgehen? Muss ich vorsichtig sein? Kann ich mich ein bisschen freier bewegen?

So ist das für viele Menschen, und daher lautet meine Frage: Wie können oder sollen wir diese neuen Leitindikatoren transportieren? Welchen Wert soll es geben? Wie soll dies sprachlich der Bevölkerung übermittelt werden?

Es wurde sehr oft kritisiert, dass die Bundesländer unterschiedlich damit umgehen. Obwohl man sich auf der GMK-Ebene eigentlich geeinigt hat, macht jedes Bundesland wieder sein eigenes Ding. Das hat bei den Menschen bereits zu sehr viel Verunsicherung geführt; allein schon, dass andere Dinge gelten, wenn man über die Landesgrenze geht.

Herr Dr. Klein, Sie sprachen von der Ampel als Grenzzeichen der Belastung. Wo muss man dies einordnen? Wo fängt es an? Wo springt die Ampel von Grün auf Gelb und von Gelb auf Rot?

Herr Professor Streeck, Sie sprachen von den infizierten Geimpften, also den sogenannten „Impfdurchbrüchen“. Müsste man diese nicht eigentlich auch erfassen? Hilft dies nicht auch dabei, weitere Instrumente zu bekommen?

Eine Frage an alle bezieht sich auf die Kontaktnachverfolgung, die bei uns in Nordrhein-Westfalen zurzeit eingestellt ist: Wie würde uns die Kontaktnachverfolgung – auch bei der Eindämmung der Pandemie – weiterbringen?

Susanne Schneider (FDP): Auch vonseiten der FDP-Landtagsfraktion einen ganz herzlichen Dank für die Stellungnahmen unserer Experten und dafür, dass Sie uns heute mal wieder für den Austausch zur Verfügung stehen.

Herr Professor Streeck, wir hatten vorhin schon kurz das Wort „Test“ gehört; der Kollege hatte gefragt. Habe ich es richtig verstanden, dass Sie gerne weiterhin an 3G festhalten und nicht auf 2G oder 1G umswitchen würden? Ich formuliere es als Frage, weil es oft nach einer Anhörung heißt: Das hat er nicht gesagt.

Es wird auch hier immer wieder darüber diskutiert, ob in vielen Fällen der PCR-Test reicht, der bis zu 48 Stunden alt sein darf. Man hört dann häufig als Argument: Der Schnelltest ist doch viel schneller, und er ist von gerade eben. Ist der nicht genauso gut oder noch besser? – Vielleicht könnten Sie noch ein oder zwei Sätze dazu sagen.

Noch eine Frage habe ich an Herrn Professor Streeck aber auch an Herrn Klein. Wir haben vorhin über die Intensivbetten, die mit COVID-Patienten belegt sind, diskutiert. Da geistert immer mal wieder ein relativer Wert herum oder – so wie es Baden-Württemberg bevorzugt – ein absoluter Wert. Was wäre Ihnen beiden lieber? Wie hoch würden Sie den Schwellenwert ansetzen, und sagen: Ab hier wird es jetzt kritisch, und wir müssen wirklich richtig bremsen?

Zum Schluss eine Frage an Frau Professorin Woopen, Herrn Klein und Herrn Professor Streeck. Wir hatten letzte Woche Plenarsitzungen, und wer es noch nicht wusste, weiß es seitdem: Ich bin inzwischen eine ganz große Freundin von Dänemark, weil die Dänen so kluge Sachen gemacht haben.

Sie haben quasi alles wieder geöffnet mit dem Argument: Es konnte sich inzwischen jeder impfen lassen. Für den, der dies nicht wollte, muss der Staat nicht mehr verantwortlich sein. – Sie haben die Maskenpflicht und alle möglichen Regelungen abgeschafft und leben jetzt einfach weiter. Die Briten versuchen es auf eine ähnliche Art und Weise. Wann würden Sie aus Ihrer Perspektive sagen: „Bei einer Impfung von soundso vielen können wir das machen“, oder: „Wir haben es jetzt jedem angeboten, irgendwann ist auch mal gut“, oder was würden Sie zu diesem Punkt empfehlen?

Dr. Martin Vincentz (AfD): Auch von meiner Seite aus ein großes Dankeschön für die Ausführungen, die wir gerade eben gehört haben.

Das muss man mal im Parlament miterlebt haben, dass es fixe neun Monate dauert, bis so ein Ampelsystem aus dem Expertengremium, das von der Regierung berufen wurde, in die Realität – oder zumindest ansatzweise in abgeschwächter Form – umgesetzt wird; und dann haben dies einige auch noch als eigene Idee verkauft.

Bis die Idee überhaupt aufgekommen ist, haben wir wieder sehr viel Zeit verloren, um gegebenenfalls Maßnahmen dafür festzulegen, wenn eine Ampel gegebenenfalls auf Gelb oder Rot geht. Dies ist zwar nicht so richtig abschätzbar, aber es könnte durchaus passieren, da es im Bereich des Möglichen liegt.

Es gibt – das ist in der letzten Sitzung des Ausschusses für Arbeit, Gesundheit und Soziales klar geworden – kaum mehr Pfeile im Köcher, die das Ministerium bzw. der Gesundheitsminister aktuell zur Verfügung haben, um darauf zu reagieren. Ich habe ein

bisschen die Sorge, dass es – allein um politische Handlungsfähigkeit zu imitieren – dazu kommt, dass wir automatisch auf 2G wechseln, wenn eine Ampel auf Gelb springt. Das ist aktuell eine dieser viel diskutierten Maßnahmen. Sie wird in den Medien so ausgebreitet, dass ich die Befürchtung habe, dass wir in ein 2G-System wechseln, wenn die Ampel auf Gelb geht, damit gesagt werden kann: Wir machen jetzt was. Die Politik handelt.

Gerade eben wurde gut ausgeführt – ich versuche das auch seit geraumer Zeit zu erklären –, dass das höchstwahrscheinlich einen relativ geringen Effekt auf die eigentliche Krankheitslast haben dürfte. In dem Zusammenhang würde ich gerne Herrn Professor Streeck fragen, was für andere Pfeile wir im Köcher hätten, die man tatsächlich sinnvoll einsetzen könnte, wenn wir nun auf eine Situation zusteuern, in der wieder eine große Krankheitslast in den Krankenhäusern auftritt. Was kann Politik, was kann ein Parlament machen, um in dem Zusammenhang das Schlimmste zu verhindern?

Vorsitzender Rainer Schmeltzer: Herzlichen Dank. – Erlauben Sie mir zwei ergänzende Fragen und einen Hinweis zu dem, was Frau Professor Woopen eben gesagt hat.

Zu den ergänzenden Fragen. Bei den Impfdurchbrüchen – ich weiß nicht mehr, wer dazu schon gefragt hat – wäre es natürlich auch interessant zu wissen, welcher Impfstoff in den Fällen verabreicht wurde. Gibt es Erkenntnisse darüber? Insbesondere in den sogenannten sozialen Medien gibt es dazu Gerüchte ohne Ende.

Frau Professor Woopen, Sie hatten ganz am Anfang Ihrer Ausführung gesagt: Die Kontaktdaten des RKI werden unterschätzt. – Ich habe mir in Stichpunkten aufgeschrieben: Testdatum wird erfasst. – Sie hatten dies mit dem tatsächlichen Krankenhausdatum in Einklang gebracht. Das hätte ich gerne etwas konkreter gewusst.

Nun der Hinweis zu Ihren Ausführungen. Sie haben ganz bewusst, sehr intensiv und – wie ich finde – zu Recht darauf hingewiesen, dass Long COVID für Kinder und Jugendliche ein sehr zentrales Thema sein wird. Für Sie – so Sie es noch nicht wissen – zur Information: Wir haben Long COVID hier vor einigen Wochen – es ist also noch nicht so lange her – als Schwerpunktthema gehabt, und die Hinweise Ihrer Kolleginnen und Kollegen Sachverständigen zeigten sehr deutlich, dass da noch sehr viel intensiver etwas gemacht werden müsste; insbesondere bezogen auf die Behandlungsmethoden, auf die unterschiedlichen Symptome, auf die unterschiedlichen Altersgruppen. Einige Altersgruppen wurden hier auch im Hinblick darauf schon spezifiziert, was die Behandlungsmethoden in Zusammenarbeit mit den jeweiligen Rehabilitationsmaßnahmen betrifft.

Seien Sie gewiss, dies ist ein Thema – das weiß ich hier aus dem Parlament –, das wir sehr stark auf dem Schirm haben. Das gilt, glaube ich, für fast alle Fraktionen. Daher noch mal herzlichen Dank für diesen Hinweis.

Ich gebe jetzt die Antwortrunde frei. Es sind alle vier immer irgendwie angesprochen worden, und deswegen fangen wir wieder mit Herrn Hermann an.

RB'r Gerd Herrmann (Abteilungsleiter MAGS): Ich würde gerne einige Fragen aus unserer Sicht bzw. aus meiner Sicht erläuternd beantworten.

Wir sind noch nicht so weit, dass wir tatsächliche Schwellenwerte festlegen können. Wir beobachten das Infektionsgeschehen und wie die unterschiedlichen Indikatoren aufeinander einwirken. Da bin ich ganz auf der Seite meines Ministers, der entsprechend erklärt hat, dass wir uns im Moment – obwohl er ja eigentlich ein Freund von klaren und eindeutigen Indikatoren ist – nicht in der Lage sehen, die Schwellenwerte konkret festzulegen.

Wir beobachten dies und auch die gegenseitigen Einflüsse aber sehr intensiv. Insofern stehen die Indikatoren nicht unverbunden nebeneinander, sondern werden in der Bewertung insgesamt betrachtet. Ich möchte dies an einem Beispiel darstellen, zumal auch danach gefragt wurde:

Wir kennen die Intensivbettenkapazitäten, genauer: die belegbaren Intensivbettenkapazitäten, die sich von Tag zu Tag unterscheiden. Der allergrößte Teil – Herr Klein wird das bestätigen können – der Beatmungsbetten in Nordrhein-Westfalen ist mit Menschen belegt, die nicht COVID-19 haben. Das sind ungefähr 4.200. Nur etwa 273 liegen in den Beatmungsbetten als COVID-19-Patienten. Das sind 7,9 % am heutigen Tag, wenn man es in Prozent umrechnet. Dieser Anteil ist in den letzten Tagen erfreulicherweise gleichgeblieben, was in den fallenden Inzidenzen begründet liegt. Daran kann man sozusagen bereits erkennen, dass letztlich das eine das andere mitbedingt.

Wir waren auf dem Höhepunkt der letzten Welle bei ungefähr 20 % der belegbaren Betten, die von COVID-19-Patienten im Beatmungsbereich belegt wurden. Davon sind wir im Moment noch weit entfernt. Trotzdem hat uns der Anstieg in den letzten Wochen Sorgen bereitet, und wir beobachten das, um dann natürlich die richtigen Schlüsse zu ziehen.

Wir können auch deshalb noch keine wirklichen Schwellenwerte festlegen, weil, wie Frau Professorin Woopen es angedeutet bzw. beschrieben hat, die Datenlage noch nicht ideal ist.

Sie ist in der Hospitalisierungsinzidenz nicht gut, sondern muss aus den von Frau Woopen geschilderten Gründen deutlich verbessert werden.

Wir haben neben den Daten des Infektionsschutzgesetzes auch die Daten eines eigenen Systems, nämlich unsere IG-NRW-Zahlen, die wir auch ausweisen. Sie liegen deutlich höher, etwa bei der Hospitalisierungsinzidenz um das Dreifache. Das hat technische Gründe. In unserem System „IG NRW“, Informationssystem Gefahrenabwehr NRW, geben die Krankenhäuser direkt ein, wer als Patient aufgenommen worden ist, während wir beim Infektionsschutzgesetzgeschehen in der Tat deutliche Zeitverzögerungen haben.

Diese Problematik müssen wir schlichtweg klären, um an Zahlen zu kommen, die nicht nur transparent – das ist unser erstes Ziel gewesen –, sondern auch tatsächlich für alle gut verständlich und interpretierbar sind.

Frau Lück, Sie haben die Unterschiedlichkeit der Bundesländer angesprochen, die seit anderthalb Jahren die Debatte natürlich auch bestimmt. Wir haben gerade bei den

Fragen nach den Leitindikatoren versucht, ein einstimmiges Bild auch über einen eigenen Antrag in der Gesundheitsministerkonferenz herzustellen. Letztlich ist dies so nicht gelungen. Wir haben das bei der Hospitalisierungsinzidenz – es steht ja nun im Gesetz drin – und bei der Sieben-Tage-Inzidenz natürlich auch, aber schon im Bereich des Auslastungsgrades in den Krankenhäusern haben andere Bundesländer andere Systeme, und dadurch ist dann in der Tat die Vergleichbarkeit nicht mehr ganz gegeben. Ich hoffe aber, dass sich dies auf Dauer so darstellen wird, dass man zu vergleichbaren Daten kommt.

Sascha Klein (Krankenhausgesellschaft NRW e. V. [per Video zugeschaltet]): Ich habe die erste Frage so verstanden, dass es um den Grad der Hospitalisierung und der – ich nenne es mal – Faustformel geht, aus der man ableiten kann, wie viele der hospitalisierten COVID-19-Patienten auf den Normalstationen möglicherweise nach einer Woche oder nach zwei Woche auf einer Intensivstation sein werden.

Das war aus unserer Erfahrung im vergangenen Jahr tatsächlich – überschlagen – gut zu beziffern. Für dieses Jahr lässt sich das nicht sagen. Dazu fehlt uns einfach die Erfahrung und möglicherweise ist die Bandbreite so groß, dass es überhaupt keine Faustformel geben kann. Die These ist, dass wir an der Stelle auf andere Frühwarnindikatoren angewiesen sind.

Es ist zwar nicht so geschrieben worden, aber die vom Land NRW gestern veröffentlichten Kennwerte sind ja wie ein Phasenmodell. Darauf sei nur mal am Rande hingewiesen. Die Sieben-Tage-Inzidenz, die Neuaufnahme in den Kliniken und die Intensivbelegung bauen aufeinander auf, und dies wirkt wie ein Phasenmodell in einem zeitlichen Zusammenhang: Infektion, Erkrankung und Krankheitsverlauf.

Damit komme ich im Prinzip zum Ampelmodell, das ebenfalls wie ein Phasenmodell wirkt. Dazu hatte Herr Hermann schon einiges gesagt. Die Deutsche Krankenhausgesellschaft hat in den Stufen „Eins“, „Zwei“ und „Drei“ diese eben genannten drei Indikatoren mit Werten belegt. Das ist aber natürlich auch mit Vorsicht zu genießen, weil es aufgrund fehlender Erfahrung wirklich noch schwierig ist, das Zusammenspiel der verschiedenen Parameter genau zu beziffern.

Ich glaube aber, man wird sich da heranwagen – ähnlich wie es jetzt die Krankenhausgesellschaft gemacht hat –, einfach mal Werte festlegen und dann eventuell im weiteren Verlauf des Herbstes, des Winters vielleicht Anpassungen vornehmen müssen, wenn man mehr Erkenntnisse hat.

Daher das klare Bekenntnis dazu, das griffige Indikatorenset zu nutzen, ohne die anderen Zahlen aber – das Tableau der Parameter, das uns zur Verfügung steht – aus den Augen zu verlieren, und auch dorthin zu gucken, um mehr Gefühl dafür zu bekommen, wo wir uns hinbewegen, um frühzeitig reagieren zu können.

Das Hauptanliegen ist, das Gesundheitssystem – insbesondere die Intensivstationen – nicht zu überfordern. Damit bin ich bei dem dritten Punkt, den ich aufgenommen habe, nämlich die Belegungszahlen auf den Intensivstationen – die Intensivbelegung also. Wünschen wir uns einen Anteil, eine Relativzahl oder eher eine Absolutzahl?

Die Absolutzahlen sind notwendig, weil wir sonst keinen Anteil bilden können. Ich glaube, wir müssen auf beides schauen. Griffiger ist natürlich die Relation, die Prozentzahl, weil man daran auch Kennwerte knüpfen kann.

Wir wissen für NRW ziemlich genau, wie viele betreibbare Intensivbetten wir haben. Die werden auch durch das IG NRW, das landeseigene Portal also, gemeldet. Diese Anzahl der betreibbaren Intensivbetten kann schon mal etwas fluktuieren. Das kann ich aus eigener Erfahrung sagen.

Wir haben schließlich auch Krankheitsfälle auf Intensivstationen, wir haben Personal, das eventuell ausscheidet, versetzte Nachbesetzungen, und wir haben natürlich auch Mitarbeiter, die in Quarantäne müssen. Das dezimiert häufig die betreibbaren Betten und insofern können die Zahlen schon mal etwas wandern. Wir wissen aber grob, wie viele Betten zur Verfügung stehen, und wir wissen auch ungefähr, wo es eng wird und wo es sehr eng wird. Diese Zahlen lassen sich ziemlich gut beziffern. Das müssen wir im Auge behalten.

Prof. Dr. Hendrik Streeck (Universitätsklinikum Bonn, Institut für Virologie): Der erste Themenkomplex, über den wir reden sollten, sind die Impfdurchbrüche bzw. die sogenannten Impfdurchbrüche, weil es eigentlich keine Impfdurchbrüche sind. Die Leute werden schließlich nicht schwer krank, sondern sie haben asymptomatische oder milde Infektionen.

Kollege Drosten hat das vor Kurzem ein bisschen schlecht ausgedrückt, und man dachte, jeden erwartet mal eine Infektion. Aber genau das wird ja wahrscheinlich passieren, nämlich dass wir alle als Geimpfte irgendwie noch Kontakt mit dem Virus haben werden, dabei aber keinen schlimmen Verlauf erwarten müssen.

Um das zu verdeutlichen: Ich habe meinen Vortrag dabei, den ich gerade für morgen vorbereite.

(Prof. Dr. Hendrick Streeck [Universitätsklinikum Bonn, Institut für Virologie] hält seinen Laptop hoch.)

Da oben – das sieht man leider nicht auf dem Bildschirm – ist eine Studie aus Katar. Darüber muss man sich nicht wundern, denn Katar macht einige der besten Coronastudien. Die schauen wirklich sehr genau hin, und diese Studien werden auch immer in The New England Journal of Medicine publiziert.

Hier sieht man sehr schön, wie hoch der Schutz durch die BioNTech-Pfizer-Impfung vor dem schweren Verlauf ist: Der dauerhafte Anstieg läuft über 25 Wochen.

Das ist nur exemplarisch. Sie haben gleichzeitig in der Gruppe den Schutz vor einer Infektion allgemein getestet. Hier sieht man in den ersten Wochen einen sehr guten Schutz vor der Infektion allgemein, und dann geht es in Katar fast auf null mit dem BioNTech-Pfizer-Impfstoff.

Man muss das im Moment alles sehr vorsichtig betrachten. Die REACT-Studie aus England – dort gibt es auch sehr gute Studien – sagt, dass sich bei einem Geimpften die Wahrscheinlichkeit, sich zu infizieren, ungefähr halbiert.

Wenn man sich aber infiziert – und das war eine der nächsten Fragen hier –, wie ist es dann mit der Viruslast? Kann man sich überhaupt anstecken? Kann man das Virus weitergeben? – Da habe ich jetzt mal kurzfristig zwei Studien gegenübergestellt, die das auch gemacht haben.

(Prof. Dr. Hendrick Streeck [Universitätsklinikum Bonn, Institut für Virologie] hält seinen Laptop hoch.)

Das ist wieder aus der REACT-Studie aus England. Man hat einfach die CT-Werte verglichen in verschiedenen Gruppen nach der Impfung: Null. Das Rote steht für nicht geimpft, das Blaue steht für geimpft. Man sieht da so einen leichten Unterschied in der Viruslast. Das kann man sich auch alles bei PHE – Public Health England; Statistical Services – anschauen. Man sieht eigentlich kaum einen großen Unterschied zwischen den Geimpften und nicht Geimpften hinsichtlich der CT-Werte.

Das hier ist die erwähnte Provincetownstudie von 379 oder 479 Infizierten, 74 % von ihnen waren geimpft. Man hat die CT-Werte verglichen – da sieht man es vielleicht am besten –: Da sind die Balken genau gleich.

Damit will ich nicht sagen, dass der Impfstoff nicht vor einer Infektion schützt. Dafür haben wir im Moment noch zu wenig Daten. Es zeigt aber, dass wir bei den Geimpften durchaus mit Infektionen rechnen können und dass sie auch das Virus weitergeben können.

Die Frage nach 2G und der Einstellung der Testungen finde ich im Grunde schwierig. Soll man jetzt allgemein weitertesten? – Nein, das mit Sicherheit nicht. Wenn man jetzt einfach bei Geimpften und nicht Geimpften mit Antigentests oder PCR-Tests weiter-testet, dann kommen wir dort nie raus.

Eine Testung sollte vielmehr symptomorientiert und auch für nicht Geimpfte betrieben werden; 3G sollte also beibehalten werden. Es hat aber Konsequenzen für die Inzidenz, wenn die geimpfte Bevölkerung davon ausgenommen wird und sich die Inzidenz dann nur aus den jeweils aktuell Getesteten zusammensetzt.

Sie hatten vorhin gefragt, wie stichprobenartige Tests durchgeführt werden. In England wird einmal im Monat eine repräsentative Stichprobe der Bevölkerung gezogen: 150.000 Menschen kriegen einen Brief zugeschickt mit einem Abstrichröhrchen und einem Fragebogen, und das werfen sie bei der Post ein. Diese Post wird dann zentral gesammelt.

Das wird jeden Monat durchgeführt und ergibt sehr genaue Daten über das Infektionsgeschehen. Einige andere Länder machen das auch. Dadurch kann man sehr viel besser vorausschauen, was passieren wird und somit besser darauf reagieren.

Man wundert sich, warum alle guten Daten aus England kommen. Einer der Gründe ist dieser: Weil sie diese Stichproben von Anfang an durchgeführt haben.

Wenn es um Schutzkonzepte geht – gerade für den Herbst und Winter –, ist es wichtig zu bedenken, dass Dänemark zwar vieles gut gemacht hat, aber man die Bevölkerung dieses kleinen Landes nicht mit der des großen Landes Deutschland eins zu eins setzen kann.

Die Dänen haben die Maskenpflicht bereits im März fallen lassen. Ich wäre sehr viel entspannter, wenn man über den Sommer Maßnahmen zurückgenommen hätte, als jetzt zum Herbst und Winter. Wir hatten mal im Expertenrat die Beschreibung: Sommerreifenmodus, Winterreifenmodus. Ich finde, das ist ein sehr schönes Bild. Ich selber würde mich nicht wohlfühlen, wenn man nun sagt: „Wir lassen jetzt einfach die ganzen Maßnahmen fallen“, und dann müssten wir in ein paar Monaten wieder anziehen. Die Standardhygieneregeln werden dann wahrscheinlich immer noch da sein, aber einige Sachen würde ich anders machen.

Die Kontaktnachverfolgung würde ich aufgeben. Das zieht enorm viel Energie der Gesundheitsämter. Diese Energie sollte man eher dafür nutzen, um Risikogruppen besser zu schützen. Letztendlich wird diese Pandemie wieder in den Milieus der sozial Schwächergestellten sowie in Alten- und Pflegeheimen entschieden werden. Dies sind nämlich die Menschen, die zum Beispiel bei Impfdurchbrüchen einen schwereren Verlauf haben werden, die niedrigere Impfquoten haben, die sich weniger schützen können, weil sie keinen Zugang zu Masken haben, in den Fahrstühlen der Hochhäuser, in denen sie enggedrängt leben, stehen und gar keine Möglichkeit haben, sich zu schützen.

Es wird wichtig werden, sich in diesem Herbst und Winter darauf zu besinnen, sich um die Risikogruppen und die sozial Schwächergestellten zu kümmern. Das wird entscheidend sein.

Die Tests haben uns letztes Jahr sehr geholfen. Darum hat es mich sehr gewundert, dass dieses wichtige Standbein aufgegeben werden soll. Ich kann verstehen, dass es sehr teuer ist. Der Winter aber wird kompliziert sein, und wir alle können nicht vorher sagen, was da passieren wird. Ich sehe dabei die Tests allerdings als wichtigen Faktor.

Was ich noch zusätzlich zu den Schutzkonzepten sagen möchte: Ich denke, man möchte um jeden Preis nicht wieder in einen Lockdown gehen. Ich denke aber auch, dass man Hygienekonzepte zum Beispiel zertifizieren oder ein Schutzkonzept vorgeben und dann sagen kann: Wenn diese Schutzkonzepte vorliegen, dann ist der entsprechende Ort sicher.

Ich habe mich vor ein paar Wochen mit den Aerosolforschern und Pulmonologen zusammengesetzt. Wir arbeiten gerade an einem Lufthygienecheck. Es ist eigentlich relativ leicht, auch Innenräume dahin gehend zu testen, ob sie aerosolsicher sind – ob es da also zu Aerosolübertragungen kommt. So kann man zumindest zeigen, ob das Risiko im entsprechenden Bereich minimiert ist.

Ich glaube, das sind Konzepte, die man für den Herbst und Winter andenken muss. Wir sollten bei ansteigenden Zahlen generell mit pragmatischen Lösungen arbeiten.

Ich finde den Einwurf von Frau Woopen enorm wichtig. Wir müssen auch definieren, wann die Pandemie zu Ende ist. Ich kann es sehr gut verstehen, wenn man sagt: Jeder hat ein Impfangebot gehabt, und damit könnten auch die Maßnahmen fallengelassen werden. – Das ist ein logischer Schritt. Wenn wir das aber nicht als Ende nehmen, dann stellt sich die Frage: Was nehmen wir dann? – Das ist aber schlussendlich eine politische Frage.

Prof.'in Dr. Christiane Woopen (Vorsitzende des Europäischen Ethikrates; Prof.'in für Ethik und Theorie der Medizin, Medizinischen Fakultät an der Universität zu Köln [per Video zugeschaltet]): Herr Schmitz fragte nach der Hospitalisierungsrate als Warnmaßstab. Ergänzend zu Herrn Klein möchte ich da nur anmerken, dass wir vielleicht vermuten können, dass durch eine steigende Impfquote die Rate derer, die im Krankenhaus auf der Intensivstation liegen, voraussichtlich geringer wird, weil sie vielleicht ein bisschen schwerer, nicht aber superschwer erkranken.

Wichtig scheint mir aber die Hospitalisierungsrate auch für die Belastung des Pflegepersonals zu sein und um ein Indiz dafür zu haben, welche anderen Erkrankten – ganz unabhängig von den Intensivstationen – möglicherweise aus dem Krankenhaus verdrängt werden. Diese Gruppe muss man noch mal ins Bewusstsein rufen. Auch das Pflegepersonal – nicht nur auf den Intensivstationen, sondern im gesamten Krankenhaus – müssen wir vor Augen haben.

Wir machen im Moment leider so einige coronaunabhängige Krankenhauserfahrungen: Das Theater mit den Besuchsregeln zum Beispiel ist unbeschreiblich, und ich höre ganz schnell damit auf, sonst dauert es sehr lang.

Zur nächsten Frage: Schüler in die Quarantäne; ist diese Landespolitik richtig? – Ich würde sagen: Ja, im Prinzip schon.

Schwierig wird es aber vielleicht mit dem Verzicht auf die Quarantäne von Kontaktpersonen bei der Deltavariante. Wenn vielleicht auch noch andere Varianten kommen, müssen wir einfach vorsichtig sein. Vielleicht könnte Herr Streeck etwas über die Variante Mu sagen, die durch die Köpfe geistert, weil sie scheinbar noch stärker Impfdurchbrüche erwarten lässt, sage ich mal ganz vorsichtig. Ob es wirklich klug ist, Kontaktpersonen dann nicht in Quarantäne zu stecken, das muss man zumindest sehr vorsichtig beobachten; denn die geben das Virus weiter, bevor man bei ihnen merkt, dass der Test positiv ist. Die häufigen Tests in den Schulen sind gut.

Es ist ein bisschen schade, dass nach anderthalb Jahren Pandemie immer noch so Viele anmerken, dass die Schutzmaßnahmen in den Schulen – die Filter, die mögliche Distanz und manchmal das Lüften, der Zustand der sanitären Räume etc. – anzumahnen sind. Das ist ein eher trauriger Befund. Vielleicht kann man da vor dem Winter noch irgendwie Gas geben.

Herr Mostofizadeh fragte in dem Zusammenhang nach dem Umgang mit den Schulformaten. Es lohnt sich auf jeden Fall, Distanz-Hybrid-Formate zu etablieren. Eigentlich würde ich sogar ganz naiv sagen: Nach anderthalb Jahren Pandemie und nach dem, was wir vielleicht auch für die nächsten Jahre – im Rahmen eines Szenariendenkens, was ich sehr empfehle; es gibt ja Best- und Worstsznarien – noch erwarten müssen, wäre es ganz naheliegend, an allen Schulen in ein Hybridformat einzuführen oder dies dort zumindest zu ermöglichen. Ich weiß, dass das nach den Sternen gegriffen ist, wenn ich das so sage, aber wenn man so nicht denkt, kommt man auch nicht vom Platz. Ich würde mir wünschen, dass da noch ganz viel passiert.

Nach einer Verknüpfung von Maßstäben wurde auch gefragt. Ich glaube, diesen einen Wert zu nennen, bei dem dann eine Ampel umswitcht oder so, das geht kaum. Das

wird immer im Fluss bleiben, und insofern ist die Bereitschaft, sich auf eine Gesamtreflexion anhand mehrerer Kennzahlen einzulassen, unverzichtbar.

Frau Lück fragte in diesem Zusammenhang nach der Gewichtung von Faktoren, aber auch nach der Kommunikation. Ja, die Kommunikation ist etwas ganz Entscheidendes, und an der Stelle komme ich auf ein weiteres Thema zu sprechen, nämlich das Vertrauen der Bevölkerung in das, was hier mit dem Pandemiemanagement geschieht.

Wir haben nun mal leider diese kakophonische Ministerpräsidentenkonferenz, die es über anderthalb Jahre geschafft hat, klarzumachen, dass es kaum irgendetwas gibt, bei dem der Bund einheitlich vorgeht. Es gab zwar diesen einen Kraftakt, das wissen wir alle. Letztlich aber hat dies das Vertrauen der Bevölkerung nicht wirklich gestärkt, weil vieles als beliebig wahrgenommen wird, wenn der eine es so macht und der andere so, und man nicht so genau weiß warum und wie. Es gibt dann viele hinterlegte Theorien, warum das so ist, wem man dann glaubt und wem nicht. Das ist durch vielfältige persönliche und politische Präferenzen geprägt. Ein kollektiver Akt – dass wir das jetzt irgendwie managen, und die Gesellschaft die Verantwortung dafür mitübernimmt – wird dann aber nicht daraus.

Das hat man in Dänemark auch gesehen. Ich bin ebenfalls ein großer Fan von Dänemark. Warum? – Dänemark hat im Vergleich zu uns eine riesenhohe Impfquote. 96 % der Über-60-Jährigen, glaube ich, sind geimpft, und wenn Sie sich die Studien von Petersen anschauen, einem Politikwissenschaftler aus Dänemark, wird sehr deutlich, welche Rolle das Vertrauen für die Impfquote spielt.

Hier ist kommunikativ einiges verspielt worden, weil die Kommunikation in der Politik eher appellativ und nicht argumentativ ist und auch mit indirektem Druck etc. gearbeitet wird. Darauf komme ich gleich noch mal kurz zurück.

Ich persönlich halte also von der Unterschiedlichkeit der Bundesländer nicht so viel. Die Situationen sind unterschiedlich, aber die Maßstäblichkeit mit dem argumentativen Kontext muss ähnlich sein.

Zum Thema „unterlassene Kontaktverfolgung“. Herr Streeck sagte, dass die Kontaktverfolgung viel Energie frisst. Das ist natürlich richtig, aber auf der anderen Seite ist sie nach wie vor ein unglaublich wichtiges Mittel der – sofern wir sie noch wollen – Infektionskettendurchbrechung. Es muss mal ein Plädoyer oder eine Entscheidung dazu geben, ob man sie – dazu gehört natürlich auch die Corona-Warn-App – wirklich noch so möchte oder nicht.

Frau Schneider fragte nach den Tests. Ich halte Tests nach wie vor für einen außerordentlich wichtigen Bestandteil des Pandemiemanagements. Ich verstehe ehrlich gesagt nicht, warum man mit den schon erwähnten Befunden bei Geimpften die Tests entfallen lässt; warum man also 2G, Genesene und Geimpfte, vom Testen entkoppelt. Ich erinnere nur an das Clubereignis in Münster, bei dem die 2G-Regel angewandt wurde und es dann zu etlichen Infektionen kam.

Die Tests sind immer noch ein wunderbarer, wenn auch nicht der alleinseligmachende Bestandteil eines Pandemiemanagements, und ich würde ihn befürworten.

Wir könnten schon lange eine Massen-PCR-Test-Infrastruktur aufgebaut haben, durch die 10.000 PCR-Tests auf einmal gejagt werden können und die Ergebnisse innerhalb von zwei Stunden da sind. Da kostet dann eine Probe einen Euro, wie mir ein Wissenschaftler mitgeteilt hat. Die Proben sind dabei markiert. Wenn von 10.000 eine positiv ist, weiß man, wessen Probe das ist, und man muss nicht wieder anfangen, alle neu zu testen. In diese Richtung könnte man weiterdenken. Immerhin haben die Tests noch die dritte Welle beherrscht. Das hat Herr Streeck auch schon gesagt.

Ich teile die Sorge, die eben zum Ausdruck gebracht wurde, was die Ampel und den Wechsel auf 2G angeht. Es gibt unterschiedliche Narrative, die schwierig sind: 2G von den Tests zu entkoppeln, oder Ampeln an 2G zu binden. Ich halte nicht viel von 2G, und ich halte 2G auch nicht für gerechtfertigt, sondern für pragmatisch schädlich, weil dadurch Sachen ins Private verschoben werden und dort dann die Infektionen weitergehen. PCR-Getestete sind ohnehin viel sicherer als ungetestete Geimpfte; das kommt auch noch dazu. Ich weiß nicht, was ein Verfassungsgericht irgendwann mal dazu sagen würde, wenn man die Getesteten ausschließt. Außerdem es ist für die Infektionskettennachverfolgung auch relevant.

Herr Schmeltzer fragte nach der Operationalisierung des Maßstabs. Da kann ich nur Herrn Hermann Danke sagen, der schon darauf geantwortet hat, dass sich darum gekümmert wird, und dass man was anderes nimmt. Wenn man nämlich wirklich an den Zeitpunkt des Tests anknüpft, hat man ganz viel Zeit verloren.

Zu Long COVID bei den Kindern. Erst mal vielen Dank für den Hinweis, und es ist natürlich großartig, dass es in NRW schon ein so großes Bewusstsein dafür gibt. Es ist selbstverständlich wichtig, dass man sich mit dem Aufbau von Ambulanzen und Zentren darum kümmert. England nimmt beispielsweise auch gerade viele Millionen Pfund in die Hand, um Zentren für die Behandlung der Kinder aufzubauen. Wichtiger aber – oder auch wichtig – ist sicherlich die Prävention, mit der man die Inzidenzen bei Kindern von vornherein niedrig hält.

Ich habe noch ein paar wenige, kurze Abschlussanmerkungen. Ich renne schon seit Monaten durch die Öffentlichkeit und sage, dass die Definition des Genesenenstatus schwer diskriminierend ist. Wenn ich nicht falsch informiert bin, wird der Genesenenstatus immer noch an den PCR-Test geknüpft. Wenn dieser aber bei den vielen Asymptomatischen gar nicht vorliegt, die gleichwohl hohe Antikörpertiter haben – sogar das RKI sagt schon, dass es mittlerweile klare Hinweise dafür gibt, welche Antikörpertiter man auch mit einem Schutz, dem Genesenenstatus oder einer Immunität in Verbindung bringen kann –, dann halte ich das wirklich für problematisch; gerechtigkeitstheoretisch und auch im Hinblick auf die gesellschaftliche Situation. Wenn man dann auch noch so viel an 2G oder 3G knüpft, sollte man doch bitte den Genesenenstatus vernünftig definieren und ihn nicht an den PCR-Test koppeln.

Es trifft auf Viele zu, dass sie einen PCR-Test – der schon neun Monate alt ist; sprich: nicht mehr relevant für den Status ist – und parallel noch sehr hohe Antikörpertiter haben. Wenn dies nach den derzeitigen wissenschaftlichen Erkenntnissen vom Antikörperstatus her völlig ausreicht, wieso müssen die sich dennoch impfen lassen? Es ist wirklich ein Problem, dass sich die Politik – jedenfalls nach meiner Wahrnehmung – nicht angemessen darum zu kümmern scheint.

Das Gleiche gilt für die Ausfallzahlungen bei der Quarantäne. Auch der Genesene kriegt keine Ausfallzahlungen für die Quarantänezeit, wenn er einen PCR-Test hat, der älter als acht Monate ist, und hohen Antikörpertiter hat, gleichwohl noch mal genauso wie jeder andere Geimpfte vielleicht nochmal positiv getestet wird und in Quarantäne muss.

In einem Sozialstaat halte ich das für institutionell verfehlt,

(Mehrdad Mostofizadeh [GRÜNE]: So ist das!)

aber dies ist sicherlich eine andere Diskussion. Ich würde das jedenfalls so auf gar keinen Fall so tun.

Vorsitzender Rainer Schmeltzer: Vielen Dank, Frau Professorin Woopen. – Zu Ihren Eingangsstatements zu der Situation in den Krankenhäusern könnte ich – mache ich aber nicht – aus Patientensicht mit dreiwöchiger Krankenhauserfahrung vor Kurzem mitberichten und wäre dann ganz, ganz nah bei Ihnen. Es ist spannend, was man in knapp drei Wochen als Patient im Krankenhaus erlebt.

Mehrdad Mostofizadeh (GRÜNE): Ich würde gerne zwei, drei Kleinigkeiten noch mal nachfragen.

Ich will es mal ohne Politik machen. Ich habe jetzt verstanden, dass Sie nicht empfehlen, einen Faktor oder Indikator zu wählen, sondern verschiedene. Wir haben auf Bundesebene für komplexe Dinge auch das Instrument der Sachverständigenräte zum Beispiel zur Bewertung der gesamtwirtschaftlichen Lage oder anderes. Könnten Sie sich vorstellen, – wir brauchen ja schon wissenschaftliche Unterstützung bei diesen Fragen – so etwas wie ein Gutachten zur pandemischen Lage oder zur Gesundheitslage zu machen?

Insbesondere auch Frau Professorin Woopen hat eine Gewichtung vorgeschlagen entlang der Fragen: Wie sind die sozialen Folgen? Wie sieht es in den Schulen aus? – Könnte man diese Dinge auch mit Vorschlägen versehen und sie nicht nur erfassen? Etwas zur Kenntnis zu nehmen, mit den Achseln zu zucken und dann einfach weiter zu laufen, finde ich nämlich immer sehr unbefriedigend. Vielleicht können Sie etwas dazu sagen, Frau Professorin Woopen, und wie sowas vielleicht aussehen könnte.

Beim „Testen“ waren Sie alle drei sehr klar und empfehlen es dringend auch weit über das jetzige Maß hinaus; insbesondere auch bei Geimpften. „Besonders vulnerable Orte“ ist ein sensibles Thema, über das wir hier vor Ort im Land nicht entscheiden, sondern dies muss der Bundesgesetzgeber tun, und in diesem Zusammenhang möchte ich gerne das Thema „Impfpflicht“ aufrufen.

Wir wissen ziemlich genau – zumindest würde ich das für mich in Anspruch nehmen –, dass in den Krankenhäusern und insbesondere auch in den Heimen für Eingliederungshilfe und Altenpflege die Fragen nach der Mobilität und Letalität besonders wichtig sind, und dass die Einschleppungen im Wesentlichen durch die Beschäftigten zu vermuten sind. Ich frage ganz konkret: Würden Sie es zumindest bei einem ersten Schritt für vertretbar und richtig halten, dort Impfpflichten anzuordnen, oder auch – das

wäre die zweitschärfste Maßnahme – Beschäftigte in andere Bereiche zu packen, in denen sie keinen direkten Patientenkontakt haben, was natürlich im Pflegeheim und Krankenhaus relativ überschaubar wenige Bereiche wären? Ich habe Sie nämlich so verstanden, dass die vulnerablen Bereiche besonders kritisch sind und wir sie in besonderer Weise schützen müssen.

Dies würde dazu führen, dass pauschale Einschränkungen für viele andere möglicherweise nicht nötig wären. Würden Sie in eine solche Richtung gehen?

Vorsitzender Rainer Schmeltzer: Habe ich das jetzt richtig verstanden, dass alle Fragen an Frau Professorin Woopen gehen?

Mehrdad Mostofizadeh (GRÜNE): Nein, zumindest Herrn Klein sehe ich dabei auch angesprochen. Herr Professor Streeck kann, muss aber nicht antworten.

Vorsitzender Rainer Schmeltzer: Dann frage ich einmal reihum und fange bei Herrn Hermann an, auch wenn dies der einzige Name ist, den Sie nicht erwähnt haben.

Mehrdad Mostofizadeh (GRÜNE): Sie hatten ja gesagt, dass wir ihn politisch schonen wollen.

RB'r Gerd Herrmann (Abteilungsleiter MAGS): Darüber ist er auch froh.

(Heiterkeit bei allen Fraktionen)

Susanne Schneider (FDP): Ich wollte die Runde nicht ausweiten, aber nachdem Herr Mostofizadeh ein paar Fragen gestellt hat – dabei waren auch ein paar kluge –, möchte ich darum bitten, dass Herr Professor Streeck die Frage nach der Impfpflicht aus seiner Sicht beantwortet.

Vorsitzender Rainer Schmeltzer: Wir gehen davon aus, dass wir hier alle kluge Fragen stellen. Wir hatten schon geklärt, Frau Schneider, dass alle antworten und wir ausschließlich – ich zitiere mal Herrn Mostofizadeh – Herrn Herrmann „politisch schonen“ wollen, was wir mit seinem Chef hier in der Runde nicht gemacht hätten.

(Mehrdad Mostofizadeh [GRÜNE]: Politische Schonung!)

Wir fangen so an, wie ich es gerade sagte, nämlich mit Herrn Klein, unmittelbar danach folgt Herr Professor Streeck, und dann ist Frau Professorin Woopen dran.

Sascha Klein (Krankenhausesellschaft NRW e. V. [per Video zugeschaltet]): Am ehesten betrifft mich die Frage zur Impfpflicht in Krankenhäusern und Altenheimen, Seniorenzentren, Pflegeheimen usw. Wir haben aktuell in Deutschland sicherlich kein Instrument für die Einführung einer Impfpflicht. Wir haben in unseren Krankenhäusern unheimlich viel Energie darauf verwendet – und tun dies immer noch –, die Beschäftigten aufzuklären. Da geben sich alle Mühe; vor allem auch Chefärzte, die persönlich

in Krankenpflegeschulen unterwegs sind, um die Krankenpflegeschülerinnen und -schülern, die beschäftigten Ergotherapeuten, Physiotherapeuten und Pflegekräfte über Impfungsangebote, die Impfungen selber und immunologische Grundkenntnisse aufzuklären, und um über diesen Weg mehr Impfbereitschaft, die sicherlich noch Luft nach oben hat – das muss man einräumen – zu erreichen.

Ich ganz persönlich kann mir – ähnlich wie wir das beim Masernschutz haben – durchaus so etwas wie eine Impfpflicht durch die Hintertür vorstellen für Beschäftigte in ganz bestimmten Bereichen, zum Beispiel in Krankenpflegeheimen und Krankenhäusern; flankiert durch Überzeugungsarbeit und technische Maßnahmen wie Masken und Ähnliches, die weitaus niederschwelliger sind und auch einen hohen Schutz garantieren.

Aufgrund der Erfahrung aus dem letzten Jahr, wo es bei uns Ausbruchsgeschehen in den unterschiedlichen Einrichtungen gab, denen wir natürlich sehr genau nachgegangen sind, wäre ich mir nicht zu 100 % sicher, dass die Ursache immer von außen hereingetragen wurde; mit Ausnahmen, denn sehr häufig waren es Besucher und nicht die Beschäftigten, die sehr viel nachlässiger mit Abständen oder Masken im Patientenzimmer usw. umgegangen sind.

Gerade weil es auch noch technische Maßnahmen gibt, um Schutz zu gewährleisten, und das scharfe Schwert der Impfpflicht sehr schwer wiegt, ist dies eine sehr schwierige Frage. Wenn Sie mich aber ganz persönlich fragen würden: Ich kann mir das schon vorstellen, weil wir es im Bereich des Masernschutzes auch erlebt haben. Das ist zwar sicherlich etwas anders zu werten, aber kommt im Ergebnis auf das Gleiche heraus.

Prof. Dr. Hendrik Streeck (Universitätsklinikum Bonn, Institut für Virologie): Ich würde gerne zu beiden Punkten noch etwas sagen.

Zur potentiellen Ampel. Ich habe mir im letzten Sommer sehr viele Gedanken darüber gemacht, wie man so eine Ampel gestalten könnte. Im Grunde ist es eine Ampel, die auf relativen Zahlen beruhen müsste, nämlich auf der Stärke der prozentualen Belegung und der prozentualen Auslastung.

Das kann man für ein Land machen, wenn die Daten vorliegen. Ich habe im Sommer versucht, an die Daten zu kommen, und zwar für NRW. Das war leider ein bisschen schwierig.

Man kann aber zumindest schon für jedes Krankenhaus sagen, wo denn eigentlich die Schwellenwerte dafür liegen. Ich habe das relativ genau vorliegen und kann Ihnen gerne zuschicken, was ich da geschrieben habe.

Man kann schon Schwellenwerte definieren, und sagen: Hier würde die Ampel auf Gelb und da auf Rot springen. Dies würde wahrscheinlich auch zeigen, dass sie in einigen Regionen sehr viel schneller umspringen würde als in anderen.

Zur Impfpflicht. Bei Masern haben wir mit einer doppelten Impfung eine sterile Immunität mit einer geschätzten Halbwertszeit von 3.000 Jahren. Man hat also noch im Grab Antikörper gegen das Virus.

So ist es beim Coronavirus und der Coronaimpfung nicht. Man sieht an den Ausbrüchen in Provincetown, dass man eine Weitergabe des Virus von Geimpften an Ungeimpfte haben kann und somit auch auf Hochrisikopatienten. Daher erübrigt sich für mich die Frage nach der Impfpflicht in Krankenhäusern oder in Hochrisikogebieten vollkommen.

Viel wichtiger ist, dass man in diesen Bereichen weitere Schutzmaßnahmen durchführt – regelmäßiges Testen der Beschäftigten, Hygieneregeln, FFP2-Masken usw. – und dass man besonderen Wert darauf legt, diese Menschen durch die herkömmlichen, klassischen Schutzmaßnahmen, die wir haben, zu schützen, und nicht hofft, den Schutz durch Impfung zu erreichen.

Prof.'in Dr. Christiane Woopen (Vorsitzende des Europäischen Ethikrates; Prof.'in für Ethik und Theorie der Medizin, Medizinischen Fakultät an der Universität zu Köln [per Video zugeschaltet]): Herr Mostofizadeh fragte nach dem Sachverständigenrat. Ich glaube, seit März oder April letzten Jahres gibt es gefühlt 130 Stellungnahmen, die einen bundesweiten Expertenrat empfehlen, der sehr interdisziplinär zusammengesetzt ist, in dem alle Disziplinen vertreten sind – über die medizinischen hinaus, die juristischen, die soziologischen, die psychologischen, die Vertreter bestimmter Gruppen wie den Lehrern oder so etwas – und der auch ethische Fragestellungen bearbeiten kann. Ja, das hätte Sinn. Ich vermute, dass die internationale Dimension der Pandemie es auch für Deutschland erforderlich macht, dies ein bisschen längerfristig vor Augen zu haben.

Bei der Impfpflicht bin ich auch sehr, sehr zurückhaltend; wenn überhaupt, dann nur berufsgruppenspezifisch und wie Sie es auch angesprochen haben, nämlich kontextgenau. Nur würde es mir überhaupt nicht einleuchten – da möchte ich Herrn Streeck noch mal zusätzlich unterstützen –, wenn wir gemäß der 2G-Maßgabe die Stadien wieder ohne Masken füllen würden, weil ja die Geimpften und Genesenen angeblich so großartig geschützt sind. Die verbreiten dann dort das Virus fröhlich unter sich, gehen aber irgendwann aus dem Stadion wieder raus und dann in ein Krankenhaus, um zu arbeiten. Die sind zwar geimpft, aber sie verbreiten das Virus dennoch.

So etwas hat einen weitaus höheren oder jedenfalls vergleichbaren Impact als bzw. wie eine Impfpflicht derer, die noch nicht geimpft sind, sich aber vielleicht an alle Vorsichtsmaßnahmen halten – sich regelmäßig testen, die Masken tragen etc. Insofern muss man also sehr gut über das Gesamtpaket der Maßnahmen nachdenken und darüber, ob so eine Impfpflicht dann nicht doch recht unverhältnismäßig wäre.

Die Impfpflicht bei Masern ist immerhin noch vor dem Bundesverfassungsgericht. Meines Wissens müsste man auch abwarten, was dort zu dem Thema gesagt wird.

Vorsitzender Rainer Schmeltzer: Weil sowohl von Herr Professor Streeck als auch Frau Professorin Woopen ab und zu mal der Expertenrat hier im Land erwähnt wurde – auch mit Empfehlungen, die schon einige Monate alt sind –, habe ich noch einen Hinweis. Die schriftlich niedergelegten Empfehlungen sind ja alle da. Von daher kann man die immer noch zurate ziehen. Soweit ich sie gelesen habe, sind es gute und sehr ratsame Empfehlungen, auch wenn sie teilweise erst später in die Tat umgesetzt

werden. Es gibt ja den alten Spruch: Besser spät als nie. – Von daher war die Arbeit sicherlich sehr hilfreich.

Es gibt keine Fragen mehr, daher ein herzliches Dankeschön an die Gäste, an Herrn Herrmann und an Herrn Professor Streeck vis-à-vis und über den Videostream an Herrn Klein und Frau Professorin Woopen; jetzt das zweite Mal, Frau Professorin Woopen. Ich würde nicht ausschließen, dass wir uns noch mal in irgendeiner Form sehen oder hören.

Es war wie immer bereichernd für die Diskussion in unseren Gremien. Ich danke Ihnen allen recht herzlich.

(Beifall von allen Fraktionen)

2 Erfahrungen im parlamentarischen Raum mit früheren Pandemien und Epidemien

Information 17/324

Der **Vorsitzende Rainer Schmeltzer** erinnert an die im Rahmen der Arbeitsplanung des Parlamentarischen Begleitgremiums COVID-19-Pandemie getroffene Vereinbarung, sich einen Überblick über die bisherige Behandlung von Pandemien und Epidemien im parlamentarischen Raum zu verschaffen, um dadurch gegebenenfalls Anhaltspunkte für das Vorgehen bei künftigen Geschehen zu erlangen.

Er habe in Übereinstimmung mit den Obleuten den hauseigenen Parlamentarischen Beratungs- und Gutachterdienst mit einer entsprechenden Ausarbeitung beauftragt, in deren Rahmen bestimmte Aspekte detaillierter dargestellt werden sollten, wie zum Beispiel die Kommunikation zwischen Landesregierung und Bürgerschaft sowie länderübergreifend zwischen Behörden und die behördeninterne Kommunikation, Datenerfassung, Erstellung einer Datenbasis und Auswirkungen etwaiger Kontaktbeschränkungen vor allem für Familien, Kinder und Jugendliche.

Das Ergebnis liege nun dem Parlamentarischen Begleitgremium COVID-19-Pandemie mit der Information 17/324 vor. Er bedanke sich ganz herzlich insbesondere für die Zügigkeit der Ausarbeitung, die er nicht als selbstverständlich ansehe.

(Beifall von allen Fraktionen)

Marco Schmitz (CDU) stellt unter Rekurs auf die Vorlagen früherer Ausschüsse fest, dass bei allen vorhergegangenen Pandemielagen glücklicherweise nie Empfehlungen hinsichtlich Schul- und Kinoschließungen oder Einschränkung des öffentlichen Personennahverkehrs zum Tragen gekommen seien. Er erinnere an die Fiebertestungen an Flughäfen – begleitet von einem relativ großen öffentlichen Aufschrei – im Zusammenhang mit der Schweinegrippe als größte Einschränkung.

Die empfohlenen Schulschließungen, die im Zuge der aktuellen Pandemie durchgeführt würden, hätte man bei den vorherigen Pandemien technisch nicht abfedern können. Dies zeige ein parteiunabhängiges Versäumnis – dazu zähle auch die Verwaltung –, vorhandene, ruhende Pandemiepläne auch außerhalb der Pandemiezeiten fortzuschreiben und nicht – wie bislang geschehen – nur im Falle einer Pandemie zur Hand zu nehmen.

Aktuell erarbeite man vieles aus dem Stegreif. Der überwiegende Teil davon habe gut funktioniert. So hätte sich wahrscheinlich vor zwei Jahren niemand die schnelle Umstellung auf den Digitalunterricht vorstellen können, und vor zehn Jahren wäre diese technisch nicht realisierbar gewesen.

Eine regelmäßige Berichterstattung – jährlich oder alle zwei Jahre, da sich so schnell nichts ändere – zum Stand der kontinuierlichen Fortschreibung der Pandemieplanung für das Land müsse eine Folge der Pandemie sein und könne beispielsweise durch den AGS auf Grundlage eines parteiübergreifenden Konsenses stattfinden; unabhängig davon, welche Partei jeweils die Regierungsverantwortung trage.

Angela Lück (SPD) ergänzt, dass in dem Gutachten des Parlamentarischen Beratungs- und Gutachterdienst insbesondere im Zusammenhang mit der Vogelgrippe auf die Bemühungen zur Information der Bevölkerung verwiesen werde. Dabei sei eine gute Kommunikation – so hätten es auch die Experten eben gesagt – nicht zuletzt unter der Maßgabe wichtig, Panik und Unsicherheit sowie die Verbreitung von Märchen in den sozialen Medien zu vermeiden.

Sie schließe sich der Meinung an, dass ein ständig zu bearbeitender Pandemieplan eine Konsequenz aus der aktuellen Pandemie sein könne, um auf diese Weise auch Anpassungen an die jeweiligen technischen Voraussetzungen sowie an neue Möglichkeiten von Erkrankungen – beispielsweise mit Blick auf Zoonosen – berücksichtigen zu können. Dies sei auch überparteilich ein guter Weg.

Mehrdad Mostofizadeh (GRÜNE) spricht sich erstens ebenfalls für den Vorschlag aus. Er plädiere jedoch dafür, den Vorschlag im Sinne eines tatsächlichen Erkenntnisgewinns durch den Aspekt der Praxistauglichkeit zu erweitern. Schließlich wisse man, was aus brav abgearbeiteten, fortgeschriebenen Konzepten werde, die nicht auch der Wirklichkeit vorgeführt würden.

So vermute er hinsichtlich des Themas „Schule“, dass verschiedene Regierungen in ein und demselben Bundesland die Praxistauglichkeit des Distanzunterrichts oder des Präsenzunterrichts unterschiedlich bewerteten. Daher empfehle er dringend, eine Bestandaufnahme davon zu machen, was zur Tauglichkeit zähle und welche Grundvoraussetzungen dafür erfüllt sein müssten. Dies könne in Stichproben abgefragt werden, und in Anlehnung an die Ausführungen von Frau Professorin Woopen müsse im Zweifel auch ein Wechsel möglich sein. Andernfalls könne es zu lokalen Unterschiedlichkeiten kommen.

So hätte der Schrecken relativ überschaubar bleiben können, wenn zum Beispiel im Fall „Tönnies“ die Schulen des Kreises für eine gewissen Zeit den Distanzunterricht eingeführt hätten.

Zweitens halte er den erheblichen Ausfall der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung in der jetzigen Imagekampagne für nicht nachvollziehbar. Er frage sich, warum diese nicht willens sei, mehr Formate und Materialien zu bieten. Man könne beispielsweise vor jeder Aktuellen Stunde den neuesten Impfstand präsentieren oder ihn auf den städtischen Homepages in sechs oder acht Sprachen darbieten und vieles mehr. Solche Maßnahmen gebe es bereits vereinzelt, kosteten überschaubar viel Geld, und wahrscheinlich seien nur einige wenige Grafiker und kluge Leute von Nöten, um dies schnell umzusetzen. Es sei zu wenig koordiniert, und die Leute seien nicht ausreichend zum Impfen animiert worden.

Er bitte darum, dieses Thema im Parlamentarischen Begleitgremium COVID-19-Pandemie noch einmal zu bearbeiten oder es gegebenenfalls bei der fortgeschriebenen Pandemieplanung zu berücksichtigen. Dies würde in den Kommunen und in den Ländern vielen Menschen weiterhelfen.

Den einen Pandemieplan, so **Dr. Martin Vincentz (AfD)**, könne es nicht geben, sondern – dies habe auch Frau Professorin Woopen gesagt – man müsse vielmehr in Szenarien denken.

Verschwörungstheoretikern, die meinten, dass alles lange geplant wäre, weil beispielsweise in einem Buch aus dem Jahr 2011 stehe, dass ein Coronavirus über die ganze Welt käme, könne man den Wind aus den Segeln nehmen. Schließlich seien ein paar Virenfamilien einfach heiße Kandidaten für die Ausbildung von Mutationen und für die endemische oder pandemische Verbreitung. Die Wissenschaftswelt habe sich deswegen bereits darauf vorbereitet, dass dies zum Beispiel ein Coronavirus oder aber ein Grippevirus tun könne.

Grippe- und Coronaviren erzeugten eine pandemische Lage, die seitens der WHO – anders als zum Beispiel beim Hämorrhagischen Fieber – erst seit einigen Jahren als solche anerkannt werde, weil zuvor andere Maßstäbe gegolten hätten.

Mutierte das Marburgvirus und verbreitete sich über die ganze Welt, sodass plötzlich 60 % der Menschheit stürbe, wäre die Lage ganz anders, und man müsste dann auch über Schulschließungen in einer ganz anderen Art und Weise sprechen. Grippe- und Coronaviren hingegen stellten eine ganz andere Bedrohungslage dar, auf die man auch anders reagieren müsse.

Diese Verschiedenheit der Szenarien sowie die der Bakterien- und Virenstämme müsse sich auch in den Beurteilungen spiegeln. Schutzkonzepte müssten ebenfalls die unterschiedlichen Übertragungswege der verschiedenen Viren berücksichtigen. Mit bestimmten Schutzkonzepten komme man keinen Millimeter weiter – das habe auch Herr Professor Streeck ausgeführt –, weil die entsprechenden Viren die oberen Atemwege beträfen. Bei manchen Bakterien hingegen wirkten die aktuellen Maßnahmen jedoch sehr gut.

Durch die Gleichsetzung des aktuellen Coronavirus mit Grippestämmen habe man viel Zeit verschenkt. So habe man die Doppelgipflichkeit der Grippetodesfälle – Kinder und Ältere – auf das Coronavirus übertragen und durch diese Immobilität hinsichtlich der Pandemiepläne viel Zeit verloren.

Man sei auf Grippeviren vorbereitet gewesen. Die prominenten Vertreter der letzten Jahre seien die Schweinegrippe, die Geflügelgrippe und davor die Hongkong-Grippe, welche ziemlich heftig gewesen sei, obwohl die Welt sie kaum mitbekommen habe.

Um künftig in entsprechenden Situationen nicht erneut kostbare Zeit zu verschenken, müsse man sich auf verschiedene Szenarien sowie unterschiedliche Virenstämme und Bakterien vorbereiten.

Vorsitzende Rainer Schmeltzer fasst zusammen, dass der Ausschuss einvernehmlich insbesondere auf der Grundlage der Erfahrungen mit der COVID-19-Pandemie aber auch mit Blick auf die Erfahrungen mit vorherigen Pandemien an einem Pandemieplan – insbesondere hinsichtlich des Aspektes „Kommunikation“ – arbeiten wolle.

Es sei noch zu klären, wer aus dem Parlament wem einen Arbeitsauftrag geben solle und wie dieser Auftrag auszusehen habe.

Marco Schmitz (CDU) formuliert den Vorschlag, dass sich der Ausschuss zunächst einen Ministeriumsbericht über den Stand der Fortschreibung des aktuellen Pandemieplans zukommen lasse – die kommenden zwei, drei Sitzungen seien bereits mit Programm gefüllt, sodass dies im November oder Dezember passieren könne –, bevor ein Auftrag formuliert werde.

Der **Vorsitzende Rainer Schmeltzer** erinnert an den Einsetzungsbeschluss, in dem ausdrücklich stehe, dass der Ausschuss Handlungsempfehlungen geben könne.

Einvernehmlich formulierte Rahmenbedingungen bzw. Handlungsempfehlungen des Ausschusses für einen Pandemieplan könnten weitergereicht werden. Dies stehe aber dem Vorschlag, sich zuvor nach dem Stand der Pandemieplanung zu erkundigen, nicht entgegen, und er werde daher Minister Laumann formal anschreiben.

Er plädiere dafür, auf der Grundlage der Mitteilung über den aktuellen Sachstand und der bisherigen Arbeit des Ausschusses Einvernehmliches in einer Handlungsempfehlung zu formulieren und somit dieses Instrument des Ausschusses zu nutzen.

Marco Schmitz (CDU) empfiehlt, nach dem Ministeriumsbericht und bevor der Ausschuss eine Empfehlung formuliere, ein Gespräch mit einem Fachexperten der zuständigen obersten Behörde – z.B. dem Bundesamt für Katastrophenschutz – zu führen, um eine Fachexpertise für die politische Umsetzung zu erhalten. Ein Pandemieplan sei keine reine Landesangelegenheit, sondern müsse auf Bundesebene koordiniert werden.

Angela Lück (SPD) plädiert dafür, zunächst den Bericht des MAGS abzuwarten. In den bisherigen Sitzungen des Unterausschusses sei es bislang nicht möglich gewesen, überzeugende und einvernehmlich tragbare Regelungen zu finden. Nach Erhalt des Berichts müssten zunächst die Einzelheiten vereinbart werden, bevor dies schriftlich festgehalten werden könne.

Der **Vorsitzende Rainer Schmeltzer** stimmt dem Vorschlag von Angela Lück zu. Im Vorfeld könne man sich entsprechend der Anregung von Marco Schmitz Gedanken darüber machen, welche Institutionen außer dem spontan genannten Bundesamt für Katastrophenschutz für einen Austausch infrage kämen.

Zunächst werde er also Herrn Minister Laumann wegen des Berichtes zum Stand der Dinge anschreiben.

Der Vorsitzende stellt allgemeines Einverständnis zu diesem Vorgehen fest.

3 Verschiedenes

Mehrdad Mostofizadeh (GRÜNE) merkt an, dass seine Fraktion einen eigenen Antrag zum Thema „pandemische Leitlinien“ von der Tagesordnung der Plenarsitzung habe nehmen lassen, da die Mitglieder des Ausschusses diese Leitlinien gemeinsam entwickeln wollten. Vor diesem Hintergrund finde er es politisch grenzwertig, dass die Koalitionsfraktionen beim letzten Plenum einen Vorschlag zu diesem Thema gemacht hätten, über den abgestimmt worden sei.

Der **Vorsitzende Rainer Schmeltzer** weist darauf hin, dass die nächste Ausschusssitzung am 28. September stattfindet.

gez. Rainer Schmeltzer
Vorsitzender

09.11.2021/10.11.2021
10