



PROTOKOLL – NEU* –

Ausschuss für Gesundheit

30. Sitzung am Donnerstag, 20. Juni 2024, per Videokonferenz

Tagesordnung

Ergebnis

Management der Corona-Pandemie in Rheinland-Pfalz

Antrag nach § 76 Abs. 2 i.V.m. § 77 Abs. 1 GOLT der Abgeordneten

Kathrin Anklam-Trapp (SPD), Dr. Oliver Kusch (SPD), Lothar Rommelfanger (SPD), Christoph Spies (SPD), Sven Teuber (SPD), Dr. Christoph Gensch (CDU), Michael Wäschenbach (CDU), Torsten Welling (CDU), Josef Winkler (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN), Steven Wink (FDP), Helge Schwab (FREIE WÄHLER)

– [Vorlage 18/5827](#) – [\[Link zum Vorgang\]](#)

Anhörung durchgeführt;
vertagt
(S. 2 – 47)

* Korrektur auf Seite 6

Vors. Abg. Josef Winkler eröffnet die Sitzung und begrüßt die Mitglieder des Ausschusses sowie die anzuhörenden Sachverständigen. Mit der heutigen Anhörung werde das am gestrigen Tage begonnene Anhörungsverfahren zum Management der Corona-Pandemie in Rheinland-Pfalz fortgesetzt.

Die Sitzung könne über die Website des Landtags Rheinland-Pfalz barrierefrei, gedolmetscht in Gebärdensprache sowie mit Liveuntertitelung im Livestream verfolgt werden.

Einzigster Punkt der Tagesordnung:

Management der Corona-Pandemie in Rheinland-Pfalz

Antrag nach § 76 Abs. 2 i.V.m. § 77 Abs. 1 GOLT der Abgeordneten Kathrin Anklam-Trapp (SPD), Dr. Oliver Kusch (SPD), Lothar Rommelfanger (SPD), Christoph Spies (SPD), Sven Teuber (SPD), Dr. Christoph Gensch (CDU), Michael Wäschenbach (CDU), Torsten Welling (CDU), Josef Winkler (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN), Steven Wink (FDP), Helge Schwab (FREIE WÄHLER)

– [Vorlage 18/5827](#) – [[Link zum Vorgang](#)]

Vors. Abg. Josef Winkler: Wir beginnen unsere heutige Anhörung mit Herrn Manuel Gonzáles, Vorstand des DRK-Landesverbandes Rheinland-Pfalz. Hierzu liegt Ihnen die Vorlage 18/1617 vor. Es folgt Herr Tom Lausen von der Firma LAUSEN MEDIA in Gründeich, siehe Vorlage 18/5972. Sodann folgt der Präsident des Robert Koch-Instituts in Berlin, Herr Professor Dr. Lars Schaade. Im Anschluss daran treten wir in die Fragerunde ein.

Später fahren wir mit Herrn Professor Dr. Lieb, Herrn Dr. Mai und Herrn Dr. Matheis fort. Wir gehen dabei in bewährter Form und wie auch gestern vor.

Weil wir heute nicht physisch im Plenarsaal tagen, sondern im digitalen Raum, will ich darauf hinweisen, dass es erforderlich ist, dass Sie die vorgegebenen Redezeiten einhalten, auch aufgrund von Anschlussterminen von Ausschussmitgliedern. Ich werde Sie nach zehn Minuten unterbrechen; dann müssten Sie zum Schluss kommen. Sie können sich darauf einstellen, dass Ihnen nach der Fragerunde noch einmal in etwa genauso viel Zeit zur Verfügung steht.

Die Präliminarien sind damit erledigt. Gibt es noch Anmerkungen aus den Reihen des Ausschusses? – Das ist nicht der Fall. Herr González, dann haben Sie das Wort.

Manuel González

Vorstand des DRK-Landesverbandes Rheinland-Pfalz

Manuel González: Ich wünsche Ihnen einen wunderschönen guten Morgen. – Herr Vorsitzender Winkler! Sehr geehrte Damen und Herren! Liebe Mitglieder des Ausschusses! Herzlichen Dank zunächst einmal, dass wir als DRK an dieser Anhörung zum Corona-Management partizipieren können, sowie für Ihr Interesse an unserer Einschätzung.

Das DRK hat eine besondere Verantwortung und auch Verpflichtung getragen, und zwar aus der Auxiliariät heraus, welche dem DRK gegenüber den deutschen Behörden zugesprochen wird und auch gesetzlich verankert ist. Ich möchte nicht auf die Vorlage eingehen, sondern kurz umreißen, wie sich die gesamte Situation für das DRK ergeben hat.

Schon zu Beginn, als wir 2020 in Gernersheim die ersten Rückkehrer betreut haben und uns mit dem Ausmaß in China auseinandergesetzt haben, war ersichtlich, dass Handlungsbedarf besteht, und wir haben uns mit unseren Krisenplänen auseinandergesetzt. Als wir damals, am 28. Februar 2020, die ersten Meldungen aus Nordrhein-Westfalen erhielten, hatte ich die Gelegenheit, mit Herrn Dr. Wilhelm, dem damaligen Staatssekretär im Gesundheitsministerium, telefonisch Kontakt aufzunehmen. Er vermittelte einen Kontakt zu Herrn Dr. Jahn aus dem Ministerium, und wir sprachen uns ab, wie wir uns gemeinsam aufstellen, um uns nicht nur zu informieren, sondern um gegebenenfalls gleichzeitig Voraussetzungen aus der Vorhaltung, die wir als DRK haben, einzubringen.

Ich kann bestätigen, dass wir sehr schnell gemeinsam mit der Entwicklungsagentur Rheinland-Pfalz über die Maßnahmen sprachen, die auf Bundesebene besprochen worden waren. Wir konnten diese Maßnahmen über unsere Vernetzung in das Bundesgesundheitsministerium rückkoppeln und haben gemeinsam darüber nachgedacht, welche Maßnahmen, welche Strategien in der Corona-Situation auf uns warten würden. Wir haben versucht, dies zu antizipieren, wir haben eigene Berechnungen angestellt, und wir haben versucht, daraus bestmöglich, umsichtig und an den Fakten orientiert ein wirksames Management abzuleiten.

Das DRK selbst hat in der Hinsicht mitgewirkt, dass das der Bundesregierung obliegende Gesetz zur Umsetzung der Corona-Maßnahmen im Hinblick auf Impfungen und Schutzmaßnahmen bewertet und auch mitgestaltet wurde. Das reichte so weit, dass wir ein Konzept entwickelt haben, angelehnt an das, was wir auch aus unserem Alltag im Blutspendedienst kennen: Menschen registrieren, Menschen Blutkonserven entnehmen, diese pseudonymisieren, sie im Datenmanagement verarbeiten und dann verfügbar machen. In der Umkehrung dessen galt es, zur Impfung überzuleiten und aufzustellen, wie man die auferlegte Impfstrategie zur Umsetzung bringen kann.

Das ist uns recht gut gelungen. Wir waren schon zu Dezember, als der Impfstoff tatsächlich verfügbar war, mit unserer prozessualen Entwicklung so weit bereit, dass wir direkt die Anforderung des Landes bedienen konnten, noch vor Weihnachten die ersten Impfungen durchzuführen.

Das Ganze hat sich dann entsprechend weiterentwickelt. Wir haben versucht, in der Lage vorab Maßnahmen zu ergreifen, um persönliche Schutzausrüstung für uns zu gewinnen. Dies haben wir einerseits natürlich für unsere Mitarbeitenden getan, weil wir festgestellt hatten, dass unsere Lagerbestände zu gering waren. Wir haben mit dem Landesamt und auch mit dem Innenministerium zusammengesessen und darüber nachgedacht, wie wir gegebenenfalls weitere Maßnahmen entwickeln können, und Handlungsmöglichkeiten eruiert – darunter auch, aus dem Ausland Masken zu beziehen, um ein Zentrallager hier in Rheinland-Pfalz aufrechtzuerhalten, welches dann auch an der Bundeswehrkaserne installiert worden ist.

Darüber hinaus haben wir uns sehr stark mit den Rückkopplungen, die wir aus unserer Tätigkeit heraus erhalten haben, auseinandergesetzt. Sie kamen zum Beispiel aus den Pflegeeinrichtungen und den Eingliederungshilfen, wo wir zuerst geimpft haben. Es handelte sich dort um die definierten vulnerablen Gruppen, welche der Impfung zugeführt werden sollten.

Ganz eng haben wir mit dem damaligen Krebsregister – heute IDG – zusammengearbeitet. Wir haben uns sehr eng an digitalen Prozessen orientiert, die unterstützt wurden und dann in eine Plattform mündeten, bei der die Registrierung bis hin zur Dokumentation erfolgte, welche dann auch an das RKI zurückgekoppelt wurde. Dies konnten wir für das ganze Land Rheinland-Pfalz im Vergleich zu anderen Bundesländern relativ gut, schnell und eigentlich beispielhaft sicherstellen.

Kurzum: Wir haben nach den Impfungen in ungefähr 520 Einrichtungen zunächst ein enges Monitoring gehabt. Wie der Verlauf insgesamt in den einzelnen Einrichtungen zeigte, hat dies durchaus eine hohe Wirkung gehabt, ebenso wie die ganzen Schutzmaßnahmen – neben all den weiteren Bedingungen, die das Ganze mit sich brachte, und den Einschränkungen, die auf den Menschen und so auch auf den Mitarbeitenden lasteten. Wir haben versucht, Maßnahmen zu erarbeiten, die zu einer Entlastung führen sollten, und insbesondere geschaut, wie wir gerade in solchen Einrichtungen die sozialen Bedingungen und die sozialen Möglichkeiten unterstützen können, zum Beispiel in Form von digitaler Kommunikation in die Einrichtung hinein und bis zu den Angehörigen mithilfe von mobilen Devices.

Nachdem es unterschiedlichste Aktionen auf Kreisebene gab, im Zuge derer man Not- und Behelfseinrichtungen vor Ort konzipierte, wurden diese begleitet, und zwar auch fachlich. Wir haben Ausbildungsprogramme aus den ursprünglichen Schwesternschaften neu aufgelegt, wir haben Rettungssanitäter in Sonderkursen ausgebildet und darüber hinaus Maßnahmen mit dem Ministerium abgestimmt, um ehemalige Freiwillige und ehemalig im Sanitätswesen oder im Gesundheitswesen ausgebildete Menschen wieder zu rekrutieren und sie als unterstützende Kraft in die Gesamtstrategie einzuplanen. Dies ist auch gelungen, insbesondere mit Unterstützung der Entwicklungsagentur Rheinland-Pfalz.

Bei all dem kann ich betonen: Wir haben uns immer an den Fakten orientiert, und im Vergleich zu dem, was ich aus anderen Bundesländern und aus den Rückkopplungen unserer Kollegen und aus der gesamten Rot-Kreuz-Struktur mitbekommen habe, waren wir in Rheinland-Pfalz in einer sehr engen Kommunikation, teilweise drei- bis viermal am Tag, immer mit den entsprechenden entscheidenden politischen Kräften. Ob mit Herrn Wilhelm oder Herrn Stich: Es gab immer eine enge Rückkopplung zu den entsprechenden Maßnahmen und auch zu dem Erfolg der Maßnahmen. Ich kann sagen, dass wir immer sehr schnell Korrekturen umgesetzt haben, wenn sie besprochen waren. Wir haben nachts um

4.00 Uhr unsere Daten aufgearbeitet und sie gemonitort an das Ministerium weitergeleitet. Daraus wurden an den Fakten orientiert und mit Weitsicht entsprechende Handlungen und Maßnahmen abgeleitet.

Wir sind insgesamt sehr zufrieden mit dem, was wir daraus an Erkenntnissen gewonnen haben. Es gilt, unsere Vorhaltung auf solche Lagen auszurichten, die Pläne, die wir bisher hatten, zu korrigieren sowie die Empfehlung auszusprechen, ein landesweites Lager für derartige Pandemiefälle aufzubauen und entsprechend zu konzipieren. Das ist in der Tat auch zur Umsetzung gebracht worden, und zwar mit einer Baumaßnahme, die meine ich, gestern noch in der Zeitung war.

Tom Lausen
LAUSEN MEDIA

Tom Lausen: Sehr geehrter Herr Vorsitzender! Sehr geehrte Abgeordnete! Liebe Zuschauerinnen und Zuschauer! Vielen Dank für die Einladung und auch dafür, dass ich einen Beitrag leisten darf. Es ist auch der Beitrag verschiedener Analysten, die in dieser Zeit mit mir zusammengearbeitet haben.

Wir arbeiten ausschließlich mit deutschen und in Ausnahmefällen mit schwedischen amtlichen Daten. Ich möchte mich in den mir zur Verfügung stehenden zehn Minuten eigentlich auch nur zum Thema „Daten und Datenmanagement in Rheinland-Pfalz“ äußern. Ich beziehe mich diesbezüglich auf verschiedene Fragestellungen, die besonders wichtig sind, und zwar insbesondere auf den Zusammenhang der Bettenbelegung in Krankenhäusern mit Lockdowns.

2019 war Rheinland-Pfalz mit 944.000 Fällen das Schlusslicht bei der Krankenhausbelegung in ganz Deutschland. Die Belegungsquote betrug 73,3 %. Das sage nicht ich, sondern der Verband der Ersatzkassen und die Deutsche Krankenhausgesellschaft.

2020 gab es in Rheinland-Pfalz einen historischen Negativrekord: Die Patienten blieben aus, und die Krankenhausbelegung fiel mit 800.000 auf einen historischen Tiefstand. Einen Lockdown gab es in Deutschland und in Rheinland-Pfalz niemals zuvor in der Geschichte. Einen Lockdown gab es nicht einmal in Pandemieplänen der Bundesregierung. Diese Erfindung kam offenbar aus China.

Trotzdem rief auch Ihr Land, also das Land Rheinland-Pfalz, den Lockdown aus, und zwar, weil man nach den Auskünften von Herrn Wieler und von Herrn Schaade sehr viele Fälle mit Corona auf den Intensivstationen erwartete. Für Deutschland erwartete man nach den Berechnungen von Herrn Wieler 1,3 Millionen Patienten, was prozentual etwa 65.000 in Rheinland-Pfalz innerhalb von ein oder zwei Jahren entspricht.

In den Monaten Februar und März 2020 wurden in den Kliniken von Rheinland-Pfalz aber insgesamt bis zur Hochstufung der Risikobewertung von Corona von „mäßig“ auf „hoch“ durch Herrn Schaade und Herrn Wieler von insgesamt 77.000 **hospitalisierten*** Fällen in Rheinland-Pfalz mit ganz anderen Erkrankungen als Corona genau 22 Fälle mit Corona intensivbehandelt. Die Hochstufung seitens des RKI durch Herrn Schaade und Herrn Wieler war zu diesem Zeitpunkt, wie aus den RKI-Protokollen bekannt geworden ist, ohne die Berücksichtigung der wirklichen Krankheitslast in den Kliniken, sondern rein aufgrund der Fallzahlen – im Wesentlichen aus dem Ausland – geschehen. Die Herren Wieler und Schaade haben dies am Wochenende ohne Einbeziehung aller wissenschaftlichen Grundlagen entschieden. Das sage nicht ich, sondern das sagt Herr Wieler vom RKI selbst in einer WhatsApp-Nachricht an eine Journalistin der „WELT“, die mir vorliegt.

Das Land Rheinland-Pfalz hat den Lockdown offenbar ohne Anwendung der stark von der wirklichen Gefahr abweichenden Krankheitslast mitgetragen. Ich erinnere daran, dass Gesundheit Ländersache ist. Mit Blick auf die Krankenhausbelegung hätte der Landesregierung auffallen können und müssen,

* Korrektur auf Bitten des Anzuhörenden

dass ein Lockdown schädlich und möglicherweise sogar sinnlos sein könnte. Der Lockdown wurde dennoch eingeführt.

Bewiesen ist, dass der Lockdown nicht für die historisch niedrige Krankenhausbelegung in Rheinland-Pfalz verantwortlich war, auch nicht die weiteren Maßnahmen. Im EU-Land Schweden gab es ohne Maßnahmen und ohne Lockdown ebenfalls eine historische Unterbelegung der Krankenhäuser. Das sage auch nicht ich, sondern das sagt das schwedische Statistikamt.

Wie in allen Bundesländern steigerte das Land Rheinland-Pfalz die Zahl der PCR-Testungen, und demzufolge schaute das Land auch nur auf die Zahl positiver Tests. Im Jahr 2021 blieben die Belegungszahlen der Kliniken mit 789.000 anstatt wie bisher 944.000 Kassenpatienten historisch niedrig. Spätestens hier hätte allen auffallen können und müssen, dass die zu erwartenden Intensivbelegungen durch Corona eher begrenzt bleiben würden.

Gestern habe ich von einem Sachverständigen hier in Ihrer Anhörung gehört, dass es zu Nachholbehandlungsaufkommen in den Krankenhäusern kam, was auch zu erwarten gewesen sei. Dem ist allerdings nicht so. Denn in 2022 und 2023 blieben die Krankenhausbetten in Rheinland-Pfalz genauso unterbelegt wie in den Jahren 2020 und 2021. Behandlungen in 2024 sind ganz sicher keine Nachholbehandlungen aus 2020 und 2021.

Mein Fazit hierzu lautet: Die modellierten Zahlen aller Modellierer waren vollkommen überzogen und sind mit großen Unsicherheiten berechnet worden. Es wäre einfach gewesen, keine Zwangsmaßnahmen und Lockdowns über die Bevölkerung zu verhängen, wenn die Landesregierung selbstbewusst mit eigenen Zahlen gearbeitet hätte. Lockdowns und Maßnahmen waren aus meiner Sicht überflüssig und schädlich, wie wir hier schon gehört haben. Die Zahlen haben das nicht hergegeben. Lockdowns gab es ohnehin noch nie, und sie dürften auch nur im äußersten Notfall eingesetzt werden.

Jetzt äußere ich mich zum Datenmanagement zur Überwachung der Wirksamkeit der eingeführten Impfstoffe. Wenn ein Impfstoff eiligst eingeführt wird und Millionen Menschen verabreicht werden soll, dann muss wegen fehlender Sicherheitsdaten nach dem Gesetz nach dessen Einführung genau beobachtet werden, wie wirksam dieser neue Impfstoff wohl ist. Dies hat der Gesetzgeber so geregelt, dass Kliniken die Aufnahme schwere Corona-Fälle beim Gesundheitsamt melden müssen – und damit einhergehend auch den Impfstatus. Man nennt dies im Infektionsschutzgesetz „Meldepflicht“. So könnte das RKI die Wirksamkeit berechnen.

Dennoch haben die Kliniken in Rheinland-Pfalz bei dieser Berechnung nicht ausreichend mitgeholfen. Denn die Bundesregierung hat für das Jahr 2021 nur Impfstatusangaben von 18,6 % der hospitalisierten Corona-Fälle, und das in einer Zeit, in der jeder seinen Impfstatus wusste. Im Jahr 2022 wurde sogar nur für 3,6 % der Corona-Fälle der Impfstatus übermittelt. Das bedeutet in 96,5 % der Fälle Meldeverstöße. Das sage nicht ich, sondern das ist die Auskunft der Bundesregierung, des Gesundheitsministeriums bzw. des Robert Koch-Instituts.

Wenn ein Fall von den Kliniken nicht gemeldet wird, dann sind sehr hohe Bußgelder bis 25.000 Euro für die Kliniken bzw. die leitenden Ärzte vorgesehen. Die Ordnungsbehörden in Rheinland-Pfalz haben

aber bisher meines Wissens kein einziges Bußgeld verhängt, was dafür spricht, dass die vom Gesetzgeber gewünschten Meldeverpflichtungen einfach nicht durchgeführt wurden.

Mein Fazit zu dieser Thematik lautet: Die Wirksamkeit der Impfung konnte mit den Daten aus Rheinland-Pfalz, also auch aus ganz Deutschland und aus den Krankenhäusern, nicht mit statistischer Sicherheit ermittelt werden. Die Datenlieferungen der Krankenhäuser zum Impfstatus der Corona-Fälle reichten in einer Zeit, in der jeder seinen Impfstatus gern und freiwillig wusste und angab, nicht aus, um die Wirksamkeit zu berechnen.

Ich komme zum dritten Thema im Kontext des Datenmanagements. Der neue Impfstoff brauchte natürlich auch eine Sicherheitsüberwachung nach der Einführung. Der Bundesgesetzgeber hatte 2020 vor der Einführung der Impfstoffe große Sorge, dass neue Impfstoffe mit neuen Impfstoffplattformen wie mRNA zu unbekanntem Risiken führen könnten. Der Bundesgesetzgeber bemerkte in seinem damaligen Gesetzentwurf explizit, dass das Paul-Ehrlich-Institut allein mit Spontanmeldungen der Impfschäden eine Untererfassung der Impfnebenwirkungen haben würde und dass auch die Spontanmeldungen nicht ausreichen würden, um die Sicherheit der bedingt zugelassenen COVID-Impfstoffe zu beurteilen.

Deshalb hat der Bundesgesetzgeber damals ein neues Gesetz eingeführt und die Kassenärztlichen Vereinigungen aller Bundesländer – also auch die Kassenärztliche Vereinigung Rheinland-Pfalz – verpflichtet, Daten von Kassenpatienten an das Paul-Ehrlich-Institut zu liefern, um die Sicherheit der COVID-Impfstoffe mit deutschen Daten umfassend beurteilen zu können. Diese Daten wären für das Paul-Ehrlich-Institut von äußerster Wichtigkeit gewesen, um Häufungen von Erkrankungen zu entdecken. Die Kassenärztliche Vereinigung Rheinland-Pfalz hat diese Daten während der Impfkampagne niemals abgegeben. Somit war das Paul-Ehrlich-Institut nicht in der Lage, die Sicherheit der COVID-Impfstoffe umfassend zu beurteilen. Bußgelder von, wie im Gesetz vorgesehen, bis zu 25.000 Euro gegen die Vorstände der Kassenärztlichen Vereinigung wurden vierteljährlich natürlich nicht verhängt.

Die Datenlieferungen wären auch für die STIKO dringend nötig gewesen. Sie haben es gestern von Herrn Dr. med. Fred Zepp gehört: Er war 26 Jahre lang Mitglied der STIKO, und in 25 Jahren zuvor wurde noch niemals so viel Druck auf die STIKO ausgeübt, Impfstoffe zuzulassen. Leider musste die STIKO als letzte Sicherheitsmauer der Bevölkerung dem Druck weichen, und sie hat ohne ausreichende, gesetzlich verpflichtende deutsche Daten die Impfungen nacheinander empfohlen – keine deutschen Wirksamkeitsdaten, keine Sicherheitsdaten.

Der Corona-Krisenstab der Bundesregierung bemerkte schon am 19. März 2021: „Nach Gerüchten von ECDC und Norwegen hatte UK nicht viel Zeit, in Impfnebenwirkungen-Monitoring zu investieren.“ Und jetzt zu den deutschen Daten: „Auch in Deutschland schwierig: PEI hatte am Montag 1.600 Meldungen, die individuell abgearbeitet werden müssen, dies liegt möglicherweise an der erhöhten Awareness, PEI/Pharmakovigilanzstellen kommen nicht gut hinterher.“

Meldungen über Hunderttausende Impfnebenwirkungen, schwere Nebenwirkungen und Todesfälle infolge der Impfungen gingen beim Paul-Ehrlich-Institut ein. Dort kam man mit dem Abarbeiten nicht einmal ansatzweise hinterher, und man musste sich für Todesfälle, Myokarditis und andere schwere

Nebenwirkungen bis zu 50 Mitarbeiter aus fachfremden Abteilungen des Paul-Ehrlich-Instituts hinzuholen. Das sage nicht ich, sondern die damalige Leiterin der Pharmakovigilanz des Paul-Ehrlich-Instituts, Frau Dr. Keller-Stanislawski.

Die Daten der Kassenärztlichen Vereinigung Rheinland-Pfalz wären dringend nötig gewesen, doch seitens dieser wurde in zwei Jahren nicht einmal mit dem Paul-Ehrlich-Institut gesprochen. Am Ende hat man dann zur Spaltung der Gesellschaft beigetragen – das ist jetzt sozusagen mein Fazit –, indem diejenigen, die das kritisiert haben, landläufig als Querdenker, als Radikale bezeichnet wurden. Eine Studie des Gesundheitsministeriums in Rheinland-Pfalz hat dies aus meiner Sicht auch noch stark befeuert.

Ich finde, dass es Zeit ist, diese Klüfte und diese Gräben zu schließen, indem man alle rehabilitiert, die skeptisch gewesen sind. Denn es gibt hier tatsächlich Grund, sehr genau hinzuschauen und nicht nur ein Anhörungsverfahren zu machen, sondern zu untersuchen, warum alle Institutionen überhaupt nicht die Daten geliefert haben, die sie hätten haben können und auch hatten, aber nicht liefern wollten. Das ist aus meiner Sicht ein Versuch, die Sicherheitsmauern der Arzneimittelsicherheit komplett zu überwinden. – Vielen Dank.

Vors. Abg. Josef Winkler: Vielen Dank, Herr Lausen. – Wir fahren fort und kommen zu Herrn Professor Dr. Schaade, dem Präsidenten des Robert Koch-Instituts. Ich will vorwegschicken: Ich werde Sie in der Fragerunde in meiner Eigenschaft als Mitglied der Grünen-Fraktion nach Ihrer Stellungnahme zu dem Vorgenannten fragen. Dann müssen Sie Ihr vorbereitetes Statement jetzt nicht vollständig überarbeiten. Herr Professor Dr. Schaade, Sie haben das Wort.

Prof. Dr. Lars Schaade

Präsident des Robert Koch-Instituts

Prof. Dr. Lars Schaade: Sehr geehrter Herr Vorsitzender! Sehr geehrte Damen und Herren Abgeordnete! Vielen Dank für die Einladung. – Seit Beginn der Pandemie starben bundesweit 183.300 Menschen im Zusammenhang mit COVID-19. Im Jahr 2021 war COVID-19 die dritthäufigste Todesursache in Deutschland.

Die Lebenserwartung bei Geburt ging 2020 in Deutschland um 0,33 Jahre und 2021 um 0,44 Jahre zurück. COVID-19 hat allein 2021 zu 2.600 zusätzlichen verlorenen Lebensjahren pro 100.000 Einwohnern geführt. Das sind Daten des Bundesinstituts für Bevölkerungsforschung; dort wurde es berechnet. Einen solchen Rückgang der Lebenserwartung hat es in Deutschland seit Jahrzehnten nicht gegeben. Diese Zahlen verdeutlichen, dass es sich bei COVID-19 um eine schwere Infektionskrankheit handelt, die trotz der wirksamen Gegenmaßnahmen in Deutschland zu einer erheblichen, deutlich messbaren erhöhten Sterblichkeit und einer reduzierten Lebenserwartung geführt hat.

In Großbritannien und den USA – ebenfalls entwickelte Industrienationen mit einem gut entwickelten Gesundheitssystem – ist dieser Effekt noch deutlich stärker gewesen. So hat es zum Beispiel in den USA eine Reduktion der Lebenserwartung bei Geburt um minus 1,8 Jahre in 2020 und minus 0,9 Jahre in 2021 gegeben. In Großbritannien gab es eine Reduktion um etwa ein Jahr im Jahr 2020. Auch weltweit ging die Lebenserwartung bei Geburt zwischen 2019 und 2020 um 1,6 Jahre zurück.

Im Folgenden möchte ich einen Fokus auf die antiepidemischen Maßnahmen, die Versorgung mit Impfstoffen und Bevorratungsmaßnahmen sowie auf das Datenmanagement mit Blick auf das Robert Koch-Institut legen. Bevor die Impfung auf breiter Basis zur Verfügung stand, waren die sogenannten nicht pharmazeutischen Maßnahmen – NPI – die einzig verfügbaren Maßnahmen des öffentlichen Gesundheitsdiensts im Kampf gegen COVID-19. Um deren Auswirkungen und den Verlauf der COVID-19-Pandemie zu bewerten, hat das RKI zwei verschiedene Ansätze verfolgt. Einerseits haben wir eine analytische Studie mit Daten aus Deutschland und eine mit Daten aus den 37 OECD-Mitgliedstaaten durchgeführt. Zweitens haben wir eine systematische Analyse der verfügbaren Evidenz aus allen internationalen Studien durchgeführt.

Die Ergebnisse der am RKI durchgeführten Studien zeigen, dass NPIs die COVID-19-Infektionen wirksam reduzierten. Einschneidende NPIs wie Beschränkungen von Versammlungen oder die Schließung von Arbeitsplätzen waren sehr wirksam, aber auch weniger einschneidende NPIs wie zum Beispiel das Tragen von Masken und öffentliche Informationskampagnen spielten eine wichtige Rolle. Eine höhere Intensität der Maßnahmen ging allgemein mit einem stärkeren Rückgang der infektionsbedingten Folgen einher.

Generell zeigen die Ergebnisse unserer analytischen Studie mit Daten aus Deutschland, dass einzelne Maßnahmen nicht ausreichten, um die COVID-19-Epidemie in Deutschland einzudämmen. Nur eine Kombination verschiedener Maßnahmen in sehr unterschiedlichen Bereichen hat zu einer Kontrolle geführt. Das zeigen auch Studien anderer Wissenschaftler.

Die Wirkung der COVID-19-Impfung auf die Verringerung der SARS-CoV-2-Übertragung in den europäischen Ländern nahm mit der Durchimpfungsrate zu. Serostudien des RKI zeigen zudem, dass im Herbst 2021 erst etwa 10 % der Bevölkerung in Deutschland eine SARS-CoV-Infektion durchgemacht hatten. Das bedeutet, dass die von den Gesundheitsbehörden ergriffenen Maßnahmen und die freiwilligen Verhaltensänderungen die COVID-19-Wellen deutlich abschwächten, eine Überlastung des Gesundheitssystems in Deutschland verhinderten und den allermeisten Menschen in Deutschland die Chance gegeben haben, sich vor Infektionen zu schützen.

Laut einer Analyse der WHO, die ausschließlich die direkt durch die Impfung verhinderten Todesfälle in der Europäischen Union errechnet hat – das heißt, ohne zusätzliche Effekte wie eine verringerte Virustransmission –, hätte es zwischen Dezember 2020 und März 2021 in Deutschland zusätzliche 166 COVID-Tote und damit mehr als das Doppelte der zu diesem Zeitpunkt 135 tatsächlich an COVID-19 verstorbenen Personen gegeben.

Die Planung der Impfstoffversorgung war eine große Herausforderung nicht nur in Deutschland, sondern weltweit. Die Planbarkeit in Bezug auf die Ermittlung des Bedarfs und die benötigte Produktion wurde durch verschiedene Aspekte erschwert, die jeweils einer großen Dynamik unterlagen. Ich möchte nur ein paar davon nennen: die sich ändernde Epidemiologie der Erkrankung, neue Erkenntnisse zu Wirksamkeit und Sicherheit der Impfstoffe, neue und aktualisierte Impfeempfehlungen in Bezug auf Altersgruppen, notwendige Booster oder auch die Präferenz bestimmter Produkte, die Impfabzeptanz in der Bevölkerung, auch in Bezug auf bestimmte Produkte – teilweise auch beeinflusst durch Berichterstattung und soziale Medien –, sowie die Produktionskapazitäten der Hersteller, die Dauer des Herstellungsprozesses, die Anpassung der Produktion und natürlich der Bedarf in anderen Ländern.

Insgesamt kann man aus Sicht des RKI sagen, dass die Beschaffung bzw. Versorgung zur Umsetzung der STIKO-Empfehlungen den Umständen entsprechend gut verlief. Da nicht immer sicher vorhergesagt werden konnte, wie sich der weitere Verlauf der Pandemie entwickelt, musste oftmals politisch entschieden werden, ob und in welchem Umfang eine Beschaffung erfolgen sollte bzw. kann, auch mit der Gefahr, dass Impfstoffdosen verfallen, und der Ungewissheit, ob eine Beschaffung nur für bestimmte Gruppen entsprechend den Impfeempfehlungen und der antizipierten Impfabzeptanz ausreichend ist.

Speziell der Aspekt „Impfabzeptanz“ entwickelt sich im Laufe einer Pandemie sehr dynamisch und ist nicht genau vorhersagbar, da er von vielen Faktoren beeinflusst wird. Grundsätzlich ist anzumerken, dass Deutschland nicht zuletzt aufgrund seiner föderalen Struktur und der Kostenfrage bisher keine umfassende, auf verschiedene Notfallszenarien vorbereitete nationale Reserve hat. In eine solche würden eine Reihe von Medikamenten und Impfstoffen, medizinisches Verbrauchsmaterial und medizinische Geräte aufgenommen werden. Auch wenn man sicherlich nicht auf alle denkbaren Szenarien vorbereitet sein kann, könnte dies ein wichtiger Baustein der Preparedness in Deutschland sein. Auch die Vorhaltung von Produktionskapazitäten für kritische Güter innerhalb Deutschlands oder zumindest in der Europäischen Union wäre grundsätzlich überlegenswert.

Während der Pandemie wurden der Umfang der Datenerhebung und auch die Wege der Datenbereitstellung durch das RKI deutlich ausgedehnt und vereinheitlicht. Als Beispiele möchte ich den Ausbau des Meldesystems nach dem Infektionsschutzgesetz mit dem sogenannten DEMIS nennen, den Ausbau der syndromischen Surveillance auf Bevölkerungsebene in Arztpraxis und Klinik, den Aufbau des Intensivbettenregisters – differenziert nach betreibbaren Betten, belegten Betten und Belastung der Intensivstationen –, den Aufbau der molekularen Surveillance mit Stichproben und anlassbezogenen Beprobungen, den Aufbau des Impfquotenmonitorings, den Aufbau von Laborabfragen zu verfügbaren Testkapazitäten und der Positivrate sowie die Durchführung von Studien und Untersuchungen, zum Beispiel die erwähnten Serostudien, weitere Befragungsstudien und natürlich auch mathematische Modellierungen.

Diese Daten wurden weitreichend und schnell zur Verfügung gestellt. Es wurde unter anderem das COVID-19-Dashboard aufgebaut, mit Daten aus der syndromischen Surveillance, ebenso wie Varianten des Dashboards. Alle Daten stehen weiterhin als Open Data regelmäßig aktualisiert, zitierbar und automatisiert für Abfragen zur Verfügung.

Für die Verbesserung des Datenmanagements innerhalb des ÖGD werden derzeit im Rahmen des Paktes für den Öffentlichen Gesundheitsdienst zahlreiche IT-Projekte durch das BMG gefördert. Auch das elektronische Melde- und Informationssystem für den Infektionsschutz, das sogenannte DEMIS, wird aktuell weiter ausgebaut.

Als weitere wichtige Maßnahme wird der Aufbau einer interoperativen Plattform für den ÖGD gefördert, einschließlich der Weiterentwicklung der im ÖGD für den Infektionsschutz eingesetzten Software für das Fall- und Ausbruchsdatenmanagement. Zentral wichtig wird es künftig zudem sein, Gesundheitsdaten aus verschiedenen Sektoren des Gesundheitswesens schneller zusammenzuführen, beispielsweise klinische Daten aus den Krankenhäusern mit epidemiologischen Daten aus dem Meldesystem und auch aus der genomischen Surveillance, wenn man Informationen zu den Sequenzen der Erreger hat. Dazu braucht es erstens gesetzliche Grundlagen, zweitens eine geeignete Dateninfrastruktur und drittens Interoperabilität zwischen den Daten. Das Gesundheitsdatennutzungsgesetz und auch der künftige europäische Gesundheitsdatenraum sind hierfür wichtige Voraussetzungen. – Vielen Dank.

Vors. Abg. Josef Winkler: Vielen herzlichen Dank. – Ich weiß, dass es eine kleine Zumutung ist, in zehn Minuten zusammenzufassen, was man eine ganze Pandemie über geleistet hat. Ich bedanke mich bei allen Sachverständigen, dass das bisher so gut gelungen ist. Wir wollen ja auch möglichst viele Stimmen hören.

Wir kommen somit zur Fragerunde der Fraktionen. Da der Block drei Sachverständige umfasst, stehen drei Minuten zur Verfügung. – Herr Dr. Kusch, Sie haben zuerst das Wort.

Abg. Dr. Oliver Kusch: Ich habe wahrgenommen, dass es weiterhin Menschen gibt, die wissenschaftliche Daten und Fakten bewusst fehlinterpretieren. Aber damit müssen wir natürlich auch zurechtkommen.

Ich habe eine Frage an Herrn Gonzáles. Könnten Sie uns bezüglich der Gewinnung von Blut und Blutprodukten während der Pandemie näher Auskunft geben, wie der Verlauf zu Beginn, während und gegen Ende der Pandemie war?

Herr Professor Schaade, Sie haben gesagt, die Überlastung des Systems konnte durch die ergriffenen Maßnahmen reduziert bzw. verhindert werden. Können Sie eine Aussage dazu machen, welchen Anteil die Impfung hatte – wahrscheinlich eher gegen Ende der Pandemie –, um diese Überlastung zu verhindern?

Abg. Dr. Christoph Gensch: Ich bedanke mich bei den Sachverständigen. Meine erste Frage stelle ich Herrn Gonzáles. Ich habe während der Pandemie das Deutsche Rote Kreuz als eine Institution wahrgenommen, die eine herausragende Rolle gespielt hat, was Planung und Durchführung der Impfkampagne gemeinsam mit den staatlichen Behörden anging, was die Aufstellung von Freiwilligenteams anging, was den Betrieb von Teststationen anging, was den Aufbau und Betrieb von Infektionsambulanzen anging. Mir fallen gar nicht mehr alle Dinge ein, an denen das Deutsche Rote Kreuz gerade auch in unserer Region beteiligt war. Sie waren in gewisser Weise – ich Sie gar nicht zu viel loben – unersetzlich mit Ihren Truppen.

Die Frage ist, welche Konsequenz Sie daraus bezüglich der Vorhaltung solcher Strukturen ziehen. Kann das DRK dies auch in Zukunft in dieser Form leisten? Brauchen wir eine Struktur auf Landesebene, die wir im Vorfeld einer erneuten Pandemie aufbauen müssen und die genau da ansetzt?

Meine nächste Frage geht an Herrn Lausen. Sie haben zu Beginn die Lockdowns und die Maßnahmen kritisiert. Herr Professor Paul hat uns gestern ganz eindrücklich dargestellt, wie zu Beginn der Pandemie diese Entscheidungen unter einer gewissen Unsicherheit getroffen werden mussten. Man war sich natürlich nicht in Gänze klar darüber, wie gefährlich der Erreger ist und zu welchen Konsequenzen das führt. Er sagte, dass der Staat – gerade, wenn man ethische Prinzipien zugrunde legt – dazu neigt, gegenüber Dritten, also gegenüber seinen Bürgern, dem Schutzprinzip zu folgen, und deswegen diese Maßnahmen getroffen hat; wie so viele andere Staaten auch. Wie stehen Sie dazu? Wie hätten sie reagiert? Wie wären Sie diese Pandemie in der Frühphase angegangen?

Ich habe noch eine zweite Frage an Sie, Herr Lausen. Sie haben in Ihrem Vortrag relativ viele offizielle Datenquellen zitiert, aus denen Sie dann Schlussfolgerungen abgeleitet haben, Sie sind aber zu anderen Ergebnissen gekommen als viele andere Institutionen, auch staatliche, sowie benachbarte Länder. Warum kommen Sie zu anderen Schlüssen bei der Verwendung gleicher Datenquellen?

Herr Professor Schaade, vielen Dank für Ihren Vortrag. An Sie habe ich eine recht kurze und knappe Frage: Was braucht das RKI als Bundesbehörde, um in Zukunft pandemische Geschehen bewältigen zu können? Muss bzw. kann man Strukturen und Behördenteile wie die STIKO, PEI und RKI zusammenfassen? Wie stehen Sie dazu? Braucht man vielleicht so etwas wie die CDC, die Centers for Disease Control and Prevention, in den USA? Welche Überlegungen laufen dazu momentan auf Bundesebene?

Abg. Michael Wäschenbach: Ich fange bei Herrn Professor Dr. Schaade an. Meine Frage geht in eine ähnliche Richtung. Ich wohne in einer Grenzregion zu Nordrhein-Westfalen. Dort ist mein Wahlkreis. Es war für die Menschen unerträglich, länderspezifische Maßnahmen auszuhalten. Hat das RKI eine Vorstellung dazu, ob es ein bundesweites Gesundheitsamt geben sollte, das einheitliche Regelungen nach Empfehlungen des RKI vorgibt? Oder kann das RKI so etwas sogar selbst machen?

Herr Lausen, Sie möchte ich fragen: Woran machen Sie die Spaltung bzw. den kausalen Zusammenhang für eine Spaltung der Gesellschaft, die Sie hier anführen, fest? Es gibt zurzeit viele andere, multiple Krisen, die mit ursächlich sein könnten für eine Unzufriedenheit in der Gesellschaft, die nicht nur auf Corona basiert? Wir haben Krieg, wir haben Inflation. Vielleicht können Sie dazu noch etwas sagen.

Herr Gonzáles, wie wird die Pandemieerfahrung in der neuen Krankenhausplanung berücksichtigt? Ist in der neuen Krankenhausplanung hinreichend geregelt, dass Maßnahmen für den Kapazitätsaufbau gefunden werden, auch bezüglich Freihaltepauschalen, Unterbelegungen, die finanziert werden mussten, und Intensivkapazitäten? Werden die Corona-Erfahrungen umfassend in der neuen Krankenhausplanung berücksichtigt?

Vors. Abg. Josef Winkler: Dann kommen wir zum Fragerecht der Grünenfraktion, das ich wahrnehme. Ich habe ja schon angekündigt, dass ich den Präsidenten des RKI, Herrn Professor Schaade, fragen werde. Herr Professor Schaade, Sie wurden von Ihrem Sachverständigenkollegen heute auch namentlich angesprochen. Wie verhalten Sie sich dazu? Wie sehen Sie das?

Wir werden die Anhörung später auswerten, aber wie Herr Dr. Kusch kann ich mir eine Anmerkung nicht verkneifen: Ich war schon in sehr vielen Sachverständigenanhörungen, aber ich habe noch nie einen Sachverständigen wie im heutigen Fall Herrn Lausen gehört, der so oft gesagt hat, dass es gar nicht seine Meinung sei, was er gerade sagt, sondern es seien Daten anderer Leute, zu denen er Kommentare abgebe. Das ist nur eine Feststellung, und daraus kann jeder seine eigenen Schlüsse ziehen.

Abg. Dr. Jan Bollinger: Guten Morgen und vielen Dank den Anzuhörenden für Ihre Ausführungen. – Ich beginne mit meinen Fragen bei Herrn Lausen. Lässt sich aus Ihrer Sicht aus den vorliegenden Daten aus dem März 2020 sowohl bezogen auf Rheinland-Pfalz als auch bundesweit eine derart erhöhte Krankheitslast erkennen, die eine Hochstufung der Risikobewertung des RKI von „mäßig“ auf „hoch“ rechtfertigen würde, und war dementsprechend ein Lockdown zu diesem Zeitpunkt überhaupt angezeigt?

Zweitens. Welche Versäumnisse im Hinblick auf die Übermittlung von Daten sehen Sie bei den Kasernenärztlichen Vereinigungen, den Gesundheitsämtern und den Krankenhäusern?

Drittens. War dem Paul-Ehrlich-Institut aufgrund der vorliegenden Daten eine umfassende Beurteilung der Sicherheit der Impfstoffe gegen COVID im Juli 2021, im November 2021 oder auch im Februar 2022 überhaupt möglich?

Viertens. Wie wichtig waren dem Paul-Ehrlich-Institut die Daten, die von der Kassenärztlichen Vereinigung nicht geliefert wurden, für die Beurteilung der Impfsicherheit?

Fünftens. Waren dementsprechend Empfehlungen seitens der Bundesregierung, der Landesregierungen oder anderer Behörden, sich impfen zu lassen, durch eine entsprechende Beurteilung des PEI abgesichert?

Ich komme dann zu meinen Fragen an Herrn Professor Dr. Schaade. Mir geht es um die Bewertung der antiepidemischen Maßnahmen und konkret um Berichte, welche die Beratungen des Corona-Krisenstabs des RKI am 5. Mai 2020 betreffen. Es soll dabei um einen Vorschlag aus dem Kanzleramt seitens des damaligen Kanzleramtsministers Helge Braun gegangen sein, einen Schwellenwert von 35 Infizierten auf 100.000 Menschen zu befürworten, ab dem harte Maßnahmen in Kraft treten sollen. Dieser Vorschlag sei fachlich abzulehnen gewesen, da das Infektionsgeschehen für flächendeckende Maßnahmen zu unterschiedlich gewesen und ein einheitlicher Schwellenwert deshalb wenig zielführend sei. Letztlich ist seitens der Ministerpräsidentenkonferenz ein Schwellenwert von 50 beschlossen worden. In der Presse wird davon gesprochen, das RKI sei auf politischen Druck eingeknickt. Ich frage Sie, ob Sie die Überlegungen des RKI zu diesen Schwellenwerten näher erläutern könnten, inwieweit Sie die Schwellenwerte aus der Sicht des RKI wissenschaftlich begründet sehen und wie Sie das Geschehen aus heutiger Sicht bewerten.

Daran schließe ich eine weitere Frage an. Wir hatten gestern Herrn Professor Dr. Zepp, ehemals Mitglied der STIKO, als Anzuhörenden zu Gast. Er hat sich über politischen Druck beschwert. Wie sieht das seitens des RKI aus?

Dann: Ist es richtig, Herr Professor Dr. Schaade, dass das RKI bereits am 9. April 2021 vermerkte, dass der Impfstoff von AstraZeneca eine zwanzigfach erhöhte Inzidenz bei Sinusthrombosen aufwies und nur noch für Personen über 60 Jahren empfohlen werden könne? Falls dies so ist: Wie bewerten Sie es, dass dieser Impfstoff gleichwohl weiterhin an jüngere Menschen verabreicht werden durfte und wurde?

Ich habe dann noch eine Frage an Herrn Gonzáles. Sie führen in Ihrer Stellungnahme aus, die Beschränkungen, Besuchsverbote und Kontaktbeschränkungen in Alten- und Pflegeheimen, Krankenhäusern und Tagespflegeeinrichtungen hätten dazu geführt, dass Patienten von ihren Familien isoliert wurden. Sie sprechen auch von Belastungen für das Pflegepersonal. Würden Sie sagen, dass diese Kontaktbeschränkungen sowohl für das Pflegepersonal als auch für die Pflegebedürftigen eine gesundheitliche Gefahr dargestellt haben? Würden Sie sagen, dass die beschriebene Isolation bei den Patienten auch zu einer erhöhten Sterblichkeit geführt hat? Der Ethikrat hatte im Februar 2021 hinsichtlich der Kontaktbeschränkungen gerade in Einrichtungen der Altenpflege vor einem Verlust des Lebenswillens gewarnt.

Ich komme zu meiner letzten Frage. Das DRK hat in Rheinland-Pfalz auch Impfzentren betrieben. Sind Ihnen erhebliche Nebenwirkungen am Tag der Impfung in den Impfzentren bekannt?

Abg. Steven Wink: Guten Morgen an alle in die Runde und danke für die Berichte, die Sie abgegeben haben. Ich habe eine Frage an Herrn Professor Schaade und Herrn González zugleich. Wir haben gestern in der Anhörung unter anderem über Datenerhebung und Datenverfügbarkeit gesprochen, und zwar über die Datenverfügbarkeit für die verschiedenen Ämter und für die verschiedenen politischen und organisatorischen Ebenen. Manchmal hat es da etwas mehr Dokumentationen gegeben, weil die Verfügbarkeit nicht überall gleich war. Könnten Sie aus Ihrer Sicht erläutern, wie sich die Datenverfügbarkeit für die verschiedenen Partner in diesem System während der Pandemie darstellte und nutzbar war? Hätten Sie diesbezüglich Ideen für die Zukunft?

Die zweite Frage geht an Herrn Lausen. Herr Lausen, Sie haben im März 2021 im Bundestag eine Stellungnahme abgegeben. Zugegeben: Das war noch mitten in der Pandemie, es war also natürlich noch nicht vollständig. Da kamen Sie zu dem Entschluss, dass eine Überlastung der Krankenhäuser niemals stattgefunden habe. Wenn Sie die Daten nun bis in die Zeit nach der Pandemie fortschrieben und neu bewerteten, kämen Sie dann zu demselben Schluss wie in der damaligen Anhörung im Bundestag, und, wenn ja, wie erklären Sie sich anhand des Ergebnisses die Warnungen auch aus dem Gesundheitssystem heraus?

Eine Idee hinter dem Lockdown war es, das Gesundheitssystem eben nicht zu überlasten. Auch gestern wurde noch von weinenden Assistenzärzten und der Arbeitsüberlastung berichtet. Zugegeben: Einen Fachkräftemangel gab es schon immer. Einen Teil kann man vielleicht darauf zurückführen. Aber in der Pandemie selbst gab es eben auch diese Überlastung. Solche Berichte ständen im Widerspruch zu Ihrem Bericht. Könnten Sie das bitte weiter ausführen?

Abg. Helge Schwab: Herzlichen Dank an Sie, Herr González, Herr Lausen und Herr Professor Schaade, für Ihre Ausführungen. – Herr González, meine erste Frage an Sie: Wie stellte sich die Auslastung Ihrer Kliniken im Vergleich zur Zeit vor Corona dar? Gab es während der Pandemie Überlastungen, oder war alles normal? Wie haben Sie das empfunden?

Die zweite Frage: Waren in Ihren Kliniken die Krankenstände zu dieser Zeit extrem hoch, oder beliefen sie sich auf ein normales Niveau?

Im zweiten Block adressiere ich Herrn Lausen. Sie sprachen von Versäumnissen. Was würden Sie angesichts Ihrer Erkenntnisse empfehlen, wie man in Zukunft mit einer Pandemie dieser Art umgehen sollte? Welche Handlungsmöglichkeiten gäbe es Ihren Erkenntnissen zufolge?

Herr Professor Schaade, vielleicht habe ich es nicht richtig verstanden – ich habe zwischendurch mitgeschrieben und es vielleicht nicht bemerkt –: Gibt es eine Massenstudie, die die von Ihnen geschilderten Erfolge der Impfung belegen, oder sind das alles nur kleine Studien?

Vors. Abg. Josef Winkler: Vielen Dank. – Bei sechs Fraktionen mit Fragerecht kommt einiges zusammen. Wir gehen bei der Beantwortung der Fragen in derselben Reihenfolge wie beim Eingangsstatement vor. Das Wort hat zunächst Herr González.

Manuel González: Erst einmal vielen Dank für die Fragen. Ich beginne mit der Frage von Herrn Dr. Kusch. In der Tat waren wir in der Corona-Zeit durchaus eingeschränkt, weil auch öffentliche Räumlichkeiten zumeist belegt waren. Sie kennen das sicherlich auch. Der Blutspendedienst ist auf ehrenamtliche Unterstützung angewiesen und demzufolge auch auf frei zugängliche, öffentliche Räumlichkeiten, in denen Blutspenden durchgeführt werden können, zumeist in Schulen. Aufgrund der Corona-Situation waren Schulen zu dem Zeitpunkt geschlossen; wir hatten daher etwas eingeschränkte infrastrukturelle Bedingungen.

Nichtsdestotrotz gab es Erkenntnisse, wie man auch während der Corona-Zeit Blut spenden kann. Wir haben während der Corona-Zeit alle hygienischen Maßnahmen geprüft und dann auch Termine angeboten, um den täglichen Bedarf an Blutspenden zu decken. Wir beziffern den täglichen Bedarf in unserem Blutspendedienst auf etwa 3.500. Das ist eine erhebliche Summe, die wir in der Zeit insgesamt nicht abdecken konnten, sodass wir versucht haben, das Ganze mit weiteren Möglichkeiten wie zwei Blutspendebussen sicherzustellen.

Zu der Frage der Herausforderungen von Herrn Dr. Gensch: In der Tat unterwerfen wir uns selbst einer gewissen Rolle. Einerseits sind wir eine freiwillige nationale Hilfsgesellschaft; eine nationale Hilfsgesellschaft, die über das DRK-Gesetz normiert ist. Wir versprechen unsere Leistungen als Auxiliar der deutschen Behörden. Wir haben es in der Pandemie als wesentlichen Auftrag verstanden, das Ganze zu begleiten und zu versuchen, mit unseren sehr breit aufgestellten Strukturen zu unterstützen. Die Strukturen sind sehr stark durch das Ehrenamt getragen: Bis hinein in einzelne Untergliederungen der Ortsvereinigungen greifen wir hier in Rheinland-Pfalz aktuell auf rund 17.000 Menschen zu, die uns unterstützen und fachlich ausgebildet sind.

Das hat auch Bedeutung für die Zukunft der Vorhaltung. Wir als DRK haben bei der Vorhaltung Korrekturen vorgenommen, sowohl materiell als auch personell. Wir haben die Struktur im Bereich der nationalen Hilfsgesellschaft zentral im DRK-Landesverband erweitert – mit einer neuen personellen Besetzung bis hin zu einer Erweiterung in der Qualifizierung. Eingeschränkt sind wir dort durch finanzielle Grenzen, weil wir auf unterschiedliche Grundlagen zurückgreifen, und die Verantwortlichkeit derer, die es politisch mitverantworten, findet sich auf unterschiedlichen Ebenen wieder, ob bei den Kreisen oder auch bei der Landesregierung.

Die Voraussetzungen sind aktuell etwas besser, als sie es zu dem Zeitpunkt waren. Wir waren zwar in der Tat relativ schnell und hatten auch Möglichkeiten, die Voraussetzungen relativ schnell nachzuarbeiten, aber kaum jemand hatte noch diese alten Pandemiepläne, die man früher hatte, als entwickelbar täglich vor Augen. Man hat das Ganze sozusagen erst wieder aus der Schublade gezogen, als wir tatsächlich in dieser Lage waren. Wir haben nun aufgelegt, dass wir mindestens alle zwei Jahre die einzelnen Pläne evaluieren und schauen, wie auch nach anderen Krisenereignissen die Vorhaltung anzupassen wäre. Das koppeln wir auch mit den entsprechenden Ministerien zurück.

Herr Wäschenbach, Ihre Frage zur Krankenhausplanung ist schwierig zu beantworten. Wir müssen das aber mitdenken. Unsere Bedenken gehen dahin, dass wir vor dem Hintergrund der Konzentrationsabsichten, die durchaus nachvollziehbar und auch richtig sind, und der Leistungsbeschreibung der Krankenhäuser aktuell noch nicht erkennen, dass Vorhaltebedingungen beziffert wären. Es wird sich

zeigen, wie die Krankenhauslandschaft sich strukturpolitisch ergeben wird. Wir haben aber auch vor dem Hintergrund des Angriffskriegs auf die Ukraine immer wieder mit dem Bundesministerium besprochen, dass wir für den Bereich des zivilen Katastrophenschutzes eine besondere Voraussetzung benötigen, um die Vorhaltung sicherzustellen.

Freihaltepauschalen gibt es nicht mehr. Die Kapazitäten aufzubauen, ist in aller Regel bis zu einer gewissen Grenze immer möglich, weil Krankenhäuser nicht immer zu 100 % ausgelastet werden. Das ist aber auch regional bedingt, und es kommt darauf an, in welchem Gesamtsetting die Krankenhäuser allokiert sind.

Zur Frage von Herrn Bollinger: Ja, in der Tat haben wir festgestellt, dass die Menschen gerade in den Einrichtungen der Pflege, wo sie überwiegend ihre letzte Lebensphase verbringen, durch die Einschränkungen sehr belastet waren. Das ging damit einher, dass wir Besuchszeiten eingerichtet haben. Wir haben Möglichkeiten des Kontakts ermöglicht, indem wir unter Wahrung aller Maßnahmen Angehörigenbesuche gestattet haben, und zwar sowohl mit digitalen Kontakten als auch vis-à-vis mit entsprechendem Abstand oder entsprechender Trennung durch Glasscheiben. So ist es gelungen, selbst bettlägerige Patienten zu besuchen.

Ob die Sterblichkeit angestiegen ist, können wir nicht sagen. Ich habe mir die Belegungsstatistik unserer Häuser angesehen: Ich kann dort nichts Gravierendes herausziehen, was einen Peak oder Ähnliches aufzeigen würde.

Zu den Fragen nach den Nebenwirkungen: Uns sind keine Anaphylaxien in der Richtung bekannt, dass jemand nach einer Impfung akut behandelt werden musste. In der Regel haben wir täglich mehrere Hundert, bis zu 1.000 Menschen geimpft. Wir haben in dieser Form zumindest bei den mobilen Impfteams und auch bei den Impfbussen keine medizinischen Handlungen gehabt.

Herr Wink, zur Datenerhebung und zur Datenverfügbarkeit: Es gab in der Tat eine strukturierte Datenerhebung, die wir auf Basis dessen durchgeführt haben, was wir an Leistungen erbracht und gemonitort haben. Ich hatte es schon angesprochen: Gegen 4:00 Uhr nachts waren die Daten fertig. Man muss dazusagen: Das war natürlich ein Behelfskonstrukt. Es wurde auf Basis von Excel-Tabellen erarbeitet, händisch übertragen, aus den einzelnen Impfteams zusammengetragen und an das Krebsregister weitergeleitet. Von dort aus wurden diese Daten strukturiert an das RKI weitergereicht.

Insgesamt hat die Pandemie gezeigt, dass wir in der Digitalisierung durchaus Nachholbedarf hatten und haben. Wir meinen, dass daraus mittlerweile nicht nur eine andere Sensibilität entstanden ist, sondern auch Handlungen abgeleitet wurden, sodass die entsprechenden Gesundheitseinrichtungen sich verstärkt mit digitalen Prozessen auseinandergesetzt haben und Datenverfügbarkeiten sicherstellen können.

Zur Frage von Herrn Schwab: Der Vergleich ist schwierig, da es auch regional zu betrachten ist. Wir haben vor der Pandemie eine höhere Auslastung in allen Einrichtungen gehabt. Wir beobachten jetzt im Durchschnitt – das ist aber ein genereller Trend; es betrifft nicht nur die Einrichtungen, die ich her-

anziehe, sondern es ist bundes- und europaweit zu erkennen –, dass nach der Pandemie die Krankenhauslandschaft etwas niedriger ausgelastet ist. Wir hatten im Vergleich zur Zeit vor Corona in der Anfangszeit nach Corona eine Auslastungsminderung um ungefähr 10 %. Es hat sich dann auf ungefähr 6 % eingestellt, und mittlerweile hat man fast das Vor-Corona-Niveau erreicht.

Ob die Krankenstände auf einem hohen oder normalen Niveau sind, müsste ich detaillierter überprüfen. Wir haben nach Corona aber eine höhere Belastung bei den Mitarbeitenden festgestellt, und der Krankenstand hat sich erhöht. In Teilen sind heute noch Erschöpfungszustände vorhanden, und viele Menschen, die auch in der Corona-Zeit besonders belastet waren, sind es auch jetzt, nach Corona. Teilweise haben sie die Berufsbilder verlassen, sodass mehr auf einer geringeren Menge an Personal lastet, was wiederum den Krankenstand entsprechend stimuliert.

Tom Lausen: Vielen Dank für die interessanten Fragen, die ich gerne beantworten möchte. Die erste Frage seitens der SPD bezog sich darauf, dass ich dieselben offiziellen, amtlichen Daten verwende wie andere Stellen – die Behörden, das Robert Koch-Institut, das Paul-Ehrlich-Institut oder auch die Bundesregierung mit Innenministerium und Gesundheitsministerium –, aber zu anderen Schlüssen komme als diese.

Darauf kann ich natürlich nicht zu 100 % antworten, weil ich die Entscheidungswege innerhalb der entscheidungstragenden Gremien nicht im Detail kenne – außer aus den RKI-Protokollen, die jetzt entschwärzt veröffentlicht worden sind und in denen man meines Erachtens erkennen kann, dass man dort teilweise sogar sehr meiner Meinung gewesen ist, dass es durchaus politische Eingriffe und Übergriffe in die Entscheidungen des Corona-Krisenstabs des RKI gab. Deshalb sind möglicherweise die Einschätzungen von mir bzw. die Dinge, die ich auch schriftlich bekommen habe, näher an der Wirklichkeit, als es vielleicht aufgrund der großen Diskrepanz zu den tatsächlichen Geschehnissen erscheinen mag.

Warum komme ich zu anderen Schlüssen? Ich gehe auf das Beispiel der Hochstufung der Risikobewertung von Corona bzw. der Gefährlichkeit ein. Am 17. März 2020 wurde durch Herrn Wieler und am 16. März 2020 durch Herrn Professor Dr. Schaade signalisiert, dass dies geschehen darf. Dort hat man im Grunde genommen – so hat Herr Wieler es in einer Nachricht an eine Journalistin geschrieben – lediglich die Fallzahlen betrachtet, man hat aber nicht die Schwere der Krankheit und die Krankheitslast betrachtet. Wir alle müssen uns die Frage stellen, ob ein Lockdown nur im absoluten Notfall angewendet werden sollte, wenn die Zahlen also so hoch sind, dass man damit wirklich etwas erreichen könnte.

Ich habe die Zahlen bezüglich Ihrer Intensivstationen zu dem Zeitpunkt in Rheinland-Pfalz ermittelt. Sie hätten das über die Landesregierung und über die Gesundheitsämter herausfinden können. In dem Monat vom 13. Februar 2020 bis zum 13. März 2020 sind in rheinland-pfälzischen Kliniken insgesamt 77.000 Menschen aufgenommen worden, und davon hatten 72 Corona. Auf den Intensivstationen sind in diesem Zeitraum, in diesem einen Monat, 8.000 Menschen aufgenommen worden, 22 mit Corona. Das spricht nicht für die härteste Gangart gegen ein Virus. Deswegen komme ich an dieser Stelle erst einmal zu einer gewissen Kritik und Skepsis. Das unkritische Beschließen eines Lockdowns kann ich an der Stelle noch nicht gutheißen.

Deswegen habe ich mir angesehen, was Herr Tegnell gesagt hat. Anders Tegnell ist der Gesundheitsmanager in Schweden gewesen. Er hat ein Buch geschrieben, das leider nur auf Schwedisch zur Verfügung steht. Glücklicherweise bin ich in der Lage, es zu übersetzen bzw. übersetzen zu lassen. Herr Tegnell hat gesagt, dass in England der renommierte Wissenschaftler Neil Ferguson tatsächlich von Horrorszenarien gesprochen hat. Ich nehme mal an, dass diese Horrorszenarien, die dann die Modellierer verwendet haben, mit großen Unsicherheiten bezüglich hoher Todeszahlen und auch hoher Belegungszahlen der Intensivstationen behaftet waren, wie Herr Tegnell auch selbst sagt. Man prognostizierte 16.000 Aufnahmen täglich in den schwedischen Intensivstationen. Herr Tegnell konnte diese Vorausmodellierung nicht glauben und hat deshalb auch keinen Lockdown anordnen lassen oder durchgeführt. So steht es in seinem Buch.

Der Abgeordnete von den Grünen hat einen Seitenhieb gegeben, dass das nicht meine Meinung, sondern die Meinung anderer sei. Ja, ganz genau; das sind die Leute, die es schriftlich niedergelegt haben. Ich muss ja das wiedergeben, was tatsächlich verfügbar ist. Und wenn Herr Tegnell das offizielle Management in Schweden repräsentiert, dann muss ich auch das, was er gesagt hat, hier wiedergeben können. Genauso ist es, wenn die Bundesregierung etwas sagt. Dann muss ich mich natürlich darauf beziehen und kann entsprechend meine Schlüsse ziehen.

Die offiziellen Daten zur Krankenhausbelegung, zur Krankheitsschwere, zur Krankheitslast in den Kliniken belegen aus meiner Sicht nicht, dass ein Lockdown gerechtfertigt gewesen wäre. Auch in Anbetracht der Tatsache, dass es so etwas noch niemals zuvor gegeben hat, konnte man sich natürlich ausrechnen, welche Konsequenzen es hat: Das Vertrauen in die Krankenhäuser würde sinken – man könnte ja dort Corona bekommen –, was dazu führt, dass ein Rückgang der Patientenzahlen in großem Maße stattfindet. Wir haben über vier Jahre hinweg so wenige Patienten gehabt wie noch nie zuvor. Für das Land Rheinland-Pfalz habe ich es mal ungefähr hochgerechnet: Es bedeutete für die Kliniken knapp 3 Milliarden Euro Verlust aufgrund dieser Entscheidung, die teilweise durch Steuergelder ausgeglichen werden mussten.

Sieht man es sich fortlaufend in Rheinland-Pfalz an, zeigt sich: Im Monat darauf waren 797 von 70.000 Personen, die ins Krankenhaus gekommen sind, Corona-Patienten. Das war im April bzw. bis Mitte April. Von 6.000 Einlieferungen in die Intensivstation waren 238 mit Corona. Das ist natürlich eine sehr geringe Zahl. Deswegen komme ich an dieser Stelle angesichts der verfügbaren Daten zu dem Schluss – das föderale System in Deutschland sieht es auch so vor, dass Gesundheitsfragen föderal geklärt werden –, dass sich natürlich die Landesregierung in den Krankenhäusern hätte vergewissern können, ob dort tatsächlich eine solche Krankheitslast vorherrscht. Die Kliniken waren historisch gering ausgelastet.

Bei den Impfstoffen, die mit neuen Impfstoffplattformen auf den Markt gekommen sind, einfach Empfehlungen auszusprechen, ist aus meiner Sicht schwierig oder eigentlich zu verneinen und unmöglich, da die Wirksamkeit mit deutschen Daten aus den deutschen Krankenhäusern gar nicht ermittelt werden kann. Ich habe Ihnen ja gerade schon gesagt, dass die Bundesregierung mir Zahlen dazu mitgeteilt hat, wie viele Impfstatusangaben vorlagen. Wenn ein neuer Erreger zirkuliert und Erkrankungen verursacht und die Leute tatsächlich in die Krankenhäuser oder auch auf die Intensivstation kommen,

dann wollen Sie ja wissen, ob diese neue Arznei, dieser neue Impfstoff irgendetwas bringt. Das heißt, Sie messen an der Krankenhaustür: Jeder, der reinkommt und diese Erkrankung hat, soll sagen, ob er die neue Arznei – also den Impfstoff – genommen hat oder nicht. Und wenn die Bereitschaft der Kliniken trotz Bußgeldbewehrung letztlich nur bei 18 % liegt, diese Impfstatusangaben zu übermitteln – egal, aus welchem Grund –, dann ist das RKI eben nicht in der Lage, ohne Unsicherheiten die Wirksamkeit dieser Impfstoffe zu berechnen.

Das ist genau das Problem. Wenn das nicht möglich ist, dann müssen wir wenigstens schauen, ob die Sicherheit der Impfstoffe überhaupt gewährleistet ist. Dafür ist das Paul-Ehrlich-Institut zuständig. Ich habe Ihnen mitgeteilt, dass die Kassenärztliche Vereinigung in Rheinland-Pfalz wie auch alle anderen 16 Kassenärztlichen Vereinigungen in Deutschland aus welchen Gründen auch immer nicht auf die Idee gekommen sind – trotz des Wunsches des Gesetzgebers –, diese Daten beim Paul-Ehrlich-Institut abzuliefern. Sie sollten die Gesundheitsdaten aller Kassenpatienten in der Zeit quartalsweise abliefern, und damit sollte geschaut werden, ob Häufigkeiten von Erkrankungen als Folgewirkungen und mögliche Signale durch die neuartige Impfung entstehen.

So wollte es der Gesetzgeber, und der Gesetzgeber hat dem im April 2021 auch noch mal Nachdruck verliehen. Da wurde in § 73 des Infektionsschutzgesetzes eingetragen, dass die Nichtmeldung mit bis zu 25.000 Euro gegen die Vorstände der Kassenärztlichen Vereinigung bewehrt werden soll. Ich hätte erwartet, dass die Kassenärztliche Vereinigung mit den Daten, die sie zur Verfügung hatte, in Rheinland-Pfalz zur Zeit der großartigen Impfkampagnenaktionen wenigstens Kontakt aufgenommen hätte. Das ist über zwei Jahre nicht erfolgt. Man hat also sozusagen die gesetzliche Meldepflicht komplett ignoriert, und diese Meldeverstöße sind dann auch nicht von den Ordnungsbehörden geahndet worden. Man hat auch da überhaupt nichts gemacht.

Das Paul-Ehrlich-Institut – ich habe durch eine Informationsfreiheitsanfrage in diesem Fall den Briefwechsel zwischen dem Paul-Ehrlich-Institut und dem Bundesgesundheitsministerium herausbekommen – hat gesagt, wie wichtig die Daten der Kassenärztlichen Vereinigungen gewesen wären. Ohne diese Daten kann es die Sicherheit der COVID-19-Impfstoffe überhaupt nicht hinreichend beurteilen, während aber die Landesregierung allen Menschen empfohlen hat, sie mögen sich doch bitte impfen lassen, ohne zu wissen, wie wirksam und wie sicher das ist. Aus meiner Sicht ist das – das sage ich jetzt mal tatsächlich als meine Meinung – hasardeurhaft. Das kann man so nicht machen. Deswegen komme ich eben auch zu anderen Entscheidungen.

Damit komme ich zu der Antwort auf die nächste Frage von Herrn Wäschenbach: Woran erkennen Sie die Spaltung, und woran machen Sie diese fest? Insbesondere gebe es noch andere Krisen; es könnte ja auch daher kommen.

Ich kann Ihnen das ganz klar sagen. Ich habe die Datenanalysen natürlich sehr früh gemacht und, wie schon bemerkt wurde, auch in 2021 schon entsprechende Angaben im Bundestag gemacht. Dazu komme ich gleich noch. Ich konnte erkennen, dass viele kluge Leute – Mathematiker, Statistiker, Ärzte, Professoren aus allen möglichen Bereichen – sich Daten besorgt haben. Sie haben sich mit den offiziellen amtlichen Daten beschäftigt, und diese Leute wurden dann als Querdenker bezeichnet, als Rechtsradikale, als Antisemiten, als Menschen mit Radikalisierungspotenzial usw. Sie unterschätzen

allerdings, dass man etwa 30 Millionen Menschen stigmatisiert hat, deren Meinung man immer mit „Querdenker“ diffamiert hat. Ich habe es auch eben zwischen den Zeilen gehört. Es ist zwar nicht ausgesprochen worden, aber auch ich bin hier diffamiert worden, sogar von der Tagesschau.

Das ist die Art und Weise gewesen, wie man mit Gegnern umgegangen ist, und das hat natürlich enorm viel Vertrauen gekostet, insbesondere vor folgendem Hintergrund: Das Paul-Ehrlich-Institut muss unsere Sicherheitsmauer für die Impfstoffe sein, und dort wurden Abteilungen gebildet, um die eingehenden Todesverdachtsmeldungen aufgrund der Impfungen, die im zeitnahen Zusammenhang gemeldet wurden, zu prüfen. Die konnte man gar nicht mehr bewältigen, und bis heute ist überhaupt nicht abgearbeitet, was bei 3.300 Todesfällen, die nach Impfungen gemeldet wurden, geschehen ist. Teilweise sind innerhalb von zehn Minuten nach der Impfung Todesfälle eingetreten. Darüber gab es natürlich auch geringfügig Zeitungsberichte. Da ist natürlich klar, dass Impfskepsis aufkommt.

Diese Impfskepsis wurde quasi permanent unterdrückt, auch im Land Rheinland-Pfalz. Ich möchte nur an Herrn Gauck erinnern, der Impfgegner im August 2021 als Beklopte bezeichnet hat. Das sind natürlich unmögliche Verhaltensweisen. Öffentlich wurden Ungeimpfte diffamiert. Sie wurden ausgegrenzt, ohne dass man einen Beleg für die Wirksamkeit bei der Fremdschutzwirkung hatte. Das ist auch gestern in der Anhörung herausgekommen. Eine Fremdschutzwirkung gab es durch die Impfstoffe tatsächlich nicht, und wenn es sie gab, dann war sie nur gering, sodass man möglicherweise überhaupt nicht in der Lage gewesen ist, tatsächlich 2G-Bestimmung zu machen.

Tatsächlich ist Ende 2021 – – –

Vors. Abg. Josef Winkler: Entschuldigen Sie bitte, Herr Lausen. Wir haben die Übung – das haben Sie gestern mitverfolgt –, dass die Antwort die Länge des Eingangsstatements nicht wesentlich überschreiten sollte. Ich würde Sie bitten, dementsprechend fortzufahren und zum Schluss zu kommen.

Tom Lausen: Okay, ich werde gerne versuchen, mich kurz zu fassen. – Die nächste Frage lautete, wie ich reagiert hätte, da es ja Unsicherheiten hinsichtlich der Gefährlichkeit gab. Zu der Frage der Gefährlichkeit des Coronavirus habe ich ja vorhin schon kurz geantwortet. Ich hätte so reagiert wie Anders Tegnell. Ich bin allerdings nur Datenanalyst. Ich bin Programmierer; ich kann mit riesigen Datenmengen, mit Big Data arbeiten. Das heißt, ich hätte mir die Daten besorgt. Das hätte auch das Land Rheinland-Pfalz tun können. Insofern hätte ich anders reagiert. Ich hätte wie in Schweden reagiert: kein Lockdown, keine Masken, keine Maßnahmen. Schweden ist am Ende besser herausgekommen als Deutschland. Darüber kann man sich streiten, aber Schweden ist zumindest nicht schlechter herausgekommen.

Dann möchte ich Herrn Bollinger auf die Frage antworten, welche Versäumnisse ich sehe. Ich habe sie alle genannt. Die Kassenärztlichen Vereinigungen haben Meldeverstöße in gewaltiger Zahl begangen. Das führte zu der Problematik, dass die COVID-19-Impfstoffe nicht auf ihre Sicherheit hin bewertet werden konnten. Und die Krankenhäuser und Gesundheitsämter haben versäumt, die Impfstatusangaben der stationär eingelieferten Patienten zu übergeben, sodass auch das RKI mit geringsten Zahlen – mit 18 % bzw. 3 % – nicht in der Lage gewesen sein konnte, die Impfeffektivität mit deutschen Daten zu belegen. Ausländische Studien haben alles Mögliche gezeigt.

Wie wichtig waren die Daten der Kassenärztlichen Vereinigungen für das Paul-Ehrlich-Institut? – Sie waren extrem wichtig. Ich habe Ihnen zu dem Schriftwechsel, der meiner Stellungnahme beigelegt ist – da können Sie es gerne noch mal nachlesen – mitgeteilt, dass die Schriftstücke ganz klar belegen, dass das Paul-Ehrlich-Institut quasi blindgestellt gewesen ist und Empfehlungen im Land Rheinland-Pfalz aus meiner Sicht niemals hätten kommen dürfen. Die STIKO ist aus meiner Sicht auch durch den großen Druck zu diesen Problemen gekommen.

Würde ich heute noch einmal wie am 8. Juli 2021 im Bundestag sagen, dass die Intensivstationen und auch die Krankenhäuser unterausgelastet waren? – Ja, und das muss nicht nur ich sagen, sondern die Bundesregierung hat das in einer Drucksache zu einer Kleinen Anfrage der AfD geantwortet. Es gab zu keinem Zeitpunkt eine Überlastung des Gesundheitssystems. Es gab drei kleine Spitzen im April 2021, im Dezember 2020 und eine dritte, die ich nachschauen müsste. Aber die waren nur ganz kurzfristig, und es gab keine bundesweite Überlastung des Gesundheitssystems, der Kliniken und der Krankenhäuser. Deswegen komme ich ganz klar auch heute noch zu diesem Schluss – wie nun auch die Bundesregierung.

Die letzte Frage, die ich mir aufgeschrieben habe, lautete: War die Impfpflicht abgesichert? – Aus meiner Sicht war sie das nicht, und ich würde sagen, dazu müssten Sie noch mal näher recherchieren. – Vielen Dank, dass ich das hier alles sagen durfte.

Vors. Abg. Josef Winkler: Vielen Dank. – Anders als in einer üblichen Ausschusssitzung besteht jetzt keine Gelegenheit, zu diskutieren. Das wissen Sie. Es ist eine Anhörung, und wir werden in einer Sitzung des Ausschusses zu einem späteren Zeitpunkt die Auswertung vornehmen.

Ich darf nun Herrn Professor Dr. Schaade das Wort erteilen.

Prof. Dr. Lars Schaade: Vielen Dank. – Herr Vorsitzender, ich werde mich bemühen, knapp zu antworten.

Zunächst zur Frage von Herr von Abgeordneten Dr. Kusch hinsichtlich des Anteils der Impfung zur Verhinderung einer Überlastung von Intensivstationen und Krankenhäusern: Dieser Anteil ist sicher vor allem in der etwas späteren Phase der Pandemie ganz erheblich. Durch die Impfung können etwa 80 % an schweren Erkrankungen und Todesfällen verhindert werden. Bis März 2022 wurden – ich hatte Ihnen die WHO-Zahlen genannt – etwa zusätzliche 166.000 Todesfälle verhindert.

Da sich hinter den Todesfällen Personen verbergen, die vorher auf Intensivstationen behandelt wurden, kann ich jetzt keine genaue Quantifizierung vornehmen. Die Impfung hat aber auf jeden Fall einen erheblichen Beitrag zur Verhinderung einer Überlastung geleistet. Das lässt sich auch feststellen, wenn man vergleicht, wie hoch die Inzidenzen im Verlauf der Pandemie waren und wie relativ gering der Anteil der Krankenhausaufnahmen und der Aufnahmen in die Intensivstationen war, als die Impfungen weiter fortgeschritten waren. Dabei spielt zwar sicher die etwas mildere Ausbildung von Omikron eine Rolle, aber das erklärt das auf keinen Fall ganz.

Was braucht das RKI, um ein pandemisches Geschehen künftig besser bewältigen zu können? Zum einen brauchen wir schnell verfügbar gute Daten und damit eine gute Digitalisierung sowie eine Verknüpfbarkeit. Diesbezüglich haben wir uns auf den Weg gemacht; die einzelnen Maßnahmen dazu hatte ich Ihnen geschildert. Zum anderen brauchen wir qualifiziertes Personal, um diese Daten auszuwerten.

Mit mehr Personal hätten wir die eine oder andere Auswertung sicherlich schneller durchführen können, vor allem weil wir nebenbei noch sehr viel aufgebaut haben. Ein Beispiel dafür ist die Corona-Warn-App. Das bindet natürlich Personal. Deshalb haben wir uns ganz besonders darauf konzentriert, die Daten, die wir erhielten und die verfügbar waren, aufzuarbeiten und sie auf dem Dashboard sowie in den anfangs täglichen Berichten und später in den Wochenberichten zur Verfügung zu stellen. Teilweise sind wir auch noch dabei, vertiefte Analysen durchzuführen. Das hätten wir uns an der einen oder anderen Stelle früher gewünscht.

Zur Frage einer anderen Organisation bzw. einer Zusammenfassung von Behördenteilen: Selbstverständlich kann man sich diesbezüglich viel vorstellen. Zu den Plänen auf der Bundesebene kann ich wiedergeben, dass beabsichtigt ist, das BIPAM einzurichten, in dem die BZgA und Bereiche des Robert Koch-Instituts im Hinblick auf die nicht übertragbaren Krankheiten aufgehen sollen. Die Entscheidung ist hier, eine Zusammenfassung vorzunehmen, sodass sich das RKI in Zukunft ausschließlich auf die Infektionskrankheiten konzentriert. Das sind im Moment die Pläne, und ich bitte um Verständnis, dass ich jetzt nicht in der Lage bin, bessere Alternativvorschläge zu machen.

Zur Frage von Herrn Wäschenbach nach länderübergreifenden Maßnahmen, die schwierig auszuhalten sind: Das entspricht auch unserer Beobachtung, wobei die Frage ist, wie man diesbezüglich ein anderes Handeln erreichen kann. Im Grunde wurde die Koordinierung auf der höchsten politischen Ebene in der Ministerpräsidentenkonferenz vorgenommen. Dennoch gab es Abweichungen, was auch legitim ist.

Wenn man von Bundesseite verbindliche Vorgaben auf der Landesebene umsetzen möchte, wird man wohl nicht anders handeln können, als entsprechende Gesetze zu ändern. Nach der Verfassung bzw. dem Grundgesetz sind die Länder zuständig. In einem Fall wäre daher theoretisch eine Grundgesetzänderung erforderlich. Des Weiteren könnte ich mir vorstellen, dass die 16 Länder in ihren ÖGD-Gesetze entsprechende Passagen formulieren, die eine Verbindlichkeit der Bundesvorgaben vorsehen. Ich bin allerdings kein Jurist. Gleichwohl sehe ich ohne eine gesetzliche Grundlage wenig Möglichkeiten, hier zu verpflichtenden Umsetzungen zu kommen.

Der Vorsitzende hatte mich gebeten, zu den Aussagen von Herrn Lausen Stellung zu nehmen. Dabei möchte ich auf zwei Punkte eingehen.

Der erste Punkt ist, warum zu dem entsprechenden Zeitpunkt eine Hochstufung erfolgte. Wenn man sich unsere täglichen Lageberichte zu diesem Zeitpunkt anschaut, lässt sich sehr gut nachvollziehen, dass es in Deutschland einen exponentiellen Anstieg der Fallzahlen gab. Anders ausgedrückt: Die Pandemie hebt zu diesem Zeitpunkt ab. Das war letztendlich der Grund, dass wir die Risikobewertung

hochgestuft haben. Des Weiteren hatten wir im Hintergrund natürlich auch Modelle – Sie können das auf unserer Homepage anschauen; das ist veröffentlicht –, was passieren könnte.

Der zweite Punkt ist, dass eine Risikobewertung auch dazu dient, vor der Welle zu sein. Das heißt, zu warten, bis die Krankenhäuser und Intensivstationen übergelaufen sind, ist nicht der Sinn einer Risikobewertung. Man muss auf die Risiken vorzeitig hinweisen. Damit hat man ein Zeitfenster, um zu handeln; denn wir haben gesehen, welche Situationen eingetreten sind. Was in Bergamo in Italien passiert ist, brauche ich nicht weiter zu erläutern. In Ostfrankreich wurden Patienten mit dem TGV unter Intensivstations- und Beatmungsbedingungen in den Westen und in den Süden des Landes gefahren, weil nichts mehr ging. In den USA hingen teilweise zwei Patienten an einem Beatmungsgerät.

Wir hatten als Grundlage die Entwicklung der Fallzahlen in einem exponentiellen Maßstab – das kann jeder nachvollziehen – und die Projektion, was passieren könnte. Insofern bin ich heute noch der Meinung, dass die Hochstufung der Risikobewertung zu diesem Zeitpunkt geboten war. Andere Wissenschaftler sind durchaus sogar der Meinung, dass unsere Risikobewertung zu spät erfolgt sei. Entgegen der Auffassung von Herrn Lausen gibt es also auch konträre Auffassungen.

Zur Impfstoffwirksamkeit: Impfstoffe werden nicht einfach so auf den Markt gebracht. Erst einmal gibt es die klinischen Phasen 1 bis 3. Damit ist die Wirksamkeit im Grunde bestätigt.

In dieser nicht ganz kleinen Gruppe der Testpersonen in der Phase 3 – das sind etwa 44.000 bis 45.000 Personen – wird man häufigere Nebenwirkungen erkennen. Was dann folgt, sind Beobachtungsstudien. Diese werden bei jedem Impfstoff und in der Pandemie natürlich ganz besonders gemacht. Vor der Einführung einer Impfung sind solche Beobachtungsstudien aber naturgemäß nicht vorhanden.

Welche Beobachtungsstudien gab es in Deutschland und am RKI? – Wir haben in den Wochenberichten regelmäßig über die Abschätzung der Impfstoffwirksamkeit aufgrund der Screeningmethode informiert. Bei dieser Screeningmethode, bei der es sich zugegebenermaßen um eine Abschätzmethode mit Daten handelt, die wir aus den Meldedaten hatten, konnte man sehr gut erkennen, dass die Impfung in verschiedenen Altersgruppen sehr gut wirksam ist. Des Weiteren war zu erkennen, was die Boosterimpfungen zu leisten vermögen. Darüber hinaus haben wir wie viele andere im In- und Ausland klinische Studien im Zusammenhang mit den Krankenhäusern aufgesetzt; bei uns ist das in Berlin geschehen. Diese Studien sind inzwischen veröffentlicht und bestätigen weiterhin die hohe Wirksamkeit der Impfstoffe, wie sie auch im internationalen Schrifttum gegeben ist.

Zur Frage von Herrn Dr. Bollinger zum 05.05. und der Schwellenwertdiskussion: Zunächst möchte ich darauf hinweisen, dass wir bereits in unserer Vorbemerkung zu den Protokollen geschrieben haben, den Diskussionsverlauf innerhalb des RKI und nicht die abgestimmte schlussendliche Position des RKI wiedergegeben zu haben. Selbstverständlich haben nicht alle Mitarbeiter des RKI immer die gleiche Meinung.

Des Weiteren sehe ich es heute noch so, dass es zu dem Zeitpunkt, als dieser Inzidenzschwellenwert definiert wurde, nicht möglich war, eine wissenschaftlich belegbare Aussage zu treffen, wonach der

Schwellenwert bei 30, 50, 70 oder bei 100 liegen müsse. So etwas hat auch niemand behauptet. Im Gegenteil: Ich habe wenige Tage später in einer Pressekonferenz dargelegt, dass es sich aus unserer Sicht um einen pragmatischen Schwellenwert handelt. Dazu stehe ich weiterhin. Dieser Schwellenwert hatte die richtige Dimension, und kein Mensch konnte zu diesem Zeitpunkt aus Daten ableiten, was der konkrete Schwellenwert sein soll.

Man muss sich auch die Alternativen vor Augen führen. Eine Alternative wäre gewesen, überhaupt keine Inzidenz zu erlauben. Eine solche Null-COVID-Strategie, die propagiert oder vorgeschlagen wurde, hätte aber noch ganz andere Auswirkungen gehabt. Aus meiner Sicht wäre diese Strategie auch nicht sinnvoll gewesen, weil das Virus nicht wieder wegzubekommen war. Das gegenteilige Extrem wäre gewesen, die Kontrolle über das Virus aufzugeben. Insofern erschien mir ein Schwellenwert sehr wohl geboten.

Die Politik hat ausgesprochen vernünftig und richtig gehandelt, indem sie in der bestehenden Unsicherheit selbst ohne eine klare wissenschaftliche Ableitung das Nötige getan hat. Aus meiner Sicht bestätigt sich das auch rückblickend.

Gab es einen hohen politischen Druck auf das Robert Koch-Institut? – Der Druck bestand in erster Linie darin, dass wir natürlich viele Aufträge bekommen haben. Beispiele dafür sind die Einrichtung des Impfquotenmonitorings oder der Corona-Warn-App in unserer Zuständigkeit. Das hat selbstverständlich zu einer hohen Belastung geführt.

Was die Durchführung und die Auswertung unserer wissenschaftlichen Arbeiten anbelangt, kann ich sagen, dass wir keinem politischen Druck ausgesetzt sind. Gleichwohl ist es natürlich so, dass die Empfehlungen, die wir aus unseren wissenschaftlichen Arbeiten ableiten, von der Politik nicht unbedingt umgesetzt werden müssen. Die Politik hat selbstverständlich das gute Recht – das brauche ich Ihnen nicht zu sagen –, daraus auszuwählen. Sie muss nicht alles umsetzen, und sie kann die Empfehlungen auch in einer anderen Art und Weise umsetzen, weil zum Beispiel noch andere Dinge zu berücksichtigen sind. Insofern sehe ich da kein größeres Problem.

Zum 09.04.: An diesem Tag gab es unseren Protokollen zufolge offenbar die Diskussion über die Nebenwirkungen des AstraZeneca-Impfstoffs. Ich glaube das jetzt einmal; ich habe das nicht nachgeprüft. Selbstverständlich wurde dieses Thema aber diskutiert. Wir sind jedoch Sekundärempfänger von Daten zu Nebenwirkungen, und zu diesem Zeitpunkt waren die Daten bereits bei der EMA und am PEI vorhanden. Ich erinnere mich zwar nicht mehr 100%ig, aber die Daten wurden mehr oder weniger auch zeitgleich in der Presse diskutiert. Der STIKO standen die Daten ebenfalls sehr schnell zur Verfügung, und es kann sein, dass die Presse wenige Tage später darüber berichtet hat.

Diese Daten wurden jedenfalls unmittelbar zum Anlass genommen, entsprechende Änderungen in den Impfeempfehlungen und bei den Zulassungen vorzunehmen. Ich sehe in dem Umstand, dass wir das zu diesem Zeitpunkt diskutiert haben, kein Versäumnis unsererseits, dass wir irgendwen nicht hätten informieren können. Diese Informationen lagen an verschiedener Stelle vor und waren, wie gesagt, spätestens einige Tage oder möglicherweise sogar zeitgleich – das kann ich nicht mehr 100%ig erinnern – in der Presse.

Zur Frage der FDP nach der Datenverfügbarkeit: Wenn wir Daten schnell zugänglich machen wollen, müssen wir letztendlich weiterhin auf digitale Methoden setzen und versuchen, die Dinge so schnell wie möglich auf Dashboards verfügbar zu machen, damit sie zur Auswertung bereitstehen. Das ist im Robert Koch-Institut unsere erklärte Politik. Wir haben das an vielen Stellen bereits getan und werden das an weiteren Stellen tun. Zum einen können damit die Daten in unserer Aufbereitung schnell eingesehen werden. Zum anderen stehen die Daten dahinter in validierter Form zur Verfügung, sodass man eigene Analysen durchführen kann. Wissenschaftler und Datenredakteure der großen Zeitungen haben das auch gemacht.

Die Frage der FREIEN WÄHLER habe ich aus meiner Sicht schon beantwortet. Der Begriff „Massenstudien“ ist mir in diesem Sinne nicht geläufig. Selbstverständlich gibt es eine Fülle an einzelnen Studien, und in jeder einzelnen Studie ist man bemüht, eine statistisch auswertbare Stichprobe zu haben. Dann gibt es noch sogenannte Metaanalysen, im Zuge dessen die Studien zusammen analysiert werden. Diese Studien liegen ebenfalls vor. Dafür gibt es bestimmte Ausschlusskriterien; man will zum Beispiel bei den Einzelstudien eine bestimmte Qualität, was nicht jede Studie schafft. In der Summe kommen bei diesen Metaanalysen aber sehr große Fallzahlen zusammen, und man kann sich diese Massenstudien im Internet anschauen.

Ich möchte noch einmal darauf hinweisen, dass wir die Impfstoffwirksamkeit mit der Screeningmethode zwar mit Unschärfen, aber mit sehr großen Fallzahlen aus dem Meldesystem über die ganze Zeit der Impfkampagne hinweg verfolgt haben. Die Daten und die Methodik sind inzwischen auch publiziert. – Vielen Dank.

Vors. Abg. Josef Winkler: Vielen Dank, Herr Professor Schaade. – Damit ist die erste Runde unserer heutigen Anhörung beendet. Ich darf mich bei denjenigen, die vorgetragen haben und ausführlich auf unsere Fragen eingegangen sind, für Ihre Beiträge herzlich bedanken. Ich danke Ihnen auch, dass Sie sich für diese Anhörung Zeit genommen haben. Sie können jetzt natürlich dabei bleiben, aber wir haben auch Verständnis dafür, wenn Sie andere Dinge zu tun haben; so etwas kommt im Leben schon einmal vor.

(Die Sachverständigen verabschieden sich.)

Wir kommen nun zur nächsten und damit zur abschließenden Runde. Herr Schlenz vom Sekretariat, der neben mir sitzt, hat mir mitgeteilt, dass die anderen Sachverständigen inzwischen zugeschaltet sind. Bitte schalten Sie alle Ihre Kamera ein.

Ich sehe jetzt Herrn Universitätsprofessor Dr. Klaus Lieb, Wissenschaftlicher Geschäftsführer des Leibniz-Instituts für Resilienzforschung und Direktor der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Universitätsmedizin Mainz. Ihre Stellungnahme liegt dem Ausschuss mit Vorlage 18/5990 vor.

Des Weiteren sehe Herrn Dr. Markus Mai, Präsident der Landespflegekammer Rheinland-Pfalz. Guten Tag, Herr Kollege. Ihre Stellungnahme liegt uns mit Vorlage 18/5974 vor.

Außerdem ist uns Herr Dr. Günther Matheis, Präsident der Landesärztekammer Rheinland-Pfalz zugeschaltet.

Ich heiße Sie alle herzlich willkommen.

Diese Anhörung hat gestern begonnen – ich weiß nicht, ob Sie sie mitverfolgt haben –, und wir hatten die Sachverständigen um Statements von etwa 10 Minuten gebeten. Im Anschluss findet eine Frageunde durch die sechs Fraktionen statt. Danach haben Sie etwa 10 Minuten Zeit, um auf die Fragen zu antworten. Die heutige Sitzung ist ein reines Anhörverfahren. Eine Auswertung, Bewertung und Diskussion Ihrer Statements und Antworten findet in der Folgesitzung des Ausschusses statt.

Wir steigen jetzt in die Anhörung ein, und ich gebe das Wort Herrn Professor Dr. Lieb.

Universitäts-Professor Dr. Klaus Lieb

Wissenschaftlicher Geschäftsführer des Leibniz-Instituts für Resilienzforschung, Direktor der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Universitätsmedizin Mainz

Univ.-Prof. Dr. Klaus Lieb: Vielen Dank. – Sehr geehrter Herr Vorsitzender Winkler, sehr geehrte Abgeordnete! Ich möchte meine Stellungnahme, die Sie bekommen haben, in den nächsten Minuten noch einmal kurz zusammenfassen. Dabei werde ich auf das Thema „Psychische Gesundheit sowie stationäre und ambulante psychiatrische Versorgung“ und insbesondere auf die Fragen 4 bis 9 des Fragenkatalogs eingehen.

Zum Datenmanagement und zur Datenverfügbarkeit: Neben dem Infektionssurveillance, also der Überwachung der Infektionszahlen, konnte kein ausreichendes bzw. kein Monitoring der Versorgung stattfinden, weil die entsprechende Datenverfügbarkeit noch nicht gegeben ist. Wir empfehlen deshalb den Aufbau einer regional aufgebauten Versorgungssurveillance, um insbesondere zu erfassen, welche Möglichkeiten der stationären und ambulanten Versorgung in den verschiedenen Bereichen sowie in der Psychiatrie und bei der Psychotherapie zur Verfügung stehen.

Dabei gilt es, die Informationen aus dem Netzwerk Universitätsmedizin einzubeziehen. Sie haben vielleicht gehört, dass die Universitätskliniken ein Netzwerk gebildet haben, das vom Bund gefördert wird und in dem eine pandemische Preparedness, also eine Vorbereitung auf künftige Pandemien, erfolgen soll. Wir empfehlen, das zu unterstützen und die entsprechenden Maßnahmen in Rheinland-Pfalz zu implementieren.

Zur Abwägung zwischen Infektionsschutz, planbaren Eingriffen und therapeutischen Maßnahmen sowie den Belastungen in der Pflege und dem Umgang mit behinderten Menschen: Wir konnten anhand unserer Daten bei den stationären und teilstationären Angeboten bzw. deren Inanspruchnahme einen Rückgang in der ersten Welle um etwa 50 % und in der zweiten Welle um 30 % feststellen. Das hatte verschiedene Ursachen, die man noch einmal diskutieren könnte.

Die Kliniken und auch wir in der Unimedizin haben darauf mit telemedizinischen Angeboten reagiert. Gleichwohl gibt es einige Möglichkeiten, um in Zukunft anders zu reagieren und darüber hinaus Möglichkeiten zu schaffen, damit die Kliniken auf solche Situationen vorbereitet sind. Diesbezügliche Vorschläge einer pandemischen Preparedness, also einer Vorbereitung durch Maßnahmen, sind eine flexible Ambulantisierung, indem stationäre und ambulante Leistungen leicht ineinander überführt werden können, neue Abrechnungsmodelle oder die Einführung eines Regionalbudgets, indem ein Gesamtbudget zum Beispiel für die psychiatrische Versorgung zur Verfügung steht, um bei solchen Situationen sehr schnell reagieren zu können. Außerdem empfehlen wir, die entsprechenden Forschungsbemühungen zu unterstützen.

Herr Dr. Mai wird sicher noch auf die Auswirkungen bei den Pflegeeinrichtungen und auf die Pflege eingehen. Deswegen fasse ich mich dazu sehr kurz.

Wir haben hinsichtlich der verschiedenen belasteten Gruppen in den Krankenhäusern und vor allem des Pflegepersonals sehr intensiv wissenschaftlich gearbeitet.

In den Pflegeeinrichtungen lässt sich durch die strikten Einschränkungsmaßnahmen eine Verschlechterung des psychischen Wohlergehens feststellen, das abgewogen werden muss. Die Angehörigen waren ebenfalls sehr belastet.

In den Krankenhäusern konnten wir zwar keine allgemein gestaltete psychische Belastung des Pflegepersonals erkennen, aber es gab Belastungen, die zu einem erhöhten Absentismus, also einer nicht zur Verfügung stehenden Arbeitskraft geführt haben. Insbesondere die Pflegekräfte, die sehr nah an den Patienten waren, hatten Gedanken, den Arbeitsplatz zu ändern oder sich krankzumelden. Das sind Faktoren, die gerade in solchen Situationen sehr problematisch sind, weil Pflegekräfte dann nicht in einem ausreichenden Maß zur Verfügung stehen.

Wir haben jetzt mit der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften unter meiner Leitung die S3-Leitlinie „Psychische Gesundheit von Gesundheitspersonal in anhaltenden Krisenlagen“ entwickelt. Dabei geht es darum, wie darauf vorbereitet werden kann, dass diese Arbeitskräfte erhalten bleiben und deren psychische Gesundheit stabilisiert wird. Im Hinblick auf die Krankenhaussituation und die Pflegeeinrichtungen empfehlen wir die Implementierung solcher Leitlinien sowie ein Monitoring der psychischen Gesundheit des Gesundheitspersonals.

Zum Umgang mit Post-COVID: Wir beschäftigen uns intensiv mit der Evidenzbasierung und empfehlen die Einrichtung von hochspezialisierten Post-COVID-Ambulanzen mit gestuften Angeboten. In Rheinland-Pfalz wurden solche Ambulanzen zum Teil auch etabliert. Aufgrund der komplexen Differenzialdiagnostik ist es wichtig, diese Angebote, wie gesagt, gestuft zu gestalten und die spezialisierten Ambulanzen den am stärksten Betroffenen zukommen zu lassen.

Aus meiner Sicht waren die Handlungen in der Pandemie so evidenzbasiert, wie das bestmöglich ging. In solchen Akutsituationen gibt es jedoch immer den Konflikt, dass die Evidenz nicht sofort zur Verfügung steht. Deswegen empfehlen wir dringend, ebenso wie die WHO, die Pandemic Preparedness zu unterstützen.

Es geht darum, dafür zu sorgen, dass man auf eine mit großer Wahrscheinlichkeit kommende Pandemie vorbereitet ist. Dafür empfehlen wir den Aufbau verschiedener Strukturen; ich habe sie am Ende meiner Stellungnahme zusammengefasst. Das sind eine kontinuierliche Aufarbeitung des Wissens, das wir jetzt haben, damit es schnell zur Verfügung stehen kann, ein Monitoring nicht nur des Infektionsgeschehens, sondern auch der Belastungssituationen, die Implementierung von Leitlinien und insbesondere auch unserer Leitlinie „Psychische Gesundheit in anhaltenden Krisensituationen“ sowie die Verbesserung der Versorgung.

Des Weiteren gilt es, auf Desinformationen vorbereitet zu sein, denn wir hatten eine massive Problematik mit Desinformationen, die bewusst gestreut wurden. Hier bedarf es auf jeden Fall mehr Vorbereitung, damit die Evidenzbasierung und eben nicht eine Desinformation das Entscheidende ist, das uns in einer Pandemie leitet.

Vielen Dank.

Dr. Markus Mai

Präsident der Landespflegekammer Rheinland-Pfalz, Mainz

Dr. Markus Mai: Sehr geehrter Herr Vorsitzender Winkler, sehr geehrte Damen und Herren! Hinterher ist man immer schlauer! – Aus diesem Grund begrüßen wir auch ganz besonders, dass sich der Gesundheitsausschuss des Landtags mit der Perspektive der Bewältigung der Corona-Pandemie umfassend auseinandersetzt.

Die Landespflegekammer hat im Rahmen der Corona-Pandemie ein sehr umfassendes Angebot für die Mitglieder und für die Gesellschaft vorgehalten, das wir nach dem Motto: „Hinterher ist man immer schlauer!“ im Corona-Modus agil gemanagt haben. Zeitweise haben wir die Dinge von Tag zu Tag an die Informationen, die vorgelegen haben, angepasst. Dadurch haben wir ein gutes Portfolio an Unterstützung vorgehalten.

Ich möchte an dieser Stelle den Pflegefachpersonen außerordentlich danken. Denn die vielen Kolleginnen und Kollegen haben durch ihren unermüdlichen Einsatz maßgeblich dazu beigetragen, dass unser Gesundheits- und Pflegesystem obgleich der enormen Belastungen einigermaßen stabil geblieben ist.

Wir haben in der Pandemie unterschiedliche Problemlagen gesehen, und wir sehen diese Problemlagen nach der Pandemie immer noch.

Herr Professor Lieb hat gerade etwas zu den Belastungen gesagt. Wir haben während der Pandemie Mitgliederbefragungen durchgeführt, und es gab Indizien für psychische Belastungen. Die dementsprechenden Belastungsfaktoren haben sich dann auf die Arbeitsfähigkeit ausgewirkt.

Insgesamt hätten wir strukturelle Verbesserungen benötigt. Das betrifft unter anderem die personelle Ausstattung und die Arbeitsbedingungen. Insbesondere die Corona-Arbeitsschutzverordnung hat zu Auswirkungen geführt, dass wir teilweise in einem erheblichen Maß zusätzliche Schichten schieben mussten. Aus unserer Perspektive wurde die Arbeitszeit dadurch entscheidend ausgedehnt. Letztendlich war das in dieser Situation vielleicht geboten. Gleichwohl war das im Endeffekt eine Ursache dafür, dass der eine oder andere aufgrund der hohen Belastungen auch im Nachhinein noch einiges auf seinen Schultern zu tragen hat.

Unsere Stellungnahme beinhaltet einige wesentliche Aspekte und Empfehlungen. Darauf möchte ich kurz eingehen.

Wir haben gesehen, wie systemrelevant unser Beruf ist. Das wurde uns auch von allen möglichen Ebenen oft bescheinigt. Weil das in der Tat so ist, sind wir froh, dass man das explizit erkannt hat.

Wir haben aber auch gesehen, dass wir zu Beginn der Pandemie nicht strukturell und systematisch in das Pandemiemanagement oder, wie beim Hochwasser im Ahrtal, in das Katastrophenmanagement einbezogen waren. Während der Pandemie und während der Katastrophe haben wir jedoch festgestellt, wie wichtig es ist, sich in den Krisenstäben auf der kommunalen Ebene sowie auf der Landes-

und Bundesebene einzubringen, vielleicht auch einmal zu streiten und sich am Schluss auf eine gute Lösung zu einigen. Deshalb wäre eine dringende Empfehlung, bei der gesetzlichen Lage darauf zu achten, dass beim Auftreten einer Katastrophe oder Krise Pflegefachpersonen letztendlich gerne auch über die Pflegekammer in den Krisenstäben vertreten sind, wenn das geboten ist.

Des Weiteren müssen wir uns mehr austauschen. Das heißt, wir müssen uns nicht nur im Kontext der Berufsgruppen, sondern auch berufsgruppenübergreifend im Kontext der Unternehmen und im Kontext der Politik austauschen. In diesem Zusammenhang empfehlen wir die Entwicklung struktureller Verbesserungen und Strategien, um die nächste Krise noch besser managen zu können. Diese Krise war eine, ich sage das jetzt einfach einmal so, tolle Gelegenheit, um Erfahrungen zu sammeln. Ich denke, dass wir zuvor sehr verwöhnt waren, und wir sollten die gewonnenen Erfahrungen nutzen, um in Zukunft entsprechend aufgestellt bzw. vorbereitet zu sein. Man kann natürlich nicht alles durchplanen, aber man kann Strukturen schaffen, die relativ schnell ins Laufen kommen, um eine Katastrophe oder Krise noch wesentlich besser managen zu können.

Außerdem haben wir festgestellt, dass es an allem gefehlt hat. Das hat die Mitarbeitenden sehr belastet. Es gab nicht ausreichend Schutzausrüstung, und zum Teil waren nicht ausreichend Medikamente vorhanden. Wir empfehlen dringend, sich bei diesen Kernprodukten von anderen unabhängig zu machen. Vielleicht muss man für solche Produkte auch entsprechende Lager aufbauen. Auf jeden Fall muss man sich, wie gesagt, gut überlegen, wie man sich unabhängig macht. Wie gelingt es, dass wir zum Beispiel für die nächsten 30 Tage einen Bestand haben, der es uns ermöglicht, eine gute Versorgung durchzuführen? Denn es darf auf keinen Fall mehr sein, dass es an Masken mangelt. In den Einrichtungen hat man teilweise sogar Stoff- bzw. Alltagsmasken übergezogen, weil einfach nichts mehr da war.

Ein weiterer wesentlicher Aspekt sind für uns die Spätfolgen von Corona. In unserem Berufsstand gibt es einige Betroffene, was Post-COVID bzw. die Spätfolgen von Corona angeht. Wir wünschen uns hier eine gute Versorgungsinfrastruktur, damit diese Menschen nicht alleingelassen werden. Diese Situation wird mit Sicherheit noch sehr lange andauern, und dafür müssen wir einfach die entsprechenden Mittel zur Verfügung stellen.

Ich habe hier noch einmal stehen: „Hinterher ist man immer schlauer!!!“ Wir haben jetzt, wie gesagt, die Gelegenheit, anhand dieser schlimmen Situation zu lernen. Diese Gelegenheit müssen wir nutzen, um beim nächsten Mal einfach noch besser zu sein.

Vielen Dank.

Dr. Günther Matheis

Präsident der Landesärztekammer Rheinland-Pfalz, Mainz

Dr. Günther Matheis: Einen guten Morgen in die Runde! Die Landesärztekammer hatte in der Pandemie eher eine koordinierende Funktion, die wir von Anfang an wahrgenommen haben. An dieser Stelle muss hervorgehoben werden, dass die Zusammenarbeit der einzelnen Player unterschiedlicher Provenienz – seien es die KV, die Krankenhausgesellschaft, die Apotheken oder wer auch immer – in Rheinland-Pfalz gut geklappt hat. Obgleich der Herausforderungen, denen wir gegenüberstanden, haben wir es in Rheinland-Pfalz geschafft, uns praktisch jeden Tag per Video über den neuesten Stand in Kenntnis zu setzen und Maßnahmen zusammen zu koordinieren.

Am Anfang hat leider jeder versucht, sich in irgendeiner Form selbst zu protegieren, und wir haben in der Presse nicht den besten Eindruck hinterlassen. Allerdings haben wir uns dann zusammengefunden und beschlossen, dass Verlautbarungen, die nach außen gehen, nur gemeinsam, aber mit verschiedenen Logos verfasst werden. Das ist auch gelungen.

Wir hatten tatsächlich ein wenig Vorbildcharakter. In anderen Ländern gab es bei der Zusammenarbeit wesentliche Unterschiede; das weiß ich aus der Bundesärztekammer, und auch die Mitpräsidentinnen und Mitpräsidenten haben mir das immer wieder bestätigt. Dort wurde lange nicht so gut zusammengearbeitet wie in Rheinland-Pfalz. Das ist mir an dieser Stelle sehr wichtig zu betonen, weil wir aufgrund dieses Umstands eine Vertrauensbasis geschaffen haben, die über die Pandemie hinaus Bestand hat. Wir können uns auch jetzt nach drei Jahren noch sehr gut aufeinander verlassen. Das möchte ich, wie gesagt, hervorheben, weil das in diesem Kontext von großer Bedeutung ist.

Was uns herausgefordert hat, war die Situation auf den Intensivstationen. Darauf möchte ich jetzt den Fokus richten. Wir haben sehr früh erlebt, dass wir auf den Intensivstationen mit Dingen konfrontiert waren, die wir zwar am Rande kannten, aber in diesem Ausmaß zu gewissen Zeiten nicht bewältigen konnten. Die Bundesärztekammer hat deshalb eine Orientierungshilfe zur Allokation medizinischer Ressourcen im Falle eines Kapazitätsmangels erstellt. Dazu haben wir uns relativ zügig entschlossen, weil es in der Diskussion völlig unterschiedliche Auffassungen darüber gab, wie bei einem Kapazitätsmangel zu verfahren ist.

Nach Überzeugung der Bundesärztekammer handeln Ärztinnen und Ärzte immer rechtmäßig, wenn sie in einer Situation existenzieller Knappheit unter sorgfältiger Berücksichtigung der Berufsordnung und des aktuellen Stands der medizinischen Erkenntnisse einzelfallbezogene Entscheidungen über die Allokation intensivmedizinischer Ressourcen treffen. Hier möchte ich besonders hervorheben, dass wir natürlich auch in der Lage sein müssen, eine sogenannte Ex-Post-Triage zu vollziehen. Gott sei Dank ist das in diesem Zusammenhang eigentlich überhaupt nicht passiert. Im Gegenteil; wir waren sogar in der Lage, Patientinnen und Patienten aus dem Ausland zu übernehmen, und haben beispielsweise Menschen aus Frankreich versorgt.

Die Ex-Post-Triage wird vom derzeitigen Bundesgesundheitsminister völlig anders gesehen. Der Bundesgesundheitsminister hat uns mit auf den Weg gegeben, dass das überhaupt nicht gehe. Das ist wahrscheinlich dem Umstand geschuldet, dass er dieses reale Erleben einfach nicht nachvollziehen

kann. Wir geben die Entscheidung dann also gegebenenfalls einfach an die Notaufnahme zurück, was letztlich auch nichts anderes als eine Ex-Post-Triage ist.

Des Weiteren ist hervorzuheben, dass wir die Pandemie im Hinterkopf haben müssen, wenn wir über eine Strukturreform bei den Krankenhäusern reden. Im Klartext heißt das, dass wir eine gewisse Reserve brauchen, die uns in die Lage versetzt, bestimmte Handlungsrahmen bedienen zu können. Ich plädiere jetzt nicht dafür, dass jedes Krankenhaus in Rheinland-Pfalz auf dem derzeitigen Stand bleiben muss. Allerdings müssen wir auch darüber sprechen, dass wir insbesondere in der Intensivmedizin entsprechende Kapazitäten benötigen, obgleich sie unter Umständen nicht in Anspruch genommen werden. Denn sofern diese Kapazitäten nicht vorhanden sind, kann uns das in eine völlig deletäre Situation bringen. Das sind meine Ausführungen zur Krankenhausplanung.

Abschließend möchte ich feststellen, dass die Landesärztekammer und die Kassenärztliche Vereinigung Rheinland-Pfalz relativ früh in einem Brief an das Gesundheitsministerium darauf hingewiesen haben, dass wir es für richtig und gut hielten, wenn wir – Herr Dr. Mai hat es bereits angedeutet – eine Ausrüstung bzw. solche die Dinge, die damals nicht vorhanden waren, irgendwo lagern würden. Früher wurde das auch gemacht, und die Pandemie hat gezeigt, dass diese Reservelager dringend notwendig sind, um gerüstet zu sein. Das wird jetzt aber in Angriff genommen, und ich denke, dass wir da auf einem guten Weg sind.

Das sind meine Hauptpunkte, die ich Ihnen darstellen wollte.

Ich bedanke mich für Ihre Aufmerksamkeit.

Vors. Abg. Josef Winkler: Herzlichen Dank, Herr Dr. Matheis.

Mir liegen jetzt Wortmeldungen von Herrn Dr. Kusch, Herrn Teuber, Frau Anklam-Trapp, Herrn Wätschenbach, Herrn Dr. Gensch, Herrn Dr. Bollinger, Herrn Wink und Herrn Schwab vor. Für die Fraktion der Grünen werde ich Fragen stellen. Herr Dr. Kusch, bitte.

Abg. Dr. Oliver Kusch: Vielen Dank, Herr Vorsitzender. – Herr Professor Lieb, Herr Dr. Mai und Herr Dr. Matheis, ich danke Ihnen für Ihre umfänglichen und guten Ausführungen.

Herr Professor Lieb, Sie haben die Regionalbudgets erwähnt. Könnten Sie darauf eingehen, warum Sie denken, dass sich Regionalbudgets in einer pandemischen Situation positiv auswirken könnten? Dann habe ich noch eine Frage zum Verständnis. Sie haben die S3-Leitlinie erwähnt. Bezieht sich Ihre Leitlinie zur psychischen Gesundheit während einer pandemischen Situation auf die Gesamtbevölkerung, oder haben Sie dabei einzelne Bevölkerungsgruppen betrachtet?

Herr Dr. Mai, meine Fragen an Sie knüpfen daran an. Findet die von Herrn Professor Lieb erwähnte S3-Leitlinie in der Pflege Eingang, und wird auf die psychische Gesundheit der Pflegenden geachtet? Hat die Kammer diesbezüglich bereits etwas in die Wege geleitet bzw. findet eine Anwendung im Pflegebereich bereits statt?

Herr Dr. Matheis, Sie haben die gute Kommunikation untereinander erwähnt. Sie haben aber auch dargelegt, dass die Kommunikation nach außen primär nicht so günstig gewesen sei. Für wie wichtig halten Sie diese Kommunikation nach außen, und wie ist Ihre Einschätzung, wie wichtig es in der Pandemie war, mit der Bevölkerung zu kommunizieren?

Sie haben dargelegt, dass ein Materiallager aufgebaut werde. Ich denke, dass wir alle aus der damaligen Situation gelernt haben, dass wir ein solches Materiallager auf jeden Fall brauchen. Die Beschäftigten in den Krankenhäusern und in der Pflege, aber auch die Feuerwehren und Polizisten bzw. alle, die während einer Pandemie etwas machen, müssen direkt und gleich versorgt werden können. – Vielen Dank.

Abg. Sven Teuber: Dem Dank meines Vorredners an Sie alle schließe ich mich gerne an. Ich habe jetzt Fragen an Herrn Professor Lieb.

Sehr geehrter Herr Professor Lieb, Sie sprachen davon, dass Sie mit hoher Sicherheit von einer erneut auftretenden Pandemie ausgehen. Welche Ursachen lassen Sie zu dieser Annahme kommen? Welche Maßnahmen zur Vorbereitung darauf halten Sie für am dringendsten? Wie beurteilen Sie die Resilienz unserer Gesellschaft dahin gehend? Wie sind gerade die vulnerablen Gruppen, auf die in unserer gestrigen Anhörung unter anderem Frau Maur den Fokus gerichtet hat, darauf vorbereitet? – Danke schön.

Abg. Kathrin Anklam-Trapp: Ich schließe mich dem Dank an die Anzuhörenden ausdrücklich an. Meine Fragen richten sich an Herrn Dr. Mai.

Sie haben die Notwendigkeit untermauert, im ambulanten und im stationären Dienst Pflegefachpersonen in einer ausreichenden Anzahl bereitzustellen. Dazu möchte ich die besondere Bedeutung der Pflegekammer nachfragen. Konnte das, was in Rheinland-Pfalz mit 2.000 zusätzlichen Pflegefachpersonen möglich war, auch in anderen Ländern organisiert werden? – Vielen Dank.

Abg. Michael Wäschenbach: Ich möchte den Anzuhörenden für Ihre Ausführungen ebenfalls danken. Meine Fragen richten sich an Herrn Dr. Mai.

Die Pflegekräfte wurden als systemrelevant bezeichnet. Nach meiner Empfindung ist dieses Wort aber mehr oder weniger zu einem beleidigenden Wort geworden, weil die Pflegefachkräfte dieses Wort sehr genau vom Handeln trennen. Das heißt, die Politik und die Gesellschaft würden zwar sagen, dass die Pflege systemrelevant sei, aber ein Handeln folge eben nicht.

Die Politik muss sich auch den Vorwurf gefallen lassen, dass es im Sinne der Anerkennung des Berufsstandes kontraproduktiv war, damals Applaus vom Balkon zu zeigen und die berühmten Lavendelsträucher abzustellen. Hat diese aus meiner Sicht unangemessene Wertschätzung gegenüber dem Berufsstand der Pflege nachhaltig negative Wirkungen?

Erschrocken habe ich mich über eine Zahl in Ihren schriftlichen Ausführungen. Ihrer letzten Umfrage nach Corona zufolge gaben 50 % an, aus dem Pflegeberuf aussteigen zu wollen. Haben Sie Indizien dafür, dass das etwas mit den Langzeitwirkungen der Überlastung zu tun hat, oder ist es das allgemeine Tagesgeschäft, das zu dieser hohen Ausstiegsquote führt? – Danke schön.

Abg. Dr. Christoph Gensch: Ich richte ebenfalls einen Dank in die Runde. Meine Fragen richten sich an Herrn Professor Lieb und an Herrn Dr. Matheis.

Herr Professor Lieb, Sie haben uns dankenswerterweise eine ausführliche schriftliche Stellungnahme mit vielen konkreten Empfehlungen zukommen lassen. Diese Empfehlungen sind ein Arbeitsauftrag an uns, sich mit der Thematik auseinanderzusetzen.

Sie sind neben Ihren zahlreichen sonstigen Funktionen noch Resilienzforscher. Diesbezüglich habe ich die Frage an Sie, was das Ausmaß des Anstiegs der psychischen Erkrankungen in der Bevölkerung und insbesondere bei den Jugendlichen während der Pandemie über die Resilienz unserer Gesellschaft aussagt.

Herr Dr. Matheis, Sie haben uns die Probleme hinsichtlich der Intensivkapazitäten und der Intensivstationen sehr gut und klar dargelegt. Wir hatten in Rheinland-Pfalz im Krankenhausbereich koordinierende Zentren, die für gewisse Versorgungsregionen zuständig waren. Wie bewerten Sie dieses System? Hat das aus Ihrer Sicht funktioniert, und ging Ihnen die Steuerungsfunktion weit genug?

Wir haben in der gestrigen Anhörung vernommen, dass es in Bayern eine weitergehende Steuerungsfunktion gab. Dort hatten einzelne zuständige Personen ein komplettes Zugriffs- und Durchgriffsrecht auf die Krankenhäuser inklusive einer Verschiebung von Personal- und Bettenkapazitäten sowie von

Beatmungsgeräten. Würden Sie sich so etwas für die Zukunft wünschen, oder halten Sie das System während der letzten Pandemie für ausreichend?

Sie hatten angesprochen, dass es in Rheinland-Pfalz ein Materiallager geben werde. Ich begrüße die Einrichtung eines solchen Materiallagers. Ist es unter den Gesichtspunkten von Kosten und Material sinnvoll, ein roulierendes System zu etablieren, indem man die Verbrauchsmaterialien vor deren Ablauf in gewissen Abständen an die Institutionen gibt? Werden zu diesem Thema Gespräche geführt, oder gibt es bereits ein System mit den Landesärztekammern, mit der KV und mit dem ambulanten und stationären Bereich, wie das genau ablaufen soll? – Vielen Dank.

Vors. Abg. Josef Winkler: Herr Dr. Mai, mir geht es um das Thema, das unter anderem Frau Anklam-Trapp und Herr Wäschenbach angesprochen haben. Wie wirkt sich die Situation auf die Motivation der Beschäftigten im Pflegebereich aus, im Job zu bleiben? Konnten Sie dazu bereits Erkenntnisse gewinnen? Bietet die Pflegekammer vielleicht sogar selbst Supervisionen an, oder gibt sie Empfehlungen an die Einrichtungen vor Ort, die diesbezüglich möglicherweise einen erhöhten Bedarf feststellen?

Inzwischen wissen wir alle, was eine Pandemie ist, und dass damit schon immer zu rechnen war. In der Krankenpflege wurde man auf eine solche Situation aber vor fünf Jahren nicht vorbereitet und vor 20 Jahren, als ich meine Ausbildung gemacht habe, schon gar nicht. Ich weiß nicht, wie es im Medizinstudium war, aber in meiner Ausbildung kam das vielleicht einmal anekdotisch im Fach „Medizin-historie“ zur Sprache; das war kein naheliegendes Ereignis, auf dessen Bewältigung man trainiert wurde. Jetzt ist das auch nur von anekdotischer Relevanz, denn möglicherweise wurde das in allen anderen Krankenpflegeschulen unterrichtet, und ich konnte davon nichts feststellen.

Natürlich hat es zu dieser Überforderung beigetragen, die teilweise festgestellt wurde, dass keine Vorbereitung auf eine solche Situation erfolgt ist. Zum Erwerb von Resilienz gehört, auf Dinge mental und rein praktisch vorbereitet zu sein. Das hat offensichtlich gefehlt. Können Sie das bestätigen?

Herr Dr. Matheis, in der öffentlichen Debatte war zu Beginn der Pandemie und gerade nach den Bildern aus Bergamo das Thema der Intensivbetten dominierend. Darüber hinaus kannte das Intensivregister vorher niemand, der nicht direkt vom Fach war. Wir hatten hier in der öffentlichen Debatte und im Rahmen der Anhörung die Meinungsäußerung eines Sachverständigen, wonach – wenn ich es richtig verstanden habe – eine Überlastungssituation schon rein statistisch gar nicht wahrscheinlich erschienen wäre, geschweige denn, dass sie durch Corona tatsächlich eingetreten sei. In der Presse habe ich das auch vereinzelt gelesen. Wie ist Ihre Einschätzung dazu als ein mit der Sache praktisch vertrauter Sachverständiger?

Abg. Dr. Jan Bollinger: Ich danke den sachkundigen Experten für Ihre Ausführungen. Meine Fragen richten sich an Herrn Professor Lieb.

Herr Professor Lieb, Sie sprechen in Ihrer Stellungnahme von einer erhöhten nicht COVID assoziierten Mortalität bei Bewohnern von Pflegeeinrichtungen durch die entsprechenden Maßnahmen. Könnten Sie das näher erläutern? Ich verweise hier auch auf die Warnungen des Ethikrats aus dem Februar

2021, wonach Auswirkungen auf die Bewohner von Pflegeeinrichtungen insbesondere Depressionen, Demenz und der Verlust des Lebenswillens seien.

Des Weiteren legen Sie in Ihrer Stellungnahme dar, dass es an spezialisierten Post-COVID-Ambulanzen fehle, die ein interdisziplinäres Angebot vorhielten. Meinen Sie das in quantitativer Hinsicht, indem es einfach zu wenige Anlaufstellen gibt, oder auch in qualitativer Hinsicht dahin gehend, dass das Angebot innerhalb der Post-COVID-Ambulanzen ausgeweitet werden müsste?

Von wie vielen Post-COVID- und Post-Vac-Fällen gehen Sie in Rheinland-Pfalz aus, und wie bewerten Sie das derzeitige Hilfsangebot für Menschen mit Impfschäden bzw. mit mutmaßlichen Impfschäden im Hinblick auf eine Schutzimpfung gegen COVID? – Danke sehr.

Abg. Steven Wink: Guten Morgen! Ich danke den Experten für Ihre Vorträge. Meine Frage hinsichtlich der Belastung des Systems geht in dieselbe Richtung wie die des Herrn Vorsitzenden Winkler. Wir haben gehört, dass das Gesundheitssystem niemals überlastet gewesen sei. Dazu hätte ich gerne Ihre Meinung.

Des Weiteren hatten wir die Aussage eines Sachverständigen, dass die Impfeempfehlungen falsch gewesen seien. Könnten Sie darlegen, was dazu aus Ihrer Sicht bzw. Ihrem Bericht herauszuhören ist? – Danke.

Abg. Helge Schwab: Sehr geehrter Herr Professor Lieb, sehr geehrter Herr Dr. Mai, sehr geehrter Herr Dr. Matheis, herzlichen Dank für Ihre aufschlussreichen Vorträge. Ich habe eine Nachfrage, die sich an Herrn Dr. Matheis richtet. Sehen Sie für Rheinland-Pfalz einen Optimierungsbedarf beim Umgang mit Post-COVID- bzw. Post-Vac-Patienten? Wenn ja, welche Vorschläge hätten Sie diesbezüglich für uns? – Danke schön.

Vors. Abg. Josef Winkler: Wir kommen jetzt zur Beantwortung der Fragen. Herr Professor Lieb, bitte schön.

Univ.-Prof. Dr. Klaus Lieb: Vielen Dank, Herr Winkler. – Ich danke den Abgeordneten für Ihre Fragen. Da es einige Überschneidungen gab, werde ich versuchen, die Fragen gemeinsam zu beantworten.

Zur S3-Leitlinie: Diese Leitlinie hat die höchste Evidenzstufe; in S3 werden die Evidenzen aus wissenschaftlichen Untersuchungen zusammengefasst.

Herr Dr. Kusch, Sie fragten, ob diese Leitlinie die Gesamtbevölkerung oder bestimmte Gruppen betreffe. Die Leitlinie ist für das Gesundheitspersonal. Damit ist sie zum Beispiel für Herrn Dr. Mai als Vorsitzenden der Landespflegekammer interessant. Es geht also um die Pflegekräfte und nicht um die Gesamtbevölkerung.

An der Entwicklung solcher Leitlinien werden die einschlägigen Berufsgruppen beteiligt. Darauf habe ich bei dieser Leitlinie, die ich koordiniert habe, besonders geachtet. In diesem Fall war zum Beispiel

auch die Deutsche Gesellschaft für Pflegewissenschaft beteiligt. Bei den Empfehlungen sind also die entsprechenden Dinge eingeflossen.

Herr Teuber, die Einschätzung hinsichtlich der nächsten Pandemie basiert auf der Beobachtung der Weltsituation durch die WHO. Des Weiteren gehen die Kolleginnen und Kollegen, die ich in meinen Netzwerken zur pandemischen Vorbereitung habe und damit viele Virologen stark davon aus, dass die neue Vogelgrippe oder die Affenpocken Hinweise für die Möglichkeit einer Wiederholung solcher weltweiten Pandemien sind. Deswegen halten es ich und andere für extrem wichtig, dass wir uns auf eine künftige Pandemie vorbereiten und entsprechende Maßnahmen ergreifen.

Welche Maßnahmen zur Vorbereitung wären am dringendsten? Wichtig wäre, dass Sie die einschlägigen Netzwerke unterstützen. Ich persönlich sehe auch einen Bedarf an Strukturen, um sehr schnell eine wissenschaftliche Evidenz herzustellen. Das heißt, anstatt Einzelmeinungen müsste man sehr schnell ein gebündeltes Wissen zu Evidenzlagen wie Infektiosität oder den Ausbreitungswegen von neuen Viren, die aufgetreten sind, zur Verfügung haben.

Des Weiteren halte ich eine Vorbereitung durch eine Abwägung der Maßnahmen für sehr wichtig. In Bezug auf die Schulschließungen war im Nachhinein klar zu erkennen, dass die sehr starken Schulschließungen zu deutlichen Belastungen bei den Kindern und Jugendlichen geführt haben und es die Infektiosität des Virus nicht notwendig gemacht hat, die Schulen in einem so massiven Umfang zu schließen. So etwas ist aber eine typische Sache, die man durch die Aufarbeitung der Kenntnisse, die man in einer solchen Pandemie gewinnt, nachträglich analysieren kann. Wir sind jetzt dabei, Konzepte für eine mögliche nächste Pandemie vorzubereiten, damit bei solchen Abwägungsentscheidungen besser gehandelt werden kann.

Herr Teuber und Herr Dr. Gensch, Sie erkundigten sich nach der generellen Resilienz der Gesellschaft. Dazu muss ich grundsätzlich sagen, dass Resilienz, also die Aufrechterhaltung psychischer Gesundheit in Krisensituationen, die normale Reaktion der Menschen ist. Die normale Reaktion ist also nicht, dass alle massiv psychisch belastet sind und davon nie wieder wegkommen. Etwa 70 % bis 80 % bzw. 85 % der Menschen können mit solchen schwierigen Situationen umgehen. Die Resilienz ist daher sehr hoch und auch in Deutschland in der Gesellschaft ausgeprägt. Wir verfügen über die besten weltweiten Daten zu Verläufen der psychischen Gesundheit in Nachkrisensituationen und können daher bestätigen, dass 85 % der Menschen ihre psychische Gesundheit aufrechterhalten können oder sehr schnell wieder zurückgewinnen.

Wichtig sind jedoch die vulnerablen Gruppen. Dazu zählen sicher Kinder und Jugendliche, aber auch Menschen mit körperlichen oder psychischen Erkrankungen. Diese Personen muss man in den Blick nehmen. Hier ist ganz klar die Empfehlung, den Fokus stärker auf diese Gruppen zu richten. Das heißt, es bedarf keiner Vorsorgemaßnahmen oder eines Monitorings der psychischen Gesundheit für die gesamte Bevölkerung, sondern es bedarf Angebote speziell für vulnerable Gruppen.

Herr Dr. Kusch, Sie fragten nach den Versorgungsstrukturen mit einem Regionalbudget. Ich glaube, darüber hatten wir kürzlich schon einmal in einem kleinen Kreis diskutiert. Die Sektorisierung der Versorgungssysteme in der Psychiatrie führt dazu, dass man ein Budget für die stationäre und die ambulante Versorgung sowie für die Weiterversorgung hat. Dadurch ist es schwierig, flexibel zu sein.

In einer Situation, in der Betten vorgehalten werden müssen oder die elektiven Patienten nicht kommen, weil sie aufgrund des Infektionsgeschehens Sorge haben, mit einer psychischen Erkrankung in die Klinik zu gehen, lässt sich nicht so leicht zwischen ambulant und stationär switchen. Ein Regional- oder auch ein Klinikbudget, das fix ist, wäre demgegenüber eine Möglichkeit, die Bedarfe flexibel anzupassen. Es gibt Kliniken, die das machen, und das sollte weiter ausgebaut werden.

Herr Dr. Bollinger, Sie hatten nach der nicht COVID assoziierten Mortalität gefragt. Die Situation in den Pflegeheimen war damals richtig, weil – das muss man noch einmal wiederholen – das Virus bei älteren Patienten ganz klar zu einer hohen Mortalität geführt hat. Durch die Schutzmaßnahmen in den Pflegeeinrichtungen konnte die Mortalität bei den alten Menschen gesenkt werden. Gleichzeitig hat man in einer Akutsituation natürlich immer sogenannte Kollateraleffekte. Das heißt, dass Menschen dadurch möglicherweise auch an anderen Erkrankungen sterben können, was eine Studie gezeigt hat. Es gibt aber auch andere Nebeneffekte, indem zum Beispiel Vorsorgeuntersuchungen bei jüngeren Menschen nicht im vollen Umfang stattfinden konnten.

Zur Frage hinsichtlich der COVID-Ambulanzen: Die Landesregierung hat hier bereits einiges getan. In verschiedenen Regionen wurden zum Beispiel Spezialambulanzen eingerichtet. Das ist eine wichtige Maßnahme.

Allerdings haben wir unklare Zahlen; das heißt, es gibt eine relativ hohe Schätzung bei den Fallzahlen. Bis zu 5 % der Bevölkerung sollen Post-COVID-Syndrome haben. Die Differenzialdiagnostik ist jedoch sehr schwierig – das würde jetzt aber zu weit führen –, und ich glaube, dass es deutlich weniger Personen sind. Dennoch brauchen wir gestufte Modelle für die Patienten mit einem Post-COVID-Syndrom, denn es ist klar gesichert, dass es dieses Syndrom gibt. Wir verstehen dieses Syndrom auch zunehmend und können es immer besser beschreiben. Es gibt aber noch keine Therapien, und wir brauchen hierzu dringend eine intensive Forschung. Das muss in hochspezialisierten Programmen zentralisiert werden.

Zur Frage nach Impfschäden: Die Anzahl der Impfschäden ist sicher viel geringer, als sie häufig beschrieben wird. Natürlich gibt es bei jeder Impfung Komplikationsraten. Das ist ganz normal; das ist bei jedem Medikament und bei jeder Impfung so.

Medikamente und Impfungen werden immer in einer Abwägung des Nutzens und der Risiken zugelassen, und man hat in dieser Impfung immer eindeutig 100%ig klare und wissenschaftlich belegte Vorteile in der Verhinderung einer COVID assoziierten Mortalität und damit der Todesfälle aufgrund von COVID gesehen. Die Erkrankung wurde zwar nicht verhindert, aber die schweren Verläufe mit Todesfällen. Es handelt sich immer um ein gesellschaftliches Abwägen. Jeder Fall, der einen Impfschaden zur Folge hat, ist schlimm, aber es wird eben eine Bewertung durchgeführt.

Eine Abschätzung der Anzahl der Impfschäden ist schwierig. Viele Menschen führen ihre Beschwerden auf eine Impfung zurück, die kurz vorher erfolgt ist, und das Post-COVID-Syndrom ist wirklich sehr schwer zu verfolgen. Daher kann ich zur Häufigkeit vom Impfschäden keine Aussage treffen. Impfreaktionen gibt es; das ist klar. Es erfolgt aber eine Abwägung gegen den Nutzen.

Dr. Markus Mai: Vielen Dank für die interessierten Nachfragen.

Herr Dr. Kusch, Sie erkundigten sich nach der S3-Leitlinie. Herr Professor Lieb hat gerade noch einmal konkretisiert, dass es um die Menschen in der Gesundheitsversorgung geht. Nach meinem Wissensstand befindet sich die Leitlinie am Ende der Erarbeitung und im Prinzip warten wir darauf, dass sie zur Verfügung steht. Wir werden dann die Mitglieder natürlich entsprechend informieren und die Leitlinie in unser Beratungsangebot integrieren, wenn es Anfragen vonseiten der Mitglieder gibt. Diese Leitlinie ist eine gute Sache, die wir sehr unterstützen.

Sie hatten auch nach den Wirkungen in die Unternehmen gefragt. Dafür sehe ich die Landespflegekammer nicht als primärer Ansprechpartner. Wir sind jedoch sehr gut in der Zusammenarbeit mit der Krankenhausgesellschaft und mit der Pflegegesellschaft in Rheinland-Pfalz. Wenn die Leitlinie vorliegt, werden wir sie den Kollegen an die Hand geben mit der Bitte, sie in ihren Mitgliedsunternehmen, die im Prinzip 95 % aller Gesundheits- und Pflegeunternehmen in Rheinland-Pfalz abdecken, zur Verfügung zu stellen.

Man kann sicher gemeinsam mit dem Land Programme überlegen, die sich aus der Leitlinie ableiten lassen. Diesbezüglich sollten auch wir uns, Herr Professor Lieb, noch einmal austauschen, inwieweit es Möglichkeiten gibt, Dinge auf den Weg zu bringen, um den Einrichtungen einen Handlungsleitfaden an die Hand zu geben. Die Leitlinie, die Sie erarbeitet haben, finde ich, wie gesagt, sehr gut, aber sie steht zumindest mir leider noch nicht zur Verfügung.

Frau Anklam-Trapp, Sie haben die Notwendigkeit eines Pools angesprochen. Man kann sagen, dass der Pool in Rheinland-Pfalz am umfangreichsten war. Es gab in den anderen Bundesländern Ansätze, solche Poollösungen zu etablieren. Das war in den Ministerien an den Referaten angebunden, und diese Poollösungen sind in der Regel mangels personeller Durchschlagskraft in den Ministerien gescheitert.

Auf der Bundesebene haben wir damals mit Unterstützung der Bundesregierung einen Bundesfreiwilligenpool aufgesetzt. Das Hauptproblem dabei war die Durchdringung in die Länder hinein.

In Rheinland-Pfalz haben wir die Möglichkeit, die Kolleginnen und Kollegen direkt anzusprechen. Wir hatten jedem Mitglied einen Brief geschrieben und darin angeboten, in einem Freiwilligenpool mitzuwirken. Diese Chance besteht, wenn man eine Kammer hat, in der die Mitglieder registriert sind. In den anderen Bundesländern gibt es das in dieser Form nicht. Dort muss man, wenn man überhaupt spielen will, über Banden spielen. Das ist teilweise erfolgt, wobei der Erfolg nach meiner Einschätzung sehr überschaubar war.

Herr Wäschenbach, Sie haben angesprochen, dass das Wort „Systemrelevanz“ und der Applaus auf dem Balkon innerhalb der Pflegeberufe als Beleidigung wahrgenommen worden sei. Meine Wahrnehmungen dazu sind unterschiedlich. Es gab Kolleginnen, die sich sehr darüber gefreut haben, weil die Bedeutung ihrer Arbeit wahrgenommen wurde. Es gab aber insbesondere im Nachhinein auch viele, die gesagt haben: Ja, mehr gibt es nicht. – Das ist dann schon in eine kritischere Phase gelaufen.

Im Nachhall und aus einem Gefühl heraus, denn wir haben keine Erhebungen oder keine Informationen dazu, würde ich sagen, dass das nicht erheblich nachwirkt. Insgesamt wird aber noch zu wenig gemacht bzw. es besteht die Wahrnehmung, dass zu wenig gemacht wird. Wir hatten jetzt eine Erhebung mit dem Allensbach Institut durchgeführt. Darin wurde abgefragt, wie die Gesellschaft die Arbeit der Pflegeberufe wertschätzt. Darauf haben ganz viele – ich glaube, es waren 80 % oder 90 % – geantwortet, dass die Wertschätzung zu wenig sei.

Das sind Einschätzungen, und die Frage ist, wie sich diese Situation verändern lässt. Wenn man den Leuten mehr Geld gibt, dann wird wahrscheinlich dennoch beim nächsten Mal dieselbe Antwort kommen. Da muss man vielleicht genauer hinschauen, woran das festgemacht wird. Das haben wir aber im Fokus, wobei man das in einem zweiten Schritt machen muss.

Die hohe Ausstiegsquote haben wir insbesondere bei Personen unter 30 Jahren identifiziert. Es gab eine Differenz zwischen den Jüngeren und den Älteren, und die Ausstiegsquote wird von den Kolleginnen und Kollegen insgesamt immer relativ hoch positioniert. In der Corona-Pandemie war das etwas, aber nicht wesentlich höher.

Wir erkennen, dass das Belastungserleben insgesamt leicht zurückgeht. Es ist allerdings noch nicht auf der Basis von 2019. Damals haben wir die erste Erhebung und im Jahr 2022, also mitten in der Corona-Pandemie, die zweite Erhebung durchgeführt. Uns stimmt jedoch besorgt, dass die Vorstellung, aus dem Beruf auszusteigen, häufiger von den Personen unter 30 Jahren als von den Älteren geäußert wird.

Man muss aber auch ganz klar dazusagen, dass die Äußerung, aus seinem Beruf auszusteigen, noch nicht automatisch dazu führt, dass uns diese Personen alle von der Stange gehen. Dahinter muss man ein dickes Ausrufezeichen setzen. Das ist eine Position, die man ernst nehmen sollte. Es wird aber hoffentlich nicht so sein, dass 50 % aller Kolleginnen und Kollegen und insbesondere die jungen Kolleginnen und Kollegen, die wir ganz dringend brauchen, aus dem Beruf aussteigen.

Herr Winkler, Sie fragten nach der Motivation, im Job zu bleiben. Ich denke, diese Frage ist beantwortet. Sofern das nicht der Fall ist, biete ich an, das in einer möglichen zweiten Runde zu konkretisieren.

Sie fragten auch nach den Angeboten der Pflegekammer hinsichtlich einer Unterstützung vor Ort. Die Pflegekammer steht jedem Mitglied als Ansprechpartner für Fragen mit einem umfassenden Beratungsangebot zur Verfügung. Im Extremfall gehen wir auch in die Einrichtungen und nehmen nicht nur mit den Pflegedienstleitungen, sondern in der Regel mit dem Geschäftsführer oder mit Vorständen Kontakt auf, wenn wir sehen, dass die pflegerische Versorgung vor Ort nicht mehr gewährleistet ist.

Wir hatten mehrere solcher Fälle, bei denen ich mit Geschäftsführern gesprochen und ihnen die Pistole auf die Brust gesetzt habe. Ich hatte ihnen gesagt, wenn die Misere nicht innerhalb von zwei oder drei Stunden abgeschafft sei, dann würden wir die Situation nicht akzeptieren und unsere Mittel nutzen, die wir als Kammer haben, um Abhilfe zu schaffen. Das hat im Prinzip immer gefruchtet. Glücklicherweise kommen solche Fälle aber nicht so oft vor. Die Situationen in diesen Fällen waren auf die Konstellation der Personalbesetzung und die Erkrankung der Menschen zurückzuführen, und auch in den Krankenhäusern waren die Patienten im Prinzip an Leib und Leben erheblich gefährdet. Das geschieht oft in Intensivsettings, und da muss man einfach hineingehen, denn so etwas kann man nicht akzeptieren.

Die Frage der Vorbereitung ist sehr wichtig, Herr Winkler. Im Moment befassen wir uns mit den Aspekten von Disaster Nursing oder Military Nursing, weil das in den entsprechenden Gesundheitseinrichtungen auf uns zukommen kann. Denn mittlerweile muss dort auch die Pflege Verletzungsmuster übernehmen oder Versorgungskonsequenzen für Verletzungen tragen, die es in Deutschland in den letzten 20, 30, 40 oder 50 Jahren in der Form nicht gegeben hat oder die sehr selten waren. Darauf müssen wir die Kolleginnen und Kollegen vorbereiten. Diesbezüglich sind wir am überlegen, ob wir diese Komponente ein Stück weit als Basiskomponente in unser Weiterbildungssystem einbauen, damit wenigstens jeder, der eine Weiterbildung macht, diese Grundelemente – insbesondere das Disaster Nursing – im Beritt hat.

Herr Wink, Sie fragten nach der Systembelastung. Ich würde sagen, dass das System teilweise überlastet war. Es gab Situationen – Herr Dr. Matheis hat es beschrieben –, wodurch wir in den Intensivstationen erhebliche Probleme hatten. Zur gleichen Zeit und insbesondere am Anfang der Pandemie hatten wir aber in den Einrichtungen eine Entlastung, weil viele der elektiven Fälle erst einmal nicht mehr gekommen sind. Da gab es also Fallzahlrückgänge.

Eine hohe und kontinuierliche Belastung bestand in den Altenhilfeeinrichtungen. Es wurde bereits dargelegt, dass es insbesondere durch die Isolierungsmaßnahmen zu einem erhöhten Betreuungsbedarf kam. Denn die Menschen mussten auch psychisch betreut werden; man musste sie im Prinzip fast an die Hand nehmen, weil die Familienangehörigen keinen Zugang mehr hatten. Bei den Kolleginnen und Kolleginnen hat das neben dem, was sie die ganze Zeit schon leisten, zu erheblichen Belastungen geführt.

Ich denke, Ihnen ist auch bewusst, dass die Herausforderungen in der ambulanten und stationären Altenhilfe erheblich sind, und ich würde hier sagen, dass es immer darauf ankommt.

Insgesamt war das System nach meiner Einschätzung glücklicherweise nicht überlastet. Dazu haben die Maßnahmen beigetragen, die wir hineingeben konnten. Das hat aber vielleicht auch dazu beigetragen – das Beispiel „Bergamo“ wurde schon genannt –, dass es an der einen oder anderen Stelle möglicherweise zu viel war. Im Endeffekt zählt aber, wie viele Leute überlebt haben. Diesbezüglich können wir sagen, dass wir – unabhängig davon, was das natürlich gekostet hat – mit einem blauen Auge davongekommen sind. Das ist aber meine ganz persönliche Einschätzung.

Im Hinblick auf die Impfungen möchte ich hervorheben, dass diese Berufsgruppe zu denjenigen gehört hat, die bei der Priorisierung ganz oben standen. Das war eine ganz wichtige Botschaft in die Berufsgruppe hinein.

Herr Wäschenbach, Sie hatten gefragt, wie man ins Handeln gekommen sei. Eine Form von Handeln ist, dass man priorisiert, und die Priorisierung war wahrscheinlich auch deshalb ein Erfolg, weil damals noch wenige Impfstoffe zur Verfügung standen. Das war ein gutes und wichtiges Signal, und wir haben sehr viele positive Rückmeldungen erhalten. – Vielen Dank.

Dr. Günther Matheis: Ich möchte zunächst auf die Frage von Herrn Dr. Kusch zur Kommunikation nach außen eingehen. Probleme gab es ganz am Anfang dergestalt, dass wir zum Teil sich überschneidende oder nicht geregelte Zuständigkeiten hatten. Dabei ging es um Sicherstellungsaufträge. Wo findet das statt? Wer stellt die Infrastruktur für die Impfzentren, usw.? Da kam es natürlich zum Beispiel zwischen den Landräten und der KV zu verschiedenen Meinungsbildern.

Das wurde aufgrund des Umstands, dass wir uns als Landesärztekammer hier schon herausgefordert sahen, relativ zügig behoben. Denn wir haben alle Player und den zuständigen Impfkoordinator Herrn Dr. Alexander Wilhelm vom Ministerium in die Landesärztekammer eingeladen und uns dann, wenn man das so sagen darf, zusammengerauft. Wir haben vereinbart, dass wir uns im geschlossenen Raum alles an den Kopf werfen können – um das einmal plakativ auszudrücken –, aber eine Meinung vertreten, wenn wir den Raum verlassen. Das hat bis zum Schluss geklappt, und dafür bin ich außerordentlich dankbar.

Herr Dr. Gensch, ich denke, dass wir die Steuerung der Intensivstationen, wie wir sie in Rheinland-Pfalz hatten, beibehalten sollten, denn das hat sehr gut funktioniert. Ich bin nicht der Auffassung, dass wir eine zentralistische Lösung wie in Bayern brauchen, um zwei oder drei Personen zu benennen, die dann die Ressourcen par ordre du mufti in irgendeiner Form verteilen. In Rheinland-Pfalz haben wir das nicht benötigt, sondern wir haben die Regionen aufgerufen und Zuständigkeiten von oben nach unten verteilt. Das hat jeder akzeptiert, und das hat funktioniert. Natürlich mussten wir zur Kenntnis nehmen, dass es zum Beispiel mit ECMO Schwerpunktbehandler gibt, weil eine Membranoxygenierung per Maschine nicht überall zur Verfügung steht. Das haben wir aber geregelt, indem wir diese Kapazitäten gemeldet haben, sodass jeder wusste, wohin er sich wenden kann. Das hat in diesem Zusammenhang geholfen.

Zur Frage nach einem Materiallager: Wir befürworten ein Materiallager außerordentlich. Ich gehe davon aus, dass unser Brief zusammen mit der KV an das Ministerium diesbezüglich schon ein wenig Schub entwickelt hat. Mit dem Ministerium hat dahin gehend kein Gespräch stattgefunden. Das muss aber auch nicht unbedingt sein, weil das mehr oder weniger als Auftrag oder als Anregung aufgefasst wurde und wir jetzt eigentlich schon den ersten Spatenstich in Andernach, wenn ich das richtig erinnere, haben. Das ist auch in Ordnung.

Herr Winkler, Sie fragten nach der Belastung der Intensivstationen und danach, wie sich hier eine bessere Regulierung herbeiführen ließe. Wir haben kein System wie IVENA in Hessen, mit dem wir die Intensivkapazitäten jeden Tag zentral abrufen können, und man kann darüber diskutieren, ob wir

so etwas brauchen. Wenn wir uns aber ehrlich machen, haben wir auch schon vor Corona immer auf die Situation in unseren Intensivstationen im Tagesbetrieb geschaut.

Aus eigener Erfahrung kann ich sagen, dass wir nicht triagiert haben. Oftmals haben wir aber priorisiert, denn es ist nichts anderes als eine Priorisierung, wenn Operationen abgesagt werden, die im Anschluss eine intensivmedizinische Behandlung erfordern, weil man kein Personal hat. Das gab es auch früher schon. Wir haben also jeden Tag den Auftrag, festzustellen, was man an dem jeweiligen Tag machen bzw. nicht machen kann. Corona hat diese Situation aber bedeutsam verschärft. Deswegen ist es auch dazu gekommen, dass geplante Elektivoperationen größeren Ausmaßes abgesagt werden mussten, um ein wenig Spielraum zu haben oder um den laufenden Betrieb mit den intensivpflichtigen Corona-Patientinnen und Corona-Patienten aufrechtzuerhalten.

Dieses Problem begleitet uns schon sehr lange, und die Intensivkapazität im Land ist unter Umständen gar nicht messbar, weil wir nicht belastbar sagen können, wie viele Intensivbetten in den einzelnen Häusern tatsächlich betrieben werden. Deren Anzahl ist sehr unterschiedlich. Wir gehen immer davon aus, dass wir auf dem Papier so und so viele Intensivkapazitäten haben. In Wirklichkeit muss man davon aber aufgrund des Fachkräftemangels ein deutliches Maß herunterrechnen.

Herr Wink, eine Überlastung des Systems haben wir Gott sei Dank nicht erlebt. Ich hatte darauf hingewiesen, dass wir in der Bundesärztekammer in Berlin ein Papier erstellt haben, bei dem es um die Allokation intensivmedizinischer Kapazitäten ging. Mir ist wichtig, an dieser Stelle zu betonen, dass wir für die Ärztinnen und Ärzte einer Intensivstation Rechtssicherheit brauchen, die die Entscheidung treffen, jemanden zu behandeln, zu intubieren, zu beatmen oder auch nicht, oder eine Therapie zu modifizieren oder auslaufen zu lassen. Das muss seitens der Politik gewährleistet sein, weil die Ärzteschaft sonst immer ein Stück weit mit einem Fuß in einem justiziablen Verfahren steht. Für das ärztliche Handeln ist so etwas unerträglich. Deshalb brauchen wir hier Rechtssicherheit. Das ist auch noch einmal ein Appell an die Runde.

Herr Wink, das Thema „Impfempfehlung“ ist schwierig. Ich denke, es gibt auch Berufenere als mich, die das darstellen könnten oder vielleicht auch schon dargestellt haben. Wir haben uns an die Vorgaben des RKI gehalten, und ich denke, dass wir damit nicht schlecht gefahren sind.

Zum Umgang mit Post-COVID: Wir haben im Land fünf Post-COVID-Ambulanzen. Mit zunehmendem zeitlichen Abstand wird es aber wahrscheinlich immer schwieriger, Post-COVID-Patienten und Post-Vac-Probleme auseinanderzuhalten. Der Zulauf zu diesen Sprechstunden nimmt derzeit auch etwas ab; womit das zusammenhängt, kann ich nicht sagen. Ich weiß das deswegen, weil wir uns im Ministerium regelmäßig treffen und austauschen. Deshalb haben wir auch einen gewissen Überblick über den Sachstand. Ich denke, dass wir hier auf einem ganz guten Weg sind.

Letztlich muss man auch feststellen, dass das Land für die Post-COVID-Ambulanzen Mittel bereitgestellt hat. Allerdings bin ich schlussendlich nicht davon überzeugt, dass es alle Patienten, die in den Post-COVID-Ambulanzen aufschlagen, mit Post-COVID zu tun haben. Es kann auch etwas anderes sein, weil diese Symptomenkomplexe jede chronische Erkrankung postviral in irgendeiner Form erfassen können.

Auf jeden Fall muss – das haben wir auch dargestellt – alles andere ausgeschlossen sein, bevor jemand in eine Post-COVID-Ambulanz kommt. Das heißt, der Hausarzt muss die entsprechenden Dinge hinterlegt und untersucht haben, und es muss fachärztlich – zum Beispiel pneumologisch, kardiologisch oder neurologisch – dargestellt sein, um was es geht. Erst dann kommt die Post-COVID-Ambulanz. Vorher macht das keinen Sinn, denn sonst wären diese Einrichtungen überlaufen. – Herzlichen Dank.

Vors. Abg. Josef Winkler: Wir nähern uns im Sauseschritt dem Ende der Anhörung. Ich danke den Sachverständigen für Ihre mündlichen Beiträge und Ihre schriftlichen Stellungnahmen. Ausdrücklich danken möchte ich auch dem Sitzungsdokumentarischen Dienst, den Gebärdendolmetschern, der Schriftranskription, der Technik, der Verwaltung, der Pressestelle, der Hausleitung, die sich darum gekümmert hat, dass der Plenarsaal zur Verfügung stand, und Herrn Schlenz.

Das Thema „Corona“ stand bereits viele Male auf der Tagesordnung des Gesundheitsausschusses, es wurde diskutiert, und die Landesregierung hat den Ausschuss kontinuierlich unterrichtet. Darüber hinaus war das die dritte Anhörung des Gesundheitsausschusses zum diesem Thema, wobei wir eine solche in der Form noch nicht hatten. Insofern denke ich, dass wir erreicht haben, was wir mit der Beschlussfassung im Gesundheitsausschuss erreichen wollten, und wir haben sicherlich die eine oder andere neue Erkenntnis gewonnen.

(Die Sachverständigen verabschieden sich.)

Das Protokoll zu dieser Sitzung wird schneller als normal gefertigt, weil wir festgelegt hatten, dass die Auswertung der Anhörung am 12. Juli 2024 stattfinden soll. Gestern hat sich jedoch die eine oder andere politische Sache ereignet, die ich in diesem Kreis nicht näher darlegen muss. Das könnte dazu führen, dass wir am Freitag, den 12. Juli 2024 – das ist ein Reserveplenarsitzungstag –, eine Terminkollision haben. Der Ältestenrat wird am 2. Juli 2024 eine entsprechende Festlegung treffen.

Ich würde vorschlagen, dass wir zunächst dabei bleiben, was wir festgelegt haben, denn vielleicht kommt es anders, als ich es gerade formuliert habe. Das heißt, dass wir am Freitag, den 12. Juli 2024 um 10:00 Uhr, die Auswertung der Anhörung per Videokonferenz unter dem Vorbehalt vornehmen, dass an diesem Tag keine Plenarsitzung stattfindet.

Die nächste reguläre Sitzung des Ausschusses ist am Freitag, den 6. September 2024. Das ist unmittelbar nach dem Ende der Sommerpause. In dieser Sitzung könnten wir um 10:00 Uhr die Auswertung der Anhörung per Videokonferenz vornehmen.

Hilfsweise können wir vereinbaren, dass sich die Obleute des Ausschusses bei Eintreten des gerade geschilderten Ernstfalls auf einen Alternativtermin für die Auswertung der Anhörung verständigen.

Ich würde, wie gesagt, vorschlagen, Freitag, den 12. Juli 2024, als Termin für die Auswertung der Anhörung zu beschließen. Der 6. September 2024 ist, wie ich es im Raum vernommen habe, nicht der beliebteste Termin, weil sich dann bereits einige Anträge angestaut haben, die auch behandelt werden

wollen. Ich würde Ihnen auch vorschlagen, dass sich die Obleute für den Fall der Fälle auf einen Alternativtermin verständigen.

Gibt es dazu Wortmeldungen? – Damit können wir über den Vorschlag abstimmen. Gibt es jemanden, der gegen diese Terminierung und die Verständigung der Obleute auf einen Alternativtermin, falls am 12. Juli 2024 eine Plenarsitzung stattfindet, stimmt? – Das ist nicht der Fall. Gibt es Enthaltungen? – Das ist auch nicht der Fall. Dann ist das so beschlossen und für das Protokoll festgehalten.

Ich darf mich bei den Kolleginnen und Kollegen herzlich bedanken; alle regulären Mitglieder des Ausschusses waren an beiden Tagen anwesend. Außerdem darf ich den Vertretern der Landesregierung für die Anwesenheit danken. Damit schließe ich die Sitzung und wünsche Ihnen noch einen schönen Tag und ein schönes Wochenende.

Der Ausschuss beschließt einvernehmlich, die Auswertung des Anhörverfahrens am Freitag, dem 12. Juli 2024, 10.00 Uhr, durchzuführen – vorbehaltlich, dass an diesem Tag keine Plenarsitzung stattfindet –, andernfalls besteht Einvernehmen, den Termin für die Auswertung des Anhörverfahrens durch die Obleute der Fraktionen im Ausschuss per Umlaufbeschluss festzulegen.

Der Tagesordnungspunkt wird vertagt.

gez. Claudia Berkhan
Protokollführerin

Anlage

Anlage

An der Videokonferenz teilnehmende Abgeordnete

Anklam-Trapp, Kathrin	SPD
Kusch, Dr. Oliver	SPD
Rommelfanger, Lothar	SPD
Spies, Christoph	SPD
Teuber, Sven	SPD
Gensch, Dr. Christoph	CDU
Wäschenbach, Michael	CDU
Welling, Torsten	CDU
Winkler, Josef	BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN
Bollinger, Dr. Jan	AfD
Wink, Steven	FDP
Schwab, Helge	FREIE WÄHLER

Für die Landesregierung

Stich, Daniel	Ministerialdirektor im Ministerium für Wissenschaft und Gesundheit
---------------	--

Landtagsverwaltung

Schlenz, Christian	Regierungsrat
Exner, Steffen	Gaststenograf
Lang, Stefanie	Gaststenografin