



N i e d e r s c h r i f t

Sozialausschuss

19. Wahlperiode - 85. Sitzung

am Montag, dem 14. Februar 2022, 10:00 Uhr,
als Videokonferenz

Anwesende Abgeordnete

Werner Kalinka (CDU)

Vorsitzender

Hans Hinrich Neve (CDU)

Katja Rathje-Hoffmann (CDU)

Andrea Tschacher (CDU)

Wolfgang Baasch (SPD)

Bernd Heinemann (SPD)

Birte Pauls (SPD)

Dr. Marret Bohn (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN)

Eka von Kalben (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN)

Dennys Bornhöft (FDP)

Christian Dirschauer (SSW)

Weitere Abgeordnete

Oliver Kumbartzky (FDP)

Claus Schaffer (Zusammenschluss AfD)

Die Liste der **weiteren Anwesenden** befindet sich in der Sitzungsakte.

Tagesordnung:	Seite
1. Mündliche Anhörung zur Coronapandemie	Fehler! Textmarke nicht definiert.
hierzu: Umdruck 19/7128	
Block 1 der Anhörung	4
- Prof. Dr. Helmut Fickenscher <i>Institut für Infektionsmedizin, CAU zu Kiel, UKSH</i>	
- Prof. Dr. Philip Rosenstiel <i>Direktor am Institut für Klinische Molekularbiologie am UKSH</i>	
- Prof. Dr. Jan Rupp <i>Direktor der Klinik für Infektiologie und Mikrobiologie am UKSH (Lübeck)</i>	
- Dr. Anne Marcic <i>Leiterin des Referats Infektionsschutz, Infektions- und Krankenhaushygiene, Infektionsepidemiologie, Impfwesen im Sozialministerium</i>	
Block 2 der Anhörung	32
- Prof. Dr. med. Kamila Jauch-Chara <i>Direktorin der Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie am Zentrum für Integrative Psychiatrie am UKSH</i>	
- Prof. Dr. Klaus Rabe <i>Ärztlicher Direktor und Medizinischer Geschäftsführer der LungenClinic Großhansdorf GmbH</i>	
Block 3 der Anhörung	47
- Frank Roselieb <i>Geschäftsführender Direktor des Instituts für Krisenforschung - Krisennavigator</i>	
- Prof. Dr. Kerstin von der Decken <i>Geschäftsführende Direktorin des Walther-Schücking-Instituts für Internationales Recht an der CAU zu Kiel</i>	
- Uta Fölster <i>ehem. Präsidentin des Schleswig-Holsteinischen Oberlandesgerichts</i>	
- Prof. Dr. Stefan Kooths <i>Direktor des Forschungszentrums Konjunktur und Wachstum am Institut für Weltwirtschaft in Kiel</i>	
2. Verschiedenes	74

Der Vorsitzende, Abg. Kalinka, eröffnet die Sitzung um 10 Uhr und stellt die Beschlussfähigkeit des Ausschusses fest. Die Tagesordnung wird in der vorstehenden Fassung gebilligt.

1. Mündliche Anhörung zur Coronapandemie

hierzu: [Umdruck 19/7128](#)

Vorsitzender: Meine Damen und Herren, dieses Mal findet die Sitzung des Sozialausschusses als Expertenanhörung per Videokonferenz zur Coronalage statt. Ich darf meiner Freude Ausdruck verleihen, dass uns alle Experten, die die Landesregierung beraten, zugesagt haben. Ihnen ein herzliches Willkommen. Selbstverständlich begrüßen wir auch die Presse und alle, die uns zuhören.

Diese Anhörung geht auf die Initiativen der Fraktionen von CDU, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und FDP zurück, aber die anderen Fraktionen waren selbstverständlich auch dafür, eine solche Anhörung durchzuführen. Schließlich befinden wir uns momentan an einem sehr interessanten Zeitpunkt.

Wir haben vorgesehen, dass die Experten jeweils fünf bis sieben Minuten lang ihre Position darlegen und dabei die mehr als 60 Fragen aus dem Kreis des Sozialausschusses einbeziehen, die Frau Schönfelder dankenswerterweise nach thematischen Schwerpunkten geordnet hat.

Meine Eingangsfrage lautet: Wann und wo kann es aus jetziger Sicht möglich sein, Lockerungen vorzunehmen?

Block 1 der Anhörung

- Prof. Dr. Helmut Fickenscher
Institut für Infektionsmedizin, CAU zu Kiel, UKSH
- Prof. Dr. Philip Rosenstiel
Direktor am Institut für Klinische Molekularbiologie am UKSH
- Prof. Dr. Jan Rupp
Direktor der Klinik für Infektiologie und Mikrobiologie am UKSH (Lübeck)
- Dr. Anne Marcic
Leiterin des Referats Infektionsschutz, Infektions- und Krankenhaushygiene, Infektionsepidemiologie, Impfwesen im Sozialministerium

Für unseren ersten Schwerpunkt darf ich Herrn Prof. Dr. Fickenscher vom Institut für Infektionsmedizin am UKSH, Herrn Prof. Dr. Rosenstiel, Direktor am Institut für Klinische Molekularbiologie am UKSH, Herrn Prof. Dr. Jan Rupp, Direktor der Klinik für Infektiologie und Mikrobiologie am UKSH in Lübeck, und Frau Dr. Anne Marcic, die Leiterin des Referats Infektionsschutz, Infektions- und Krankenhaushygiene, Infektionsepidemiologie, Impfwesen des Sozialministeriums, die uns aus einer Reihe von Sitzungen zu diesem Thema als fachkundig bekannt ist, herzlich willkommen heißen.

Ich schlage vor, dass wir ihre Eingangsstatements in der genannten Reihenfolge hören. Die Wortmeldungen der Kolleginnen und Kollegen erfolgen danach per Mitteilung an uns oder per Handzeichen. Wir hoffen, dass das gut funktionieren wird.

Ich darf, damit dies jedem bewusst ist, noch anfügen: Es wird ein Wortprotokoll erstellt.

Herr Professor Fickenscher, Sie haben das Wort.

Prof. Dr. Helmut Fickenscher, Institut für Infektionsmedizin, CAU zu Kiel, UKSH: Im Rahmen der Pandemie sind wir in Schleswig-Holstein sicherlich in einer besonderen Situation. Über lange Zeit konnte das Ausmaß der Betroffenheit in unserem Bundesland eng begrenzt werden. Erstmals hat dann die Omikron-Welle im Bundesvergleich zu sehr hohen Inzidenzen geführt, die aber jetzt im Vergleich zu den anderen Bundesländern zum Glück wieder deutlich rückläufig sind, auch wenn wir insgesamt wenige Aussagen darüber treffen können, wie sich die Dunkelziffer in der Bevölkerung darstellt. Wir sind also endlich wieder das Bundesland mit der im Bundesvergleich niedrigsten Inzidenz.

Allerdings merken wir auch: Die Inzidenzen machen es nicht mehr aus. Ob sie etwas höher oder etwas niedriger sind, ist mittlerweile wenig relevant. Relevant könnte aber sein, dass in den Ländern, in denen alle Maßnahmen komplett beseitigt werden, wesentlich höhere Inzidenzen bestehen werden und dadurch ein wesentlich höherer Druck beispielsweise auf die Verfügbarkeit von Personal in allen Bereichen des öffentlichen Lebens und auch auf die Wirtschaft festzustellen sein wird.

Auf jeden Fall muss in diesem Jahr eine massive Rückkehr zur Normalität erfolgen. Ein wesentlicher Faktor ist dabei der Sommer. Dieser beginnt manchmal schon im April. Ich kann

mich zwar an einzelne heiße Apriltage in Schleswig-Holstein erinnern; aber momentan besteht bundesweit die große Überzeugung, dass jetzt, da die ersten Vögelchen singen und die ersten Blümchen im Garten zu sehen sind, der Sommer schon da sei. Das ist eine leicht verzerrte Wahrnehmung. Im Rahmen der höheren Temperatur, ungefähr ab Ostern, trolt sich zwar auch die Grippe, wenn sie es denn geschafft hatte, sich zu verbreiten, was aktuell wegen der Maßnahmen zum Glück nicht auch noch der Fall war; vorher wäre es allerdings zumindest gefährlich, komplett auf Maßnahmen zu verzichten, weil dann ein wesentlich höherer Druck in der Bevölkerung entstehen würde.

Die Maßnahmen haben sich bisher recht gut bewährt, aber es ist wichtig, sie ständig zu hinterfragen. Eine wichtige Frage lautet, welche Einschränkungen im Einzelhandel notwendig sind. Den Einzelhandel den Supermärkten anzugleichen, war ein ganz wesentlicher Schritt, der schon viel verändert hat. So muss auch bei jedem weiteren Aspekt genau überlegt werden, was die Vor- und Nachteile sind. Ziel ist es aber, weitestgehend zusätzliche, komplizierte, aufwendige Prozeduren, unter anderem auch das exzessive Testen, zu vermeiden. Dieses ist zwar mittlerweile etwas sehr Gewohntes, aber auf längere Sicht nicht zielführend. Ein wesentlicher Schritt wäre, das Testen nur bei vorhandener Symptomatik durchzuführen, so wie man dies in der Medizin in fast allen Zusammenhängen schon seit Ewigkeiten macht.

Die verschiedenen Aspekte im Hinblick darauf, wo Änderungen notwendig sind, ergeben sich aus den jeweiligen Maßnahmen. Ein zu großer Optimismus wäre aus meiner Sicht aktuell problematisch. Immerhin haben wir in Schleswig-Holstein den Vorteil einer offenbar recht hohen Impfquote, die im Vergleich zu den anderen Bundesländern im höchsten Bereich liegt. Selbstverständlich wäre eine weitere Steigerung der Impfquote äußerst sinnvoll, aber insoweit ist man mittlerweile sicherlich an Grenzen gestoßen. Immerhin sind jetzt 63 % der Bevölkerung schon zum dritten Mal geimpft. Das halte ich im Vergleich zu vielen anderen Bundesländern für eine äußerst positive Nachricht.

Ihre Fragenliste ist extrem lang. In einem Statement kann man daher unterschiedliche Aspekte nur kurz anreißen. - Damit übergebe ich an die Kolleginnen und Kollegen.

Prof. Dr. Philip Rosenstiel, Direktor am Institut für Klinische Molekularbiologie am UKSH: Ich kann mich der sehr fundierten und balancierten Einschätzung der Infektionslage durch Helmut Fickenscher nur anschließen. Wie er halte ich das Aufheben von Maßnahmen in vielerlei Hinsicht nicht nur für möglich, sondern auch für geboten. Ich verweise ebenfalls

darauf, dass der meteorologische und auch der immunologische Sommer nicht im Februar beginnen, auch wenn schon einige Blumen zu sehen sind. Dennoch werden wir einen Perspektivplan erarbeiten müssen, um die Maßnahmen, die vormals geboten waren, jetzt, da sie nicht mehr geboten sind, aufzuheben. Dies geht auf eine gute Impfquote im Land und auf die Tatsache zurück, dass wir im Verhältnis zu den anderen Wellen dieses Mal am Anfang betroffen waren und bei uns die Welle schon abebbt. Tatsächlich bedingen dann auch irgendwann der meteorologische Sommer und das Nach-draußen-Kommen die verminderte Übertragbarkeit, also sozusagen die Saisonalität des Virus, mit.

Bei den Maßnahmen, die getroffen werden müssen, und bei diesem Plan zum Aufheben der Maßnahmen, wie auch immer dieser dann ausgestaltet wird, müssen meiner Ansicht nach einige wenige Punkte Auge behalten werden.

Zunächst muss man bei diesem Plan den Druck auf das Gesundheitssystem im Auge haben. Wir haben gesehen, dass bei der derzeitigen Variante tatsächlich sehr hohe Inzidenzen zu ertragen sind. Dennoch schieben wir natürlich eine gewisse Welle vor uns her; denn obwohl die Intensivstationen nicht überlastet wurden, wurden Operationen und wesentliche medizinische Maßnahmen verschoben. Das wird zusätzlich zu diesem Druck beitragen. Darüber werden Sie nachher mit Herrn Rabe sicherlich weiter diskutieren.

Weiterhin muss der Schutz der vulnerablen Gruppen aufrecht erhalten werden. Das ist ganz klar. Dazu wird Frau Marcic sicherlich noch etwas sagen. Wir müssen in Einrichtungen wie Krankenhäusern und Altersheimen, wo eben vulnerable Menschen zu finden sind, weiterhin für Sicherheit sorgen.

Dazu ein eher persönliches Wort. Das Ganze geschieht vor einer unglaublichen Spaltung der Gesellschaft, die Ihnen allen genauso bewusst ist wie mir. Das bewegt sich in unterschiedlich lauten Gruppen in einem Spektrum zwischen „No COVID!“ und „No COVID is existing!“ Dabei wird die Vulnerabilität einzelner Gruppen unterschiedlich definiert.

Wir müssen insbesondere die Kinder im Blick behalten. Die Kinder sind wirklich ein emotionales Brennglas in dieser Pandemie. Sie haben mit ihrer Vorsicht und dadurch, dass sie viele Maßnahmen mitgetragen haben, in außerordentlich hohem Maße dazu beigetragen, dass zum Beispiel Ältere nicht mit einem hohen Infektionsrisiko überzogen worden sind. Aber wir dürfen nicht außer Acht lassen, dass Kinder selbst eine besonders vulnerable Gruppe sind, und dies,

anders als wir es manchmal in der Presse lesen, nicht, weil bei ihnen ein besonders schwerer Covid-Verlauf zu beobachten ist, sondern weil ihre normale gesundheitliche Entwicklung durch die Pandemiemaßnahmen beeinträchtigt wird. Wir sehen eine Rate von Depressionen, wir sehen eine Rate körperlicher Inaktivität, mit allen Krankheiten, die damit zusammenhängen. Das müssen wir immer mit betrachten. Insofern gilt es, mit Augenmaß zu öffnen und auch nicht außer Acht zu lassen, dass es auch covid-vulnerable Kinder gibt. Jeder Tod ist eine Katastrophe, ganz gleich in welchem Alter. Aber hier steht insbesondere eine andere Bedrohung dahinter, die mir in der Presse etwas zu wenig betont wird.

Als jemand, der auch am Testen beteiligt ist, betone auch ich: Das exzessive Testen darf kein Selbstzweck sein. Jetzt müssen wir ein Ausstiegsszenario entwickeln. Wir sind alle auf Schutzmaßnahmen konditioniert. Ich glaube, das müssen wir auch sagen. Wir sind alle Pawlowsche Hunde und müssen schauen, in welcher Reihenfolge und in welchen Schritten wir jetzt Maßnahmen mit Augenmaß aufheben. Dazu gehört sicherlich das Testen. Dessen Zweck kann es nicht sein, jede Infektion zu erkennen, sondern der Zweck kann nur darin bestehen, medizinisch-symptomatische Infektionen zu erkennen, wie es letztlich in jeder anderen medizinischen Situation auch geschieht, um vulnerable Gruppen zu schützen. Das muss im Vordergrund stehen.

Auch ich habe die sehr zahlreichen Fragen nur angerissen, aber ich freue mich, später auf Nachfragen - beispielsweise zum Impfen oder zum Testen - einzugehen.

Vorsitzender: Herr Professor Rosenstiel, herzlichen Dank für diese klaren Aussagen.

Prof. Dr. Jan Rupp, Direktor der Klinik für Infektiologie und Mikrobiologie am UKSH (Lübeck): Stellen Sie sich bitte einmal vor, jetzt bestünde die Situation, wie sie jetzt ist, wir würden aber Wuhan und die letzten zwei Jahre nicht kennen, und erstmalig machte im Jahr 2022 ein Virus in der Bevölkerung eher milde Symptome, sodass es glücklicherweise auch nicht zu vielen Krankenhausbelegungen und Belegungen der Intensivstationen käme. Wie würden wir reagieren? - Diese Bild hilft, um ein wenig Abstand von der Situation zu gewinnen, in der wir uns nun schon seit zwei Jahren befinden und in der wir immer mit Schreckensmeldungen konfrontiert waren.

Ich empfehle übrigens dazu ein Buch von Steven Taylor. Er ist Psychologe an der University of Columbia und hat ein halbes Jahr, bevor die Pandemie begann, das Buch „Psychology of

Pandemics“ geschrieben. In den ersten Wochen war es ein Ladenhüter, und dann ging es durch die Decke, weil er darin die Phasen einer solchen Pandemie, in der man sich mit Furcht, mit Angst, mit Sorge bewegt, genau beschrieben hat. - Das geht übrigens allen so, ganz gleich, ob man als Wissenschaftler nah am Geschehen ist oder vielleicht weiter weg ist, aber Sorge um seine Kinder hat.

Jetzt befinden wir uns in einer Phase, in der wir uns von allen diesen Eindrücken der letzten zwei Jahre wieder lösen müssen. Zum Glück sind mittlerweile wissenschaftlich Daten vorhanden, auf deren Grundlage wir, wie von Herrn Fickenscher und Herrn Rosenstiel angesprochen, zu einer Aufhebung von Maßnahmen kommen können. Die Gründe dafür wurden zum Teil schon genannt. Ein ganz wesentlicher Aspekt ist dabei die Belastung des Gesundheitssystems. Hierzu berichte ich aus der täglichen Praxis, von heute Morgen.

In Lübeck haben wir weiterhin eine Covidstation, auf der wir leider Patienten behandeln müssen. Noch immer sind auch Covidpatienten auf der Intensivstation, wobei sich unter ihnen auch noch an der Deltavariante Erkrankte befinden. Das bewegt sich aber insgesamt in einem niedrigen einstelligen Bereich, was bei den Inzidenzen im November oder Dezember, bei der Deltavariante, undenkbar gewesen wäre. Wir haben aber auch eine ganze Reihe von Problemen der Versorgung in komplett anderen Bereichen der Fachdisziplin, weil uns das Personal fehlt, weil für Personen, die einen COVID-Nachweis, aber ganz klassisch keine COVID-Symptome haben, ein größerer Isolierbedarf besteht. Diese Zahl ist bei uns in Lübeck größer als die der covid-klassischen Patienten. Das heißt, es besteht weiterhin eine Belastung des Gesundheitssystems, aber nicht mehr die Situation, wie wir sie in den letzten zwei Jahren zu verzeichnen hatten. Das muss man als Grundlage weiterer Entscheidungen als wesentlich ansehen.

Jetzt ist der Zeitpunkt zu überlegen, was wir tun, wenn jeder Einzelfall gar nicht mehr so wichtig ist. Warum testen wir ohne Anlass, durch die Bank, und bestätigen das Ergebnis auch noch mit einem PCR-Test? Das müssen wir wirklich hinterfragen, weil im öffentlichen Gesundheitsdienst gar nicht die Kapazitäten bestehen, dies nachzuverfolgen. - Das ist nicht der Grund, warum wir es sein lassen sollten. Der Grund dafür ist vielmehr, dass wir nicht mehr fürchten, dass die Erkrankten eins zu eins im Krankenhaus landen. Deshalb muss COVID in den Rahmen der sonstigen Infektionskrankheiten einsortiert werden: Welche Relevanz hat COVID für die Gesamtbevölkerung? Welche Relevanz hat COVID für das Krankenhaus? Das muss eine neue Einordnung erfahren.

Was das Risikoverhalten angeht, so ist es meiner Ansicht nach ganz schwierig. Bislang haben wir immer gesagt, die vulnerablen Gruppen seien die Älteren und die Immunsupprimierten. Das bleibt auch so. Dem müssen wir weiter Rechnung tragen. Das gilt aber leider auch für andere Infektionskrankheiten. Wir können jetzt allerdings nicht den Bogen hin zu Kindertagesstätte und zur Schule spannen und sagen: Weil wir aus Gründen des Schutzes für die anderen so gehandelt haben, ist das jetzt unsere neue vulnerable Gruppe. Deshalb wieder der Blick auf heute: Was ist der Stand? Wie hoch sind die Belegungen? Ja, es gibt mehr Fälle von Kindern im Krankenhaus, wir sehen aber wenig Fälle von schweren Verläufen.

Risiko und wie man selbst damit umgeht, ist etwas sehr Persönliches. Ich denke, gerade für einen Mediziner ist die Abwägung ganz wichtig, weil wir Kindern, die wegen anderen Erkrankungen im Krankenhaus sind, nicht Kapazitäten vorenthalten können. Hier muss ein neues Denken einsetzen.

Ich gehe davon aus, dass im Verlauf der Anhörung noch explizit auf die psychologischen Folgen, aber auch auf die Belastungen, die Kinder generell in den letzten zwei Jahren auf sich nehmen mussten, auf die Belastungen, die gerade die Jugendlichen und die jungen Erwachsenen für ihre Großeltern, für die Eltern getragen haben, eingegangen wird. Diese dürfen nicht zum Dauerzustand werden.

Es gibt keine medizinischen Gründe dafür, das Testen über Wochen hinweg weiter aufrecht zu erhalten. Beim Testen müssen wir anfangen und dann auch an die Maskenpflicht in den Schulen herangehen. Später können wir gern detaillierter darauf eingehen, welche Argumente dafür sprechen, und auch ganz konkrete Fragen zur Impfung behandeln.

Mein erstes Statement lautet: Wir sollten uns jetzt von den ersten zwei Jahren der Pandemie lösen, dabei die gute Grundlage wissenschaftlicher Erkenntnisse mitnehmen und eine Neu-einschätzung der Situation und auch der Maßnahmen vornehmen.

Dr. Anne Marcic, Leiterin des Referats Infektionsschutz, Infektions- und Krankenhaushygiene, Infektion des Sozialministeriums: Derzeit befinden wir uns in einer Phase der Pandemie, in der ganz klar zwischen Infektion und schwerer Erkrankung getrennt werden muss. Es geht nicht mehr darum, jede einzelne Infektion zu erfassen, nachzuverfolgen und Maßnahmen daraus abzuleiten, sondern nun gilt es, gezielt zu agieren, gezielt zu testen, um bei einer Symptomatik Therapieentscheidungen zu treffen und Maßnahmen abzuleiten.

Infektionen kommen weiterhin häufig vor. Das Virus ist vorhanden und wird auch übertragen, aber es wirkt sich nicht mehr gravierend aus, unter anderem weil die Infektionen auf eine geimpfte Population treffen. Bei dieser geimpften Population gibt es keine Überlastung des Gesundheitswesens mehr. In dieser Phase der Pandemie befinden wir uns im Übergang von der pandemischen zur endemischen Phase. Wir stehen kurz davor. Deswegen ist es jetzt richtig, Maßnahmen schrittweise zurückzunehmen. Das sollte deshalb schrittweise geschehen, um Belastungsspitzen zu vermeiden.

Man kann sagen, dass die Auswirkungen der Infektion inzwischen weniger gravierend sind als die Auswirkungen der Nebeneffekte. Die Situation der Kinder wurde schon angesprochen. Dabei geht es um Verhaltensauffälligkeiten, Übergewicht und dergleichen.

Auch der Öffentliche Gesundheitsdienst wurde bereits angesprochen. Dieser ist angesichts der hohen Infektionszahlen sehr belastet. Das ist gar keine Frage. Aber die Maßnahmen werden jetzt nicht zurückgefahren, um den ÖGD zu entlasten, sondern weil es nicht mehr erforderlich ist, sie aufrechtzuerhalten. Wir beeinflussen durch bestimmte Maßnahmen auch gar nicht mehr so sehr die Ausbreitungsdynamik. Soweit man es verantworten kann und um das Infektionsgeschehen auf einem gewissen Niveau zu halten, können also jetzt Maßnahmen zurückgenommen werden.

Des Weiteren geht es um den Schutz der vulnerablen Gruppen. Damit meine ich die Personen, die ein hohes Risiko für einen schweren Erkrankungsverlauf haben. Diese gibt es ja. In entsprechenden Einrichtungen beziehungsweise im Umgang mit diesen Personen müssen daher gezielt Schutzmaßnahmen greifen. Das sind hauptsächlich Maßnahmen der Primärprävention, also Hygienemaßnahmen. Es geht darum, die Hygienemaßnahmen zum Beispiel in Pflegeeinrichtungen dauerhaft zu etablieren und routinemäßig anzuwenden. Mit Maßnahmen des Testens kann man in diesen Einrichtungen gezielt zu einer Risikominimierung beitragen, man sollte aber kein anlassloses Testen in der Fläche mehr durchführen und jede einzelne Infektion erkennen wollen. Das ist jetzt nicht mehr sinnvoll.

Zur Betroffenheit von Schleswig-Holstein will ich noch sagen, dass wir neben Hamburg und Bremen als erstes Land von der Omikronwelle erfasst worden sind, weswegen die Infektionszahlen bei uns zunächst hochgeschneit sind. Inzwischen bewegen sie sich auf einem bestimmten Niveau beziehungsweise fallen wieder. Deswegen müssen wir diejenigen sein, die anfangen, Maßnahmen zurückzunehmen. Wenn wir das nicht machen, wer soll es dann tun?

Soweit meine einleitenden Bemerkungen. Ich stehe später insbesondere auch zur Frage der Luftfilter gern zur Verfügung.

Vorsitzender: Herzlichen Dank. Wenn ich es richtig verstanden habe, besteht in der Grundlinie Übereinstimmung.

Damit kommen wir zu einer Fragerunde. Ich schlage vor, dass zunächst alle Fragen gestellt werden und unsere Experten sie danach beantworten.

Dr. Marret Bohn: Vielen Dank an alle Expertinnen und Experten. Mit dem, was Sie uns bislang berichtet haben - das klingt nach vorsichtig guten Nachrichten -, hat sich diese Anhörung schon gelohnt.

Ich habe eine Frage, was die Kinder und Jugendlichen angeht. Es gibt viele, die sich große Sorgen machen, weil sie Kinder haben, die einer vulnerablen Gruppe angehören. Auf der anderen Seite befürchten Eltern auch Spätfolgen. Gibt es Empfehlungen von Ihrer Seite - ich habe mir notiert: „schrittweise vorgehen“ -, wie wir insoweit gezielt vorgehen könnten?

In der letzten Woche gab es Kritik an den Testungen in den Kitas. Wird die nationale Teststrategie in den nächsten Tagen bekannt gegeben werden beziehungsweise haben Sie schon Empfehlungen für uns in Schleswig-Holstein?

Abg. Birte Pauls: Ich bedanke mich auch im Namen der Kolleginnen und Kollegen der SPD-Fraktion herzlich für die Stellungnahmen und für die Möglichkeit, Ihnen heute Fragen zu stellen.

Wir wissen aus der gestrigen Sitzung des Expertenrats der Bundesregierung, dass dieser empfiehlt, die Maskenpflicht eher beizubehalten. Der Herr Ministerpräsident wird heute in der Zeitung dahingehend zitiert, dass er quasi für das Fallen der Maskenpflicht einstehe. Das steht im Widerspruch zu dem, was der Expertenrat auf Bundesebene empfiehlt, und dies gilt es aufzulösen. Wie lautet Ihre aktuelle Einschätzung für Schleswig-Holstein?

Auch erbitte ich Ihre Meinung zur Umfeldtestung in den Kitas. Die SPD hat sie von Anfang an kritisiert. Wir erleben, dass die Situation und die hohen Infektionszahlen in den Kitas mit Frust

und einer großen Verunsicherung der Eltern einhergehen. Ich finde, darauf müssen wir reagieren und müssen nachsteuern.

Wie stehen Sie des Weiteren zu den sogenannten Lolli-Tests, die in anderen Bundesländern für die Testung in den Kitas zugelassen sind?

Eben wurde gesagt, wir müssten von anlasslosen Testungen wegkommen. Bezieht sich das auch auf Veranstaltungen, bezieht sich das auch auf das Testen im Landeshaus, beispielsweise vor dem Plenum? Auch das ist ja für uns alle eine spannende Frage.

Bislang dürfen im privaten Bereich noch immer nur zehn Menschen zusammenkommen. Das steht im krassen Widerspruch zur gesellschaftlichen Öffnung, mit der wieder größere Veranstaltungen stattfinden können. Wie ist dem zu begegnen? Wie kann man hier für mehr Transparenz und auch Verständnis sorgen? Ich habe den Eindruck, dass ein großes Unverständnis über solche Widersprüche herrscht. Wenn wir alle mitnehmen wollen, dann sollten auch alle Maßnahmen gut verständlich sein und nicht im Widerspruch zueinander stehen. Als bestes Beispiel hierfür gilt das Einkaufen: Warum ist es gefährlicher, eine Hose als einen Liter Milch zu kaufen?

Abg. Christian Dirschauer: Vielen Dank, Frau Dr. Marcic, vielen Dank, meine Herren. Als Abgeordneter des SSW und Angehöriger der dänischen Minderheit richte ich meinen Blick verstärkt nach Dänemark. Dort haben wir jetzt eine weitestgehende Öffnung erleben dürfen. In diesem Zusammenhang bin ich über einige Zahlen gestolpert. Dänemark hat zwar eine hohe Impfquote - das wissen wir -, Dänemark hatte zwischenzeitlich eine sehr hohe Infektionsrate von knapp über 40 % zu verzeichnen - in Schleswig-Holstein liegen wir heute bei 9,2 % -, in Dänemark war aber die Letalitätssrate deutlich niedriger. Wie ordnen Sie das ein? Welche Rückschlüsse können wir daraus für Schleswig-Holstein ziehen?

Das Stichwort des Schutzes vulnerabler Gruppen ist gefallen. In Dänemark besteht weiterhin die Empfehlung zum Tragen eines Mund-Nase-Schutzes in Senioreneinrichtungen und in Krankenhäusern. Würden Sie diesen Weg auch für Schleswig-Holstein empfehlen?

Frau Dr. Bohn hat die Schulen angesprochen. Manche Eltern machen sich große Sorgen, andere möchten aus bestimmten Gründen, dass es zu Lockerungen kommt, und wünschen

unter anderem ein Ende der Maskenpflicht. Wie ordnen sie das ein? Wie kurzfristig könnte man die Maskenpflicht in den Schulen fallen lassen?

Abg. Hans-Hinrich Neve: Danke schön für die Vorträge, die wir eben gehört haben, und auch für das Signal, dass wir in Schleswig-Holstein Vorreiter bei den Lockerungen sein sollten. Das ist meiner Ansicht nach nur zu begrüßen. Wenn ich mir die Krankenhausbelegung bei mir in Rendsburg anschau, so sind 20 % der Corona-Patienten wegen Corona, aber 80 % mit Blinddarm und anderen Krankheiten eingeliefert worden, wobei man bei diesen dann auch Corona feststellte. Das relativiert das, was an den Krankenhäusern läuft.

Auch müssen wir für die Kitas und Schulen feststellen: Das Testen darf nicht mehr Selbstzweck sein. Wir müssen davon wegkommen, es für Dokumentationen heranzuziehen.

Wenn wir über Masken und über Isolation sprechen, dann müssen wir auch feststellen, dass unser Immunsystem in den letzten zwei Jahren erheblich gelitten hat und sich nicht mehr mit anderen Krankheiten auseinandersetzen konnte. Die Kinder kommen teilweise mit Krankheiten, die früher überhaupt keine Rolle spielten. Insofern bin ich dafür, auch über die Masken intensiver zu diskutieren, und dafür, dass sich unser Immunsystem wieder mit anderen Krankheiten auseinandersetzen kann. Aber ich möchte auch hören, was die Experten dazu sagen.

Abg. Dennys Bornhöft: Zunächst bedanke auch ich mich. Nach dem, was ich zu hören bekommen habe, bin ich ebenfalls eher positiv gestimmt. Ich wollte ähnliche Fragen wie meine Vorredner und Vorrednerinnen stellen. Ich schaue einmal, welche übriggeblieben sind. - Zwei weitere kann ich wohl stellen.

Erstens. Wenn ich es richtig verstanden habe, ist die Belastung in den Kliniken eher auf rechtliche Vorgaben laut Infektionsschutzgesetz sowie darauf, dass Personal isoliert wird, und weniger auf das gesundheitliche Risiko zurückzuführen. Was bedeutet das? Müssten sich die Kliniken perspektivisch prozessual anders aufstellen, auch was die Isolierungserfordernisse auf den Normalstationen angeht? Oder sollte man hieran nicht rütteln und weiterhin die strengen Isolationsvorschriften auf den Normalstationen und die damit einhergehende Belastung für das Personal in Kauf nehmen?

Meine zweite Frage lautet: Herr Rupp hat gesagt, Corona sollte neu klassifiziert und wie eine der vielen anderen Infektionskrankheiten kategorisiert werden. Was würde es für eine allgemeine Impfpflicht ab 18 bedeuten, wenn Corona in das bereits bestehende Regime von rechtlich klassifizierten Infektionskrankheiten aufgenommen würde?

Abg. Katja Rathje-Hoffmann: Mein Dank gilt allen vier Vortragenden, die uns viel Hoffnung gemacht haben. Die Rücknahme der Maßnahmen ersehnt wohl jeder von uns. Diese ist auch mit der jahreszeitlichen Entwicklung verbunden. Ostern oder auch der Sommer wurde als Termin genannt. Das freut mich. Wir kennen es aus dem letzten Jahr und wissen, dass die Zahlen zu diesen Zeiten erfreulich niedrig waren und wieder ein halbwegs normales Leben stattfinden konnte. In diesem Jahr scheint es genauso zu sein. Aber - das besorgt mich ein wenig - wie wird es im Herbst aussehen? In welche Situation werden wir im Herbst dieses Jahres wieder hineinlaufen? Ich hoffe doch, dass wir durch unsere Maßnahmen und durch die Impferfolge, die wir zu verzeichnen haben, nun besser gewappnet sind. Dazu erbitte ich die Einschätzung der Expertinnen und Experten.

Vorsitzender: Damit kommen wir zur ersten Antwortrunde unserer Experten. Ich schlage vor, dass wieder Herrn Fickenscher beginnt.

Prof. Dr. Helmut Fickenscher: Bei dieser Fülle von Fragen wird mir ganz schwindlig. - Die Masken halte ich weiterhin für einen ganz wesentlichen Faktor. Mit ihnen ist das Leben deutlich einfacher als ohne sie. Durch das Tragen von Masken kann man sich in vielen Zusammenhängen andere lästige Prozeduren ersparen. So kann das Abstandhalten als Kompromiss weitestgehend entfallen. Wenn weiterhin Masken getragen werden, kann man die Hörsäle an den Universitäten wieder füllen. Auch an den Schulen sehe ich Masken weiterhin, aber selbstverständlich nicht langfristig als eine wichtige Komponente,. Möglicherweise kann die Pflicht zu einem späteren Zeitpunkt dieses Jahres in eine Empfehlung übergehen. Im Zusammenhang mit den saisonalen Erkältungskrankheiten wäre es in den Schulen künftig allerdings eine gute Idee, wenn viele Leute in einer Phase von wenigen Wochen Masken trügen. Dass das etwas Positives ist, haben wir ja alle gemeinsam gelernt.

Alle Maßnahmen fallenzulassen, hielte ich derzeit für groben Unfug. Das würde die jetzt bestehenden großen Vorteile zunichte machen. Das Ziel ist letztlich dasselbe; aber ein komplettes An- und Ausschalten wäre äußerst belastend, und man könnte die Konsequenzen nicht abschätzen, für die jene, die das beschließen, letztlich verantwortlich wären. Bisher hat ja der

Mechanismus des Anpassens beziehungsweise des Korrigierens von Maßnahmen, sofern beobachtet wurde, dass bestimmte Dinge nicht sonderlich gut funktionieren, sehr gut gewirkt.

Die Isolierung wird im Krankenhaus weiterhin strikt notwendig sein, so wie bei anderen Erregern auch. Eine ähnliche Isolierung gilt im Krankenhaus auch für Patienten mit einer Virusgrippe. Auch eine Virusgrippe kann schwere und sogar tödliche Erkrankungen hervorrufen. Insofern wird sich im Krankenhaus nichts ändern. Jene Patienten, die nur mit COVID und nicht wegen einer schweren COVID-Erkrankung ins Krankenhaus kommen, verursachen trotzdem im Krankenhaus eine ganz Menge Komplikationen. Die weiteren Isolierungsmaßnahmen sind im Sinne der Betriebswirtschaft eines Krankenhauses nicht optimal. Das kostet einfach Personal und ist aufwendig. Deshalb ist die Anzahl aller in schleswig-holsteinischen Krankenhäusern behandelten infizierten Patienten weiterhin ein wichtiges Kriterium.

Nun zur weiteren Perspektive in Richtung Herbst. In Schleswig-Holstein wurden im Januar ungefähr so viele Infektionsfälle dokumentiert wie im gesamten letzten Jahr, und im gesamten letzten Jahr waren es ungefähr 10-mal so viele Fälle wie im Jahr zuvor. Diese gewaltigen Zahlen führen dazu, dass sich in einem Monat ein relevanter Prozentsatz der Bevölkerung mit diesem Virus infiziert. So wird es auch durch das ganze Jahr weiterlaufen. Der Prozentsatz wird vielleicht absinken. Aber wenn sich jetzt pro Monat 3 bis 5 % der Bevölkerung infizieren, dann sind wir bis zum Herbst damit ganz gut durch. Wir alle werden Kontakt mit diesem Virus haben, und je besser wir geimpft sind, desto höher ist die Wahrscheinlichkeit, dass wir gar nichts davon merken.

Spannend ist dies für jene Personen, die sich noch nicht dazu haben durchringen können, sich impfen zu lassen, und unter diesen erst recht für Personen mit anderen Risikofaktoren. Aber die kontinuierliche Anzahl an Infektionen, die zum Glück größtenteils irrelevant sein werden, wird uns zusammen mit einer bis dahin hoffentlich weiter gesteigerten Impfrate den Weg in den kommenden Winter deutlich vereinfachen.

Prof. Dr. Philip Rosenstiel: Vielen Dank für die zahlreichen Fragen, bei denen auch mir leicht schwindlig geworden ist. Ich versuche, die Fragen, zu denen ich meine, etwas beitragen zu können, der Reihe nach abzarbeiten. Gefragt wurde nach den Spätfolgen bei Kindern, nach Kindern als vulnerable Gruppe in einem anderen Sinn und insbesondere nach Long-COVID-Spätfolgen.

Man muss wissenschaftlich fair sagen, dass wir Spätfolgen von Omikron noch gar nicht kennen können, weil der Zeitraum für Spätfolgen noch gar nicht erreicht ist. Jeder, der das behauptet, spricht einfach nicht wissenschaftlich. Auf der anderen Seite ist es meiner Meinung nach durchaus gerechtfertigt, zu schauen, wie es bei grundlegend ähnlichen Infektionen mit anderen Varianten abgelaufen ist. Dazu gibt es sehr große und gute wissenschaftliche Studien, denen zufolge Kinder ein deutlich geringeres Risiko für Langfolgen haben als ältere Menschen. Zusammen mit dem eher milden symptomatischen Verlauf bei Kindern, die keine Vorerkrankungen haben, ist nicht davon auszugehen, dass wir eine große Anzahl von Kindern erwarten müssen, die ein Jahr nach der Infektion schwere Spätfolgen aufweisen. Ich denke, es ist fair, dass man das einmal aufzeigt.

Ich würde das Ganze etwas relativieren. Selbstverständlich sehe auch ich, dass man mit dem, was man nicht weiß, immer sehr gut eine Politik der Angstmacherei betreiben kann und dass jener, der am lautesten schreit, andere ansteckt. Aber wenn man auf die anderen Wellen blickt, kann man meiner Ansicht nach mit einem gewissen Mut in die Zukunft schauen. Die Vulnerabilität, bezogen auf COVID, und die andere Vulnerabilität, also den Einfluss von Langzeitisolation und Angst auf die kindliche Entwicklung, muss man wirklich gegeneinander abwägen.

Nun zur Schutzwirkung von Masken und der Frage, wie lange die Maskenpflicht beizubehalten ist. Auch hier gilt, dass gegeneinander abgewogen werden muss, was wie wirksam und was wie schwerwiegend ist. Die Maske, die wir wahrscheinlich alle als wenig schwerwiegend empfinden, ist auch gegen Omikron sehr wirksam. Alles andere - dass Omikron jetzt „kleiner“ geworden sei, und was sonst noch alles zu lesen ist - ist Mythos. Masken wirken auch bei Omikron sehr gut. Auch das Expertengremium der Bundesregierung hat sehr deutlich gemacht, dass die Maskenpflicht ein relativ mildes, aber gleichzeitig sehr wirksames Mittel ist, das man längerfristig beibehalten kann. In Richtung Sommer würden wir uns dennoch wohl alle freuen, wenn man sich langsam von ihr verabschieden könnte. Man muss sehen, wie sinnvoll dies erscheint und wie man das machen kann.

Nun noch zu den Lolli- und Gurgeltests. Diese halte ich zwar nicht, um es mit Helmut Fickenscher zu sagen, für groben Unfug, aber für mehr als diskussionswürdig. Denn zum einen erfordert es einen unglaublich hohen Aufwand, einzelne Infektionen zu detektieren, und zum anderen ist dies mit einer gewissen Unsicherheit beziehungsweise mit einer gewissen falschen Sicherheit verbunden.

In Österreich ist es eine wesentliche Strategie gewesen, dass jeder etwa zur Tankstelle gehen konnte, in irgendetwas hineinspuckte oder an einem Lolli lutschte, und das nicht auf eine bestimmte Gruppe, sondern auf die ganze Bevölkerung bezogen. Ich empfehle allen, sich einmal die Infektionszahlen in Wien zu Anfang des Jahres anzuschauen, als diese Strategie dort gewirkt hat. Diese sind deckungsgleich mit den Infektionszahlen anderer Länder, die diese flächendeckende Infektionsdetektion nicht angewandt hatten. Ich glaube, im jetzigen Stadium kann es nicht mehr darum gehen, die einzelne asymptomatische Infektion aufzudecken. Vielmehr gilt es, mit den Infektionen umzugehen.

Beispiel Dänemark. Warum nicht auch alles aufmachen, und das sofort? - Ich denke, es ist immer schwierig, zwei Länder direkt zu vergleichen, auch wenn sie nur eine grüne Grenze trennt. Es bestehen Unterschiede in der Altersstruktur, in der Impfquote. Man muss einfach konstatieren, dass in einem Land wie Deutschland die schrittweise Aufhebung der Maßnahmen geboten erscheint, weil wir anders in die Pandemie hineingeschliddert sind, weil wir eine andere Impfquote zu verzeichnen haben und weil hier auch eine andere Altersstruktur besteht.

Nun gehe ich noch auf Herrn Bornhöft von der FDP ein. Es ist eben schon angeklungen: Man kann die Auswirkung einer Virusinfektion, die sozusagen in das Krankenhaus hineingerät, nicht einfach durch eine rechtliche Vorgabe ändern. Wie wir alle gesagt haben, geht es vor allem um den Schutz der vulnerablen Gruppen. Das Krankenhaus ist sozusagen die vulnerable Gruppe. Wenn jemand sowohl mit COVID als auch mit einer Blinddarmentzündung neben jemandem liegt, dessen Immunsystem am Boden ist, dann ist das ein Riesenproblem, und danach muss man nach wie vor schauen. Das kann man nicht durch die Änderung von Verordnungen erreichen.

Nun noch zu den Auswirkungen auf unser Immunsystem, das zwei Jahre lang weniger trainiert worden ist, gegenüber dem, was durch die Maskenpflicht verhindert werden kann. Dies ist eine interessante Frage, die wir aber nicht wissenschaftlich fundiert beantworten können. Darüber wird sicherlich eine langfristige Diskussion geführt werden. Es gibt erste Daten, die auch angeführt werden, nach denen zum Beispiel Autoimmunerkrankungen wie Diabetes mellitus Typ 1 bei Kindern etwas häufiger auftritt. In der betreffenden Arbeit wurde die Hygienehypothese aufgestellt und gesagt, dies beruhe darauf, dass die Kinder nicht mehr mit Schmutz und Krankheitserregern in Berührung gekommen sind. Dazu muss man ganz klar sagen: Nur, weil etwas miteinander vergesellschaftet ist, besteht noch kein kausaler Zusammenhang. Das

muss man sicherlich langfristig betrachten, aber im Moment, würde ich sagen, ist es vorteilhafter, die Maskenpflicht schrittweise auszuschleichen, anstatt das Immunsystem unserer Population bald wieder zu überfluten, um Autoimmunerkrankungen ad hoc zu verhindern.

Vorhersagen für den Herbst des Jahres sind schwierig. Aber ich glaube, dass wir, wenn wir uns mit Impfungen gut aufstellen - es gibt auch neue Medikamente, aber ich spreche insbesondere von Impfungen -, wenn wir Krankenhäuser krisenfest machen und Hygienepläne gut auf- und umstellen, gut durch den Herbst kommen werden.

Prof. Dr. Jan Rupp: Ich werde nur ergänzen, weil sich sonst viele Dinge wiederholen würden.

Herr Rosenstiel hat über die Spätfolgen und darüber gesprochen, ob die neue Variante eventuell zu anderen Spätfolgen führt. Das wissen wir tatsächlich nicht, aber es hilft, sich andere Viruserkrankungen anzuschauen. Wir erfassen ja eine ganze Reihe von Atemwegserkrankungen viraler Art, ob es RSV bei kleinen Kindern oder andere virale Erkrankungen im höheren Lebensalter sind. Auch dabei hatten wir immer mit sekundären Folgen zu rechnen. Bei Erwachsenen können nach vier bis sechs Wochen beispielsweise Herz-Kreislauf-Erkrankungen auftreten. Nehmen Sie als Beispiel für Jüngere das Epstein-Barr-Virus, besser bekannt als Kissing Disease, durch das junge Erwachsene über Wochen und Monate in ihrer Leistungsfähigkeit schwerst eingeschränkt sind.

Mit dem neuen Kategorisieren des Virus für diese Altersgruppe habe ich Folgendes gemeint: Ist das Virus bei ihr, wie wir es für die älteren und vulnerablen Gruppen definiert haben, primär mit einem schweren Krankheitsverlauf und Tod assoziiert, oder ist es für sie etwas anderes, auch wenn es selbstverständlich auch für sie - ich glaube, da spricht keiner dagegen - eine Krankheitslast mit sich bringt?

SARS CoV-2 macht in verschiedenen Altersgruppen unterschiedliche Probleme. Kinderärzte berichten, dass ganz kleine Kinder, die mit SARS-CoV-2 infiziert sind, eher kruppähnliche Symptome aufweisen, wie wir sie von RSV kennen. Die Atemwege sind klein, sie sind eng. Das nehmen wir als Mediziner nicht leichtfertig hin, aber wir müssen es akzeptieren und können es in den Kontext der bekannten Virusinfektionen einordnen, da wir ja nicht sagen können, wir könnten die Infektion komplett verhindern.

Eines will ich noch einmal deutlich machen: Sowohl zu sagen, es gebe SARS-CoV-2 nicht, als auch zu sagen, man wolle es nicht haben, ist aus infektiologischer Sicht Mumpitz. Wenn viele jetzt glauben, sie könnten sich darauf verlegen, dass die SARS-CoV-2-Infektionen, etwa wenn es Sommer wird, irgendwann auch in Schleswig-Holstein abebben werden, so trifft es sie eben im Herbst. Ich denke, die Frage lautet eher, wie man damit verantwortungsvoll umgeht.

Das leitet zur Teststrategie in Kitas über. Wir wissen, dass Infektionen nicht per se ein Problem der Kitas, sondern ein Problem der Familien mit kleinen Kindern sind. Wenn also davon auszugehen ist, dass ein Kind, das in der Kita ist und positiv getestet wird, in der Regel - das sagen uns alle Daten aus den vorangegangenen Wellen - symptomatische Eltern beziehungsweise Geschwister hat, kann man sich schon fragen, warum wir jetzt die Kleinsten zwei- oder dreimal in der Woche und nicht die testen, bei denen es vielleicht gar nicht mehr so schlimm ist. Ich hätte kein Problem, meinen Kindern zweimal in der Woche ein Stäbchen in die Nase zu stecken, wenn ich ein höheres Sicherheitsbedürfnis hätte und um die Dynamik in den Kindertagesstätten abzumildern.

Damit spreche ich wieder von der Verhältnismäßigkeit: Muss denn das Testen zwei- bis dreimal in der Woche die Kleinen treffen, oder kann ich das gleiche Ziel auch dadurch erreichen, dass ich eine Gruppe - die Erwachsenen - teste, deren Tests wahrscheinlich genau die gleiche Aussage zulassen?

Ob wir das insgesamt bräuchten, ist politisch abzuschätzen. Medizinisch kann ich sagen: Auch in dieser Gruppe ist es vertretbar, dass Infektionen stattfinden. Wir können das nicht verhindern. Dies ist aber keine Kapitulation vor dem Virus, sondern das ist ein Einordnen des Virus in die bekannten Viren und beantwortet die Frage, ob dieses Virus mehr oder weniger Folgen als andere Viren hat. Alles, was wir bislang wissen, besagt, dass wir keine größere Sorge haben müssen als bei anderen Virusinfektionen, die wir bisher schon in diesem Alter feststellen.

Nun noch ganz kurz zur Maskenpflicht in Schulen. Wir haben im Herbst eine Lockerung in dem Maße gehabt, dass nach den Sommerferien eine Zeitlang keine Masken in den Schulen getragen wurden. Danach bestand politisch ein Grund, dies wieder einzuführen, weil wir gesagt haben: Das geht zu schnell; es ist unkontrolliert.

Ich denke auch, das ist eine Maßnahme, die man beibehalten kann, um ein etwas höheres Sicherheitsbedürfnis durchzusetzen. Kontaktbeschränkungen wurden angeführt. Ich denke, das ist das erste Mittel, das jetzt langsam fallen sollte, ganz gleich ob es um 10 oder 15 oder 20 Leute, geimpft oder genesen, geht, also ganz gleich, wie auch immer man dies definiert. Meiner Ansicht nach ist es nicht plausibel, das noch an einer Personenzahl festzumachen. Wenn wir das aber nicht tun, dann glauben wir doch aber nicht, dass sich die Infektionen auf die Vormittagsstunden beschränken. Die Kinder dürfen mittags zusammen Sport machen, sie dürfen gemeinsam Fußball spielen, sie dürfen sich wieder treffen. Ich will einmal plakativ fragen: Was tun wir denn, wenn wir die Pandemie nur noch morgens und damit auf einen halben Tag beschränkt - in Anführungsstrichen - „kontrollieren“?

Meiner Meinung nach sollte das Testen in den Schulen reduziert und in einem zweiten Schritt sollte die Maskenpflicht dort ganz klar und ganz bewusst zurückgenommen werden. Gerade die Gruppe der älteren Schüler hat, obwohl sie stark eingeschränkt worden ist, in den letzten zwei Jahren Verantwortung für die Gesellschaft übernommen, indem sie den Impfungen in hohem Maße offen gegenüberstand und sich zum Teil gegen Elternwünsche für das Impfen entschieden hat. Ich kenne viele Bericht darüber, dass Jugendliche für sich selbst gesagt haben, sie wollten das. Das ist ein hohes Gut, und das macht Hoffnung; denn diese Generation ist ja unsere Zukunft.

Herr Bornhöft hat die Isolierungs- und Quarantäneregeln für das Krankenhauspersonal angesprochen und gefragt, was man insoweit tun könnte. Ich halte diese Regeln für problematisch. Plakativ formuliert: Wenn wir mit diesen ganz scharfen Maßnahmen, mit empfindlichen Tests, Personen weiterhin über mehrere Tage aus der Pflege herausnehmen, gibt es bei hohen Inzidenzen wenig Leute im Krankenhaus, die noch Kranke versorgen können.

Es gab früher, bei der Grippe, auch schon ein Kontinuum von Leuten, die leichte Symptome gehabt haben und noch zur Arbeit gegangen sind. Manche haben übrigens damals schon eine Maske getragen, weil sie Angst hatten, sie hätten Influenza. Jetzt tragen alle eine FFP2-Maske. Alle sind inzwischen mehrmals in basishygienischen Maßnahmen geschult worden. Wir müssen schauen, dass wir jetzt nicht aus dem Thema des Infektionsschutzes ein Thema machen, bei dem wir Patienten im Krankenhaus, was ihre Versorgung angeht, schlechter stellen.

Diese Regeln müssen also angepasst werden. Das heißt: Symptomatisches Testen, ja; aber großzügiges asymptomatisches Testen, einfach nur zum Entdecken einer möglicherweise noch verbliebenen Resistenz des Virus im Nasen-Rachen-Raum, hilft uns in den nächsten Wochen nicht weiter. Deshalb müssen wir ganz dringend auch von den PCR-Testungen wegkommen; denn diese decken nicht das ab, was für uns momentan infektionsdynamisch wichtig ist.

Zu der Frage, was wir im Herbst machen, möchte ich jetzt gar keine Aussage treffen. Ich könnte aus medizinisch-wissenschaftlicher Sicht im Moment weder ganz klar sagen, es müsse eine Impfpflicht für alle kommen, noch bin ich mir sicher, dass eine Impfpflicht für Risikopersonen allein im Herbst ausreicht. Wir sollten daher die vorliegenden Erkenntnisse insgesamt bewerten. Ich kann mir, so wie sich die Pandemie jetzt mit Omikron entwickelt, gut vorstellen, dass wir im Herbst eher wie bei einer Gripeschutzimpfung sagen werden, es gebe vulnerable Gruppen, die definitiv eine Impfung erfahren müssten, dass wir aber vielleicht keinen Impfstoff zur Hand haben werden, der die Übertragung per se reduziert oder vielleicht nur abmildert. Möglicherweise geht es bei den Maßnahmen dann wieder eher um basishygienische Maßnahmen, um das Tragen von Masken. Das beträfe aber auch eine politische Entscheidung, hätte eine politische Dimension. Momentan hindert diese Überlegung eher, wenn es darum geht, welche Maßnahmen aktuell zurückgenommen werden können.

Ich glaube sehr wohl, dass man die Impfthematik im Mai oder Juni definitiv auf die Tagesordnung heben muss, und dies konsequenter, als es im letzten Jahr geschehen ist. Im letzten Jahr hat man meiner Ansicht nach einen großen Fehler gemacht, indem man die Impfung, obwohl sie vorhanden war, obwohl sie sicher ist, obwohl sie sozusagen ihre Effektivität gezeigt hat, nur sehr zögerlich und in Eigenverantwortung propagiert hat. Das wird wohl kein zweites Mal passieren, aber es muss auf die Agenda kommen.

Das wird jetzt vielleicht viele freuen, die gegen die generelle Impfpflicht sind, aber ich würde sagen: So viel muss Wissenschaft leisten, dass sie sagt, was der Zusatznutzen einer Impfung für alle gegenüber einer Impfung für Risikopersonen ist. Dabei besteht das Maß für mich in der Schwere der Erkrankung, in der Vermeidung von Todesfällen und in der Vermeidung von schweren Folgeerkrankungen. Diese Erkenntnisse müssen wir meiner Meinung nach im April und im Mai sorgfältig zusammentragen.

Dr. Anne Marcic: Es ist kaum noch eine Antwort offen, aber zur Maskenpflicht will ich noch sagen: Masken haben ganz klar Vorrang vor dem Testen. Als Erstes sollten wir also das Testen und danach schrittweise die Maskenpflicht abschaffen. Die Masken spielen sicherlich so lange noch eine Rolle, wie Atemwegsinfektionen vermehrt stattfinden. SARS-CoV-2 ist der Erreger, welcher in dieser Saison eine Rolle spielt. Solange das so ist, werden die Masken noch eine Bedeutung haben. Aber dann wird deren Bedeutung nachlassen, und dann kann man auch über das Abschaffen von Maskenpflichten beziehungsweise über die Reduzierung von Erfordernissen reden.

Im Krankenhaus - das ist schon gesagt worden - gibt es vulnerable Patienten, die unbedingt geschützt werden müssen. Deswegen geht es dort auch um die Aufrechterhaltung von Hygienemaßnahmen. Soweit es den Personaleinsatz angeht, muss man, je nach Versorgungslage, ermöglichen, dass das Personal weiterarbeitet. Wenn Personal nicht aus Krankheits- oder anderen Gründen herausgenommen werden muss, ist es nicht erforderlich, es herauszunehmen, nur weil es Kontakt hatte. Das Personal kann, wie Herr Rupp dies ausgeführt hat, unter Schutz arbeiten und ist dann kein Risiko für die Patienten. Das kann im Krankenhaus sehr gut gelingen; denn dort sind ja die Hygienemaßnahmen etabliert und werden auch von Fachleuten begleitet, und das Schutzniveau dort ist ja das höchste, das wir insgesamt haben. Insofern muss man auf jeden Fall schauen, dass man die vulnerablen Patienten schützt und die Maßnahmen so anwendet, dass die Versorgung insgesamt nicht gefährdet ist.

Zu den Lolli-Tests kann ich noch ergänzen, dass das RKI darauf hinweist, dass die Aussagekraft von Speicheltests fraglich ist. Insoweit ist auch ihre Anwendung fraglich. Denn warum sollte man einen Test anwenden, auf dessen Aussagekraft man sich nicht verlassen kann?

Was den Herbst angeht, so werden wir dann eine endemische Situation verzeichnen. Das Virus wird weiter da sein. Davon können wir sicherlich ausgehen. Wie sich das auswirkt, hängt ganz wesentlich von der Immunität in der Bevölkerung ab. Eines ist klar: Die Impfung senkt die Krankheitslast. Wenn viele geimpft sind, ist die Krankheitslast niedrig. Ob es dafür eine Pflicht braucht, sei dahingestellt. Schwere Verläufe betreffen hauptsächlich höhere Altersgruppen. Insofern könnte über eine Differenzierung nach Altersgruppen nachgedacht werden. Aber zentral ist das Senken der Krankheitslast durch die Impfung. Das ist ja auch das, was wir im Moment schon sehen.

Nun zu der Frage von Herrn Dirschauer bezüglich der Todesfälle. Diese haben auch etwas mit der Altersstruktur zu tun. Todesfälle treten auf, wenn Ältere betroffen sind. Das mag auch hier die Ursache sein.

Eine Frage wurde zu den Zugangsbeschränkungen - zu 2G und so weiter - gestellt. Die Zugangsbeschränkungen sind ja zum Teil schon wieder zurückgenommen worden. Stichwort Einzelhandel. Im Zusammenhang mit dem, was wir zum Testen gesagt haben, kann man davon ausgehen, dass die Zugangsbeschränkungen nach und nach zurückgenommen werden.

Abg. Bernd Heinemann: Vielen Dank für die zahlreichen Ausführungen. Ich beginne damit, dass ich kürzlich selbst viele neue Erfahrungen sammeln durfte. Seit einer Woche hat mein Impfausweis vier Einträge, also nicht nur die Einträge für zweimaliges Impfen und für den Booster, sondern auch noch den Eintrag „genesen“. Das bedeutet, dass meine Frau und ich alle Varianten kennengelernt haben und jetzt auch aus der Praxis wissen, was das bedeutet. Wir haben, da wir gut vorbereitet und bereits geimpft und geboostert waren, keinerlei Symptome gehabt. Aber wir haben die Viren gehabt, und die beiden Striche bei den Testungen haben uns dann doch mehrmals nervös gemacht, zumal wir vom Gesundheitsamt gebeten worden sind, auch noch einen wissenschaftlichen Test anzufügen.

Außer, dass wir jetzt vom Kopf her verstanden haben, dass wir Viren in uns hatten, wissen wir eigentlich sehr wenig und sind wie viele andere verwirrt von den unterschiedlichen Wahrnehmungen der Zugangsberechtigungen, über die wir bereits kurz gesprochen haben. Sie reichen von zehn Personen im privaten Haushalt bis zu 3.500 Personen bei Veranstaltungen, die in geschlossenen Räumen stattfinden. Diese Verwirrung wird noch dadurch gesteigert, dass ich, wenn ich meine Familie nicht in der Wohnung in Empfang nehme, sondern in eine Gaststätte gehe, je nachdem, wie groß die Gaststätte ist, mit 50 oder mit 100 Leuten feiern kann. Das ist alles korrekt. Ich muss zwar bestimmte Regeln einhalten, darf nicht von Tisch zu Tisch gehen, muss eine Maske tragen, wenn ich zum Buffet gehe, aber ich kann mich beispielsweise mit einem Mikrophon in der Hand mit allen Gästen wunderbar unterhalten. Alle sitzen brav an ihrem Tisch für nicht mehr als zehn Personen, sind aber trotzdem zu einer privaten Feier zusammen. Das schafft Irrungen und Wirrungen.

Diese Regeln muss man erst einmal erkunden, um sie zu begreifen. Man muss sozusagen beim Gesundheitsamt erst einmal nachfragen, was bei einer privaten Feier zulässig oder nicht zulässig ist. Dann kommt man eben auf zehn, 50 oder 100 Personen oder, wenn es sich um

eine Veranstaltung handelt, auf 3.500 Personen. Das heißt, im Moment gilt es, den richtigen Personen die richtigen Fragen zu stellen; denn je nachdem kommt man zu unterschiedlichen Ergebnissen.

Für uns Politiker ist das natürlich keine Lösung. Das ist ein Verwirrspiel für kluge Köpfe, die in der Gaststätte und nicht zu Hause feiern und die das alles auf die Reihe bekommen. Das ist keine Politik. So kann man mit den Leuten nicht umgehen. Ich als Gesundheitspolitiker werde danach gefragt und muss den Leuten sagen: Wenn ihr die und die Regeln einhaltet und wenn ihr da und da hingehet und das so und so benennt, dann könnt ihr das machen. Wenn ihr einen Empfang durchführen wollt, müsst ihr diesen als öffentlichen Empfang deklarieren. Dann könnt ihr problemlos auch 500 Personen einladen. Der Raum muss natürlich passen.

Das ist keine Lösung. Wenn wir so weitermachen, dann machen wir uns als Politik angreifbar. Deswegen bitte ich darum, dies einzugrenzen und zu klaren Aussagen zu kommen. Was bedeuten die bisherigen Ansagen der Politik, was bedeuten also diese Regelungen konkret? Denn wenn wir das tatsächlich so aufsplitten können, dann kommt es nur darauf an, ob man plietsch oder ob man dumm ist, um entsprechende Risiken einzugehen oder nicht einzugehen. Das müssen wir auflösen, auch aufgrund meiner eigenen Erfahrung, dass eine solche Infektion zu gar nichts wie in unserem Fall, aber auch zur Einweisung ins Krankenhaus und zu noch mehr führen kann.

Alle diese Verwirrungen führen dazu, dass uns die Menschen nicht mehr glauben, wenn wir Politik gestalten. Ich erbitte also eine Aussage dazu, wie wir mit allen diesen Differenzierungen - 50, 100, 10, 3.500, 500 und so weiter und so fort - umgehen sollen. Alles ist richtig, je nachdem, wie man es anpackt. Das geht so nicht. So kann man es nicht machen.

Abg. Dr. Marret Bohn: Ich möchte zu den Impfungen nachfragen, die ja viele Gemüter sehr beschäftigen. Es gibt Empfehlungen des RKI, und es gibt viele Menschen, die nicht zu der Gruppe gehören, für die jetzt eine Impfeempfehlung gegeben wird, aber eine vierte Impfung im Sommer überlegen, weil sie sagen: Ich verstehe das System; ich schütze mich, ich schütze vulnerable Gruppen; das ist solidarisch. - Ist das nach Ihrer Einschätzung sinnvoll, oder ist es sinnvoller, dass bei den Personen, bei denen es zu verantworten ist, gewartet wird, bis ein gezielterer Impfstoff, der sogenannte Omikron-Impfstoff - ich weiß, dass dieser Begriff nicht korrekt ist, aber so wird er häufig genannt - zur Verfügung steht? Wenn ich Frau Dr. Marcic

richtig verstanden habe, ist es gut, dafür zu sorgen, dass das Virus im Herbst auf eine möglichst gute Impfquote in der Bevölkerung trifft, um die Krankheitslast im Griff zu behalten oder sie zu senken.

Abg. Birte Pauls: Ich habe drei weitere Fragen.

Erstens geht es mir um die steigenden Zahlen im Verhältnis zur Öffnung der Diskotheken und der Clubs, die uns im Dezember und im Januar beschäftigt hat. War es richtig, sie zu öffnen, oder haben wir mit dieser Öffnung vielleicht etwas ausgelöst, was uns sonst gar nicht erreicht hätte?

Zweitens interessiert mich, ob wir bei der Long-COVID-Versorgung im Hinblick auf Kinder und Jugendliche, aber natürlich auch im Hinblick auf die Erwachsenen gut aufgestellt sind. Bestehen also in Schleswig-Holstein genügend Angebote und auch ausreichend Kapazitäten, was das angeht? Vieles wird ja erst noch auf uns zukommen.

Drittens. Ich weiß besonders aus dem Dialysebereich - aber das ist in der Onkologie auch nicht anders -, dass bei sehr vielen Menschen eine Immunisierung schlichtweg nicht stattfindet. Ihr Antikörperspiegel steigt einfach nicht, obwohl sie bereits die vierte Impfung erhalten haben. Gibt es Zahlen bezüglich dieser Personengruppen, und wie gehen wir als Gesellschaft künftig mit diesen Menschen um, ohne dass sie selbst eine Antwort hierauf geben und quasi in die Selbstisolierung gehen müssen?

Prof. Dr. Helmut Fickenschner: Bei einer Pandemie müssen Maßnahmen anhand des aktuellen Kenntnisstandes pragmatisch getroffen werden. Aus meiner Sicht sind dabei Widersprüchlichkeiten und Brüche in der Logik unvermeidlich. Es ist unglaublich, wie viele Reibungspunkte aufgrund verschiedener Regeln entstehen. Wenn sich jetzt immer mehr Personen im öffentlichen Raum treffen dürfen, so steht dies im großen Widerspruch zu den engen Kontaktbeschränkungen. Ich kann mir gut vorstellen, dass das einer der ersten Aspekte ist, die aufgrund der Diskussion zwischen Bund und Ländern in Kürze zu konkreten Entscheidungen führen werden.

Die Diskotheken oder Tanzveranstaltungen, von denen ich gar nicht wusste, dass sie an den Weihnachtsfeiertagen Standard sind, haben dem Virus offenbar gutgetan und haben das Virus

offenbar gut in die Bevölkerung hineingebracht - wozu es allerdings ohnehin gekommen wäre, auch wenn es möglicherweise etwas länger gedauert hätte. Vor Weihnachten ist man in Schleswig-Holstein über längere Zeit auch relativ offen damit umgegangen, und es gab erstaunlicherweise wenig Probleme. Die Häufung gerade zu den Feiertagen war sicherlich unglücklich, basiert aber meiner Ansicht nach nicht auf einer völligen Fehlinterpretation. Risiken sind einfach vorhanden, und die Zugangsvoraussetzungen waren eigentlich recht konsequent.

Long COVID ist offenbar etwas sehr Häufiges. Auch bei anderen schweren Infektionskrankheiten fühlt man sich hinterher oftmals nicht so schnell wieder wohl. Aber hier hat es einen konkreten Namen, während es bei anderen Infektionskrankheiten, beispielsweise bei der Virusgrippe, nicht benannt wird. Long COVID wird ein ganz normales Thema der Allgemeinmedizin sein, und nur in wenigen besonderen Fällen wird man dafür Spezialisten benötigen. Aktivitäten, um Long COVID genauer zu verstehen, und die Spezialisten, um diesbezüglich möglichst genaue wissenschaftliche Untersuchungen durchzuführen, gibt es unter anderem auch in unserem Uni-Klinikum. Daher sehe ich direkt noch keine Versorgungsproblematik, kann mir aber vorstellen, dass Frau Prof. Jauch-Chara hierauf später noch genauer eingehen wird; denn ich höre häufig, dass die psychiatrische Versorgung unter den Pandemiebedingungen einen limitierenden Faktor darstellt. Dabei geht es aber nicht so sehr um Long COVID, sondern hier kommen einfach viele unterschiedliche Faktoren zusammen.

Ich kann mir also durchaus vorstellen, dass im Bereich der Psychotherapie ein zusätzlicher Bedarf besteht, wobei hier meines Wissens auch schon vor der Pandemie ein echter Engpass vorhanden war. Aber der überwiegende Bereich von Long COVID wird in der Zukunft die Domäne der Allgemeinmedizin sein und wird wie bei vielem anderen eine schwer definierbare Mischsituation aus somatischen und psychosomatischen Beschwerden darstellen.

Prof. Dr. Philip Rosenstiel: Ich kann wenig hinzufügen. Das ist wieder sehr balanciert beschrieben worden. Auch ich gehe davon aus, dass pragmatische Handlungen im Sinne der Gleichbehandlung von bestimmten Gruppen oder Situationen post hoc unlogisch erscheinen. Damit müssen wir jetzt aufräumen. Meiner Ansicht nach gibt es keine wissenschaftliche Begründung, warum eine Veranstaltung mit 3.500 Personen draußen sicher, aber mit 4.000 Personen unsicher wäre. Man muss immer wieder sagen, dass insgesamt eine gewisse Unsicherheit besteht, jenseits der Tatsache, dass sich die Situation draußen anders darstellt als drinnen und dass die Beschränkungen in Gaststätten gegenüber den Beschränkungen zu Hause in der Phase, in der die einzelne Infektion noch kontrolliert werden sollte, auch etwas mit der

Kontrollierbarkeit der Situation zu tun hat. In Gaststätten sitzt man eben sehr kontrolliert zusammen, wohingegen das Zusammenkommen zu Hause unkontrolliert ist.

Das wird, wie Helmut Fickenscher gesagt hat, auf den Prüfstand kommen, und das ist auch richtig so. Hoffentlich bleiben bei den nächsten pragmatischen Lösungen wenige unlogische Dinge übrig.

Es wurde gefragt, ob die Öffnung der Diskotheken ursächlich dafür war, dass Omikron in Schleswig-Holstein angekommen ist. Zumindest quantitativ war sie sicherlich nicht die Ursache des Ganzen. Die Öffnung war zu diesem Zeitpunkt wohl unglücklich, aber Omikron wäre ohnehin in Schleswig-Holstein angekommen. In anderen Ländern waren die Diskotheken zum Teil geschlossen und zum Teil geöffnet, und überall ist diese sehr leicht übertragbare Virusvariante angekommen. Vielleicht hätte sie uns drei Tage später ereilt, aber nominell und von der Menge her waren die Virusübertragungen in Diskotheken nicht ursächlich für das frühe Ankommen, sondern neben anderen Gründen eher die geografische Nähe zu Dänemark.

Was Long COVID betrifft, so sind wir meiner Meinung nach in der Forschung relativ gut aufgestellt. Erste Auswertungen der COVIDOM-Studie, die Sie alle kennen, liegen vor. Insoweit muss sich Schleswig-Holstein nicht verstecken. Auch die klinische Beratung ist in diesem Zusammenhang gut aufgestellt. Ich unterstreiche aber, dass man bei Long COVID zwischen Post-Intensivmedizin - glücklicherweise sehr selten -, Post-Virusinfektion - möglicherweise etwas mehr bei COVID oder auch nicht - und selbst reportiertem Long COVID unterscheiden muss. Eine große frühere Studie in einem sehr renommierten Fachjournal hat gezeigt, dass sich eine ganz große Gruppe - nach meiner Erinnerung waren es 45 % - nach einem grippalen Infekt zwar selbst als post-covid-zugehörig gesehen hat, zuvor aber gar kein COVID hatte.

Das zeigt, dass in dieser Pandemie sehr viele Dinge auf uns alle wirken. Ich unterstreiche ausdrücklich, dass selbstverständlich die Langfolgen der Pandemie auch für nicht Infizierte dramatisch sein können, und ich verweise wie Frau Professor Jauch-Chara hierbei auf Kinder und auch auf andere, die hierbei besonders unter Druck stehen. Aufgrund der Folgen dieser Pandemie ist hier ganz klar eine Unterversorgung gegeben.

Was den Dialysebereich angeht, so können wir wohl nur beharrlich sein. Weiter zu impfen, ist sicherlich sinnvoll. Insoweit empfiehlt die Ständige Impfkommission jetzt die vierte Impfung.

Welche Impfintervalle gerade für solche Gruppen langfristig empfohlen werden, ist schwer vorherzusagen.

Die Devise lautet, nicht aufzugeben. Es wird immer so dargestellt, als sei überhaupt nichts passiert, wenn keine Antikörper gemessen werden. Aber jenseits der Antikörper gibt es weitere Zellen. Auch die T-Zellen tun etwas, und irgendwann bilden sich vielleicht doch Antikörper. Schließlich gibt es auch noch B-Zellen unterdrückende Medikamente. Langfristig müssen wir diese Gruppe schützen und für sie ein Schutzpaket aus Impfungen und Medikamenten - die zur Verfügung stehen und auch geordert worden sind - schnüren.

Prof. Dr. Jan Rupp: Ich möchte meine Ausführungen lediglich auf die Therapien und Impfungen vulnerabler Gruppen beziehen. Allem anderen, was gerade schon gesagt worden ist, kann ich mich nur anschließen.

Das Impfen darf nicht zum Selbstzweck für all jene verkommen, die kein höheres Risiko haben. Bezüglich einer weiteren Impfung wird es im Sommer sicherlich eine weitere Empfehlung geben. Aber es liegen einfach keine Daten vor, die nahelegen, sich nur aus Sorge ein viertes Mal impfen zu lassen, obwohl man ansonsten immungesund ist und die Impfungen gut vertragen hat. Auch die Daten aus Israel beziehen sich momentan auf die vulnerablen Gruppen, auf die älteren Personen.

Ein wenig Sorge habe aber auch ich, dass die Menschen vielleicht nicht wieder motiviert werden können, wenn das Thema im Sommer wie im letzten Jahr nicht mehr so präsent ist, aber zum Impfen aufgerufen und gesagt wird, man habe gelernt, dass die Impfantwort abnehme, und man sehe, dass das Virus wiederkomme. Ob sie motiviert werden können, wird die entscheidende Frage sein. Dass Impfen hilft, ist unbenommen. Jeder weiß, dass wir uns in einer ganz anderen Situation befänden, wenn es die Impfung nicht gäbe. Daher muss es das Ziel sein, viele Menschen davon zu überzeugen, dass das Impfen der eigentliche Schutz gegen COVID ist.

Das wird auch bei den vulnerablen Gruppen so sein, ganz gleich, ob es sich um Dialysepatienten oder um Immungeschwächte handelt. Insoweit ist vor allem die Aufklärung der Behandler wichtig. Nach meinem Empfinden findet eine extrem enge Kommunikation statt. Es gibt durchaus einige prophylaktische Möglichkeiten, indem man Antikörper gibt. ... (*Anm. akustisch unverständlich*) Das ist ein neuer, an Omikron angepasster Antikörper, den man Menschen

geben kann, die unter immunsuppressiver Therapie selbst keine Antikörper bilden können. Die Behandler sind sensibilisiert, frühzeitig einen Antikörper zu geben.

Nicht durchschlagend im Sinne, ein Gamechanger zu sein, sind die Therapien mit Paxlovid oder Molnupiravir, die direkt gegen das Virus wirken könnten. Diese Medikamente können wir durchaus in der Klinik einsetzen, aber wir können nicht sagen, dies moduliere den Krankheitsverlauf so extrem, dass wir keine Sorge mehr hätten.

Ich will damit aufzeigen, dass die Bemühungen selbstverständlich weitergehen und dass es für Menschen, die nicht auf die Impfung ansprechen, durchaus andere Ansätze gibt. Es gibt jetzt den ersten proteinbasierten Impfstoff. Dieser kommt hinzu. Es gibt über hundert verschiedene Bemühungen hinsichtlich neuer Vakzinierungsstrategien. Das Thema ist wissenschaftlich noch lange nicht abgeschlossen. Daher eröffnet sich künftig jenen, denen wir momentan noch nichts anbieten können, vielleicht doch eine Möglichkeit.

Ich will es ganz klar adressieren: Diese Personen waren früher, vor COVID, auch schon mit Mundschutz im Bus unterwegs, weil sie Sorge hatten, sich bei anderen anzustecken. Ich finde es sehr gut, dass jetzt öffentlich darüber diskutiert wird, was die Gesellschaft für diese Gruppe, die selbst keinen Schutz aufbauen kann, tut. Medizinisch-wissenschaftlich wird alles getan, um ihnen etwas Verlässliches anbieten zu können, so weit sind wir aber noch nicht. Deshalb ist es so wichtig, diese Menschen weiterhin vor der Infektionsdynamik zu schützen, und die Impfung jedes Einzelnen, auch wenn er sich noch so gesund fühlt, trägt hierzu bei.

Dr. Anne Marcic: Mir bleibt wenig zu ergänzen. Was das Impfen im Herbst angeht, habe ich bereits von einem Senken der Krankheitslast gesprochen. Das bedeutet, schwere Verläufe zu verhindern. Von dem Risiko für schwere Verläufe ausgehend, hat die Ständige Impfkommission ja ihre Empfehlungen ausgesprochen. Das betrifft also die Personengruppe, die jetzt im Fokus steht. Zu weiteren Dingen möchte ich jetzt nicht aufrufen. Wir sollten zunächst weiter beobachten.

Herr Vorsitzender, ich hoffe, es ist in Ordnung, wenn ich mich gleich verabschiede. - Ich habe ein Nicken wahrgenommen.

Vorsitzender: Alles gut!

Dr. Anne Marcic: Zuvor möchte ich noch darauf eingehen, ob Luftfilter in Schulen eine sinnvolle Ergänzung zum Infektionsschutz sind, weil das eine Frage an den Hygieniker ist. Ich denke, hierbei geht es um mobile Luftreinigungsgeräte. Diese sind nicht generell sinnvoll, können aber eventuell ergänzend sinnvoll sein. Die Erwartungshaltung passt meiner Meinung allerdings nach nicht zu dem, was diese Geräte tatsächlich leisten können. Sie können zwar zu einer Aerosolreduktion führen, aber die Aerosole müssen ja erst einmal zu den Geräten hinkommen. Diese Geräte reinigen also im Nahfeld. Über die Zeit findet zwar eine Aerosolreduktion statt, aber in einem Raum geben Menschen auch Wärme ab, es entstehen diffuse Luftströmungen. Eine exakte Bewertung des gesamten Raums, der Belegung, der Bewegung und so weiter ist daher erforderlich, um zu entscheiden, ob ein mobiler Luftreiniger im speziellen Fall sinnvoll ist und tatsächlich zu einer Risikominimierung beiträgt.

Die luftgetragene Exposition im Nahfeld ist ja das Entscheidende. Diese können die mobilen Luftreinigungsgeräte nicht auffangen. Wirksam, auch im Sinne der Luftqualität, ist eine Frischluftzufuhr. Überall dort, wo Fenster geöffnet werden können, muss man die Frischluftzufuhr nutzen, um eine gute Luftqualität zu erreichen und Aerosole abzureichern. Das können mobile Luftreinigungsgeräte nicht in dem Maße leisten. Hinzu kommt, dass es bei der Luftqualität nicht nur um Aerosole geht, die ja auch nicht immer und unbedingt erregend sind, sondern dass auch die Sauerstoffzufuhr und andere Parameter eine Rolle spielen, sodass eine gute Luftqualität am besten durch Frischluftzufuhr erreicht werden kann. Man muss sich wirklich im Einzelfall sehr genau anschauen, ob und wie ein mobiler Luftreiniger in der Lage ist, zu einer Verbesserung der Luftqualität beizutragen. Der Frischluftzufuhr ist als wirksames Mittel eindeutig der Vorzug zu geben.

Vorsitzender: Ich denke, auch im Namen der Kolleginnen und Kollegen sprechen zu dürfen, wenn ich sage, dass uns diese erste Runde klare und starke Eindrücke und Einschätzungen zur Situation und den Dingen, die vor uns stehen, vermittelt hat. Ich darf mich bei Ihnen allen für Ihre Ausführungen sehr herzlich bedanken.

Block 2 der Anhörung

- Prof. Dr. med. Kamila Jauch-Chara
Direktorin der Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie am Zentrum für Integrative Psychiatrie am UKSH
- Prof. Dr. Klaus Rabe
Ärztlicher Direktor und Medizinischer Geschäftsführer der LungenClinic Großhansdorf GmbH

Wir kommen nun zur zweiten Expertenrunde. Dazu dürfen wir Frau Professor Kamila Jauch-Chara, die Direktorin der Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie am Zentrum für Integrative Psychiatrie am UKSH, und Herrn Professor Dr. Klaus Rabe, den Ärztlichen Direktor und Medizinischen Geschäftsführer der LungenClinic Großhansdorf GmbH, herzlich begrüßen.

Zunächst bitte ich um die Eingangsstatements.

Prof. Dr. med. Kamila Jauch-Chara, Direktorin der Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie am Zentrum für Integrative Psychiatrie am UKSH: Von den Vorrednern haben wir schon von den immunologischen Aspekten der Coronapandemie gehört. In meinem Statement konzentriere ich mich auf die psychischen Folgen der Pandemie, die für mich gerade am Übergang von einer pandemischen zu einer endemischen Lage des SARS-CoV-2-Virus extrem an Bedeutung gewinnen.

Man kann sagen, Corona wirkt sich in zweifacher Hinsicht auf die menschliche Psyche, auf die Psyche von Kindern und Jugendlichen, aber auch von Erwachsenen aus.

Das eine sind direkte Folgen, die viele von Ihnen vielleicht auch bei sich selbst festgestellt haben, als die zunehmende Anzahl an Infektionen in der Bevölkerung sichtbar geworden ist. Daraus entwickeln sich häufig Ängste, Befürchtungen, viele negative Emotionen. Aus diesem Stresserleben kann sich eine depressive Symptomatik, können sich Niedergeschlagenheit, Grübelneigung, entwickeln.

Daneben ist etwas anderes erwähnenswert, das ich als Sekundärfolge der Coronapandemie beschreiben möchte. Dabei geht es um die sinnvollen Maßnahmen, die wir zum Schutz der vulnerablen Bevölkerung genutzt haben, und deren Folgen in Bezug auf somatischen Schäden

und hinsichtlich der Psyche von Menschen, vor allem von Kindern und Jugendlichen, wobei die Daten fast eins zu eins auf die Erwachsenen übertragbar sind.

Zunächst müssen wir allgemein feststellen, dass es jetzt zwingend erforderlich ist, die Jugend und die Kinder in den Fokus unserer Aufmerksamkeit und unserer Aktivitäten zu rücken. Aus psychiatrischer, psychosomatischer und psychologischer Sicht geht das adoleszente Alter, also der Übergang von der Kindheit ins Erwachsenenleben, per se mit einer extremen Vulnerabilität einher. Wenn wir erwachsene Menschen untersuchen, die im späteren Leben psychische Störungen entwickelt haben, dann zeigt sich eindeutig, dass bei 75 % dieser Menschen eine gewisse Anfälligkeit für Stress schon in der Adoleszenz feststellbar war. Das heißt, 75 % der Menschen, die später eine manifeste psychische Erkrankung haben, die sich vielleicht auch schon im Jugendalter entwickelt, zeigen die ersten Auffälligkeiten als Jugendliche.

Nun zu den Folgen der Coronamaßnahmen und dazu, warum ich mich persönlich sehr dafür einsetze, die Schulen und Kitas so weit und so lange es geht, offen zu halten und die Beschränkungen Stück für Stück zurückzunehmen, damit wieder Normalität an den Kitas, an den Schulen - und auch an den Universitäten - einkehren kann.

In Deutschland gibt es eine sehr gut angelegte Längsschnittstudie, die COPSY-Studie des UKE, eine der wenigen weltweit. Diese Längsschnittstudie zeigt uns eindeutig, dass sich die Coronapandemie negativ auf die Psyche der Kinder und Jugendlichen auswirkt. Zwischen den Coronawellen und den wissenschaftlichen Ergebnissen besteht immer eine gewisse Zeitverzögerung. Aber wir können sagen, dass sich trotz geöffneter Schulen und zugänglicher Freizeitangebote eine Vielzahl von Kindern und Jugendlichen durch die Coronapandemie nach wie vor psychisch belastet fühlen. Dies betrifft acht von zehn Kindern. 80 % der Kinder stellen eine Belastung fest.

Hervorzuheben ist, dass sich das psychische Wohlbefinden beziehungsweise die Lebensqualität durch die durchgeführten Öffnungsschritte im Vergleich zu der ersten und zu der zweiten Welle etwas verbessert hat. Inzwischen empfinden vier von zehn Kinder ihre Lebensqualität als eingeschränkt. Vor der Coronapandemie waren es zwei Kinder, im Rahmen der ersten Welle waren vier Kinder davon betroffen, und in der zweiten Welle haben fünf von zehn Kindern über eine verschlechterte Lebensqualität berichtet. Festzustellen ist auch, dass Kinder und Jugendliche aus sozial benachteiligten Familien besonders betroffen sind. Ergänzend ist

anzumerken, dass viele internationale Studien darauf hinweisen, dass Kinder, die hauptsächlich von nur einem Elternteil erzogen werden, besonders unter der Krise leiden, und es scheint so zu sein, dass Mädchen im adoleszenten Alter eine besondere Vulnerabilität hinsichtlich der Belastung zeigen.

Wenn man sich die Daten, die wir haben, zusammenfassend anschaut, kann gesagt werden, dass sich das Gesundheitsverhalten von Kindern und Jugendlichen durch die Lockerungsmaßnahmen etwas verbessert hat. Das melden auch die Pädiater zurück. Die Kinder und Jugendlichen scheinen mittlerweile weniger Süßigkeiten zu essen. Auch der Medienkonsum hat zugunsten der Bewegung abgenommen. Das ist langfristig sowohl somatisch als auch psychisch von großer Bedeutung. Schaut man sich die Bereiche Familie und Schule an, so wird von den Schülerinnen und Schülern berichtet, dass es mit den Lockerungen zu weniger Streit in der Familie gekommen ist, und die Schülerinnen und Schüler zeigen etwas weniger Schulprobleme auf als in der ersten und zweiten Welle der Coronapandemie und haben ein deutlich besseres Verhältnis zu den Freundinnen und Freunden. Das ist wahrscheinlich auch der Grund, warum sich die Lebensqualität der jungen Menschen mit den Lockerungsschritten verbessert hat. Das spricht dafür, dass der Weg aus der Isolation in Richtung Normalität ein wichtiger, psychisch stabilisierender Weg ist.

Was die psychischen Auffälligkeiten angeht, so lässt sich feststellen, dass in der dritten Welle der Pandemie die Anzahl an manifesten Angststörungen und depressiven Störungen leicht abgenommen hat. Wir sehen aber nach wie vor bei bis zu 80 % der Kinder eine psychische Belastung. Dabei ist es wichtig hervorzuheben, dass eine psychische Belastung noch keine psychische Erkrankung ist, aber im Rahmen der Vulnerabilität ein Eingang für eine spätere psychische Erkrankung sein kann. Hierbei dominieren psychosomatische Beschwerden wie Bauch- und Kopfschmerzen, die eindeutig zugenommen haben. Deutlich häufiger kommen Einschlafstörungen, aber auch Gereiztheit und bei jungen Mädchen tatsächlich auch Essstörungen vor.

Wenn Sie fragten, was die nächsten wichtigen Schritte sind, würde ich sagen, das Allerwichtigste ist, in Richtung Normalität zurückzugehen. Mir geht es darum, die Balance zwischen dem Schutz der vulnerablen Gruppen der älteren Menschen vor einer Erkrankung einerseits und dem Schutz hinsichtlich der Vulnerabilität der Kinder und Jugendlichen andererseits, gerade im Sinne der Sekundärfolgen der Coronapandemie, zu finden.

Eine mir zugegangene Frage bezog sich auf die Suizidalität. Dabei ist für mich eines ganz wichtig: Wir sehen deutschlandweit eine höhere Nachfrage nach Beratungsangeboten für Kinder und auch Jugendliche, die suizidale Gedanken äußern. In Deutschland und in anderen europäischen Ländern ist die Anzahl vergleichbar. Wenn es um Telefonseelsorge geht, hat sich die Zahl im Gegensatz zu früher durchschnittlich verdoppelt. Auf der anderen Seite unterscheiden wir bei Suizidalität zwischen unterschiedlichen Stufen. Das reicht von noch passiven Suizidgedanken Gedanken, einem gewissen Lebensüberdruß, über suizidale Ideen - ich könnte es tatsächlich in die Tat umsetzen - bis zu Suizidvorbereitungen und schließlich der Umsetzung des Plans. Dabei ist in Deutschland die Anzahl der vollzogenen Suizide in den letzten Jahren mehr oder weniger konstant geblieben. In den Vorjahren waren - mit einer Schwankung von vielleicht einem Fall - bei Kindern zwischen 10 und 15 Jahren 22 und bei den 15- bis 20-Jährigen 163 durchgeführte Suizide pro Jahr zu verzeichnen. Das ist erschreckend, aber wir können sagen, dass die Coronapandemie insoweit noch keinen massiven Einfluss gehabt hat, wobei selbstverständlich am besten alle Suizide verhindert werden sollten.

Einer Studie aus Essen zufolge, die auch in den Medien sehr präsent war, sind aber die Zahlen erhöht, wenn es um Kinder ab dem zehnten Lebensjahr geht, die im Anschluss an einen durchgeführten Suizidversuch auf einer Intensivstation behandelt werden müssen, wenn es also um die Zahl der harten Suizidversuche insbesondere mit Tabletten geht. In der zweiten Welle der Pandemie war hier im Vergleich zu der Zeit vor Corona ein Anstieg um das Vierfache zu verzeichnen, während in der ersten Pandemiewelle sogar ein leichter Rückgang an Suizidversuchen, die intensivmedizinisch behandelt werden mussten, festzustellen war.

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit. Ich denke, Fragen werden wir im Anschluss klären können.

Prof. Dr. Klaus Rabe, Ärztlicher Direktor und Medizinischer Geschäftsführer der LungenClinic Großhansdorf GmbH: Herr Vorsitzender, meine sehr verehrten Damen und Herren! Vielen Dank für die Einladung zu dieser Anhörung aus gegebenem Anlass. Ich habe die bisherige Diskussion ein wenig verfolgt und hatte selbstverständlich auch Gelegenheit, Ihren Umdruck mit den Fragen zu sehen. Ich habe mir gedacht, dass ich diesen auch angesichts des engen zeitlichen Rahmens am ehesten Rechnung trage, wenn ich über das berichte, was meiner Arbeitskleidung entspricht, nämlich über das, was im Krankenhaus und in der klinischen Versorgung so alles geschieht. Ich habe gesehen, dass vier Ihrer zehn Fragen zum

aktuellen Infektionsgeschehen direkt mit diesem Bereich zu tun haben, und habe ein paar Dinge herausgegriffen, die ich kurz reportieren möchte.

Wenn Sie zur derzeitigen Krankenhaussituation fragen, so darf man wohl aufgrund verschiedenster Umstände sagen: Wenn die Maßgabe für alle Regeln und Beschränkungen beziehungsweise das Zurücknehmen derselben die Belastung des Gesundheitswesens ist - das ergibt für mich auch Sinn -, so gibt es insoweit viele gute Nachrichten. Wenn Sie es an den verschiedenen Wellen oder einfach nur an dem Zeitraum von zwei Jahren festmachen wollen, so kommen wir aus einer Zeit, die anfangs von einer großen Verunsicherung von uns allen getragen war, die jetzt einem gewissen Kalkulieren gewichen ist. Das Krankheitsgeschehen ist jetzt gut modellierbar, die Infektion ist recht gut vorherzusagen. Das ist, glaube ich, für die Diskussion, die Sie intern führen, wichtig. Wir können also recht gut sagen: Auf die Datenlage x wird uns im Zeitraum y soundso viel erwarten. Wir haben die Diskussion geführt, wie sinnvoll eine Metrik noch ist. Zum jetzigen Zeitpunkt muss man trotz der hohen Infektionszahlen sagen: Wenn man weiß, dass man das gar nicht genau bestimmen kann, ist es sinnvoll, einfach einmal zu schauen, was jetzt eigentlich los ist.

Zum heutigen Tag befinden sich in Schleswig-Holstein 339 Menschen, die eine COVID-19-Infektion haben, einer in stationärer Behandlung. Ob dies nun wegen oder mit dieser Erkrankung der Fall ist, lassen wir einmal dahingestellt. Für uns macht das keinen Unterschied. Wir haben einen erhöhten Aufwand, der sich hierdurch bestimmt. Die Zahl dieser Patienten ist übrigens in den letzten Wochen recht konstant gewesen. Insgesamt 44 Menschen befinden sich leider in intensivmedizinischer Behandlung; 30 davon sind in Schleswig-Holstein zurzeit an der Beatmungsmaschine.

Damit will ich sagen: Erstens ist das im Vergleich zu der Situation, aus der wir kommen, machbar. Zweitens ist das im Vergleich zu dem, woher wir kommen, eine kalkulierbare Größe, die sich mit unseren optimistischen Vorhersagen von Anfang Januar deckt. Drittens stellt dies keine akute Überlastung des Gesundheitssystems dar. Das kann man meiner Ansicht nach zunächst einmal als gute Nachricht betrachten.

Auf der anderen Seite ergeben sich - das finde ich auch in Ihren Fragen wieder - durch gut gemachte Beschränkungen, die meines Erachtens die Voraussetzung für die jetzt so günstige Entwicklung waren, Effekte für die Krankenversorgung anderer Patienten. Das ist relevant. Zu fragen ist beispielsweise: Wie hoch ist die Schwelle für einen älteren Menschen mit einer

Krebserkrankung, sich in einem Krankenhaus zu bewegen, dort in eine ambulante Behandlung zu gehen? Haben wir Hürden aufgebaut, die die normale ärztliche Versorgung schwieriger gemacht haben? Wie ist der Zugang zur psychosomatischen Medizin?

Neben den vorhandenen strukturellen Beschränkungen gibt es auch noch Bereiche wie die Immunsuppression, die Tumorbehandlung und die Behandlung chronischer Erkrankungen. Insofern müssen wir alle aufpassen. Das Stichwort lautet hier „Gemeinsamkeit“.

In einem Krankenhaus in Schleswig-Holstein fühle ich mich - nicht, weil ich beratend einem Gremium angehöre, sondern persönlich und als Arzt - mit einer sehr proaktiven Landesregierung und Landespolitik, die versucht, de facto Meinungen einzuholen und Planungssicherheit herzustellen, gut aufgehoben. Das hat - das muss an dieser Stelle einmal gesagt werden - auch für den Krankenhausbereich extrem positive Folgen gehabt, inklusive der Tatsache, dass wir uns bereits vor vielen Monaten in sogenannten Clustern im Land organisiert haben, sei es in der Lungenklinik Großhansdorf oder ... (akustisch unverständlich). Das heißt, ich spreche mit dem UK-SH in Kiel, ich spreche mit den Kollegen in Segeberg, ich spreche mit den Kollegen in Reinbek, ich spreche mit den Kollegen in Geesthacht und frage regelmäßig: Was ist dort los? Was ist bei uns los? Wie können wir einander helfen? Wie können wir einem Notstand begegnen? Ich denke, dass dieser Faktor häufig nicht bekannt ist, dass er aber zur Durchführbarkeit der Maßnahmen im Krankenhausbereich beigetragen hat. Wir sind die Leute, die man qua Berufsgruppe und auch für die uns Schutzbefohlenen mit Recht als vulnerabel bezeichnen kann.

Das führt auch dazu, dass wir einen hohen Anspruch an Maßnahmen der öffentlichen Gesundheit haben. Wir sind jene, die einen geschützten, Hände waschenden und Abstand haltenden Gast in unserem Krankenhaus haben wollen. Wir haben versucht, unsere Patienten zu schützen. Das hat recht gut funktioniert - mit dem besonderen Aspekt des Krankenstandes innerhalb der Pflegenden und des ärztlichen Personals. Hier besteht tatsächlich eine strukturelle Herausforderung. Einen erhöhten Krankenstand gibt es unter den Pflegenden und ärztlichen Kolleginnen und Kollegen, die aus Familienverbänden mit Kindern kommen. Aber dieser war in den letzten Wochen und ist derzeit konstant, sodass auch insoweit eine beherrschbare Situation zu verzeichnen ist.

Ihr Fragenkatalog enthält auch eine Frage bezüglich einer vierten Impfung. Die bisherigen Ausführungen hierzu habe ich verfolgt. Ich persönlich - ich berichte Ihnen ja von meiner persönlichen Meinung - denke, dass das pflegende Krankenhauspersonal zu einer Risikogruppe gehört, die ich im Einzelfall in die vierte Impfung einschließen würde. Sie sehen gerade einen über 60 Jahre alten Arzt, der glaubt, dass eine vierte Impfung, nachdem die erste Booster-Impfung Anfang September erfolgte, sinnvoll ist. Ich bin allerdings nicht nur über 60, sondern arbeite in einem Krankenhaus, das zurzeit elf Patienten mit einer manifesten Corona-Virusinfektion behandelt. Sieben davon liegen auf der Intensivstation, und diese sehe ich täglich.

Das heißt, die Frage der Risikobemessung im Gesundheitswesen ist wichtig. Diese sollten wir in die Diskussion einfließen lassen. Denn ich gehe davon aus, dass wir vor Mai oder Juni nicht über einen modifizierten Impfstoff verfügen werden.

Schließlich und endlich: Wir sind von einer Vergangenheit gekommen, in der die COVID-19-Infektionen sehr häufig den Respirationstrakt und die Lunge betroffen haben. Daher rührten die vielen Intensivaufnahmen mit Pneumonien. Das hat sich Gott sei Dank gebessert, was aber auch bedeutet, dass wir nicht bei null angekommen sind. Auf den Intensivstationen sehen wir nach wie vor beatmete Patientinnen und Patienten, auch welche mit einer Dreifachimpfung, die unter COVID-19 und einer Omikron-Variante immer noch einen schweren Verlauf haben. Daher auch die Empfehlungen des Expertenrats des Bundes. Wir müssen also diesen Bereich schützen, und wir müssen diesen Bereich gut betreuen, was wir zum jetzigen Zeitpunkt tun.

Long COVID hat für mich als Pneumologe allerdings eine andere Dimension als für Frau Jauch-Chara. Ich bin sehr froh, Frau Jauch-Chara an meiner Seite zu wissen, als Person und wegen ihrer Expertise. Denn das Psychologische ist - nicht nur bei Kindern und Jugendlichen, sondern auch bei Erwachsenen - ein wichtiger Faktor.

Tatsächlich sehen wir und viele Kolleginnen und Kollegen anderer Krankenhäuser vor allem viele Frauen in einem aktiven, berufstätigen Alter von 30 bis 40 Jahren, die nach einem vermeintlich milden Verlauf sagen, sie können nichts mehr. Daher muss man das ernst nehmen, und wir nehmen das auch ernst. Ich persönlich unterhalte eine Sprechstunde für Long-COVID-Patientinnen und -Patienten. Jeder Arzt in Schleswig-Holstein kann mir Patientinnen und Patienten zuweisen, was auch geschieht. Ich sehe, dass dies ein gesellschaftlich relevantes Phänomen ist, weswegen wir darüber sprechen sollten. Andererseits ist die Wahrscheinlichkeit, dass jemand etwas Ernsthaftes länger als sechs Monate zurückbehält, extrem gering. Häufig

tritt danach eine Besserung ein, aber dies ist tatsächlich etwas, was wir auch in der Klinik sehen. Für die diesbezügliche Frage, die ich Ihrem Fragenkatalog entnommen habe, bedanke ich mich ausdrücklich; denn sie ist relevant.

Lieber Herr Vorsitzender, hiermit möchte ich schließen. Für Rückfragen stehe ich gern zur Verfügung.

Abg. Bernd Heinemann: Vielen Dank für die beiden Vorträge. Eines unserer größten Sorgenkinder in der Gesundheitsversorgung ist die Psychiatrie, insbesondere die Kinder- und Jugendpsychiatrie. In diesem Bereich registrieren wir zum Teil unglaubliche Wartezeiten, deren Länge während der Pandemie noch deutlich zugenommen hat. Frau Professor, wie erlebt das ZIP diese momentan große Nachfrage, und wie, denken Sie, muss sich Politik ob dieser endlosen Wartefristen für Behandlungen, therapeutische Gespräche und unterstützende Maßnahmen im Bereich der therapeutischen Hilfen aufstellen? Wie sollte sie sich künftig insbesondere dem Thema der Kinder- und Jugendpsychiatrie zuwenden?

Von Ihnen, Herr Professor Rabe, möchte ich wissen, wie sich die Schließung der Lungenfachklinik ganz in Ihrer Nähe auf Ihre Arbeit auswirkt. Oder wirkt sie sich gar nicht aus, weil es hierbei um etwas Spezielles geht, das Sie gar nicht berührt?

Abg. Wolfgang Baasch: Moin, und auch von mir ein herzliches Dankeschön für die Vorträge. Für das, was in der Zukunft noch auf uns zukommen kann, ist es sehr wichtig, dass wir ausführlich diskutieren. Ich habe einige Fragen und Anmerkungen bezüglich der Kinder und Jugendlichen.

Frau Jauch-Chara, Sie haben die Situation in Schule und Kita, wie ich finde, treffend zusammengefasst. Auch die Alleinerziehenden haben Sie angesprochen. Ich möchte die Sicht erweitern. Mir geht es auch um die Familien mit vielen Kindern, die eine ganz andere Belastungssituation erleben, und vor allem um die Familien, die den berühmten Migrationshintergrund haben, ohne das jetzt genauer definieren zu wollen. Wenn das besondere Gruppen sind und wir ja dafür plädieren, die Schulen und die Kitas offen zu halten - was ich richtig finde -, dann müssten wir auch sehr deutlich sagen: Die Alleinerziehenden und die Familien mit vielen Kindern oder mit Migrationshintergrund müssen wir noch stärker in den Blick nehmen und auch gezielter ansprechen.

In meinen Sprechstunden beziehungsweise bei meinen Begegnungen im Wahlkreis stellt es sich so dar, dass Hilfs- und Unterstützungsleistungen die Bereiche von Schule und Kita gut abdecken, auch wenn es mit dem Internetunterricht nicht immer klappt. Ansonsten sind die Familien allerdings sich selbst überlassen. Eltern können es ihren Kindern nicht erklären, Eltern wollen es ihren Kindern nicht erklären, Eltern fühlen sich mit der ganzen Situation überfordert, sodass sie versuchen, ihre Kinder aus diesem System herauszuhalten. Es kann nicht sein, dass wir das in Zukunft so belassen. Was bislang geschehen ist, ist geschehen. Jetzt haben wir unsere Erfahrungen gemacht und müssen festzustellen, dass wir für die Zukunft andere Ansprachen, andere, auch aufsuchende Hilfen und mehr Unterstützungsleistungen für die Familien brauchen.

Selbstverständlich ist auch ein gewisses Maß an Eigenverantwortung nötig. Aber die Leistungen, die insoweit abgefordert werden, kosten Geld, und in den Familien, die ich gerade zu beschreiben versucht habe, ist Geld oftmals ein großes Problem. Diese Familien können nicht sämtliche Masken und sämtliche Strukturen, die man eigentlich braucht, finanzieren. Auch insoweit wäre mir eine klare Unterstützung der Politik sehr wichtig. Ich finde, dass diese Familien beziehungsweise diese Kinder und Jugendlichen im Hinblick hierauf zu wenig Unterstützung bekommen.

Abg. Christian Dirschauer: Ich bin dem Kollegen sehr dankbar, dass er die Perspektive der Eltern und der Familien angesprochen hat. Diese ist auch für mich ganz wichtig. Die Kolleginnen und Kollegen wissen es: Ich selbst bin mittendrin. Ich habe drei Kinder im Alter von fünf bis sieben Jahren und stelle fest, dass auch in unserem Umfeld manche Eltern in den zwei Jahren der Pandemie auf dem Zahnfleisch gegangen sind und dies immer noch tun. Dabei reden wir zum einen über die Eltern, die Herr Baasch beschrieben hat, deren Portemonnaie vielleicht nicht so dick gefüllt ist, die einen Migrationshintergrund haben, für die weitere Herausforderungen bestehen, aber wir reden zum anderen durchaus auch über Familien, die einen guten Rahmen bieten und es im Lockdown leichter managen konnten. Auch sie kommen an ihre Grenzen.

Daher die Frage: Was brauchen die Eltern eigentlich? Sie haben die jungen Frauen, die Alleinerziehenden, angesprochen. Gibt es weitere Erkenntnisse?

Herr Professor Rabe, Sie sind Geschäftsführer der Lungenklinik. Wer liegt denn aktuell auf den Intensivstationen? Kann man ein Cluster bilden? Kann man das beschreiben?

Und eine weitere Frage: Welche Herausforderungen sehen Sie bezüglich der Durchsetzung der einrichtungsbezogenen Impfpflicht?

Abg. Dr. Marret Bohn: Auch von meiner Seite noch einmal herzlichen Dank. Ich habe eine Frage an Frau Professor Jauch-Chara und eine Frage an Herrn Professor Rabe.

Frau Professor Jauch-Chara, Ihre Schilderung war eindringlich. Was können wir seitens des Landes tun, um die Situation von Kindern und Jugendlichen so gut es geht, kurzfristig, aber auch mittel- und langfristig aufzufangen und zu verbessern? Irgendwann müssen wir auch einmal an eine Perspektive für das Gesundheitswesen nach der Pandemie denken. Was lernen wir aus ihr? Wie stellen wir uns auf?

Herr Professor Rabe, meiner Frage an Sie geht in dieselbe Richtung. Ich bin ein wenig beruhigt, von Ihnen zu hören, dass die Situation im Personalbereich tolerabel ist. - So habe ich Sie verstanden. - Aber sagen Sie uns - wenn Sie es nicht aus dem Handgelenk schütteln können, dennoch die Ermutigung seitens des Sozialausschusses -, was Sie für die Zeit nach der Pandemie brauchen. Das Gesundheitswesen war schon vor der Pandemie über einen langen Zeitraum intensiv ausgelastet, und es ist absehbar, dass nach der Pandemie erneut Aufholbedarf besteht. Dafür sollten wir jetzt die Weichen stellen.

Vorsitzender: Jetzt erhält noch der Abgeordnete Bornhöft das Wort. Mit Blick auf die Zeit müssen wir es bei dieser einen Fragerunde belassen.

Abg. Dennys Bornhöft: Ich fasse mich auch kurz. Meine zwei kleinen Fragen gehen an Sie, Frau Jauch-Chara.

Erstens. Wie schätzen Sie die ambulante psychiatrische Versorgung im Kinder- und Jugendbereich vor Corona und jetzt ein?

Zweitens - das hatte ich Sie schon einmal gefragt, als wir in großer Runde im Plenarsaal getagt haben und Sie ebenfalls zugeschaltet waren -. Was schätzen Sie mittlerweile, jetzt in der Omikron-Welle beziehungsweise zum heutigen Zeitpunkt, eher als schwerwiegend für Kinder und Jugendliche ein - die Belastung, die eine Corona-Infektion für Kinder und Jugendliche

bedeuten kann, oder die Belastung durch die Corona-Maßnahmen, um Infektionen zu verhindern?

Prof. Dr. med. Kamila Jauch-Chara: Herr Bornhöft, ich halte die Folgen der Maßnahmen für schwerwiegender. Wir müssen unterscheiden, ob die Kinder tatsächlich krank werden oder ob sie asymptomatisch bleiben. Es gibt zahlreiche Erkenntnisse darüber, dass eine Infektion bei Kindern und Jugendlichen, wenn es überhaupt zu einer Erkrankung kommt, zu milden Verläufen führt. Inzwischen gibt es wissenschaftliche Erkenntnisse aus England, aber auch aus Deutschland darüber, wie viele Kinder bislang schwerwiegend betroffen waren. Aktuell mache ich mir größere Sorgen um das psychische Wohlbefinden der Kinder, und dies nicht im Hinblick auf eine Erkrankung, sondern eher im Hinblick auf eine psychische Stressbelastung und im Hinblick darauf, welche Folgen das für unsere Gesellschaft später haben wird. Denn die Kinder und Jugendlichen von heute sind ja die Erwachsenen von morgen. Das heißt, das, was wir jetzt verpassen, all das, was die Kinder nicht erworben haben, was sie eventuell an Unsicherheiten, Stress, Anfälligkeit, vielleicht auch an destruktiven Bewältigungsstrategien im Umgang mit Stress gelernt haben, wird später umgesetzt, und dann werden wir uns unter Umständen - auch im Berufsleben - mit ganz anderen Problemen auseinandersetzen müssen.

Nun zu den anderen Nachfragen. Ich denke, jetzt müssen wir wirklich in den Vordergrund stellen, dass wir zwingend eine Unterscheidung benötigen: Für welche Kinder und Jugendlichen könnte eine fachpsychiatrische oder auch fachpsychologische Behandlung und für welche Kinder und Jugendlichen könnte, um die Psychiatisierung zu vermeiden, eine Intervention jenseits der Psychiatrie sinnvoll sein?

Sie haben recht. Im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie gab es schon immer einen gewissen Mangel an Behandlungsangeboten. Corona wirkt hier wie ein Vergrößerungsglas. Die Probleme sind ja nicht kleiner geworden. Es gibt spezialisierte Einrichtungen - dazu gehört das ZIP-, die Notfallsprechstunden anbieten. Damit wird zunächst versucht, durch Kurzinterventionen die Spitze der Belastung abzutragen, um dann mit den Kindern und Jugendlichen weiterarbeiten zu können. Dabei sollten wir eine präventive Frühintervention, bei der es eher um den Umgang mit Stress geht, im Kopf behalten. Ich behaupte nicht, dass jetzt alle Kinder psychisch erkrankt sind, aber ich sehe eine Belastung, die später zu einem prädiktiven Faktor für eine psychiatrische Erkrankung werden kann - nicht muss, aber kann.

Ich sehe an den Schulen und in den Kitas viele Möglichkeiten, auf spielerische Art und Weise mit Kindern gemeinsam an der Resilienz zu arbeiten. Das ist das, was uns aktuell insgesamt fehlt, was aber in den nächsten Jahren eine ganz große Bedeutung haben wird: Wie verhindern wir, dass Kinder unter Stress zerbrechen? Stress gab es immer. Aber wir sehen ihn unter der Pandemie wesentlich deutlicher. Hierbei geht es wieder um die Wirkung der Pandemie als Vergrößerungs- oder Brennglas.

Die Frühinterventionsprogramme, die vor einer Erkrankung angeboten werden können, bewegen sich leider in einer Grauzone. Es gibt keine eindeutige Zuordnung, wer hierfür zuständig ist. Die Krankenkassen sagen, dies sei keine Krankenkassenleistung. In den Schulen gibt es sehr viele pädagogisch ausgebildete Fachkräfte. Sie brauchen zusätzliche Informationen. Vielleicht müssten wir auch schauen, wie der Unterricht ganz anders ausgestaltet und Aspekte der Intervention dort eingebracht werden könnten. Das ist mein Vorschlag an unsere Landesregierung, den ich in einer Diskussion mit Frau Prien thematisiert habe. Wir müssen an die Schulen herangehen. Dabei dürfen wir den Eltern keine Angst machen. Wir behaupten nicht, die Kinder seien schwer erkrankt. Es geht um den Umgang mit Belastungen. Das können auch gut ausgebildete pädiatrische Kräfte unter Anleitung von Spezialisten durchaus in die Hand nehmen. Hierfür braucht es allerdings dringend deutschlandweit Programme.

In diesem Zusammenhang sage ich auch selbstkritisch in meine Richtung: Wir haben wissenschaftlich schon sehr vieles begleitet und viele Erkenntnisse gesammelt, aber es dauert, bis die Wissenschaft in der Praxis ankommt. Das heißt, wir brauchen etwas davor. Wir müssen dahin, wo die Kindern und Jugendlichen jetzt sind, und wir müssen jetzt aktiv werden und dürfen nicht abwarten, was uns die Wissenschaft noch an Erkenntnissen bringt. Denn eigentlich wissen wir schon, was notwendig ist, damit Stress abgebaut werden kann.

Jetzt zur Situation bei uns am ZIP. Nicht nur bei uns am ZIP, sondern in allen psychiatrischen Einrichtungen für Kinder und Jugendliche, aber auch für Erwachsene sehen wir einen deutlich höheren Krankheitsschweregrad bei jenen, die vollstationär aufgenommen werden, und wir sehen eine steigende Nachfrage nach Angeboten. Damit ist die Belastung im Alltag für uns alle deutlich größer geworden. Aktuell befinden sich auch Kinder und Jugendliche in einer ambulanten Therapie, die wir früher eher stationär aufgenommen hätten. Die stationäre Aufnahme ist aber nicht möglich, weil schlicht und ergreifend nicht genügend Plätze zur Verfügung stehen.

Herr Heinemann und Herr Baasch, ich denke wir brauchen auch Aufklärung und so etwas wie Angehörigengruppen für betroffene Eltern. Die Eltern brauchen für viele Dinge ein offenes Ohr. Sie werden sich mit Problemen auseinandersetzen müssen, die jenseits der normalen familiären Versorgung liegen. Sie sind im Rahmen von Homeschooling und vielleicht auch Infektionsschutzmaßnahmen mit Aufgaben beauftragt worden, sodass zusätzlicher familiärer Stress entstanden ist. Es geht um finanzielle Mittel gerade für sozialschwache Familien. Das betrifft oftmals Menschen mit Migrationshintergrund und auch viele Alleinerziehende. Es ist ganz leicht, unter die Armutsgrenze zu fallen, wenn man Alleinverdiener ist. Vor allem brauchen wir jenseits der Psychiatrie eine Möglichkeit für Eltern, sich Hilfe zu suchen, sich Tipps zu holen.

Es ist zu fragen, inwiefern wir so etwas jenseits einer psychiatrischen Behandlung installieren können; denn die Hürde, in eine Psychiatrie zu gehen, ist sehr hoch. Ich behaupte auch nicht, dass die Menschen psychisch erkrankt sind. Sie sind vielmehr belastet. Wir könnten also unterstützen, aber derartige Unterstützungsangebote stehen noch nicht zur Verfügung, und die telefonische Seelsorge deckt vorhandene Fragen und Belastungen nicht hundertprozentig ab.

Prof. Dr. Klaus Rabe: Ich versuche, mich kurzzufassen - ich weiß, die Kollegen der letzten Anhörungsrunde sind schon in den Startlöchern -, und beginne mit der Frage von Herrn Dirschauer, wer denn jetzt eigentlich auf der Intensivstation liegt. Mit den 44 Patienten habe ich Ihnen die Zahl für Schleswig-Holstein schon genannt. Das Intensivregister in Deutschland weist, Stand heute, 2.386 beatmete COVID-19-Intensivpatienten aus. Das ist deutlich mehr als nichts; das ist klar. Es ist nur die Hälfte des Spitzenstandes, den wir Anfang Januar zu verzeichnen hatten, aber diese Frage ist selbstverständlich nach wie vor relevant.

Sie haben im Zusammenhang mit den Kindern und Jugendlichen den Migrationshintergrund angesprochen. Dieser ist einerseits schwer fassbar, andererseits befinden sich in unseren Intensivstationen tatsächlich sehr viele muslimische Patienten, die - so meine Mutmaßung - häufig aufgrund der Verfügbarkeit und zum Teil auch aufgrund von Sprachbarrieren nicht richtig geimpft worden sind.

Wir behandeln auch Patienten mit schwerem Verlauf, obwohl sie geimpft sind. Es stimmt also: Obwohl man geimpft ist, kann man einen schweren Verlauf haben. Auch sehen wir, dass es zurzeit durchaus ältere Patienten sind. Allerdings handelt es sich dabei nicht wie am Anfang

um den Menschen über 80, bei dem sich die Frage der Ethik auch im Hinblick auf die Intensivmedizin stellte, sondern eher um Menschen der Gruppe 60 plus. Es ergibt sich also ein gemischtes Bild, allerdings, wie berichtet, mit relativ niedrigen Zahlen für Schleswig-Holstein.

Herr Dirschauer, Sie haben mich gefragt, wie ich zu der einrichtungsbezogenen Impfverpflichtung stehe und ob ich Probleme mit ihr erwarte. Lassen Sie es mich so sagen: Ich bin jemand, der wie andere Krankenhausleute auch, alles versucht hat, sein eigenes Personal zum Impfen und auch zur Booster-Impfung zu bewegen. Die Zahl meiner nicht geimpften Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern bewegt sich derzeit im niedrigen einstelligen Bereich. Diesen habe ich klar gesagt, dass ich sie zum 15. März beim Gesundheitsamt melden müssen, um darüber befinden zu lassen, ob sie weiterarbeiten können.

Die Frage lautete immer, ob es aufgrund des Entweichens vor einer solchen Regel zu einem Exodus von Menschen im Pflegedienst kommen würde. Das kann ich Ihnen nicht repräsentativ beantworten. Nach meinem Gefühl wird es nicht so sein. Manche haben auf Novavax gewartet und versuchen noch auf die letzte Minute und Sekunde, sich impfen zu lassen. Manche sind fast froh, wenn sie dann selbst die Infektion bekommen haben und genesen sind. Aber dies ist eine geringere Anzahl. Wir versuchen nach wie vor, sie täglich abzuholen, beispielsweise im Intranet oder durch persönliche Ansprache. Auch halte ich eine Sprechstunde für impfunwillige Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter ab. - Einen Exodus erwarte ich, wie gesagt, nicht.

Frau Bohn, vielen Dank für Ihr Angebot, zu sagen, was wir brauchen, wenn sozusagen die Akutphase vorbei ist. Eines muss ganz klar sein: Einen Pflegenotstand, das Fehlen qualifizierten Personals, hatten wir auch schon vor Corona zu verzeichnen. Das darf man an dieser Stelle sicherlich sagen. Ich sehe aber, dass dieser nunmehr dadurch, dass Menschen in den letzten zwei Jahren einfach müde geworden sind und nicht mehr können, noch verstärkt worden ist. Jemand, der 63 Jahre alt und einfach erschöpft ist, fragt sich jetzt vielleicht, ob er früher aus dem Berufsleben ausscheiden sollte. Als jemand, der in diesem Jahr 64 wird, darf ich Ihnen sagen: Ich bin auch müde, aber ich schaffe es noch. Grund dafür ist wohl die Freude an meinem Beruf.

Liebe Frau Bohn, nicht nur im Pflegebereich, sondern auch im ärztlichen Bereich bestehen zwei große Probleme. Das Durchschnittsalter der niedergelassenen Kollegen in Schleswig-Holstein ist sowohl im allgemeinmedizinischen als auch im spezialisierten Bereich extrem

hoch. In den nächsten sechs Jahren erreichen nahezu 50 % der niedergelassenen Pneumologen die pensionsberechtigte Lebenszeit. Das heißt, wir müssen dafür sorgen, dass Ärzte wieder in den Praxen arbeiten, wir müssen das Arbeiten dort attraktiv machen. Auch sehen wir, dass zu wenig ausgebildet wird. Das heißt, wir müssen dafür sorgen, dass die Kliniken Lungenfachärzte ausbilden. Menschen wie ich müssen junge Leute davon überzeugen, dass es nichts Schöneres gibt, als Lungenarzt zu werden. Das ist eine Riesenaufgabe.

Aber wir müssen auch sagen, dass wir nicht in einem Jammertal leben, sondern dass dies eine medizinische Herausforderung und eine Chance ist, Menschen klarzumachen, was sie, wenn sie solidarisch auftreten, im Gesundheitssystem leisten können. Ich bin der Meinung, dass viel zu wenig darüber gesprochen wird, was wir in Schleswig-Holstein, aber auch im Bund durch solidarisches Handeln, dadurch, dass wir uns viel besser aufgestellt haben, gemeinsam geschafft haben. Das kann doch nur die Empfehlung bedeuten, diesen Beruf auszuüben und genau das zu tun, was alle Leute machen. Diese Botschaft vermisse ich.

Lieber Herr Heinemann, selbstverständlich ist es für die Lungenfachklinik Borstel nicht schön gewesen, dass sie geschlossen wurde. Ich sage aber auch - das sage ich respektvoll -: Für die Versorgung im Land hat das keine Konsequenzen. Sie war eine kleine Klinik, sodass letztlich nur eine geringe Kapazität in der Versorgung fehlt. Sie hat Lungenheilkunde betrieben, aber nichts gemacht, was nicht andere Kliniken haben übernehmen können. Für die Betroffenen vor Ort finde ich es ausgesprochen bedauerlich, aber der Plan der Klinik Borstel, Basiswissenschaft und klinische Anwendung zu verzahnen, wird im Land aufgegriffen. Das Land Schleswig-Holstein ist Eigner eines der Standorte des Deutschen Zentrums für Lungenforschung, das sich genau mit dieser Translation von Basiswissenschaft hin zur Klinik beschäftigt. Damit ist es meiner Meinung nach gut aufzufangen.

Vorsitzender: Solche Appelle können eigentlich nicht ohne Wirkung bleiben. Frau Professor Jauch-Chara und Herr Professor Rabe, herzlichen Dank für Ihre Ausführungen.

Block 3 der Anhörung

- Frank Roselieb
Geschäftsführender Direktor des Instituts für Krisenforschung - Krisennavigator
- Prof. Dr. Kerstin von der Decken
Geschäftsführende Direktorin des Walther-Schücking-Instituts für Internationales Recht an der CAU zu Kiel
- Uta Fölster
ehem. Präsidentin des Schleswig-Holsteinischen Oberlandesgerichts
- Prof. Dr. Stefan Kooths
Direktor des Forschungszentrums Konjunktur und Wachstum am Institut für Weltwirtschaft in Kiel

Wir kommen nun zum dritten Teil unseres Gesprächs. Dazu dürfen wir Herrn Prof. Dr. Stefan Kooths, Direktor des Forschungszentrums Konjunktur und Wachstum am Institut für Weltwirtschaft in Kiel - er ist nur bis 12:45 Uhr verfügbar -, Herrn Frank Roselieb, geschäftsführender Direktor des Instituts für Krisenforschung - Krisennavigator, Frau Prof. Dr. Kerstin von der Decken, Geschäftsführende Direktorin des Walther-Schücking-Instituts für Internationales Recht an der CAU zu Kiel, und Frau Uta Fölster, ehemalige Präsidentin des Schleswig-Holsteinischen Oberlandesgerichts, begrüßen.

Wir sollten die Expertinnen und Experten wiederum in der genannten Reihenfolge hören. Somit hat zunächst Herr Professor Kooths das Wort.

Prof. Dr. Stefan Kooths, Direktor des Forschungszentrums Konjunktur und Wachstum am Institut für Weltwirtschaft in Kiel: Einen schönen guten Tag auch von meiner Seite in diese Runde. Ich werde meinen Vortrag möglichst kompakt halten.

Vorab eine generelle Bemerkung. Es klang eben schon im Hinblick auf verschiedene Aspekte des Gesundheitssystems an: Generell kann die Pandemiebekämpfung kein Monoziel sein, das, etwa im Sinne des höchsten Infektionsschutzes, maximiert wird. Vielmehr sind - das geht über den gesundheitspolitischen Bereich hinaus - auch sozioökonomische Aspekte zu beachten. Dabei kann es typischerweise nie darum gehen, nur in Worstcase-Szenarien zu denken. Das würde eine völlig unrealistische Risikopräferenz in der Bevölkerung unterstellen. Wenn es so wäre, dass die Menschen jedem denkbaren Risiko aus dem Weg gehen wollten, dann dürfte es beispielsweise keine Lotterien geben, an denen die Menschen freiwillig teilnehmen. Gene-

rell kann man sagen, die Politik kann sich nicht an dem orientieren, was sich alles wissenschaftlich nicht ausschließen lässt. Das ist eine meines Erachtens für die Politik irrelevante Kategorie; denn sicher ausschließen kann man am Ende des Tages nur sehr wenig.

Ich möchte meinen Beitrag insbesondere dazu nutzen, Ihnen eine aktuelle Rechnung unseres Instituts vorab zu präsentieren. Dabei geht es um die Frage, was die aktuelle Quarantäne- und auch Krankheitslage für den Arbeitsausfall bedeutet und was das wiederum für die Wirtschaftsleistung heißt.

Wir gehen davon aus, dass wir bei den Neuinfektionen die Spitze etwa zur Mitte des Monats, also in Kürze, sehen werden, und dies in einer Größenordnung von etwa 300.000, und dass diese Spitze dann bis Ende März allmählich abschmilzt. Dabei gehen wir von einer Reduzierung auf 75.000 aus. Pro gemeldeter Infektion veranschlagen wir einen Arbeitstageausfall von sechs Tagen. Das würde im Durchschnitt des ersten Quartals 160.000 Fälle täglich bedeuten, in denen eine Quarantäne oder sogar ein Krankheitsverlauf beginnt. In den allermeisten Fällen wird es bei einer Quarantäne bleiben. Wir haben das Infektionsgeschehen nach Altersgruppen geschichtet betrachtet. Bei einer Erwerbstätigenquote von 53 % bedeutet das, dass uns dieses Infektionsgeschehen in diesem Quartal ungefähr einen Arbeitstag kostet. Das klingt nach wenig, ist aber viel. Dies sind nämlich 2 % des gesamten Arbeitsvolumens, das uns in einem Dreimonatszeitraum zur Verfügung steht.

Nun kann man eine erste Abschätzung vornehmen, weil wir den Zusammenhang zwischen dem Krankenstand in der Gesamtwirtschaft und der Wirtschaftsleistung, gemessen am Bruttoinlandsprodukt, kennen. Insoweit kann man typischerweise sagen: Ein Prozent weniger Arbeitsvolumen aufgrund von vermehrten Krankenständen bedeutet 0,5 % weniger Wirtschaftsleistung. Für das erste Quartal würde das umgerechnet bedeuten, dass uns das etwa 1 % an Wirtschaftsleistung kostet. Hinzu kommt voraussichtlich ein zusätzlicher Betreuungsaufwand. Die Effekte hieraus veranschlagen wir auf weitere 0,2 %.

Das ist mit Unsicherheit verbunden; denn es gibt auch entlastende Faktoren. Dazu gehört das Homeoffice. Vom WSI kennen wir aus den verschiedenen Infektionswellen den Maximalstand. Dieser lag bei 27 % aller Erwerbstätigen. Die Möglichkeit, ins Homeoffice auszuweichen, mildert den Effekt leicht. In der Industrie gibt es derzeit noch andere Gründe. Das sind insbesondere Lieferengpässe, die zu einer Unterauslastung führen, sodass der Arbeitsausfall dort, für sich genommen, nicht so stark durchschlägt.

Auf der anderen Seite gibt es aber leider auch Gründe, die dafür sprechen, dass der Ausfall an Arbeitstagen, den wir jetzt erwarten müssen, aufgrund von Nichtlinearitäten stärker durchschlägt, als wir das aus den vergangenen Zusammenhängen ableiten können. Der stärkste Anstieg an Krankenständen, also an Abwesenheit vom Arbeitsplatz, den wir in der Vergangenheit beobachten konnten, betrug von einem Quartal zum anderen 0,5 Arbeitstage. Jetzt reden wir über das Doppelte, und es kann dazu kommen, dass aufgrund von Komplementaritäten der Ausfall an der einen Stelle Ausfälle an anderer Stelle nach sich zieht.

Wenn also beispielsweise der Bäcker nicht zur Arbeit erscheinen kann, dann können auch die sonstigen Bediensteten in einer Bäckerei ihre Tätigkeit nicht ausüben. Das ist bedeutsam. Selbstverständlich haben sich die am Wirtschaftsgeschehen Beteiligten auf Krankheitsfälle vorbereitet, aber jetzt ragt der Arbeitsausfall deutlich über das hinaus, was man aus der Vergangenheit kennt, als man, weil dies die mehrjährige Erfahrung widerspiegelte, davon ausgehen konnte, dass dieser abgefangen würde.

Zudem dürfen wir die Insolvenzen nicht vergessen. Wir haben zwar bislang immer noch sehr niedrige Insolvenzzahlen zu verzeichnen. Sie sind zuletzt gestiegen, liegen aber immer noch unter dem Vorkrisentrend. Je länger insbesondere die kontaktintensiven Wirtschaftsbereiche durch Infektionsschutzmaßnahmen gestresst werden, desto eher ist allerdings damit zu rechnen, dass Unternehmen aufgeben oder tatsächlich in die Insolvenz gezwungen werden.

Diese groben Abschätzungen möchte ich Ihnen mitgeben. Noch einmal: Ein Arbeitstag zuzüglich der Betreuungseffekte bedeutet eine Reduzierung der Wirtschaftsleistung von ungefähr 1 %. Das bedeutet: In scharfen Zahlen entgeht uns aufgrund der Quarantäneregeln im ersten Quartal eine Wertschöpfung von etwa 10 Milliarden €. Das gilt es, mit zu berücksichtigen.

Frank Roselieb, Geschäftsführender Direktor des Instituts für Krisenforschung - Krisennavigator: Vielen Dank auch von meiner Seite für die Einladung. Meine Schwerpunkte in der Expertenrunde sind seit mittlerweile zwei Jahren bekanntermaßen drei Themen. Das erste ist das kommunikative Krisenmanagement, also die Frage, wie man den Bürgern Maßnahmen vermittelt. Das zweite ist das operative nicht-medizinische Krisenmanagement. Dabei geht es um Themen wie KRITIS, die kritischen Infrastrukturen. In Kiel liegen hierzu sehr gute Zahlen vor, weil wir seit vielen Jahren die Geschäftsstelle des Berufsverbandes der Business Continuity Manager für die Dachregion führen. Wir sehen also auch, was sich im Ausland tut oder

eben nicht tut. Der dritte Bereich ist die Krisenforschung mit sämtlichen empirischen Daten aus zwei Jahrzehnten und den Fallstudien, die wir gesammelt haben.

Fangen wir mit dem Bereich des kommunikativen Krisenmanagements an. Hierbei ist ein Aspekt, den man immer wieder betont und den man auch nicht oft genug wiederholen kann, die Frage, wie die Menschen im Laufe der Zeit mit der Pandemie umgehen.

In der jetzigen Phase der Pandemie kommt es auf drei Dinge an. Erstens geht es um die Vokabeln, also um Begriffe. „Lockerungen“ wäre jetzt beispielsweise der falsche Begriff. Das gilt auch für den Begriff der Stufenpläne. Nach meinem Empfinden passt er nicht mehr. An dieser Stelle waren wir bereits vor einem Jahr. Der Staat hat jetzt eigentlich geliefert: Impfstoff ist vorhanden, Booster-Impfstoff ist vorhanden, die Termine für das Impfen sind vorhanden. Auch die letzte Impflücke, also die bei Kindern von 0 bis 5 Jahren, wird demnächst wohl geschlossen werden können. Spätestens dann - das haben die Kollegen schon angesprochen - geht die Pandemie wieder in die Eigenverantwortung zurück. Länger würden die Menschen das auch nicht tragen, weil sie nicht erwarten, etwas von Einschränkungen zu hören, sondern darauf warten, eine Begründung dafür zu hören, warum sie immer noch eingeschränkt leben müssen.

Zweitens zum operativen Krisenmanagement. Die düsteren Prognosen des neuen Expertenrats der neuen Bundesregierung sind glücklicherweise nicht eingetreten. Zusammengebrochen ist in der kritischen Infrastruktur nichts. Das hätte mich nach zwei Jahren Pandemie auch gewundert. Die Einrichtungen können mit dem Business Continuity Management mittlerweile recht gut umgehen. Herr Kooths hat schon angedeutet, dass in vielen Unternehmen „Quarantäne“ mittlerweile so etwas Ähnliches wie ein Wort für Homeoffice und nicht unbedingt für eine Erkrankung ist, die bettlägerig macht. Der überwiegende Teil der Beschäftigten ist geimpft, längst geboostert. Insoweit erwarte ich auch perspektivisch keine Probleme.

Noch ein Wort zum operativen staatlichen Krisenmanagement. Wir haben für eine ganze Reihe von öffentlichen Einrichtungen - auch in Schleswig-Holstein, auch für Kreise - Krisenmanagementsysteme aufgebaut. Insoweit bestehen selbstverständlich weitere Kontakte. Nach dem, was man von dort hört, arbeiten diese zwar ohne Frage weiter am Anschlag, aber sicherlich sind sie zurzeit nicht gnadenlos überlastet. Das sah in anderen Phasen der Pandemie zum Teil ganz anders aus.

Drittens noch ein kurzer Blick in die Daten der empirischen Krisenforschung. Mit ihr verdichten wir die Vielzahl vorliegender Studien zu Meta-Analysen, auch um den Blick für das Ganze, für das Wesentliche, nicht zu verlieren. Bezüglich der Fragen, die Sie in einem langen Fragenkatalog gestellt haben, zeigen sich drei Dinge:

Erstens. Eine Spaltung der Gesellschaft sehen wir in der Gesamtschau nicht. Wenn Sie das Thema der Impfpflicht exemplarisch herausnehmen und sich nicht gerade die Gegenwart, sondern ruhigere Zeiten, beispielsweise die Zeit von Ende November 2021, also die Zeit deutlich vor der Omikron-Welle, anschauen, so sehen Sie, dass sich damals Zustimmungswerte von 71 % für die Impfpflicht, wohlgerne bevölkerungsrepräsentativ, ergeben haben. Insoweit liegt also keine Spaltung, sondern eher eine Abspaltung einiger Weniger vor. In der jetzigen Phase der Pandemie hilft auch eine Krisenkommunikation nicht mehr. Es besteht kein Wissensdefizit, das mit Kommunikation ausgeglichen werden kann, sondern es besteht tatsächlich ein Wissensdissens.

Zweitens ist die Bewertung des Krisenmanagements zu nennen. Auch hier blicke ich ein wenig zurück, weil aktuelle Zahlen immer leicht verfälscht sind und man das Endergebnis abwarten muss.

Wenn Sie sich die Zahlen zur letzten großen Welle, zur dritten Welle, also den Mai 2021 vor dem etwas ruhigeren Sommer, anschauen, so war die Zufriedenheit der Menschen mit dem Pandemie-Management in Schleswig-Holstein im bundesweiten Vergleich nach wie vor sehr hoch. Das gilt auch für den zentralen Krisenkommunikator, den Ministerpräsidenten.

Ein wenig geholpert hat es dagegen beim operativen Krisenmanagement. Das haben andere Länder zum Teil deutlich besser hinbekommen. Blicken Sie in das vielgescholtene Bayern. Dort hat man ein Online-System eingeführt, bei dem man sich einmal registrieren lassen musste, und dann bekam man einen Termin zugewiesen. Dort mussten auch nur sehr wenige Termine storniert werden. Das hat in Schleswig-Holstein am Anfang nicht funktioniert. Hier war eine Art Windhundprinzip angesagt: Wenn ich bei den Ersten bin, bekomme ich einen Termin; sonst muss ich eine Woche lang warten, und das Spiel beginnt von Neuem. Das ist aber mittlerweile geändert worden.

Der dritte und letzte Punkt ist immer die Perspektive, also die Frage, wie es weitergeht. Das betrifft zum einen die Menschen, zum anderen aber auch die Wirtschaft. Herr Kooths hat zur

Wirtschaft schon einiges gesagt. Was die Menschen anbelangt, so möchten diese gar nicht mehr wissen, wie es in den nächsten vier Wochen weitergeht, sondern sie schauen in den Herbst und in den Winter. Wir sehen aus sämtlichen Umfragedaten, dass die Menschen das Gefühl haben, eine Krise ohne Krisenmanager zu erleben. Sie sagen sich: Mein Gott, es kommen kaum Signale von der Bundesebene. Bei der Impfpflicht duckt man sich irgendwie weg. Entweder beenden die diese Krise jetzt, weil offenkundig kein Handlungsbedarf mehr besteht, oder sie zeigen Konsequenz und Führungsstärke. - Insoweit blicke ich gespannt auf das, was am Mittwoch kommt.

Ein letztes Wort zur Wirtschaft. Herr Kooths hat bereits die Insolvenzen angesprochen. Die betreffenden Daten landen über das bilanzielle Krisenmanagement auch bei uns. Darüber hinaus liegt uns auch eine Datenerhebung vor, die die Krisendiagnosedaten ausgewählter Bankengruppen betrifft. Daran zeigt sich, dass, insbesondere auf die Liquidität bezogen, für den Sommer ein deutlicher Anstieg an Unternehmen erwartet werden muss, die sich sozusagen freiwillig vom Markt zurückziehen, obwohl sie nicht überschuldet und nicht zahlungsunfähig sind.

Dies deutet sich - das ist für Schleswig-Holstein wichtig - insbesondere im Gastgewerbe an. Sehr viele Unternehmen in diesem Bereich haben einfach keine Mitarbeiter mehr. Diese sind abgewandert und werden auch nicht zurückkommen. Da wird letzten Endes auch ein höherer Mindestlohn nichts helfen. Hierauf sollte Schleswig-Holstein, was die Folgen, auch die mittelfristigen Folgen angeht, einen besonderen Blick werfen.

Prof. Dr. Kerstin von der Decken, Geschäftsführende Direktorin des Walther-Schücking-Instituts für Internationales Recht an der CAU zu Kiel: Liebe Mitglieder des Sozialausschusses! Frau Fölster und ich sind beide als Juristinnen geladen. Wir haben uns abgesprochen und wollen uns die Themen aufteilen. Ich werde etwas zur allgemeinen Impfpflicht sagen, und Frau Fölster wird im Anschluss allgemeine rechtliche Überlegungen, die im Rahmen der Coronapandemie angestellt worden sind und auch in Zukunft anzustellen sein werden, ansprechen.

Zur allgemeinen Impfpflicht gab es mehrere Fragen, die ich beantworten werde, indem ich in drei Schritten vorgehe. Im ersten Schritt werde ich die Frage aufgreifen, warum eine allgemeine Impfpflicht sinnvoll oder nötig ist; in einem zweiten Schritt werde ich darauf eingehen,

wie eine solche allgemeine Impfpflicht bezüglich des Inhalts, aber auch hinsichtlich der Durchsetzung aussehen könnte; und im dritten Teil werde ich auf die Frage antworten, was die Folgen wären, wenn wir eine solche Impfpflicht tatsächlich bekämen.

Erstens. Warum ist eine allgemeine Impfpflicht sinnvoll? Ist sie vielleicht sogar nötig, obwohl wir uns wieder auf einer abflachenden Welle befinden, obwohl der Sommer kommt und obwohl Omikron deutlich mildere Verläufe zeigt als die vorherigen Varianten?

Hierzu gibt es mehrere Antworten. Die erste Antwort lautet: Die Impfquote in Deutschland ist mit knapp 63 % deutlich zu niedrig, wenn man sie mit der in Dänemark und in anderen Staaten vergleicht. Alle Appelle, alle Aufrufe an die Selbstverantwortung, alle Erklärungsversuche in unterschiedlichen Sprachen, in allen Medien und auf allen Ebenen haben offenbar - aus welchen Gründen auch immer - nicht das gewünschte Ergebnis erzielt, obwohl wir es jetzt über ein Jahr lang versucht haben.

Man weiß, dass die Impfung nicht komplett vor einer Erkrankung und auch nicht komplett vor einer Übertragung schützt, dass sie aber die Übertragung deutlich reduziert und schwere Verläufe zu einem ganz großen Teil verhindert. Bekannt ist auch, dass die einmalige Erkrankung, die sogenannte Genesung, bei der Omikron-Variante bei Weitem nicht das Schutzniveau einer dritten Impfung erreicht.

Juristisch gesehen, ist eine allgemeine Impfpflicht als eine deutlich mildere Beschränkung anzusehen als die weitgreifenden Beschränkungen, die die gesamte Gesellschaft erreicht haben. Ich komme auf Frau Jauch-Chara zurück: Denken Sie an die Folgen, die die Einschränkungen für ganz viele Gruppen, insbesondere auch für Kinder, gehabt haben. Eine Impfpflicht einzuführen, ist wesentlich weniger invasiv, als potenziell wieder in eine solche Situation hineinzukommen.

Es ist richtig, dass eine Impfpflicht jetzt, gegen die Omikron-Welle und für den Sommer, nichts bringt, weil es eine Zeitlang dauert, bis alle geimpft sind; aber es wäre eine Vorsichtsmaßnahme für den kommenden Herbst beziehungsweise Winter.

Ein letzter Punkt, der für die allgemeine Impfpflicht spricht: Die Impfung dient ja nicht nur dazu, den Geimpften zu schützen, sondern sie dient auch dazu, eine Übertragung zu verhindern.

Man ist als Mensch potenziell eine Gefahr für andere. Wir kennen im Recht immer wieder die Situation, dass, wenn jemand eine potenzielle Gefährdung für jemand anderen darstellt, diese Gefährdung zurückgeführt wird. Das muss man immer beachten, wenn es um die Frage geht: Warum eine Impfung? - So viel zu den Gründen, warum eine allgemeine Impfpflicht sinnvoll oder gar nötig ist.

Jetzt zu dem potenziellen Inhalt. Im Augenblick diskutieren drei Fraktionen im Bundestag unterschiedliche Entwürfe. Derzeit weiß man die meisten Details über den Entwurf, der von sieben Abgeordneten aus den Fraktionen der sogenannten Ampelkoalition eingebracht worden ist. Ein weiterer Entwurf soll in dieser Woche vorgelegt werden, ist aber im Detail noch nicht verfügbar, und ein dritter liegt noch nicht vor.

Der Entwurf der sieben Abgeordneten aus den Fraktionen der Ampelkoalition erscheint mir grundsätzlich gut. Er sieht zu der Frage, wann jemand vollständig geimpft ist, die Antwort „mit drei Impfungen“ - nicht mit zwei, sondern mit drei Impfungen - vor. Die Impfpflicht soll bis zum 31. Dezember 2023 befristet sein. Das ist ein gutes Instrument. Bislang haben wir in der Coronapandemie immer mit zeitlich beschränkten Maßnahmen gearbeitet, weil wir ja nicht wissen, wie es weitergeht. Es könnte also durchaus sein, dass man es ab dem Jahr 2024 nicht mehr braucht, aber es könnte auch das völlige Gegenteil der Fall sein, sodass man es vielleicht noch einmal ändern muss.

Laut diesem Entwurf soll die Impfpflicht für Menschen ab 18 Jahren mit dauerhaftem Aufenthalt in Deutschland gelten, und es soll eine enge Zusammenarbeit mit den Krankenkassen erfolgen. Jeder Mensch ist ja bei uns gesetzlich oder privat versichert. Deshalb soll der Kontakt über die Krankenkassen laufen: Die Krankenkassen schreiben ihre Mitglieder an, informieren sie, beraten sie gegebenenfalls oder informieren über Beratungsangebote, fordern dann auch die Impfnachweise an und können auf diese Art und Weise individuell nachverfolgen, wer geimpft ist. Dazu soll es ein datenschutzkonformes Impfportal geben, auf dem die Krankenkassen ihre Daten hinterlegen.

Nun ist zu fragen, wie das Ganze durchgesetzt wird. Es soll keine Zwangsimpfung geben, es wird also niemand abgeholt, polizeilich vorgeführt, der Arm wird festgehalten und die Spritze wird hineingestoßen. Auch soll es keine Erzwingungshaft oder Ähnliches geben, so wie man

es manchmal in Bildern vor sich sieht. Vielmehr soll es schlicht und ergreifend eine bußgeldbewehrte Handlung sein, wobei das Bußgeld ausgesetzt werden soll, wenn sich jemand innerhalb einer Sechswochenfrist nach Erhalt des Bußgeldbescheides doch noch impfen lässt.

Persönlich könnte ich mir andere beziehungsweise weitere Formen der Durchsetzung vorstellen, zum Beispiel, dass an die Nicht-Impfung gewisse Konsequenzen geknüpft werden, sodass etwa kein Zugang zu bestimmten Einrichtungen besteht oder eine Beteiligung an Krankheitskosten erfolgt, wenn man schwer erkrankt, weil man ja selbst dazu beigetragen hat, dass es so weit gekommen ist. Auch Haftungsfragen könnten gestellt werden, wenn man jemand anderen angesteckt hat. Wenn ich zum Beispiel mit einem gefährlichen Hund über die Straße gehe und dieser Hund jemanden anfällt, dann hafte ich für den Schaden, den dieser anrichtet, weil ich mit einem gefährlichen Gegenstand unterwegs bin. Das sind alles Konsequenzen, von denen man sich vorstellen kann, dass sie greifen, wenn man sich nicht impfen lässt.

Der Vorschlag sieht des Weiteren vor, dass sich die Menschen nach einer Aufklärung über die verschiedenen Impfstoffe einen Impfstoff auswählen können. Mittlerweile gibt es auch den Novavax-Impfstoff. Viele hatten Bedenken gegen die mRNA-Impfstoffe. Diesen Bedenken kann man damit jetzt begegnen. Zudem soll es Ausnahmen und Sonderkonstellationen geben, die über eine Verordnung geregelt werden sollen.

Ich persönlich halte diesen Vorschlag für sehr durchdacht. Man denkt an mehrere verschiedene Möglichkeiten und Eventualitäten. Für das Inkrafttreten eines solchen Gesetzes gibt es nach meiner persönlichen Meinung zwei Möglichkeiten. Entweder sagt man, es trete zu einem bestimmten Zeitpunkt in Kraft, oder man sagt, es sei fertig und trete in Kraft, wenn der Startschuss dafür gegeben werde, weil gesehen werde, dass es nötig sei. Auf jeden Fall sollte der Startschuss nicht zu spät erfolgen; denn wir wissen aus dem vergangenen Jahr, dass die Infektionszahlen im Herbst beziehungsweise im Winter wieder nach oben gehen werden. Corona wird nicht verschwinden. Dieser schöne Satz wird ja immer gesagt, und ich glaube, dieser Satz ist wahr.

Der Alternativvorschlag, der noch nicht im Detail vorliegt, aber in dieser Woche erwartet wird, sieht eine Impfpflicht ab dem 50. Lebensjahr mit einem persönlichen Beratungsgespräch vorab vor. So viel weiß man derzeit über diesen Entwurf.

Die Frage, was sinnvoller ist, eine Impfpflicht ab 50 oder eine Impfpflicht ab 18, müssten eher die Virologen und Mediziner beantworten. Das hängt davon ab, ob Sie nur die vulnerablen Gruppen schützen wollen oder ob Sie eine Gesellschaft mit möglichst wenig Einschränkungen für alle wieder zum Laufen bringen wollen. Im ersten Fall würde man eine Impfpflicht ab 50, im zweiten Fall würde man eine Impfpflicht ab 18 ansetzen.

Zu einem dritten, angekündigten Antrag, in dem es darum geht, eine Impfpflicht abzulehnen, sind mir keine Details bekannt. Dazu gibt es bislang kein Papier, zumindest keines, das ich kenne.

Die nächste Debatte hierüber im Bundestag soll im März stattfinden. Bis dahin wird zumindest der zweite Entwurf vorliegen. Dann besteht meiner Ansicht nach genügend Raum, um über die Entwürfe zu diskutieren. Aber mir scheint das Eckpunktepapier grundsätzlich durchdacht zu sein.

Nun zum dritten Punkt. Eine der gestellten Fragen lautet in etwa, ob man davon ausgehen könne, dass mit einer allgemeinen Impfpflicht überhaupt keine Beschränkungen mehr zu erwarten sind, dass es also ein Entweder-Oder gibt. Das Impfen von 80 bis 90 % der Bevölkerung ist eine absolute Voraussetzung zur Rückkehr in ein normales Leben. Wir haben über Appelle und mit Blick auf die Selbstverantwortung versucht, die Menschen dazu zu bewegen, sich freiwillig impfen zu lassen. Das ist nicht gelungen. Wenn man das zugrunde legt, wäre eine allgemeine Impfpflicht die Voraussetzung für die Rückkehr in ein normales Leben.

Das bedeutet allerdings nicht, dass man davon ausgehen kann, dass dann überhaupt keine Beschränkungen mehr kommen werden. Zum einen wird es dabei bleiben, dass mit Sicherheit Sondermaßnahmen für den Schutz vulnerabler Gruppen ergriffen werden müssen. Ein drastisches Beispiel dafür ist, dass man sich, wenn man in ein Pflegeheim oder in ein Krankenhaus geht, vorher testen lassen und eventuell eine Maske tragen muss. Komplett werden die Beschränkungen also nicht verschwinden. Auch muss man im Auge behalten: In der Bundesrepublik Deutschland ist mittlerweile die fünfte Variante angekommen. Sie ist milder. Es wird weitere Varianten geben. Ob sie immer milder werden oder ob die nächste Variante gefährlicher ist, wissen wir nicht. Somit ist nicht mit absoluter Sicherheit zu sagen, ob vielleicht eine vierte Impfung zur Pflicht wird oder ob doch wieder andere Maßnahmen ergriffen werden müssen, weil die Impfung nicht hilft. Das alles wissen wir nicht.

Damit zu meinem letzten Punkt. Je mehr Ansteckungen es gibt, desto mehr Varianten des Virus entwickeln sich, weil die Varianten bei der Vermehrung des Virus entstehen. Das heißt, wir tun gut daran, die Ansteckungen möglichst herunterzufahren, weil wir damit auch das Entstehen von neuen Varianten und damit von neuen Unsicherheiten verhindern. Dementsprechend wäre eine Folge einer allgemeinen Impfpflicht die Reduzierung der Ansteckung und die Reduzierung der Wahrscheinlichkeit zusätzlicher Varianten.

So viel von meiner Seite. Damit übergebe ich gern an meine Kollegin Fölster, die sich nun den eher allgemeinen Fragen widmen wird.

Uta Fölster, ehemalige Präsidentin des Schleswig-Holsteinischen Oberlandesgerichts:

Auch ich bedanke mich herzlich für die Gelegenheit, etwas zu dem bekannten Thema zu sagen. Lassen Sie mich vorwegschicken: Ohne, dass Frau Professorin von der Decken und ich das im Einzelnen abgesprochen haben, welcher Entwurf zur allgemeine Impfpflicht, nach dem, was man bisher weiß, wohl der vorzugswürdige sein könne, teile ich ihre Auffassung. Der Satz, dass zwei Juristinnen drei Meinungen vertreten, bewahrheitet sich in diesem Einzelfall jedenfalls nicht.

Ich werde, wie angekündigt, etwas zum Prüfungsmaßstab bezüglich der Rechtmäßigkeit von Grundrechtseingriffen sagen. Das erscheint mir deshalb wichtig zu sein, weil der Prüfungsmaßstab, ganz gleich, um welche Frage es geht, immer derselbe ist. Bei der Frage, ob ein Grundrechtseingriff rechtmäßig ist oder nicht, ändert sich nicht der Prüfungsmaßstab; das, was sich ändert, sind vielmehr die Umstände, die die Schwere eines Grundrechtseingriffs ausmachen beziehungsweise die Umstände, was die Intensität der abzuwehrenden Gefahr betrifft.

Lassen Sie mich noch einen einleitenden Satz sagen, der schon in den verschiedenen Stellungnahmen zuvor formuliert worden ist. Wir dürfen nicht vergessen, dass das Leben normal ist, das ich nach dem Grundgesetz in Freiheit verbringen darf. Begründet und dann auch gerechtfertigt werden müssen also Freiheitsbeschränkungen. Wenn diese Systematik strenggenommen wird, dann geht es - jedenfalls bei der rechtlichen Prüfung - nicht darum, die Rückgabe von Freiheiten zu rechtfertigen, sondern darum, ob ich Freiheitsbeschränkungen weiter aufrechterhalten kann und darf. Das scheint mir sehr wichtig zu sein, weil es in der Sprache durchaus auch Formulierungen gibt - ich bin nicht frei davon; das will ich offen sagen -, die auf eine andere Notwendigkeit schließen lassen. So ist der Begriff „Lockerungen“ auch aus meiner

Sicht eigentlich der falsche, weil es nicht um Lockerungen, sondern um die Rückgabe von Freiheiten geht.

Erlauben Sie mir einen weiteren Satz hierzu. Im Juristischen gibt es den Begriff der Lockerungen. Dieser bezieht sich aber auf Strafgefangene, die auf ein Leben in Freiheit vorbereitet werden sollen. Damit ist aber die Gesellschaft im Zusammenhang mit der von uns zu diskutierenden Frage nicht vergleichbar.

Zum Prüfungsmaßstab. Im Wesentlichen sind es zwei Punkte, die man zu prüfen hat, wobei ich im Hinblick auf den zweiten Schritt vier Unterpunkte kurz beschreiben möchte. Ich erhebe in der Darstellung des Prüfungsmaßstabs wahrlich keinen Anspruch auf Vollständigkeit. Das sehen Sie mir bitte nach. Meine Darstellung wird sehr knapp und kurzgefasst sein.

In einem ersten Schritt muss geprüft werden, ob es einen Grundrechtseingriff gibt. Ich nenne das Beispiel der Kontaktverbote. Dabei ist klar: Der Grundrechtseingriff ist die Beschränkung der Freiheit. Die Freiheit ist in Artikel 2 GG geregelt. In diese wird eingegriffen. Frau Rauch-Chara und Herr Professor Kooths haben gut und eindrücklich beschrieben, dass es sich hierauf aber nicht beschränkt. Insbesondere mit zunehmender Dauer stellen wir auch andere Grundrechtseingriffe fest, zum Beispiel die Beeinträchtigung der Gesundheit, nicht unbedingt durch das Virus - dadurch selbstverständlich auch -, sondern durch andere Maßnahmen, die wir als Grundrechtsbeschränkung vorsehen. Dabei geht es unter anderem um psychische Schäden oder Gefahren insbesondere für Heranwachsende und Kinder oder auch um die wirtschaftlichen Folgen.

Im zweiten Schritt ist zu fragen, ob der Eingriff gerechtfertigt ist. Hierzu will ich vier Unterpunkte beschreiben.

Erstens. Bei der Frage der Rechtfertigung geht es zunächst darum, ob ein verfassungsrechtlich legitimes Ziel verfolgt wird. Dazu gehören - hierzu ist die Rechtsprechung ganz einheitlich - das überragend wichtige Vermeiden einer Überlastung des Gesundheitssystems und die Sicherstellung der medizinischen Versorgung.

Für die Beschreibung eines solchen verfassungsrechtlich legitimen Ziels brauche ich zweitens eine sehr zuverlässige und hinreichend tragfähige Grundlage. Spätestens hier kommen auch

die Expertinnen und Experten aus dem virologischen und medizinischen Bereich zum Tragen. Deren Erkenntnisse müssen den Gesetzgeber und Ordnungsgeber in die Lage versetzen, möglichst zuverlässig und hinreichend tragfähig Erkenntnisse zu gewinnen. Man kann vielleicht verkürzt sagen: Je länger eine Pandemie dauert - wir können sie, so glaube ich, immer noch als Pandemie bezeichnen -, desto intensiver ist die Verpflichtung, sich auf Erkenntnisse, die man über die Zeit gesammelt hat, zu stützen.

Das Bundesverfassungsgericht hat in der grundlegenden Entscheidung vom November letzten Jahres zur sogenannten Notbremse eindrücklich beschrieben, dass der Spielraum des Gesetzgebers bei dieser Frage je nach Intensität des Eingriffs unterschiedlich groß ist. Wenn es um schwerwiegende Eingriffe in Grundrechte geht, dürfen Unklarheiten in der Bewertung von Tatsachen grundsätzlich nicht ohne Weiteres zulasten der Grundrechtsträger gehen. Erlauben Sie mir bitte, dass ich dazu einen Satz aus der Entscheidung zitiere. Dieser lautet:

„Sind wegen Unwägbarkeiten der wissenschaftlichen Erkenntnislage die Möglichkeiten des Gesetzgebers begrenzt, sich ein hinreichend sicheres Bild zu machen, genügt es daher, wenn er sich an einer sachgerechten und vertretbaren Beurteilung der ihm verfügbaren Informationen und Erkenntnismöglichkeiten orientiert. Dieser Spielraum gründet auf der durch das Grundgesetz dem demokratisch in besonderer Weise legitimierten Gesetzgeber zugewiesenen Verantwortung dafür, Konflikte zwischen hoch- und höchstrangigen Interessen trotz ungewisser Lage zu entscheiden.“

Denken wir noch einmal zurück: Zu Beginn der Pandemie wussten wir alle eigentlich gar nichts. Da nicht bekannt war, ob es die beschriebene Gefahrenlage, die man abwehren wollte, tatsächlich gab, waren die Hürden, die aufgestellt wurden, nicht so hoch, wie sie heute sind.

Drittens ist zu untersuchen, ob die Maßnahme erforderlich ist. Dabei spielt es insbesondere eine Rolle, ob es möglicherweise andere, weniger einschneidende Mittel gibt, das verfassungsrechtlich legitime Ziel zu erreichen. Als weniger einschneidendes Mittel im Vergleich zu Kontaktverboten nenne ich, wenn die Gefahrenlage es zulässt, das Tragen von Masken und das Einhalten von Hygienevorschriften. Wenn solche Vorgaben das Ziel gleichermaßen hinreichend erreichen lassen, dann sind gewiss Kontaktverbote nicht mehr verhältnismäßig und damit nicht verfassungsgemäß.

Der letzte Punkt betrifft das sogenannte Übermaßverbot. Vielleicht haben Sie diesen Begriff schon einmal gehört oder gelesen. Eine Definition für das Übermaßverbot ist die Verhältnismäßigkeit im engeren Sinne, aber da definiert sich eine unverständliche Definition durch die nächste. Das hilft nicht weiter. Im Prinzip lässt es sich darauf reduzieren zu sagen: Der mit der Maßnahme verfolgte Zweck - nehmen wir einmal die gesundheitliche Versorgung der Bevölkerung - und die zu erwartende Zweckerreichung dürfen nicht außer Verhältnis zur Schwere des Eingriffs stehen. So ist das Übermaßverbot, wenn ich das einmal so sagen darf, landläufig zu interpretieren. Dabei ist wiederum zu berücksichtigen, dass die Interessen des Gemeinwohls umso gewichtiger sein müssen, je empfindlicher der Einzelne in seiner Freiheit beeinträchtigt wird. Umgekehrt ist das gesetzgeberische Handeln umso dringlicher, je größer die Nachteile und Gefahren sind, die aus einer gänzlich freien Grundrechtsausübung erwachsen können.

Zur Notbremse hat das Bundesverfassungsgericht gesagt, es liege kein Verstoß gegen das sogenannte Übermaßverbot vor, insbesondere auch deshalb - Frau von der Decken hat schon darauf hingewiesen -, weil man die Maßnahmen gesetzgeberisch erstens befristet, zweitens dynamisch an die Entwicklung der Pandemie angepasst und drittens regional differenziert oder jedenfalls Differenzierungsmöglichkeiten vorgesehen hat.

Das ist im Wesentlichen das juristische Prüfungsschema. Ich meine, dass sich in dieses Schema auch die Argumente aller Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler, die wir heute gehört haben, gut einordnen lassen. Dass letztlich im Einzelfall unabhängige Gerichte darüber zu befinden haben, wie diese Abwägungsprozesse im Ergebnis aussehen, ist klar. Deshalb will ich zur Situation heute nur sagen: In vielen Fällen sind, gemessen an der Intensität der Grundrechtseingriffe, die auch dadurch gesteigert worden ist, dass diese Pandemie nun schon so lange dauert, die Gefahren, die die Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler auch heute beschrieben haben, nicht derart, dass wir weiterhin alle Maßnahmen als gerechtfertigt ansehen können. Anders ausgedrückt: Es ist geboten, freiheitsbeschränkende Maßnahmen aufzuheben und Freiheiten zurückzugeben. Ich will jetzt nicht im Einzelnen differenzieren und meine damit auch nicht alle Freiheiten, aber ganz gewiss einige derjenigen, die heute schon angesprochen wurden.

Damit will ich schließen. Vielen Dank.

Vorsitzender: Wir haben uns herzlich zu bedanken. Das von Ihnen und von Frau von der Decken Vorgetragene beinhaltet, wenn ich es richtig verstanden habe, die klare Aussage: Die Einführung einer allgemeinen Impfpflicht ist ein deutlich geringerer Eingriff, als es die Einschränkungen sind.

Bevor wir zur Fragerunde kommen, teile ich mit, dass Herr Professor Kooths die Sitzung, wie angekündigt, um 12:45 Uhr verlassen hat. Er hat angeboten, schriftlich zu antworten. Wenn Sie diese Möglichkeit nutzen wollen, wird Frau Schönfelder Ihre Fragen gern an ihn übermitteln.

Abg. Wolfgang Baasch: Ich wollte unter anderem auch eine Frage an Herrn Kooths richten. Da Herr Roselieb in ähnlicher Intention unterwegs ist, traue ich mich, sie trotzdem hier zu stellen.

Es ist sehr deutlich beschrieben worden, welche Auswirkungen die Pandemie auf die Wirtschaft und auf die wirtschaftliche Entwicklung hat. Gehen wir einmal davon aus, dass wir tatsächlich eine Spaltung unserer Gesellschaft in jene, die solidarisch mit der Krise umgehen, und in einen anderen Teil, der sich eher abseits stellt, zu verzeichnen haben und dass zwischen diesen beiden Gruppen, pauschal gesprochen, ein Verhältnis von 80 % zu 20 % besteht. Das ist sicherlich nicht das exakte Verhältnis, und stellt sich wahrscheinlich auch je nach Umfrage beziehungsweise individueller Erfahrung unterschiedlich dar. Aber wenn wir einmal von diesem Verhältnis ausgehen, dann würde man daraus schließen, dass 80 % der Bevölkerung in einem höheren Maße Solidarität gelernt haben beziehungsweise Solidarität praktizieren. Somit würden diese 80 % in der Wirtschaft einen größeren Wert schaffen, als wenn sie nicht solidarisch wären. Wird also auch der Faktor Solidarität in Ihren Berechnungen zur Entwicklung der Wirtschaft und der Strukturen mitgedacht und mit bewertet?

Dabei denke ich zum Beispiel an Kollegen, die die Arbeit eines erkrankten Kollegen übernehmen, an Kollegen, die etwas unternehmen und sagen: Gerade jetzt muss ich etwas mehr machen. Ich denke also sowohl an eine Motivationssteigerung als auch an den realen Einsatz. Wird das in irgendeiner Weise berücksichtigt und bewertet und dem gegenübergestellt, was Herr Kooths an Verlusten errechnet hat, beziehungsweise werden seine exakten Zahlen hierdurch relativiert?

Meine zweite Frage richtet sich an die beiden Juristinnen. Wenn eine Impfpflicht eingeführt wird, wie sollte diese kontrolliert werden? - Sie durchzusetzen, ist noch eine andere Geschichte. Frau von der Decken hat ja gesagt, dass sie mit Zwang nicht durchgesetzt werden kann. Auch werden sich Polizisten sicherlich nicht wie bei einer Fahrzeugkontrolle auf den Bürgersteig stellen und stichprobenartig Menschen auffordern, ihren Impfausweis vorzuzeigen. Ich bin der festen Überzeugung, dass eine Impfpflicht sinnvoll und richtig ist, aber wie soll sie durchgesetzt werden?

Vorsitzender: Herr Kollege Bornhöft muss um 13:15 Uhr weg, sodass ich darum bitte, seine Fragen, die er jetzt stellt, zuerst zu beantworten.

Abg. Dennys Bornhöft: Vielen Dank dafür, Herr Vorsitzender. - Ich habe zwei Fragen.

Meine erste richtet sich an Herrn Roselieb zur Krisenkommunikation. Dadurch, dass die Pandemie schon deutlich länger als ein halbes Jahr dauert, kann es sein, dass Aussagen, die die Politik einmal getroffen hatte, aufgrund neuerer Erkenntnisse geändert werden müssen. Das gilt beispielsweise für die Impfpflicht, bei der es einen Wechsel gegeben hat und bei der sich jetzt, da man in andere Länder Europas schaut, vielleicht schon wieder ein Wechsel ergibt. Ich sage es einmal so: Bei der Bevölkerung kommt das nicht überall gut an, und es heißt: „Ihr habt vor einem halben oder vor einem Jahr aber dies und jenes gesagt.“

Wie schafft man es durch politische Kommunikation, dass sich nicht nur das Ergebnis ändert, sondern dass man der Bevölkerung auch klarmacht, warum man jetzt zu einem anderen Schluss kommt, sodass die Akzeptanz gesteigert wird? Anscheinend ist das bisher nicht vollumfänglich geschehen beziehungsweise es ist uns bisher nicht geglückt.

Meine zweite Frage richtet sich an Frau von der Decken und an Frau Fölster. Bei dem Antragsentwurf zur Impfpflicht ab 50 steht das verpflichtende Impfberatungsangebot an erster Stelle. Erst wenn darüber die Impfquote nicht drastisch erhöht werden kann, soll eine Impfpflicht ab 50 gelten, weil für diese Bevölkerungsgruppe statistisch eine höhere Wahrscheinlichkeit besteht, in der Klinik behandelt werden zu müssen. Das weiß ich, weil meine Frau diesen Antrag mitschreibt. Ich habe sie gefragt, ob er in dieser Woche noch an die Öffentlichkeit gehen wird. Es sieht so aus, als ob das nun doch erst ein wenig später der Fall sein wird.

Jene, die momentan, auch aus persönlicher Betroffenheit, gegen eine Impfpflicht sind, sagen immer wieder: „Mein Körper, meine Entscheidung!“ Am Wochenende ist der Vorschlag durch die Medien gegangen - auch der Chef von Draeger hat ihn gemacht - zu sagen: Wir machen das jetzt einmal ganz konsequent. Es ist dein Körper, es ist deine Entscheidung, du entscheidest dich - in Anführungsstrichen - „wider besseres Wissen“ gegen die Impfung, wohlwissend, dass, wenn du die Krankheit bekommst, die Wahrscheinlichkeit höher ist, dass du im Krankenhaus landest. Wenn du für dich entscheidest, dein Gesundheit ist super, du hast ein tolles Immunsystem, du lehnt diese Impfung aus eigenen gesundheitlichen Gründen ab, dann bitte unterschreibe eine Patientenverfügung, und bei knappen Intensivkapazitäten lässt du anderen den Vortritt. Im Zweifelsfall würdest du darauf verzichten, invasiv beatmet zu werden. - Dabei geht es mir nicht um die Menschen, die sich aus medizinischen Gründen nicht impfen lassen können, sondern um jene, die dies aus anderen Gründen nicht wollen.

Wie stehen Sie aus juristischer Sicht zu diesem Modell, bei dem man keine Impfpflicht einführt, sondern sagt: Du entscheidest vollumfänglich selbst, was mit dir und deinem Körper passiert?

Vorsitzender: Vielen Dank. - Man sieht, im Sozialausschuss des Schleswig-Holsteinischen Landtages ist es auch möglich, News aus dem Bundestag zu erfahren. - Frau Abgeordnete Pauls, bitte.

Abg. Birte Pauls: Die Kommunikation mit den Bürgern ist meiner Ansicht nach elementar wichtig. Das hat man in den letzten Jahren gemerkt. Ich finde aber, sie hinkt in Teilen hinterher, und das sowohl im Bund als auch im Land. In Dänemark, das wir sehr eng verfolgt haben, ist die Ministerpräsidentin wöchentlich vor die Kamera getreten, donnerstagabends um 18 Uhr saß die dänische Familie vor dem Fernseher, und es wurde sehr klar kommuniziert, was jetzt passiert und was passiert, wenn die angekündigten Schritte nicht greifen.

Nun weiß ich um die Mentalitätsunterschiede, aber das hat in Dänemark zu einer starken Rückendeckung für alle ergriffenen Maßnahmen geführt. Das hat auch mit der Digitalisierung in Dänemark zu tun. Jeder Bürger ist digital angeschrieben und zu den Impfungen eingeladen worden, und dies in verschiedenen Sprachen und nicht nur auf Dänisch.

Frau Fölster und Frau von der Decken, wäre es, juristisch gesehen, möglich, die Kommunikation mit den Bürgern zu verstärken, indem man einen direkten Kontakt zu ihnen digital organi-

siert? Dabei kommen dann wahrscheinlich wieder Fragen des Datenschutzes und andere Fragen ins Spiel, aber wäre das eine Möglichkeit, um es beim nächsten Mal vielleicht ein bisschen besser zu machen?

Auch möchte ich die Frage von Herrn Bornhöft vertiefen. Die Beteiligung an den Behandlungskosten beziehungsweise die komplette Übernahme der Behandlungskosten widerspricht jeglichen Grundsätzen der Solidargemeinschaft. Damit bin ich ganz schnell beim Raucher, beim wildgewordenen Skifahrer und so weiter. Auch in diesen Fällen kann ich ja sagen, das kann ich nachlassen, und würde eventuelle Behandlungskosten eben nicht tragen müssen.

Frau Fölster, Sie haben gesagt, der Schritt in die Öffnung müsse im Verhältnis zur Situation stehen. Wir haben heute gehört, wie sich die Situation aktuell darstellt. Zu welchem Zeitpunkt, meinen Sie, fällt die Verhältnismäßigkeit der Einschränkung der Grundrechte?

Nun will ich noch einen allgemeinen Kommentar abgeben, der niemanden von unseren Gästen betrifft. Ich bitte, ihn in keiner Weise persönlich zu nehmen. Vielmehr ist er eine harsche Kritik an der Regierung. Bei der letzten Expertenanhörung war noch die Expertise der wichtigen Berufsgruppe der Pflegenden vertreten. Nach der Abschaffung der Pflegeberufekammer ist diese Expertise ersatzlos gestrichen worden. Das kritisiere ich aufs Schärfste. Wir wussten vor der Sitzung nicht, wer aktuell dem Expertengremium der Landesregierung angehört. Aber an dieser Stelle wird es noch einmal deutlich: Die wichtige Expertise der Pflege ist ersatzlos gestrichen worden. Das finde ich mehr als bedauerlich.

Frank Roselieb: Die Frage, die Herr Bornhöft an mich gerichtet hat, lautete, wie man die Akzeptanz der Bürger hochhält, auch wenn sich die Maßnahmen ändern, weil man vielleicht weiteres beziehungsweise anderes Wissen hat.

Aus diesem Problem führt unter anderem der Weg, den Dänemark eingeschlagen hat. Dort hat es die Regierung geschafft, ein sehr hohes Reputationspolster in der Öffentlichkeit aufzubauen. Die Bürger folgen der Regierung, sie vertrauen ihr. Das beruht einzig und allein darauf, dass die Regierung die Maßnahmen nicht von 100 erst auf 80, dann auf 50 und auf 30 reduziert, sondern wirklich von 100 auf 0 geht. Wenn man merkt, Maßnahmen sind wieder erforderlich, dann geht man von 0 auf 100. Das heißt, dort sind die Menschen bereit, den kompletten Turnaround mitzumachen. Das ist in Deutschland eher nicht der Fall.

Sie haben gesehen, dass Dänemark zweimal einen Freedom Day hatte. Einmal war das am 11. September der Fall. Damals waren die Werte niedrig. Anfang Oktober hatten sie 50-er Inzidenzen zu verzeichnen, und bis kurz vor Weihnachten stiegen diese bis auf 2.500. Also haben sie sofort wieder harte Maßnahmen ergriffen. Das haben die Dänen ohne Murren mitgetragen. Bei uns wäre mindestens der Rücktritt der neuen Bundesregierung gefordert worden. Anfang Februar hat man, obwohl die Werte weiter bei 5.000 lagen, gemerkt: Wir sind durch und können wieder von 100 auf 0 gehen.

Ich denke, man muss den Menschen kommunizieren: Ja, wir können gern so arbeiten wie andere, aber dann müsst ihr auch mitziehen und dürft nicht über „ewige Kehrtwendungen“ nörgeln.

Dazu will ich noch eine Leseempfehlung geben. Es gibt ein 30-seitiges, für Pandemieverhältnisse schon recht altes Papier zur Coronamüdigkeit beziehungsweise zur Pandemiemüdigkeit der Weltgesundheitsorganisation - „Pandemic Fatigue“ - aus dem September 2020. Darin finden Sie viele Beispiele, und die Kernaussage lautet: Politiker und auch Wissenschaftler müssen lernen, deutlich zu machen, was sie alles nicht wissen, also auch ganz klar sagen: Das sage ich mit dem Wissen von heute; seid bitte nicht böse, wenn sich das Wissen morgen ändern sollte.

Also: WHO-Papier lesen und Reputation nach dänischem Vorbild aufbauen. Das müssen die Menschen aber auch mitmachen. Sonst funktioniert das nicht.

Prof. Dr. Kerstin von der Decken: Auch ich gehe zunächst auf Herrn Bornhöft, aber damit teilweise auch auf Frau Pauls ein und beziehe mich dabei auf die Idee „Mein Körper, meine Entscheidung!“ und auf den Vorschlag des Chefs von Draeger.

Eine Patientenverfügung ist etwas Freiwilliges. Wenn jemand freiwillig eine abgibt, hat man juristisch kein Problem. Zu fragen ist jetzt: Kann man jemanden dazu zwingen, nach dem Motto: Wenn du dich nicht impfen lässt, musst du etwas in dieser Form unterschreiben? Hierbei stellt sich das Problem der Solidargemeinschaft, das Sie, Frau Pauls, angesprochen haben. Es stellt sich aber noch ein zweites, ganz praktisches Problem. Denn es geht ja nicht mehr nur um die intensivmedizinische Behandlung, sondern es geht auch darum, dass jemand, ohne intensiv beatmet zu werden, auf einer normalen COVID-Station liegt und damit eventuell dem Krebspatienten den Platz wegnimmt. Es geht um Arbeitsausfall, es geht um

Ansteckung, es geht um potenzielle Arbeitsunfähigkeit über mehrere Monate, was wiederum von der Solidargemeinschaft getragen werden muss.

Wenn sich jemand sozusagen komplett egoistisch gegen die Solidargemeinschaft stellt, kann man durchaus darauf reagieren. Das würde man, juristisch gesehen, allerdings nicht mit einer solchen Koppelung machen, nach dem Motto: Wenn du dich nicht impfen lässt, musst du das und das unterschreiben, sondern das kann man über andere juristische Wege tun. Ich gebe Ihnen ein Beispiel: Es gibt genug Modelle und zum Teil auch Versicherungen, die die Versicherungsbeiträge nach Risikoklassen gruppieren. Wenn jemand beispielsweise Raucher oder Extremsportler ist, dann steigen eben die Versicherungsbeiträge.

Das ist nur ein Beispiel von vielen, bei denen man etwas an gewisse Dinge koppeln kann. Das könnte man hier auch machen. Man könnte - das müsste selbstverständlich erst einmal juristisch gut durchdacht werden und durch die verschiedenen Gesetzesgremien gehen - an eine bewusste Entscheidung, die einen selbst und vor allem andere gefährdet, Konsequenzen knüpfen. Eine ist der Bußgeldbescheid, der jetzt in dem Gesetzentwurf auch vorgesehen ist. Aber man könnte sich, wie gesagt, auch weitere Dinge überlegen. Dazu gehören Haftungsfragen, Fragen der Ausfallentschädigung im Hinblick auf die Arbeit oder aber die Erhöhung der Versicherungsbeiträge.

Uta Fölster: Dem habe ich nur wenig hinzuzufügen. Ich teile diese Auffassung völlig. Wenn ich auf eine Impfung - in Anführungsstrichen - „verzichte“, kann ich unter keinem Gesichtspunkt gezwungen werden, mein Leben dadurch aufs Spiel zu setzen, dass ich nicht mehr behandelt werde. Ärzte sind verpflichtet zu behandeln. Eine solche Koppelung wäre verfassungswidrig.

Vorsitzender: Nun kommen wir zur Beantwortung der Fragen von Herrn Baasch und von Frau Pauls.

Frank Roselieb: Selbstverständlich kann ich nicht für Herrn Kooths sprechen. Deswegen antworte ich aus der Sicht der Krisenforschung, die aber aus der Wirtschaftswissenschaft heraus entstanden ist.

Was die Auswirkungen auf die Wirtschaft angeht, gebe ich Ihnen recht. Bei dem Verhältnis von Solidarität zu nicht vorhandener Solidarität sehe ich die Quote ebenfalls bei 80 : 20. In

einer der vorherigen Anhörungen im Landtag habe ich schon gesagt, das uns in der Pandemie dieser extreme Gegensatz zwischen Biedermeier-Idylle auf der einen und den Personen, die man in die Kategorie „Vorhölle“ einsortieren kann, auf der anderen Seite - auch im europäisch Vergleich - die größten Sorgen bereitet. Dabei ist Schleswig-Holstein keine Ausnahme.

Sie können es an der Universität festmachen: Der Mensakoch ist sieben Monate lang in Kurzarbeit gewesen; da nützte auch die Digitalisierung nichts. Er hat sein volles Gehalt bekommen und seine vollen Urlaubsansprüche behalten. Aber der Pizzabäcker drei Straßen weiter musste mit bestenfalls 60 % leben. Diese Dinge hat man in Deutschland bis heute nicht wirklich vernünftig überwunden. Andere Länder haben es besser gemacht. Das muss man ganz ehrlich sagen. Dies ist auch weniger eine Frage des Geldes als mehr eine Frage der gefühlten Gerechtigkeit.

Diese Antwort zielt zudem auf die Frage nach dem Faktor Solidarität. Auch bei allen unseren Zahlen zählt selbstverständlich immer das Gesamtergebnis. Man schaut sich an, wie die Wirtschaft insgesamt dasteht, wie die Bürger mit den Maßnahmen des Krisenmanagements dastehen und so weiter.

Bei der Pandemie besteht eine große Besonderheit. Der Pandemie müssen die Menschen für einen sehr langen Zeitraum folgen, und in dieser Pandemie müssen sie mitmachen. Jeder einzelne Bürger ist Krisenmanager dieser Pandemie. - Das war bei anderen schleichenden Krisen, beispielsweise beim Jahr-2000-Problem, etwas ganz anderes. Diese wurden im Hintergrund bewältigt. - Damit die Menschen aber über einen so langen Zeitraum mitmachen, müssen sie das Gefühl haben, dass es gerecht zugeht, sonst verlieren sie die Zuversicht. Insoweit ist in der Tat nicht nur hier im Land, sondern auch anderswo einiges schiefgelaufen. Das müsste man sich sicherlich noch einmal anschauen.

Ich glaube aber auch, sagen zu können: Wir hatten Glück, dass wir die Marktwirtschaft haben; denn sie hat viele politische Entscheidungen, die nicht immer optimal waren, recht gut aufgefangen. Als es hieß, die Baumärkte müssten schließen, haben diese überhaupt keine Schwierigkeit gehabt, sich auf „Click & Collect“ einzustellen, also den Menschen die Möglichkeit geboten, sich die Ware wie im Supermarkt oder bei McDonald's abzuholen. Ich denke, insoweit hat die Marktwirtschaft viele nicht immer optimale politische Entscheidungen aufgefangen, die vielleicht beim nächsten Mal anders getroffen würden.

Frau Pauls hat nach der Kommunikation mit den Bürgern gefragt. Meine Antwort hierzu deckt sich teilweise mit dem, was ich vorhin zu der Frage von Herrn Bornhöft gesagt habe. Dänemark ist in Teilen vergleichbar, aber eben nicht völlig. Dort sind die Bürger, was das Vertrauen in die Regierung angeht, was die Dynamik angeht, sich über kurz oder lang umzustellen, ganz anders gepolt. Was wir von den Dänen aber in jedem Fall auch in Sachen Bürgerkommunikation lernen können, ist der Umgang mit dem Datenschutz. Damals bei der Tsunami-Katastrophe haben die Dänen, ohne auf Datenschutzregelungen Rücksicht zu nehmen, Live-SMS verschickt. Hätte man das bei uns im Jahr 2005 gemacht, wäre wahrscheinlich mindestens ein Minister zum Rücktritt aufgefordert worden.

Insoweit muss man nachbessern. Datenschutz und Digitalisierung müssen Hand in Hand gehen, und in der Krisenkommunikation ist die Digitalisierung im Zweifelsfall wichtiger als der Datenschutz; denn die meisten Bürger finden es gut, Push-Informationen zu bekommen, und möchten sich diese Informationen nicht aus irgendwelchen Websites oder aus irgendwelchen Medien herausziehen müssen.

Prof. Dr. Kerstin von der Decken: Ich gehe nun zunächst auf die Frage von Herrn Baasch ein, wie die allgemeine Impfpflicht kontrolliert werden könnte. Eine Möglichkeit der Kontrolle ist, wenn ich es richtig verstehe, in diesem Gesetzentwurf schon vorgesehen, nämlich die über die Krankenkassen. Die Krankenkassen verfügen ohnehin über alle Daten ihrer Versicherten. Wenn sie ihre Versicherten auffordern, die entsprechenden Impfnachweise vorzulegen, dann wissen sie auch, wer geimpft ist und wer nicht, und dann können diese Informationen von den Krankenkassen weitergegeben werden.

Selbstverständlich würde nicht an jeder Ecke ein Polizist stehen, der, sobald man aus dem Haus geht, kontrolliert. Aber denken Sie nur an andere Pflichten die wir nach unserer Rechtsordnung haben. Denken Sie an die Gurtpflicht. Auch bei ihr ist es ja nicht so, dass jedes Mal, wenn ich ins Auto steige, jemand davorsteht und schaut, ob ich den Gurt angelegt habe. Vielmehr gibt es anlassbezogene und anlasslose Kontrollen. Ich kann auch zufällig hinter einem Polizeiauto stehen, und man sieht mich ohne Gurt. Die Einhaltung einer Pflicht kann also auf unterschiedliche Art und Weise kontrolliert werden, und es kann immer wieder Bußgeldbescheide geben. Wenn ich einfach nie meinen Gurt anlege, dann hagelt es eben pausenlos Bescheide, und irgendwann erhalte ich wahrscheinlich - ich weiß es nicht genau - ein Fahrverbot.

Es gibt also unterschiedlichste Möglichkeiten. Wenn man sagt, nur Geimpfte kommen ins Fitnessstudio oder ins Fußballstadion hinein, dann kann man auch dort anlassbezogene Kontrollen durchführen. Wir brauchen kein Impfreister. Wir haben andere Methoden zur Verfügung. Es gibt genug Pflichten in unserer Rechtsordnung, die alle treffen und auch kontrolliert werden.

Nun zu der Frage von Frau Pauls zur Kommunikation und zum direkten Kontakt mit den Bürgern, auch digital. Das rechtliche Problem hat Herr Roselieb gerade angesprochen. Wir Deutschen sind, was den Datenschutz betrifft, wohl die Oberdatenschützer. In Dänemark gilt die Datenschutz-Grundverordnung genauso wie bei uns, aber wir meinen, immer noch etwas draufzusetzen zu müssen. Es wäre vielleicht wirklich Zeit für ein Umdenken.

Aber ich sehe ein praktisches Problem. Sie wissen vielleicht von der Kampagne eines Rentners aus Spanien, die durch die Medien ging. Sie bezog sich nur auf Banken, es wurde aber gemeingesellschaftlich formuliert: Ich bin alt, aber nicht blöd. Dabei geht es darum, dass eine große Anzahl an Personen ab einem bestimmten Alter oder aufgrund ihres Bildungsgrades nicht digital arbeitet und nicht vernetzt ist. Das heißt, Sie erreichen gerade auch bei uns, bei unserer Bevölkerungsstruktur, einen großen Teil der Bevölkerung nicht digital. Das muss vielmehr auf analogem Wege geschehen.

Ich habe aber auch den Eindruck, dass wirklich sehr viel getan worden ist. In jeder Nachrichtensendung wird darüber berichtet, es gibt überall Plakate, es gibt Flyer in allen möglichen Formen und Sprachen, man hat sich an alle möglichen Gesellschaftsteile und Personen gewandt. Vielleicht könnte man noch mehr machen, aber die digitale Lösung alleine ist es, glaube ich, nicht.

Uta Fölster: Frau Pauls, eine Ihrer Fragen, die noch nicht beantwortet ist, lautete: Wann müssen denn nun die Freiheiten zurückgegeben werden? Ich kann mich nicht auf einen Tag festlegen, aber die Aussagen der Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler und die zeitliche Entwicklung - wir gehen ins Frühjahr und in den Sommer - lassen jedenfalls die Feststellung zu: Wenn sich jetzt nicht noch etwas ändern sollte, was keiner erwartet, ist es perspektivisch - damit meine ich kurz- oder mittelfristig, ohne dass ich ein genaues Datum würde nennen wollen - an der Zeit, die Freiheiten zurückzugeben.

Vorsitzender: Dies war wieder eine sehr deutliche Aussage. - Wir kommen nun zur letzten Fragerunde der Abgeordneten. Frau Abgeordnete von Kalben, bitte.

Abg. Eka von Kalben: Soweit ich mich erinnere, haben Sie, Frau von der Decken, gesagt, im Herbst müsste die Impfquote höher sein, um weitere Freiheitseinschränkungen zu verhindern. Das habe ich bisher auch sämtlichen Talkshows und allem, was ich dazu gelesen habe, entnommen. Gerade die heutigen Aussagen unserer medizinischen Expertinnen und Experten haben mich aber ein bisschen stutzig gemacht. Wir wissen ja noch nicht, ob im Herbst eine Gamma- oder eine andere Variante vorhanden sein wird. Dann brauchten wir auf jeden Fall eine höhere Impfquote, und dann würde ich mich nach wie vor für eine Impfpflicht aussprechen. Wenn aber jetzt Omikron doch die Auslaufvariante ist, dann würden wir mit einer Impfpflicht im März eine Art Vorratsbeschluss fassen. Ich bin jetzt einfach verunsichert und frage mich, ob man aus verfassungsrechtlicher Sicht einen so schwerwiegenden Eingriff vornehmen kann, um zu verhindern, dass wir im Herbst in einem Problem sind. Auf der anderen Seite sehe ich aber nicht, dass wir im Herbst, falls eine neue Variante auftauchen sollte, noch eine Impfpflicht werden durchsetzen können. Wir wissen alle, wie die Abläufe sind: Man bekommt den ersten Termin nach vier Wochen, dann geht es darum, den zweiten und danach den Booster zu bekommen; vorher ist man nicht durchgeimpft. Ich empfinde das als Dilemma. Das führt mich dazu, dass dies im Grunde genommen auch ein verfassungsrechtliches Dilemma sein müsste. Hierzu erbitte ich Ihre Einschätzung.

Prof. Dr. Kerstin von der Decken: Frau von Kalben, das ist in der Tat eine schwierige Frage. Den Blick in die Zukunft kann keiner von uns wagen, weder in die eine noch in die andere Richtung. Vielmehr müssen wir - darin besteht ja immer die Herausforderung in unserem Rechtsstaat - mit Prognoseentscheidungen arbeiten. Im Recht gibt es das sogenannte Vorsorgeprinzip, dem zufolge man nicht erst dann reagieren darf, wenn sozusagen das Kind in den Brunnen gefallen ist, sondern, soweit es die Datenlage erlaubt, Vorsorge treffen muss, damit gewisse Dinge nicht eintreten.

Wir wissen nicht, wie es im Herbst aussehen wird. Das kann keiner sagen. Was wir allerdings wissen, ist, dass Corona bleiben wird. Die nächste Variante wird kommen. Ob diese Variante noch milder als Omikron oder aber, was hoffentlich nicht eintreten wird, schlimmer sein wird, können wir nicht beeinflussen. Allerdings wissen wir auch, dass es, wenn wir abwarten, was im Herbst passiert, zu spät ist. Bis dann wieder die gesamte Infrastruktur aufgebaut ist, bis dann wieder alle benachrichtigt sind, bis dann eventuell wieder zwei Impfungen im Abstand von ein bis zwei Monaten nötig sind, ist das berühmte Kind in den Brunnen gefallen.

Deswegen habe ich vorgeschlagen, dass man die Impfpflicht gesetzlich vorbereitet, sodass das Gesetz picobello fertig ist, aber das Inkrafttreten davon abhängig macht, wie die Prognose lautet. Ich glaube - das werden Ihnen aber Virologen besser beantworten können als ich -, dass man gewisse Prognoseentscheidungen im Frühjahr beziehungsweise im Sommer wird treffen können, wenn man in andere Staaten schaut. Denn die Varianten haben sich ja nicht bei uns entwickelt, sondern in anderen Staaten, in denen zu diesem Zeitpunkt Winter war. Das heißt, wenn wir hier im Frühjahr und Sommer sind, wird man auf die andere Hälfte der Erdkugel schauen können. Wenn sich dort eine neue Variante entwickelt, von der völlig klar ist, dass sie irgendwann auch bei uns sein wird, dann lässt sich eine Prognoseentscheidung treffen.

Je mehr ich darüber und über Ihre Frage nachdenke, glaube ich, das wäre vielleicht die Idee: Man macht alles fertig, wartet dann das Frühjahr und den Sommer ab, schaut, was sich in anderen Erdteilen tut, und dann setzt man das Gesetz in Kraft oder nicht.

Vorsitzender: Gestatten Sie mir die Anmerkung: Dass ein Gesetzentwurf, der noch nicht sofort verabschiedet werden soll, schon picobello fertig sein kann, ist Abgeordneten gegenüber eine gewagte Prognose.

(Heiterkeit)

Uta Fölster: In dieser Frage vertrete ich eine etwas andere Position als Frau Professor von der Decken, will aber auch sagen, dass dies eine wirklich schwierige Frage ist. Die Expertinnen und Experten haben heute aufgrund ihrer Erkenntnisse gesagt, dass es hilfreich sein wird, die Impfquote beträchtlich zu erhöhen, und dass durch eine Impfpflicht Gefahren abgewendet werden können, von denen anzunehmen ist, dass sie auf jeden Fall vorhanden sind, in welcher Intensität auch immer. Wenn ich dies in Rechnung stelle und darüber hinaus in Betracht ziehe, dass die Debatte um die Impfpflicht im Laufe der Zeit zu mehr Akzeptanzverlust geführt hat, als sie es verdient hätte, dann meine ich, dass es verfassungsrechtlich verantwortet werden kann, eine nicht nur bereichsbezogene Impfpflicht, für die das Bundesverfassungsgericht ja schon bestätigt hat, dass sie in Ordnung ist, sondern auch eine allgemeine Impfpflicht per Gesetz vorzusehen, auch wenn dies nur eine vorsorgende Maßnahme ist - allerdings in der gerechtfertigten Annahme einer Gefahr, die einen solchen Eingriff aus meiner Sicht, wie gesagt, verhältnismäßig erscheinen lässt.

Frank Roselieb: Ganz kurz von meiner Seite noch etwas zur Impfpflicht. Wenn Sie sich die Umfragen anschauen, werden Sie feststellen, dass es kein anderes Thema gibt, das die Bürger so sehr im Kopf haben wie dieses Thema, weil ihnen von allen immer wieder erklärt worden ist, die Impfpflicht sei der Gamechanger in dieser Pandemie. Wenn Sie ein Instrument des Krisenmanagements einführen und es über alle Fraktionen hinweg irgendwann auch bewerben, dieses dann aber nicht mit aller Konsequenz, die damit einhergehen kann, umsetzen, dann verlieren Sie die Bürger spätestens in der zweiten Welle der Pandemie. Krisenmanagement lebt davon, harte Entscheidungen zu treffen, und nicht der Politiker wird wiedergewählt, der „sanfte“ Entscheidungen getroffen hat, sondern jener, der die Krise bewältigt hat. Das machen die Bürger daran fest, ob das Problem im Herbst wieder auftritt oder nicht. Deswegen kann ich nur dringend appellieren. Die Wissenschaftler haben es Ihnen gesagt: Das Impfen ist dieser Gamechanger aus der Pandemie. Setzen Sie das Thema auf die Agenda, und bitte nicht erst im September kommenden Jahres oder in zwei Jahren, sondern tun Sie dies jetzt. Halten Sie am Thema Impfpflicht fest; sonst werden Sie die Bürger in der Pandemie verlieren und im nächsten Herbst auch nicht wiedergewinnen.

Die Bürger schauen auch ins Ausland und haben gesehen, wie gut das in Österreich läuft. Im Oktober hatten wir in Österreich, in Wien, einen Kongress an der Universität, bei dem dieses Thema besprochen wurde. Die Österreicher haben gesagt: Wir ziehen das gnadenlos durch, koste es, was es wolle. Die Impfpflicht läuft dort seit Februar sauber. Es hat nie irgendwelche größeren Probleme gegeben. Das kann man administrativ handeln. In Österreich war die Impfquote niedriger als in Deutschland. Mittlerweile steigt sie an. Die Zustimmungswerte für die Impfpflicht waren in Österreich niedriger als in Deutschland: 70 % bei uns, 60 % dort. Dennoch läuft die Impfpflicht, weil die Österreicher gesagt haben: Die Mehrheit in einer Demokratie sind 50 % plus x, und diese haben wir bei einer Zustimmung zur Impfpflicht von 60 % locker und leicht erreicht.

Vorsitzender: Damit sind wir am Ende dieser Gesprächsrunde angelangt. Ich darf mich im Namen des Sozialausschusses bei Ihnen, Frau Professor von der Decken, bei Ihnen, Frau Fölster, und bei Ihnen, Herr Roselieb, herzlich bedanken. Das war eine hervorragende Runde mit sehr präzisen und konkreten Aussagen.

Man darf sicherlich sagen, dass die heutige Expertenanhörung im Sozialausschuss ein wertvoller Gedankenaustausch zu einem wichtigen Zeitpunkt war. Sie war für unsere weitere Meinungsbildung von Gewicht. Auch darf ich sagen, es war das gewohnt gute Gespräch, das wir

im Sozialausschuss von Beginn der Pandemie an führen. Ich würde mich freuen, wenn Sie als Experten des Landes zu diesem Thema auch von uns einen guten Eindruck gewonnen hätten.

Bei Frau Schönfelder bedanke ich mich für die ausgezeichnete Vorbereitung und Durchführung der Anhörung.

Wir werden von diesem dreieinhalbstündigen Gespräch in der weiteren Diskussion in Schleswig-Holstein sicherlich noch hören. - Herzlichen Dank und bis bald.

2. Verschiedenes

Zu diesem Tagesordnungspunkt liegt nichts vor.

Der Vorsitzende, Abg. Kalinka, schließt die Sitzung um 13:35 Uhr.

gez. Werner Kalinka
Vorsitzender

gez. Dörte Schönfelder
Geschäfts- und Protokollführerin