



## Stenografisches Protokoll der 2. Sitzung

### Hauptausschuss

Berlin, den 15. November 2021, 13.00 Uhr  
Marie-Elisabeth-Lüders-Haus, Saal 3.101  
10117 Berlin, Adele-Schreiber-Krieger-Straße

Vorsitz: Bärbel Bas, MdB

## Tagesordnung - Öffentliche Anhörung

*Seite*

### Tagesordnungspunkt 1

**8**

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

**Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des Infektionsschutzgesetzes  
und weiterer Gesetze anlässlich der Aufhebung der Feststellung der  
epidemischen Lage von nationaler Tragweite**

#### **BT-Drucksache 20/15**

**Federführend:**  
Hauptausschuss

**Berichterstatter/in:**  
Abg. Sabine Dittmar (SPD)  
Abg. Stephan Stracke (CDU/CSU)  
Abg. Maria Klein-Schmeink (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN)  
Abg. Christine Aschenberg-Dugnus (FDP)  
Abg. Albrecht Glaser (AfD)  
Abg. Susanne Ferschl (DIE LINKE)



b) Gesetzentwurf der Fraktion der CDU/CSU

**Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung des Schutzes  
vor Impfpassfälschungen**

**BT-Drucksache 20/27**

**Federführend:**

Hauptausschuss

**Berichtersteller/in:**

Abg. Sabine Dittmar (SPD)

Abg. Stephan Stracke (CDU/CSU)

Abg. Maria Klein-Schmeink (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN)

Abg. Christine Aschenberg-Dugnus (FDP)

Abg. Albrecht Glaser (AfD)

Abg. Susanne Ferschl (DIE LINKE)

**Hierzu wurde verteilt:**

*20(0)5, 20(0)zu5, 20(0)zu5 2. Ergänzung*

*(Stellungnahmen der geladenen*

*Sachverständigen)*

*(Anlage 1 bis 3)*



## Anwesend waren folgende Mitglieder des Ausschusses:

	<b>Ordentliche Mitglieder</b>	<b>Stellvertretende Mitglieder</b>
<b>SPD</b>	Baehrens, Heike Bartol, Sören Dittmar, Sabine Mittag, Susanne Post, Achim Schneider, Carsten (Sprecher)	
<b>CDU/CSU</b>	Dr. Luczak, Jan-Marco	Lindholz, Andrea
<b>BÜNDNIS 90/ DIE GRÜNEN</b>	Klein-Schmeink, Maria	Dr. Dahmen, Janosch Dr. Rottmann, Manuela
<b>FDP</b>		Aschenberg-Dugnus, Christine Helling-Plahr, Katrin Thomae, Stephan Prof. Dr. Ullmann, Andrew
<b>AfD</b>	Dr. Baumann, Bernd Sichert, Martin	
<b>DIE LINKE</b>	Ferschl, Susanne Dr. Löttsch, Gesine	



Per Webex-Videokonferenz zugeschaltet waren folgende Mitglieder des Ausschusses:

	<b>Ordentliche Mitglieder</b>	<b>Stellvertretende Mitglieder</b>
<b>SPD</b>	Baehrens, Heike Mast, Katja Wiese, Dirk	Fechner, Johannes Rix, Sönke Westphal, Bernd
<b>CDU/CSU</b>	Frei, Thorsten Schön, Nadine	Connemann, Gitta Körber, Carsten
<b>AfD</b>		Kotré, Steffen



**Per Webex-Videokonferenz zugeschaltet waren folgende Sachverständige:**

Dr. Anne Bunte

Kreis Gütersloh, Leiterin der Abteilung Gesundheit

Prof. Dr. Jörg Eisele

Eberhard Karls Universität Tübingen, Lehrstuhl für Deutsches und Europäisches Straf- und Strafprozessrecht

Prof. Dr. Christian Drosten

Direktor Institut für Virologie; Charité Berlin

Prof. Dr. Christian Karagiannidis

ARDS und ECMO Zentrum Köln-Merheim/Universität Witten/Herdecke

PD Dr. Andrea Kießling

Ruhr-Universität Bochum, Lehrstuhl für Öffentliches Recht, Sozial- und Gesundheitsrecht und Rechtsphilosophie

Dr. Viola Priesemann

Max-Planck-Institut für Dynamik und Selbstorganisation

Lisa Schmidt

Leiterin der Abteilung "Gesundheit, Teilhabe und Pflege" des Paritätischen Gesamtverbandes

Prof. Dr. Hendrik Streeck

Direktor des Instituts für Virologie am Universitätsklinikum Bonn

Prof. Dr. Hinnerk Wißmann

Westfälische Wilhelms-Universität Münster, Rechtswissenschaftliche Fakultät

Prof. Dr. Ferdinand Wollenschläger

Universität Augsburg, Lehrstuhl für Öffentliches Recht, Europarecht und Öffentliches Wirtschaftsrecht

Prof. Dr. Frank Zieschang

Julius-Maximilians-Universität Würzburg, Lehrstuhl für Strafrecht und Strafprozessrecht

**Per Webex-Videokonferenz zugeschaltet waren folgende Verbände:**

Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege e. V. (BAGFW)

Bundesärztekammer (BÄK)

Bundeszahnärztekammer (BZÄK)

Bundesverband der Ärztinnen und Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes e. V. (BVÖGD)

Bundesverband der Träger beruflicher Bildung (Bildungsverband) e. V. (BBB)

Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände e. V. (BDA)

Deutsche Gesellschaft für Infektiologie e. V. (DGI)

Deutsche Gesellschaft für Pädiatrische Infektiologie e. V. (DGPI)

Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin e. V. (DIVI)

Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V. (DKG)

Deutscher Ethikrat

Deutscher Gewerkschaftsbund (DGB)

Deutscher Landkreistag (DLT)

Deutscher Pflegerat e. V. (DPR)

Deutscher Städte- und Gemeindebund (DStGB)

Deutscher Städtetag

Gesellschaft für Virologie e. V. (GfV)

Gewerkschaft Erziehung und Wissenschaft (GEW)

GKV-Spitzenverband

Hochschulrektorenkonferenz (HRK)

Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV)



Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV)

Sozialverband VdK Deutschland e. V.

Sozialverband Deutschland e. V. (SoVD)

Verband der privaten Krankenkassen e. V. (PKV)

ver.di - Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft



(Beginn: 13.03 Uhr)

**Vorsitzende Bärbel Bas:** Meine sehr verehrten Damen und Herren! Liebe Zuschauerinnen und Zuschauer! Meine sehr verehrten Sachverständigen! Sehr verehrte Vertreterinnen und Vertreter der Bundesregierung! Ich begrüße Sie sehr herzlich zur ersten öffentlichen Anhörung des Hauptausschusses, die in einer Mischung aus Präsenz- und Onlinemeeting mit den Sachverständigen stattfindet.

Vorab möchte ich die Sachverständigen und alle anderen Teilnehmerinnen und Teilnehmer, die per Webex zugeschaltet sind, bitten, sich mit ihrem Namen anzumelden, sodass wir wissen, wer zugeschaltet ist. Außerdem möchte ich Sie bitten, Ihre Mikrofone vorerst, falls noch nicht geschehen, stummzuschalten. Das ist, glaube ich, der Fall.

Wir kommen zum **Tagesordnungspunkt 1:**

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

**Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des Infektionsschutzgesetzes und weiterer Gesetze anlässlich der Aufhebung der Feststellung der epidemischen Lage von nationaler Tragweite**

**BT-Drucksache 20/15**

**Federführend:**  
Hauptausschuss

**Berichterstatter/in:**  
Abg. Sabine Dittmar (SPD)  
Abg. Stephan Stracke (CDU/CSU)  
Abg. Maria Klein-Schmeink (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN)  
Abg. Christine Aschenberg-Dugnus (FDP)  
Abg. Albrecht Glaser (AfD)  
Abg. Susanne Ferschl (DIE LINKE)

- b) Gesetzentwurf der Fraktion der CDU/CSU

**Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung des Schutzes vor Impffälschungen**

**BT-Drucksache 20/27**

**Federführend:**  
Hauptausschuss

**Berichterstatter/in:**  
Abg. Sabine Dittmar (SPD)  
Abg. Stephan Stracke (CDU/CSU)  
Abg. Maria Klein-Schmeink (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN)  
Abg. Christine Aschenberg-Dugnus (FDP)  
Abg. Albrecht Glaser (AfD)  
Abg. Susanne Ferschl (DIE LINKE)

Bevor wir anfangen, möchte ich noch kurz den Ablauf der Anhörung erklären. Die Anhörung dauert insgesamt 90 Minuten. Diese 90 Minuten wurden auf die Fraktionen entsprechend ihrer Stärke verteilt. Auf die SPD entfallen 25 Minuten, auf die CDU/CSU 24 Minuten, auf die Fraktion Bündnis 90/Die Grünen 15 Minuten, auf die FDP-Fraktion 11 Minuten, auf die AfD-Fraktion 10 Minuten und auf die Fraktion Die Linke 5 Minuten. Das ist die Gesamtzeit für Fragen und Antworten.

(Dr. Gesine Löttsch (DIE LINKE): Was? Und Antworten?)

- Ja, und Antworten. Das ist die Gesamtzeit.

(Zuruf von der LINKEN)

- Genau. Aber das werde ich jetzt noch mal ankündigen.

Ich darf sowohl die Fragenden als auch die Sachverständigen bitten, sich möglichst kurzzufassen; denn nur so können möglichst viele Fragen gestellt und auch beantwortet werden.

Die aufgerufenen Sachverständigen sollten vor der Beantwortung der Fragen daran denken, ihre Mikrofone und auch ihre Kamera freizuschalten und sich mit Namen und Verband - bitte nicht





## Hauptausschuss

abgekürzt, sondern mit dem vollen Verbandsnamen - vorzustellen. Sobald Sie Ihren Redebeitrag beginnen, sind Sie für uns auf dem Videowürfel hier im Saal zu sehen und auch zu hören.

Des Weiteren bitte ich alle im Saal Anwesenden, ihre Mobiltelefone auszuschalten, damit es nicht zu Störungen kommt.

Ich weise außerdem darauf hin, dass die Anhörung live im Parlamentsfernsehen übertragen und das Wortprotokoll auf der Internetseite des Ausschusses veröffentlicht wird.

Ich danke den Sachverständigen, die uns heute kurzfristig zur Verfügung stehen, und auch denen, die eine schriftliche Stellungnahme dazu eingereicht haben.

Damit können wir nun beginnen. Die erste Frage stellt für die SPD-Fraktion Frau Dittmar.

**Sabine Dittmar (SPD):** Danke schön, Frau Vorsitzende. - Meine Frage geht an die Einzelsachverständige Dr. Viola Priesemann. Als Mitwirkende einer wissenschaftlichen Autorengruppe haben Sie die Vorschläge für nachhaltige Strategien gegen die Covid-19-Pandemie in Deutschland im Winter 21/22 vorgelegt. Wie sehen Sie die aktuelle Pandemiesituation in Deutschland? Welche dringlichsten Empfehlungen haben Sie an den Gesetzgeber? Und vielleicht können Sie auch eine Aussage zu den gestern besprochenen Maßnahmen - Kontaktbeschränkungen oder auch 3-G-Gebot im öffentlichen Personennahverkehr und im Fernverkehr - tätigen.

**Vorsitzende Bärbel Bas:** Frau Priesemann, Sie haben jetzt die Gelegenheit zur Antwort.

(Dr. Gesine Löttsch (DIE LINKE): Und jetzt wird die Zeit angehalten, oder wie?)

- Ja, die Zeit wird hoffentlich angehalten; denn im Moment ist nicht klar, ob die Frau Priesemann zugeschaltet ist. - Noch ist nichts zu hören. Ich weiß nicht, ob Sie sich freigeschaltet haben. -

(Heike Baehrens (SPD):  
Weiß man denn, ob sie drin  
ist? - Gegenruf: Jetzt ist sie  
drin!)

Frau Priesemann?

**Sachverständige Dr. Viola Priesemann:** Bitte machen Sie weiter. Ich kann nichts machen. Ich habe irgendwie jetzt erst den Link bekommen.

**Vorsitzende Bärbel Bas:** Also, wir hören Sie im Moment. Wir sehen Sie jetzt auch.

**Sachverständige Dr. Viola Priesemann:** Genau. Ich bin gerade erst reingekommen. Ich habe die Frage nicht gehört; ich habe den Link jetzt eben erst geschickt bekommen. Das ist ein bisschen spät gewesen. Insofern müssten wir da entweder von Neuem anfangen oder irgendwas anderes machen. Es tut mir extrem leid. Ich habe die Frage nicht mitbekommen.

**Vorsitzende Bärbel Bas:** Wenn Sie alle hier im Saal einverstanden sind, fangen wir noch mal bei null an und die SPD-Fraktion darf die Frage stellen, sodass Frau Priesemann die dann auch beantworten kann. - Dann, Sabine Dittmar, die Frage noch mal.

**Sabine Dittmar (SPD):** Ja, das mache ich gerne, Frau Vorsitzende. - Frau Dr. Priesemann, als Mitwirkende einer wissenschaftlichen Autorengruppe haben Sie Vorschläge zu nachhaltigen Strategien gegen die Covid-19-Pandemie in Deutschland im Winter 21/22 vorgelegt. Wie sehen Sie die aktuelle Pandemiesituation in Deutschland? Und vor allem: Welche dringlichsten Empfehlungen haben Sie an den Gesetzgeber? Vielleicht können Sie auch auf die gestern besprochenen Maßnahmen wie Kontaktbeschränkungen oder auch auf das 3-G-Gebot im öffentlichen Personennahverkehr oder Fernverkehr eingehen.

**Sachverständige Dr. Viola Priesemann:** Vielen Dank und Entschuldigung für die Unannehmlichkeiten. - Ich halte mich hier sehr kurz. Die Stellungnahme ist bekannt; sie ist vom 11. November und kann gut nachgelesen werden.



Die Hauptsache, die wir dort identifiziert haben, ist natürlich und selbstverständlich Impfen und Boostern. Mit dem Boostern erreicht man all diejenigen, die sich eh schon haben impfen lassen; das ist der große Vorteil. Beim Impfen selber ist die Frage, wie man diejenigen erreicht, die noch nicht geimpft sind.

Der Schutz geht über zwei Richtungen. Wenn wir die Krankenhäuser entlasten wollen, müssen wir die ältere Hälfte der Bevölkerung bzw. vor allen Dingen auch die Personen mit Risikoerkrankungen schützen, die noch nicht geschützt sind; das sind einfach viel zu viele. Die können wir über Impfungen schützen, oder alternativ schützen wir sie, indem die Inzidenz großflächig runtergebracht wird.

In Israel ist das gelungen, indem etwa 50 Prozent der gesamten Bevölkerung geboostert worden sind. Derzeit werden etwa 0,2 Prozent der Personen in Deutschland täglich geboostert oder geimpft - 0,2 Prozent! Sie können ausrechnen, wie lange das dauert, bis wir 50 Prozent haben. Im letzten Sommer haben wir etwa 1 Prozent am Tag erreicht. Es wäre nützlich und sinnvoll, wenn wir das wieder erreichen. Dann würden wir in etwa einem Monat erste Wirkungen davon sehen.

Impfen und Boostern ist der nachhaltige Weg aus dieser Welle. Alles andere sind Übergangsmaßnahmen. Die Übergangsmaßnahmen sind bekannt; wir haben sie zusammengefasst. Masken, möchte ich noch mal betonen, sind extrem wichtig. Trägt man Masken zum Beispiel nicht mehr auf 2-G-Veranstaltungen, dann kann man unter Umständen, je nach Belüftung in dem entsprechenden Raum, den Effekt von 2 G auch wieder aufheben. AHA+L+A-Maßnahmen sind genau so gut, wie sie umgesetzt und auch kontrolliert werden; dasselbe gilt für 3 G. Das ist der ganz große Rundumschlag.

Das, was derzeit geplant ist, also nur 2 G und 3 G im öffentlichen Bereich, wird nicht reichen, um die Fallzahlen runterzubringen. Das liegt daran, dass die meisten Kontakte eben im privaten Bereich stattfinden, dass Ansteckungen an den Schulen geschehen und dass wir diese Gruppen

auch nicht trennen können. Wir können Infektionen nicht aus den Nicht-2-G-Personen raushalten, weil Verbindungen über die Haushalte, die Schulen und den Arbeitsplatz bestehen. Eine hohe Inzidenz in der einen Gruppe bedeutet auch eine hohe Inzidenz in der anderen Gruppe, wenn auch dank des noch verbleibenden Impfschutzes auf etwas niedrigerem Niveau. - Danke.

**Vorsitzende Bärbel Bas:** Vielen Dank. - Als Nächstes ist Dr. Johannes Fechner für die SPD-Fraktion gemeldet worden. Er ist, glaube ich, zugeschaltet. Er müsste jetzt sein Mikro freischalten und dann die Frage stellen. Bitte.

**Dr. Johannes Fechner (SPD):** Vielen Dank, Frau Vorsitzende. - Ich hätte eine Frage an Frau Dr. Kießling, bei der ich mich zunächst für die fundierte Stellungnahme bedanken darf. Mich würde interessieren, wie Sie den Gesetzentwurf und die beabsichtigten Änderungen entsprechend den Änderungsanträgen im Hinblick auf die Verhältnismäßigkeit bewerten.

**Vorsitzende Bärbel Bas:** Vielen Dank. - Frau Dr. Kießling.

**Sachverständige Dr. Andrea Kießling:** Vielen Dank, Frau Vorsitzende. - Ich möchte eingangs sagen, dass den Bundestag keine Pflicht trifft, die epidemische Lage zu verlängern, auch wenn sie objektiv besteht; das möchte ich einmal in dieser Deutlichkeit herausstellen.

Es ist auch keine Schwächung des Parlaments - das hat man ja zum Teil gehört -, wenn wir die Epidemiebekämpfung durch die Länder jetzt nicht mehr an einen Bundestagsbeschluss knüpfen. Das ist eigentlich der Normalfall im Verwaltungsrecht, dass wir an der Stelle keinen solchen Feststellungsbeschluss haben, also dass man, wenn das Parlament möchte, dass die Länder nur unter bestimmten Voraussetzungen Maßnahmen ergreifen, diese Voraussetzungen ja auch unmittelbar in den § 28a Infektionsschutzgesetz schreiben kann.

Ich finde es sehr begrüßenswert, dass man das einerseits in Zukunft von der Feststellung der epidemischen Lage entkoppelt und dass man



auch den Katalog, der in § 28a Absatz 1 steht, jetzt ein Jahr nach Inkrafttreten des § 28a einmal einer Prüfung unterzieht und schaut: Welche Maßnahmen sind denn da vielleicht unverhältnismäßig? - Damit meine ich jetzt vor allem die Ausgangsbeschränkungen, die ich unter Verhältnismäßigkeitsgesichtspunkten immer sehr schwierig fand.

Man muss dann natürlich aber auch andererseits die Frage stellen, ob denn noch genug Maßnahmen für die Länder vorhanden sind oder ob man nicht vielleicht den Katalog zu sehr zusammengestutzt hat. Welche Maßnahmen darüber hinaus noch notwendig sind, ist natürlich eine Frage, die die Rechtswissenschaft nur eingeschränkt beurteilen kann. Aber wenn man das, was in dem ersten Gesetzentwurf, also in dem von letzter Woche, drinsteht, einmal interpretiert, also fragt, was das alles heißt, dann können die Länder eigentlich demnach schon relativ flächendeckend, also für weite Bereiche des öffentlichen Lebens, sogar 2 G Plus anordnen - das würde ich da rauslesen -, auch zusätzlich zur Maskenpflicht zum Beispiel.

Dieses Optionsmodell, das in einigen Ländern angewendet wurde, ist ja gar nicht zwingend. Man kann 2 G Plus plus Maskenpflicht plus Abstandsgebote plus Personenobergrenzen gleichzeitig anordnen. Ich lese aus dem Entwurf auch jetzt schon indirekt die Möglichkeit heraus, größere Veranstaltungen zu verbieten, nämlich durch Personenobergrenzen. Dadurch sind dann ja nur noch kleinere Veranstaltungen möglich.

Es ist für mich besonders schwierig, das letztlich zu beurteilen, weil über Nacht und übers Wochenende so viel passiert ist. Die Maßnahmen, von denen ich gehört habe, kommen ja noch alle hinzu: 3 G am Arbeitsplatz, 3 G in öffentlichen Verkehrsmitteln und vor allem auch diese Länderöffnungsklausel. Wenn den Ländern da jetzt sogar noch weitere Maßnahmen ermöglicht werden, dann ist es aus juristischer Sicht sehr schwer, zu sagen: Das ist zu wenig. - Das müssten dann letztlich andere beurteilen, welche sonstigen Maßnahmen notwendig wären.

Ich habe nur ein paar Verbesserungsvorschläge, vor allem aus verwaltungsrechtlicher, also aus systematischer Sicht. Die habe ich auch in der Stellungnahme umfassend ausgeführt. Deswegen nur ganz kurz:

Ich würde auf jeden Fall auch auf Absatz 3 verweisen. Sie wollen ja auf Absätze 4 bis 6 verweisen. Absatz 3 würde ich dazunehmen, damit man sich auch über das Ziel der Maßnahmen klar ist und damit man, wenn sich das Infektionsgeschehen irgendwann auch wieder etwas entspannt, bestimmte Maßnahmen eben dann doch an die Kriterien knüpfen muss, die in Absatz 3 genannt werden, die man ja erst im September geändert hat.

Ich würde bei 2 G auch konkretisieren, ob das wirklich alle treffen soll, also auch Jugendliche - Kinder sowieso nicht. Bei der Frage, ob 12- bis 17-Jährige davon erfasst werden sollen, würde ich dafür plädieren, die davon auszunehmen. Man muss auch einmal klarstellen, dass Ungeimpfte sich natürlich mit lebensnotwendigen Gütern versorgen können.

Dann möchte ich ganz am Schluss - dann bin ich auch schon fertig - noch auf einen Punkt eingehen, der auch im Gesetzentwurf vorgesehen ist. Das ist die Verlängerung der Frist für die Kommission, die aktuell das Infektionsschutzgesetz evaluiert. Eigentlich war vorgesehen, dass das bis Ende des Jahres stattfindet. Ich bin - so wie auch andere Sachverständige, die heute hier sind - Mitglied dieser Kommission. Es steht jetzt in Ihrem Gesetzentwurf, dass wir bis Ende Juni Zeit haben werden. Aber wir möchten ganz nachdrücklich darum bitten, dass Sie da vielleicht noch weitere sechs Monate hinzufügen, damit wir das wirklich intensiv analysieren können und dann auch nachhaltigere Reformvorschläge unterbreiten können. - Vielen Dank.

**Vorsitzende Bärbel Bas:** Vielen Dank, Frau Dr. Kießling. - Als nächsten Frager für die SPD-Fraktion habe ich noch mal Herrn Dr. Fechner.

**Dr. Johannes Fechner (SPD):** Vielen Dank, Frau Vorsitzende. - Ich hätte eine Frage an Herrn Pro-



fessor Zieschang. Uns geht es ja mit dem Gesetzentwurf und den Änderungsanträgen auch darum, einen lückenlosen strafrechtlichen Schutz zu schaffen, was das Fälschen von Gesundheitsdokumenten und Testzertifikaten angeht. Da würde mich Ihre Einschätzung interessieren: Ist es gelungen, oder sehen Sie noch Strafbarkeitslücken?

**Vorsitzende Bärbel Bas:** Die Frage ging an den Einzelsachverständigen Professor Dr. Frank Zieschang.

**Sachverständiger Prof. Dr. Frank Zieschang:** Vielen Dank, Frau Vorsitzende. - Meines Erachtens ist der Entwurf in vielerlei Hinsicht gelungen. Es ist also richtig, dass im Rahmen des § 277 Strafgesetzbuch die zweite und dritte Variante ausgenommen worden sind und sich nunmehr nur noch die ursprünglich aufgeführte erste Variante dort befindet.

Es stellt sich eben nur die Frage, die ich auch in der Stellungnahme angesprochen habe, ob es der Alternative, die übrig geblieben ist, überhaupt bedarf; denn vor dem Hintergrund, dass womöglich auch ein Fälschen im Sinne des § 267 Strafgesetzbuch vorliegt, mag diese Vorschrift des § 277 dann wieder eine Sperrwirkung mit sich bringen und damit, da ja die Strafe, die dort angedroht ist, niedriger ist, die schärferen Strafen des § 267 sperren. Vor diesem Hintergrund würde ich anraten, dass man, wenn man den § 277 beibehalten möchte, diese Vorschrift zumindest mit einer Subsidiaritätsklausel verbindet. Das heißt, dass man nach „bestraft“ schreibt: „... wenn die Tat nicht in anderen Vorschriften mit schwererer Strafe bedroht ist.“

Noch ein ganz wichtiger Aspekt - da besteht meines Erachtens die große Gefahr von Strafbarkeitslücken -: Es wird zwar zum Teil im strafrechtlichen Schrifttum vertreten, dass unter den Begriff „Gesundheitszeugnisse“ auch digitale Bescheinigungen fallen, aber das ist keineswegs ausgemacht. Aus meiner Sicht verstößt das, wenn man das so liest, gegen Artikel 103 Absatz 2 Grundgesetz.

Für Urkunden hat der Gesetzgeber in § 269 StGB die beweiserheblichen Daten nunmehr ausdrücklich aufgenommen, um diese Lücke zu füllen. Das sollte man auch bezüglich der Gesundheitszeugnisse machen. Im Übrigen ist es natürlich ganz richtig, dass man in § 277 StGB die Beschränkung auf Behörden und Versicherungsgesellschaften herausnimmt. - Danke schön.

**Vorsitzende Bärbel Bas:** Vielen Dank. - Die nächste Frage für die SPD-Fraktion stellt Heike Baehrens.

**Heike Baehrens (SPD):** Vielen Dank, Frau Vorsitzende. - Meine Frage richtet sich an die DKG und den GKV-Spitzenverband. Die Krankenhäuser sind aktuell infolge der Coronapandemie wieder sehr stark belastet, und diese Belastung wird in den kommenden Wochen voraussichtlich noch deutlich zunehmen. Deshalb beraten wir darüber, wie Krankenhäuser, die Covid-Patientinnen und -Patienten versorgen, finanziell zu unterstützen sind. Wie denken Sie darüber, und wie sollte ein Ausgleich für erhöhte Aufwendungen und Ausfälle gegebenenfalls ausgestaltet sein?

**Vorsitzende Bärbel Bas:** Vielen Dank. - Die Fragen gingen an die DKG und an den GKV-Spitzenverband.

**Sachverständiger Ingo Morell (Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V.):** Wir begrüßen natürlich ausdrücklich, dass man überlegt, wie man die Krankenhäuser wirtschaftlich unterstützen kann. Der Versorgungszuschlag ist sicherlich *ein* Beitrag, wie man das gewährleistet. Wir geben aber zu bedenken, dass alle Krankenhäuser jetzt im Rahmen der Covid-19-Pandemie betroffen sind und insbesondere die Erlösausgleiche und Erlösausfälle aller Krankenhäuser in diesem Jahr natürlich existenziell für die Krankenhäuser sind.

Da müssen wir wirklich nachbessern, weil wir sonst auch die bewährten Versorgungsnetzwerke in den Regionen gefährden. Ich kenne Regionen, in denen sich Krankenhäuser auf Covid-19 spezialisiert haben, aber die anderen Krankenhäuser das dann auffangen und auch für Herzinfarkte und andere Erkrankungen Kapazitäten freihalten.



Ich glaube, hier muss der Rettungsschirm noch mal nachgebessert werden; denn bei dem Rettungsschirm 2021 ist man davon ausgegangen, dass am Ende dieses Jahres die Krankenhäuser wieder in den Normalbetrieb zurückgekehrt wären. Ich glaube, man kann jetzt wirklich festhalten: Das ist nicht der Fall.

**Vorsitzende Bärbel Bas:** Vielen Dank. - Als Nächstes der GKV-Spitzenverband, Herr Kiefer.

**Sachverständiger Gernot Kiefer** (GKV-Spitzenverband): Herzlichen Dank, Frau Vorsitzende. - Herzlichen Dank für die Fragestellung. Ich will gleich noch mal daran erinnern, was wir aus dem bisherigen Verlauf, auch zur Sicherung der Finanzierung der Krankenhäuser, gelernt haben: Ich glaube, wir haben gelernt, dass wir für das Jahr 2021 einen Erlösausgleich haben, der in der Sache sehr klar ist, weil er sich auf die Erlöse des Jahres 2019 bezieht und entsprechend dann auch eine Preiskomponente beinhaltet, sodass die Erlöse im Jahr 2021 um 6 Prozent - gemessen an 2019 - steigen. Sofern in einem Haus zusätzliche Mehrleistungen erbracht werden, werden die selbstverständlich auch vergütet.

Die Überlegungen, Frau Baehrens, die Behandlung von Covid-19-Patientinnen und -Patienten in Krankenhäusern gezielt mit einem entsprechenden Zuschlagsmodell zu unterstützen, halten wir im Grundsatz für deutlich besser als unspezifische Freihaltepauschalen, weil die Freihaltepauschalen den unerwünschten Nebeneffekt mit sich gebracht haben, dass notwendige, auch schwerwiegende Eingriffe leider eben auch verschoben worden sind. Je zielgenauer die Behandlung von Covid-19-Patienten insbesondere auf Intensivstationen in einer Konstruktion abgebildet wird, desto sinnvoller ist es, unter einer Perspektive beide Versorgungsnotwendigkeiten - natürlich die der Covid-19-Patientinnen und -Patienten, aber auch anderer schwerwiegender Erkrankungen - zu gewährleisten. Das ist ein Ansatz, der aus den bisherigen Erfahrungen lernt und ökonomisch für die Stabilität der Krankenhäuser sorgt.

Letzte Bemerkung. Ich glaube, den Blick auf das Jahr 2022 sollte man vielleicht in der Weise vornehmen, dass man die bestehende Expertengruppe beim Bundesminister für Gesundheit sich dann mit der Frage befassen lässt, wie die Situation hinsichtlich der finanziellen Lage der Krankenhäuser 2022 aussieht, um der Politik und der dann gewählten Bundesregierung entsprechende Vorschläge zu machen. Das wäre unser Ansatz. Also, der Fokus auf die Versorgung von Covid-Patienten ist sehr wichtig.

**Vorsitzende Bärbel Bas:** Vielen Dank. - Die nächste Frage für die SPD-Fraktion stellt Sabine Dittmar.

**Sabine Dittmar** (SPD): Die Frage geht an den Deutschen Gewerkschaftsbund und an die Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände. Arbeitgeber und Beschäftigte sollen am Arbeitsplatz so gut wie möglich vor Infektionen geschützt sein; nur so können Betriebe und Unternehmen in dem aktuellen Infektionsgeschehen verantwortungsvoll fortgeführt werden. Wie bewerten Sie die Überlegungen, die 3-G-Regel bundesweit für Arbeitgeber und Beschäftigte verpflichtend zu machen?

**Vorsitzende Bärbel Bas:** Vielen Dank. - Der DGB beginnt. Herr Hofmann.

**Sachverständiger Markus Hofmann** (Deutscher Gewerkschaftsbund): Herzlichen Dank. - Danke für die Frage, Frau Abgeordnete. Wir sind natürlich der Auffassung, dass, wenn es Regularien gibt, die 3 G umfassen, diese auch tatsächlich bundesweit zum Einsatz gebracht werden müssen. Was nicht geht, ist, dass wir einen Flickenteppich an Maßnahmen vorfinden, der dazu führt, dass für die Beschäftigten, aber natürlich genauso auch für die Arbeitgeber, für die Betriebe, große Unsicherheit darüber vorherrscht, was tatsächlich zu tun ist.

Gleichzeitig muss aber auch klar sein, dass die 3-G-Regel eine Maßnahme des Infektionsschutzes und kein klassisches Arbeitsschutzinstrument ist. Es darf nicht dazu führen, dass die durch die Corona-Arbeitsschutzverordnung, aber auch



durch die Technische Regel vorgegebenen Maßnahmen außen vor bleiben. Diese müssen genauso Beachtung finden und bundesweit in gleicher Art und Weise angewandt werden. Unser Petitum ist ganz klar, eine bundeseinheitliche Regelung für 3 G dann auch tatsächlich auszubringen.

**Vorsitzende Bärbel Bas:** Vielen Dank. - Die Frage ging auch an die BDA, Roland Wolf.

**Sachverständiger Roland Wolf** (Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände e. V.): Vielen Dank, Frau Vorsitzende. - Danke auch für die Frage. Wir sind der Überzeugung, dass die im jetzigen Gesetzentwurf bzw. in den Änderungsanträgen vorliegenden 3-G-Regelungen auf jeden Fall ein Fragerecht des Arbeitgebers beinhalten müssen. In dem, was wir in den Änderungsanträgen bisher gesehen haben, sehen wir das in einer gewissen Weise bundesweit auch sichergestellt.

Wichtig ist bei 3 G vor allen Dingen, dass das dritte G, wenn ich das in diesem Kontext mal so nennen darf, also die Frage des Testens, so gelöst wird, dass es vor den Unternehmen, insbesondere im Produktionsbereich, aber auch in großen Dienstleistungsbereichen, nicht zu Stauungen, zu Problemen beim Zulass kommt. Dafür ist es sicherlich geboten - so wie das die jetzigen Regelungen auch vorsehen, wenn man sie richtig interpretiert -, dass der Arbeitnehmer verpflichtet wird, soweit er nicht geimpft oder genesen ist, das Testergebnis selbstständig mitzunehmen. Man muss sich überlegen, ob es sinnvoll ist, tatsächlich taggenau und laufend bzw. dauerhaft für die gesamte Belegschaft Überprüfungen in Aussicht zu stellen. Im österreichischen Modell ist das anders. Dort werden stichprobenartige Überprüfungen vorgesehen, vom Arbeitgeber werden auch nur Stichproben verlangt. Insbesondere bei großen Produktionsbetrieben muss man erwägen, ob das nicht auch eine sinnvolle Lösung ist.

**Vorsitzende Bärbel Bas:** Vielen Dank. - Die nächste Frage für die SPD-Fraktion stellt Heike Baehrens.

**Heike Baehrens** (SPD): Vielen Dank. - Meine Frage geht an die BAGFW und die Gesellschaft

für Virologie e. V. Angesichts der auch bei Pflegebedürftigen wieder steigenden Infektionszahlen wird die Testpflicht von Beschäftigten und Besuchern in Pflegeeinrichtungen oder in Einrichtungen der Eingliederungshilfe diskutiert. Ungeimpfte Beschäftigte und Besucher sollen täglich, geimpfte Beschäftigte sollen zweimal wöchentlich mittels PCR-Test oder täglich per Schnelltest getestet werden. Außerdem haben die Gesundheitsministerinnen und Gesundheitsminister ein Monitoring über die Tests und auch den Impfstatus von Beschäftigten in Pflegeeinrichtungen gefordert. Wie bewerten Sie diese Überlegungen?

**Vorsitzende Bärbel Bas:** Vielen Dank. - Die erste Frage geht an die BAGFW. Frau Dr. Mussnug.

**Sachverständige Dr. Friederike Mussnug** (Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege e. V.): Ich bedanke mich für die Einladung an die Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege, die ich heute als Referentin der Diakonie wahrnehmen darf.

Zu Ihrer Frage: Grundsätzlich decken die erwähnten Einrichtungen einen großen Teil unseres Handlungsfeldes ab. Bei der Bewertung war uns wichtig, dass es einen Impfanreiz für die Mitarbeitenden gibt.

In der Begründung ist die Testpflicht nur zweimal pro Woche bereits angesprochen worden. Allerdings sind wir der Ansicht, dass es klug wäre, die auch in den Text selber reinzuschreiben. Denn immerhin bietet ja auch § 73 Infektionsschutzgesetz Ansatzpunkte für Sanktionen, und da wäre es wirklich sinnvoll, wenn die Testpflicht nur zweimal pro Woche in den Text der Regelung selber aufgenommen würde.

Es gäbe auch andere Möglichkeiten, wie man zum Beispiel Testfrequenzen für Geimpfte staffeln könnte. Wir denken da zum Beispiel an die Möglichkeit, es in Anlehnung an die Inzidenzen zu staffeln, also bei einer Inzidenz von unter 100 einmal pro Woche, bei über 500 arbeitstäglich und dazwischen eben sinnvolle Abstufungen.



Ich würde gerne kurz noch mal auf das Thema PCR-Pooltests zu sprechen kommen; die werden ja im Moment sehr kontrovers diskutiert. Wir würden sagen, dass die PCR-Pooltests tendenziell eher schwierig sind, weil bei ihnen die Ergebnisse immer etwas zeitverzögert vorliegen. Wenn Beschäftigte also in den Dienst kommen, testen sie sich, dann gehen die Tests, weil unsere Einrichtungen ja in der Regel keine eigenen Labore vorhalten, erst mal aus der Einrichtung raus und kommen am Ende des Tages zurück. In der Zwischenzeit können eventuell positiv Getestete in der Einrichtung das Virus noch ziemlich verbreiten. Von daher raten wir da zur Vorsicht.

Zum Monitoring: Grundsätzlich halten wir es für sinnvoll, da allein die Einrichtungen über die notwendigen Daten verfügen und Angaben über die jeweiligen Quoten machen können. Allerdings möchten wir noch darauf hinweisen, dass die Umsetzung schon recht anspruchsvoll ist. Das geht ja auch über interne Statistiken deutlich hinaus. Deswegen ist es wirklich wichtig, dass Einrichtungen dafür ganz konkrete Anleitungen haben, worum es eigentlich geht.

Ich würde gerne das von meinem Vorredner Gesagte aufgreifen. Es stellt sich in dem Zusammenhang natürlich auch die Ressourcenfrage. Beim Thema „Testen und Monitoring“ ist es wichtig, zu gucken: Wie werden die Einrichtungen dabei entlastet? Wirkt sich das auf die Refinanzierung aus? Und wo können die Einrichtungen hier Unterstützung kriegen?

So viel erst mal für jetzt. - Vielen Dank für die Frage.

**Vorsitzende Bärbel Bas:** Vielen Dank. - Die Frage ging auch noch an die Gesellschaft für Virologie. Sie haben allerdings nur noch 40 Sekunden für die Antwort, Herr Professor Klaus Überla.

**Sachverständiger Prof. Dr. Klaus Überla** (Gesellschaft für Virologie e. V.): Danke. - Ich nehme im Namen der Gesellschaft für Virologie gerne zu der Frage Stellung. - Sehr viel wichtiger als die Teststrategien wäre, in diesem Bereich noch dringlicher auf die Durchimpfungsraten sowohl

beim Personal als auch bei den Betreuten hinzuwirken. Die Testungen können letztlich sowohl über die Schnelltests als auch über die PCR-Pooltestungen erfolgen. Allerdings hat die PCR-Pooltestung den Vorteil, dass sie deutlich sensitiver ist und damit auch in dieser Hinsicht Vorteile aufweist.

**Vorsitzende Bärbel Bas:** Vielen Dank. - Leider muss ich jetzt abbrechen, weil die Fragezeit um ist; tut mir sehr leid. Aber wir haben ja auch die schriftlichen Stellungnahmen. - Das Fragerecht geht jetzt über an die CDU/CSU-Fraktion, 24 Minuten. Stephan Stracke beginnt.

**Stephan Stracke** (CDU/CSU): Vielen Dank, Frau Vorsitzende. - Meine Frage geht an den Einzelsachverständigen Professor Wollenschläger. Im Eckpunktepapier der Ampelfraktionen steht, dass die Voraussetzungen für die Feststellung der epidemischen Lage von nationaler Tragweite nicht mehr vorlägen. Demgegenüber hat die DIVI in ihrer Stellungnahme klargemacht, dass es zwingend notwendig sei, dass die epidemische Lage von nationaler Tragweite beibehalten wird.

Herr Professor Wollenschläger, ich frage Sie: Sind die Voraussetzungen des § 5 Absatz 1 Satz 6 Infektionsschutzgesetz weiterhin gegeben?

**Vorsitzende Bärbel Bas:** Die Frage ging an den Einzelsachverständigen Professor Dr. Wollenschläger.

**Sachverständiger Prof. Dr. Ferdinand Wollenschläger:** Vielen Dank. - Zunächst ist natürlich festzuhalten, dass es zu begrüßen ist, dass man das Infektionsschutzgesetz an das aktuelle Pandemiegeschehen anpasst. Was Ihre Frage konkret betrifft, so liegt eine epidemische Lage von nationaler Tragweite auf der Basis der aktuellen Lageeinschätzung des Robert-Koch-Instituts weiterhin vor; das habe ich auch in meiner Stellungnahme ausgeführt.

Auf welcher Grundlage man zu einer gegenteiligen Einschätzung kommt, lässt sich dem Gesetzentwurf nicht entnehmen. Ich würde aus Gründen der angestrebten Stärkung des Parlaments,



aber auch aus Transparenzgründen dafür plädieren, diese Einschätzung im Gesetzentwurf zu dokumentieren, auch um die Schwelle festzuhalten, ab der weiter gehende Maßnahmen möglich sind.

Wenn man nun, wie das ja in der politischen Diskussion zu hören war, die epidemische Lage von nationaler Tragweite primär deshalb nicht mehr feststellen möchte, weil dadurch der Exekutive für politisch oder rechtlich bedenklich oder auch für nicht mehr benötigt erachtete Handlungsmöglichkeiten eröffnet würden, dann möchte ich Folgendes dazu sagen:

Erstens kann man natürlich einzelnen problematischen Punkten auch dadurch begegnen, dass man entsprechende Regelungen gezielt aufhebt oder anpasst, was meines Erachtens der zielführendere Weg ist, weil das Regulierungsproblem ja auf der Ebene des Infektionsschutzgesetzes liegt.

Zweitens - auch das ist mit Blick auf die aktuelle Diskussion zu sagen - gerät die vorgebrachte rechtliche Kritik sowohl an § 5 Absatz 2 des Infektionsschutzgesetzes als auch an einzelnen Maßnahmen viel zu pauschal. Jedenfalls kann man sagen, dass die Reduktion des Katalogs möglicher Schutzmaßnahmen, wie sie der Gesetzentwurf vorsieht, rechtlich nicht geboten ist.

Natürlich ist es dem Gesetzgeber unbenommen, ein auch jenseits dieses Konzepts stehendes Infektionsbekämpfungsregime zu schaffen. Entscheidend ist, dass es ein adäquates Instrumentarium zur Pandemiebekämpfung gibt.

Zu der Frage, ob eine Reduktion des Katalogs genügt, würde ich genau wie Frau Kießling zunächst mal sagen: Das ist natürlich erst mal eine Frage der nichtjuristisch-fachlichen Einschätzung, und auf der Basis dieser fachlichen Einschätzung ist dann politisch und auch rechtlich zu bewerten, ob Vorschläge angemessen, erforderlich und geeignet sind. Was man sicher festhalten kann, ist, dass der Katalog hinter aktuell bereits ergriffenen Maßnahmen in anderen Ländern, etwa in den Niederlanden und in Österreich, zurückbleibt, und - wir haben eben Frau Priesemann gehört - der Katalog bleibt auch hinter Fachforderungen zurück.

Letzter Punkt. Verfassungsrechtlich wichtig ist eine differenzierte Würdigung der Maßnahmen in ihrer konkreten Ausgestaltung, was den persönlichen und sachlichen Anwendungsbereich betrifft, was Ausnahmen betrifft und natürlich auch was das der Maßnahme zugrunde liegende Infektionsgeschehen einschließlich der aktuellen und drohenden Belastung des Gesundheitssystems betrifft. Noch mal: Die Rechtsprechung ist da differenzierter, als das in der allgemeinen Debatte oftmals wahrgenommen wird. Die Reduktion des Katalogs möglicher Schutzmaßnahmen, so wie es jetzt vorgeschlagen wurde, ist rechtlich sicherlich nicht geboten. - Vielen Dank.

**Vorsitzende Bärbel Bas:** Vielen Dank. - Die nächste Frage: für die CDU/CSU-Fraktion von Stephan Stracke.

**Stephan Stracke (CDU/CSU):** Ich darf mit einer Frage an Herrn Professor Wollenschläger fortsetzen. Die Ampelfraktionen wollen durch ihren Entwurf auch eine Reparlamentarisierung erreichen. Inwieweit wird diese nach Ihrer Einschätzung tatsächlich erreicht?

Zudem sollen flächendeckende Schulschließungen ausgeschlossen werden. Wird dieses Ziel rechtssicher erreicht?

**Vorsitzende Bärbel Bas:** Herr Professor Dr. Wollenschläger, Sie können antworten.

**Sachverständiger Prof. Dr. Ferdinand Wollenschläger:** Vielen Dank, Herr Stracke, für diese zwei Fragen. - Zunächst muss man sagen: Das Schlagwort der Reparlamentarisierung darf natürlich nicht den aus verfassungsrechtlicher Sicht irreführenden Eindruck erwecken, dass die aktuelle Rechtslage verfassungsrechtlichen Anforderungen des Parlamentsvorbehalts - jedenfalls so global, wie das oftmals diskutiert wird - widerspricht. Wenn man den Gesetzentwurf mit Blick auf das Anliegen bewertet, die Parlamente oder insbesondere den Deutschen Bundestag in der Pandemiebekämpfung zu stärken, ergibt sich meines Erachtens ein ambivalenter Befund.





Es ist natürlich richtig, dass wir einerseits eine Stärkung des Parlaments erreichen, weil das Parlament Handlungsmöglichkeiten der Exekutive reduziert und für nicht mehr angemessen erachtete Maßnahmen von vornherein ausschließt, wie im aktuellen Entwurf noch Ausgangs- und Kontaktbeschränkungen. Damit bedürfen Anpassungen in sachlicher und in zeitlicher Hinsicht eines erneuten Gesetzgebungsverfahrens. Das ist eine Stärkung des Parlaments.

Andererseits ist klar zu sehen, dass sich die Grundstruktur des § 28a Infektionsschutzgesetz hinsichtlich der Rollenverteilung von Legislative und Exekutive für Schutzmaßnahmen nicht ändert. Warum? Schutzmaßnahmen werden nach wie vor durch die Exekutive angeordnet. Was sich durch den Gesetzentwurf auch nicht ändert, ist die bestehende parlamentarische Grobsteuerung. So normiert etwa § 28a Absatz 7 des Infektionsschutzgesetzes im vorliegenden Entwurf keine spezifischen Entscheidungsparameter über eine allgemeine Erforderlichkeitsklausel hinaus; da hat Frau Kießling schon auf Nachbesserungsbedarf hingewiesen.

Es existiert nach wie vor keine Feinsteuerung einzelner Maßnahmen. Wenn Sie zum Beispiel die Zugangsbeschränkungen betrachten, dann stellen Sie fest, dass die Einzelfragen im Gesetzentwurf völlig offengelassen sind. Die Exekutive kann entscheiden, ob es überhaupt Zugangsbeschränkungen gibt; es ist ja eine Kannbestimmung. Die Exekutive kann entscheiden, ob es 2 G, 2 G Plus, 3 G oder 3 G Plus gibt. Die Exekutive kann entscheiden - auch auf diesen Spielraum hat Frau Kießling schon hingewiesen -: Wer wird ausgenommen? Wie sieht es mit Kindern und Jugendlichen aus? Wie sieht es in Fällen aus, in denen die Impfung kontraindiziert ist?

Es gibt auch keinerlei Differenzierung zwischen den angesprochenen und doch sehr vielgestaltigen Bereichen der Gemeinschaftseinrichtungen, wenn man einerseits an Alten- und Pflegeheime, andererseits an Schulen, Hochschulen oder Restaurants denkt, die natürlich differenziert zu würdigen sind, wozu man aber nichts in der Gesetzesbegründung findet. Verfassungsrechtlich - damit ich nicht missverstanden werde - ist das

nicht zu beanstanden, und ich möchte es auch nicht als Plädoyer dafür verstanden wissen, dass diese exekutiven Spielräume bei der Pandemiebekämpfung jetzt beseitigt werden müssen; aber anders, als es die Gesetzesbegründung schreibt, ist insofern kein Mehr an parlamentarischer Steuerung als zuvor enthalten.

Ein weiterer wichtiger Punkt - das hat auch bei der Debatte, die wir vor einiger Zeit über die Notbremse geführt haben, eine Rolle gespielt -: Wenn sich jetzt der Gesetzgeber dazu entscheidet, mehr durch Parlamentsgesetz zu regeln, ist das möglich. Entgegen den vorgebrachten Einwänden, dass der Grundsatz der Gewaltenteilung, die Garantie effektiven Rechtsschutzes oder auch das Allgemeinheitsgebot des Grundgesetzes dem Bundestag verwehren würden, konkrete Schutzmaßnahmen durch ein Parlamentsgesetz anzuordnen, ist dies genauso, wie es bei der Notbremse der Fall war, verfassungsrechtlich zulässig.

Der letzte Punkt - Sie hatten noch nach den Schulen gefragt - ist meines Erachtens ein wichtiger Punkt. Da verstehe ich das Anliegen des Gesetzentwurfes so, dass man flächendeckende Untersagungen bzw. Beschränkungen des Präsenzbetriebs an Schulen ausschließen möchte. Die Rechtsgrundlage gestattet nach wie vor Auflagen für die Fortführung des Schulbetriebs. Allein vom Wortlaut her ließe sich natürlich diskutieren, ob etwa die Vorgabe des Wechselunterrichts oder des Distanzunterrichts nicht auch eine Auflage für die Fortführung ist; der Schulbetrieb wird ja fortgesetzt. Natürlich kann man auch an in der Praxis nicht zu erfüllende weitere Auflagen denken - etwa bedeutet ein 1,5-Meter-Abstandsgebot in Schulen faktisch Wechselunterricht - oder an Auflagen hinsichtlich der technischen Ausstattung. Die Erforderlichkeit von Luftfiltern können ja auch eine Einschränkung des Schulbetriebs bedeuten.

Nun kann man zwar sagen: Bei einem systematischen Vergleich mit dem § 28a Absatz 1 Satz 1 Nummer 16 Infektionsschutzgesetz ist eine Schließung der Schulen jetzt ausgeschlossen; aber das ist natürlich kein feststehender Rechtsbegriff. Auch die alte Gesetzesbegründung zum



§ 28a Infektionsschutzgesetz differenziert zwischen einer Beschränkung und einer Untersagung des Betriebs. Da ist natürlich die Frage, wie weit man das fasst.

Deshalb mein Plädoyer: Wenn Sie, so wie ich Ihre Intension verstehe, hier rechtssicher ausschließen möchten, dass es flächendeckende Beschränkungen des Präsenzunterrichts gibt - sei es Wechselunterricht, sei es Distanzunterricht -, stellen Sie klar, dass im Schulbereich keine kapazitätsbeschränkenden Auflagen zulässig sind; das ist meines Erachtens wichtig, um dieses Ziel zu erreichen. Ich würde das aber auf den Schulbereich beschränken, weil der Katalog der Gemeinschaftseinrichtungen ein sehr weit gehender ist, damit man da nicht über das Ziel hinauschießt. Aber für die Schulen ist meines Erachtens diese Änderung, diese Klarstellung erforderlich. - Vielen Dank.

**Vorsitzende Bärbel Bas:** Vielen Dank. - Die nächste Frage stellt Stephan Stracke für die CDU/CSU-Fraktion.

**Stephan Stracke (CDU/CSU):** Vielen herzlichen Dank, Frau Vorsitzende. - Meine Frage geht an die Einzelsachverständige Dr. Anne Bunte. Sie sind ja Leiterin eines Gesundheitsamtes und auch Vorsitzende des Landesverbands der Ärztinnen und Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes NRW. Bitte in aller Kürze: Wie stellt sich denn die aktuelle Situation bei Ihnen in NRW dar, und wie bewerten Sie die Maßnahmen, die sich die Ampelfraktionen bislang vorgenommen haben, um der Covid-19-Pandemie Herr zu werden?

**Vorsitzende Bärbel Bas:** Die Frage ging an die Einzelsachverständige Frau Dr. Bunte.

**Sachverständige Dr. Anne Bunte:** Die Situation bei uns in den Gesundheitsämtern ist: Wir sehen gerade einen exponentiellen Anstieg der Infektionszahlen, der jetzt schon so hoch ist wie im Dezember letzten Jahres. Wir liegen mit unseren Inzidenzen in Nordrhein-Westfalen irgendwo in between: zwar im Durchschnitt insgesamt noch unter der Bundesinzidenz, aber auch hier mit einer breiten Spanne. Auch vor Ort sehen wir das.

Frau Priesemann hat ja schon dargestellt, dass wir es hier nicht mehr mit einem isolierten Ausbruchsgeschehen, sondern mit einem diffusen Ausbruch, also Infektionen in der gesamten Bevölkerung, zu tun haben. Das heißt, wir erleben gerade vor Ort, dass wir auf der einen Seite die vielen Neuinfektionen haben, die eine Herausforderung darstellen, und dass wir auf der anderen Seite auch extrem viele Kontakte der Infizierten haben. Wir erleben auch ein Unverständnis in der Bevölkerung, sowohl an unserer Hotline - und nicht nur bei uns, sondern das höre ich aus allen Gesundheitsämtern - als auch bei den Einzelkontakten, weil viele einfach nicht mehr verstehen, warum die Gesundheitsämter in einer solchen Situation noch versuchen, Kontakte präzise nachzuverfolgen.

Ich glaube, wir müssen uns Gedanken machen, wie man mit dieser Situation umgeht. Wir müssen uns fragen, ob der Umgang damit jetzt noch angemessen ist oder ob man das macht, was eigentlich jetzt sinnvoll sein sollte: sich wirklich auf die vulnerablen Gruppen zu konzentrieren.

Es ist schon mehrfach gesagt worden: Wir brauchen ein System an Maßnahmen im Sinne eines Multibarrierenkonzeptes. Die Impfungen alleine reichen nicht, das Testen alleine reicht nicht, 2 G reicht nicht, 3 G reicht nicht, sondern es ist die Kombination aller Maßnahmen. Ich spreche dabei aus guter Erfahrung, da wir so etwas hier vor Ort sozusagen live beobachten konnten.

Dabei ist ganz wichtig, dass wir noch mal darüber nachdenken: Was bedeutet es in der Kommunikation mit unseren Bürgern, wenn die epidemische Lage von nationaler Tragweite jetzt quasi ausläuft? Welche Assoziationen werden dadurch geweckt? Wie gesagt: Wir können das nicht kommunizieren, und wir haben große Sorge.

Es ist jetzt schon so, dass die Maßnahmen, die aufgrund der Infektionslage eigentlich einheitlich sein sollten, sehr unterschiedlich ausgestaltet sind. Unserer Bürger leben nicht nur in einer Region. Wenn wir an bestimmten Orten Veranstaltungen mit 2-G-Konzepten durchführen oder so-



gar untersagen, können Sie sicher sein, dass unsere Bürger in die Nachbarschaft fahren, wo diese Möglichkeiten noch gegeben sind.

Was möchte ich damit sehr deutlich sagen? Ich möchte damit nicht nur aus Sicht dieses Gesundheitsamtes, sondern auch aus Sicht vieler anderer Gesundheitsämter, aber auch aus Sicht vieler ärztlicher Kollegen vor Ort und an anderen Stellen in Nordrhein-Westfalen - wenn Sie aus medizinischer Sicht fragen: kann die epidemische Lage von nationaler Tragweite auslaufen? - ganz deutlich sagen: Nein, denn das hat eine Signalwirkung. Sicherlich kann juristisch einiges nachjustiert werden. Aber wir haben eine Gefährdung der Gesundheit der Bevölkerung, und da sollte man mit den Instrumenten extrem vorsichtig sein.

Wenn Sie fragen: Sind die geplanten Maßnahmen ausreichend? Sie sind es nicht, weil uns viele Möglichkeiten, die wir bisher haben, genommen werden, wenn die epidemische Lage von nationaler Tragweite ausläuft. Wie wir das auf der lokalen Ebene entsprechend anpassen, hängt von den neuen Regelungen ab. Viele Maßnahmen werden erst mal entfallen, und das in einer Phase steigender Inzidenzen. Das wird eine Herausforderung. Bei der Frage, ob wir dieser gewachsen sind oder ob wir uns doch anders entscheiden müssen, wünsche ich Ihnen allen eine wirklich gute Entscheidung. - Vielen Dank.

**Vorsitzende Bärbel Bas:** Vielen Dank. - Die nächste Frage für die CDU/CSU-Fraktion stellt Andrea Lindholz.

**Andrea Lindholz (CDU/CSU):** Vielen herzlichen Dank. - Meine Frage richtet sich nochmals an Herrn Professor Wollenschläger. Sehr geehrter Herr Professor Wollenschläger, Sie haben es vorhin schon ausgeführt: Die epidemische Lage besteht eigentlich per definitionem noch fort. In dem jetzt vorgelegten Gesetzentwurf haben wir einen abgespeckten Maßnahmenkatalog mit der Ankündigung, dass offensichtlich noch weitere Maßnahmen hinzukommen sollen. Frau Dr. Kießling hat in ihrer Stellungnahme ausgeführt, mit der neuen Gesetzesänderung würde das Parlament die Gefahrenlage nicht mehr feststellen. Ein

Gesetz muss daher abstrakte Kriterien aufstellen, die das Handeln der Behörden rechtfertigen. Wenn ich Ihre Stellungnahme wiederum richtig verstanden habe, hätte man es auch so lösen können, dass man die bisherige epidemische Lage mit dem bisherigen Rechtsrahmen fortsetzt und nur an der einen oder anderen Stelle Änderungen, vielleicht auch Reduzierungen vornimmt.

Was bedeutet denn dieses neue Gesetz jetzt für die Rechtssicherheit im Gefüge Bund und Länder, insbesondere auch bei der Anordnung von Ländermaßnahmen? Was bedeutet es, wenn man sozusagen mit einem ganz neuen Gesetz an den Start geht, das die epidemische Lage aufhebt und damit auch die Gefahrenlage nicht mehr feststellt - unabhängig davon, was das für ein Signal an die Bürgerinnen und Bürger ist? Ich bitte um Ihre rechtliche Einschätzung im Hinblick auf die Bundesländer. - Danke schön.

**Vorsitzende Bärbel Bas:** Die Frage geht an den Einzelsachverständigen Professor Dr. Wollenschläger.

**Sachverständiger Prof. Dr. Ferdinand Wollenschläger:** Vielen Dank. - Ich kann - jedenfalls teilweise - auf die Ausführungen zur ersten Frage verweisen. Ich hatte ja in der Stellungnahme ausführlich dargelegt, dass die Voraussetzungen fortbestehen. Diese Feststellungsbefugnis zählt ja auch nach Inkrafttreten des Gesetzentwurfs zum geltenden Recht. Wenn man der Auffassung ist, dass manche Befugnisse rechtswidrig, politisch unangemessen sind, nicht mehr benötigt werden, ist es meines Erachtens der zielführendere Weg, das Regime im Infektionsschutzgesetz entsprechend auszugestalten, weil es ja auch kein länderspezifisches Regulierungsproblem ist, sondern das Regulierungsproblem auf der Bundesebene liegt. Daher ist es sicherlich sinnvoll, wenn man im Infektionsschutzgesetz einen bundesweit geltenden Maßnahmenkatalog hat, was nicht damit zu verwechseln ist, dass die Maßnahmen dann auch automatisch in den einzelnen Bundesländern gelten würden. Da ist sicherlich die Anpassung des Infektionsschutzgesetzes der vorzuzugewürdigere Weg.



Was die Voraussetzungen betrifft - es wurde ja schon verschiedentlich angesprochen, auch wenn ich im Wesentlichen nur den ursprünglichen Gesetzentwurf zur Grundlage meiner Bewertung hatte -, ist es natürlich so - darauf hat ja auch Frau Kießling hingewiesen -: Je mehr Maßnahmen Sie jetzt ermöglichen, auch jenseits des § 28a Absatz 1 IfSG, desto weiter reichende Grundrechtseingriffe ermöglichen Sie natürlich auch. Und da ist natürlich das, was Sie als Eingriffsschwelle bislang in § 28a Absatz 7 IfSG haben, relativ gering, weil Sie ja da nur eine Erforderlichkeitsklausel finden, die besagt: Je intensiver der Eingriff ist, desto größer ist natürlich die Notwendigkeit, sich am Absatz 3 zu orientieren.

Vielleicht noch ein Punkt: Man darf auch nicht übersehen, dass das Infektionsschutzgesetz ja im September im Zuge des Aufbauhilfegesetzes angepasst wurde. Da hatte man im Prinzip in Absatz 3 schon eine Differenzierung eingeführt, auf die ja die jetzigen Überlegungen letztlich hinauslaufen: nämlich eine Differenzierung zwischen vorsorglichen Schutzmaßnahmen, die ja im Wesentlichen dem Absatz 7 Entwurfsfassung entsprechen, und weiter gehenden Schutzmaßnahmen, die insbesondere an das Ziel gekoppelt sind, eine drohende Überlastung der Krankenhausinfrastruktur zu verhindern. Somit fügt der Ansatz in der jetzigen Form sozusagen noch mal einen weiteren Mechanismus hinzu. Daher ist es meines Erachtens vorzugswürdig - nachdem ja die epidemische Lage fortbesteht, nachdem sie auch noch Teil des geltenden Gesetzes ist -, lieber einen kohärenten Entwurf für diese Situation zu schaffen.

Woran sich ja auch nichts ändert - das darf man nicht übersehen -: Auch mit Blick auf die politische Debatte, auch mit dem Absatz 7 - das hatte ich in meiner Stellungnahme geschrieben - schaffen Sie ein Sonderrecht für eine epidemische Lage, auch wenn Sie die eben nicht mehr unter Absatz 1 subsummieren. Aber Sie schaffen Befugnisse, nun zeitlich befristet, um auf die Covid-19-Pandemie zu reagieren. - Danke schön.

**Vorsitzende Bärbel Bas:** Vielen Dank. - Die nächste Frage für die CDU/CSU-Fraktion stellt Dr. Jan-Marco Luczak.

**Dr. Jan-Marco Luczak (CDU/CSU):** Vielen Dank. - Ich möchte meine Frage an den Einzel-sachverständigen Professor Eisele richten. Es geht um den Komplex der Impfpassfälschungen. Wir haben als CDU/CSU ja einen Gesetzentwurf vorgelegt, der die aktuell bestehenden Strafbareitslücken schließen und die aus unserer Sicht auch rechtspolitisch nicht gerechtfertigten Privilegierungen beenden soll. Können Sie vielleicht einmal bewerten, ob dieses Ziel mit diesem Gesetzentwurf erreicht wird und das einmal kontrastieren mit den Vorschlägen, die die Ampel jetzt vorgelegt hat? Die Ampel widmet sich dem Themenkomplex ja auch, bleibt allerdings mit Blick auf die Versuchsstrafbarkeit, mit Blick auf besonders schwere Fälle und auch auf den Strafraumen doch unter unserem Gesetzentwurf. Können Sie das einmal im Zusammenhang bewerten, auch im Hinblick auf die Frage, ob die Sperrwirkung, die die Rechtsprechung aktuell annimmt, wirklich rechtssicher ausgeschlossen ist?

**Vorsitzende Bärbel Bas:** Die Frage geht an Herrn Eisele.

**Sachverständiger Prof. Dr. Jörg Eisele:** Ja, vielen Dank. - Die beiden Entwürfe unterscheiden sich sehr stark in den Strafraumen. Der Entwurf der CDU/CSU-Fraktion gleicht den Strafraumen den übrigen Fälschungsdelikten an mit Freiheitsstrafe bis zu fünf Jahren. Das ist in dem - in Anführungszeichen - „Ampelentwurf“ nicht der Fall. Da sind Freiheitsstrafen von in der Regel bis zu zwei Jahren vorgesehen, was tatsächlich zu einem gewissen Ungleichgewicht führt, weil hier auch keine Strafschärfungen für gewerbsmäßige oder bandenmäßige Fälschungen vorgesehen sind, was ich für misslich halte.

Der geringe Strafraumen, etwa bei § 277 StGB, könnte dazu führen, dass man tatsächlich weiterhin eine Sperrwirkung annimmt - das hatte Herr Zieschang auch schon angesprochen -, mit der Folge, dass es gewisse Lücken gibt, jedenfalls was die Strafhöhe anbelangt. Wenn man nicht die Strafraumen bei § 277 ff. StGB hochsetzt, was ich befürworten würde, müsste man dort zumindest - das hat Herr Zieschang auch angesprochen - eine Subsidiaritätsklausel anfügen, damit klar ist, dass gegebenenfalls vorrangig die hohen Strafraumen



der anderen Urkundenfälschungsdelikte überhaupt zur Anwendung kommen.

Ein gewisses Ungleichgewicht gibt es auch im Verhältnis der Strafvorschriften im Infektionsschutzgesetz. Der Vorschlag im „Ampelentwurf“ hinsichtlich der §§ 277 ff. StGB sieht für Ärzte den gleichen Strafrahmen wie für alle übrigen Personen nach dem Infektionsschutzgesetz vor, was eine ungerechtfertigte Privilegierung ist. Auch hier sollte man notfalls im Infektionsschutzgesetz eine Sperrwirkung vermeiden und daher eine Subsidiaritätsklausel einfügen.

Eine gewisse Unwucht gibt es auch im „Ampelentwurf“. Was ich zunächst gut finde, ist, dass die Vorbereitung der Impfpassfälschung - § 275 StGB - unter Strafe gestellt ist. Eine gewisse Lücke ergibt sich aber dann, anders als im Entwurf der CDU/CSU-Fraktion, weil hier kein Versuch unter Strafe gestellt ist. Die Vorbereitung wird bestraft, nicht aber der Versuch, und nachher wieder die Tatbegehung. Das ist eine Lücke in der Kette. Und seltsam ist es, dass die Vorbereitung strenger bestraft wird als das Gebrauchen eines gefälschten Impfpasses. Darüber sollte man auch noch einmal nachdenken. - Vielen Dank.

**Vorsitzende Bärbel Bas:** Vielen Dank. - Jetzt haben wir noch 45 Sekunden. - Herr Luczak.

**Dr. Jan-Marco Luczak** (CDU/CSU): Ich habe noch eine Nachfrage an Herrn Eisele. Es geht um den Fall, dass man in einer Apotheke versucht, seinen gefälschten Impfausweis zu digitalisieren. Diese Lücke versuchen wir ja jetzt mit der Strafbarkeit zu schließen. Aus Apotheken wird uns aber berichtet, dass es Probleme mit Blick auf § 203 StGB gibt, nämlich dass Apotheker der Staatsanwaltschaft möglicherweise gar nicht mitteilen dürfen, dass jemand so etwas versucht hat, mit Hinweis auf die Verletzung von Privatgeheimnissen. - Können Sie dazu noch etwas sagen, bitte?

**Vorsitzende Bärbel Bas:** In 20 Sekunden, bitte.

**Sachverständiger Prof. Dr. Jörg Eisele:** Ja, das ist in der Tat ein Problem. Ich würde vorschlagen,

eine Offenbarungsbefugnis in das Infektionsschutzgesetz aufzunehmen. Es gibt ja solche Offenbarungsbefugnisse in den §§ 6 ff. IfSG. Diese könnte man ergänzen. Es wird da auch von einer Strafbarkeitsfalle für den Apotheker gesprochen.

**Vorsitzende Bärbel Bas:** Vielen Dank. - Damit ist die Fragezeit beendet. - Wir gehen zur Fraktion Bündnis 90/Die Grünen mit 15 Minuten über. Die erste Frage stellt Herr Dahmen, bitte.

**Dr. Janosch Dahmen** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Vielen Dank, Frau Vorsitzende. - Ich würde gerne eine Frage an die Einzelsachverständigen Professor Drosten und Frau Dr. Priesemann stellen. Ich möchte gerne fragen, ob die bisher im Gesetzentwurf beabsichtigten Maßnahmen geeignet und ausreichend sind, die Infektionsdynamik unter Kontrolle zu bringen und damit eine Überlastung des Gesundheitswesens respektive der Intensivstationen zu vermeiden, oder ob es weitere Maßnahmen braucht, beispielsweise 3 G im Nah- und Fernverkehr oder Kontaktbeschränkungen, bzw. welche weiteren Maßnahmen darüber hinaus sinnvoll und erforderlich wären.

**Vorsitzende Bärbel Bas:** Vielen Dank. - Zuerst Professor Drosten.

**Sachverständiger Prof. Dr. Christian Drosten:** Danke. - Ich glaube, wir müssen uns kurz in Erinnerung rufen: Wir sind ja jetzt in einer Hochinzidenzzeit. Das heißt, wir haben schon eine höhere Inzidenz als bei den bisherigen Wellen, wo ja gesellschaftsweite Kontrollmaßnahmen für Kontakte stattgefunden haben.

Wir haben jetzt in der jeweiligen Situation eine Mehrheit an Geimpften. Diese Situation ist ja das, was wir kontrollieren. Wir haben inzwischen hinsichtlich der Inzidenz vorausseilend das schultypische Alter in allen Bundesländern erreicht. Vor diesem Hintergrund muss man jetzt auf die möglichen Maßnahmen schauen. Es ist wichtig, glaube ich, dass man sich das noch mal klar macht.



Wir haben ja auch akuten Druck auf die medizinische Grundversorgung. Das heißt, hier konkurrieren im Prinzip diejenigen, die wegen einer Covid-Infektion ins Krankenhaus kommen - in allererster Linie die Ungeimpften -, mit der medizinischen Grundversorgung für die Gesamtbevölkerung. Ich glaube, hier muss man überlegen, was man eigentlich erreichen will. Das ist natürlich in allererster Linie der Schutz der Ungeimpften vor einer Infektion. Das kann man beeinflussen, während man den Bedarf nach Gesundheitsversorgung der Allgemeinbevölkerung nicht beeinflussen kann. Dieser ist konstant. Also, das Ziel muss der Schutz der Ungeimpften sein.

Vor diesem Hintergrund müssen wir jetzt überlegen, was man akut mit Maßnahmen ausrichten kann. Eine dieser Maßnahmen ist ja 3 G. Und das kann ich als Virologe jetzt bewerten, weil dabei eben eine Testung mit inbegriffen ist, also Testung als zusätzliches Erfordernis zur Teilnahme an sozialen Situationen.

Nun müssen wir uns aber klarmachen: Diese Testung hat keine inhärente Schutzwirkung; die Testung verhindert keine Infektion der Ungeimpften. Es ist sogar die gegenteilige Auswirkung gegeben, nämlich als ein Sicherheitsausweis, dass man sagt: „Ich bin ja negativ getestet“ und geht dann in eine Sozialsituation, wo aber geimpfte, durchaus virusausscheidende Personen sitzen; denn wir befinden uns ja jetzt in einer Hochinzidenz-situation. Da müssen wir also damit rechnen, dass die anwesenden Geimpften jeweils ein substantielles Risiko haben, unerkant infiziert zu sein.

Wir werden also mit 3 G keine Infektion von Ungeimpften verhindern. Wir verfehlen dadurch also unser Ziel. Es gibt nur eine Grundannahme, unter der 3 G in der jetzigen Situation noch etwas ausrichten kann, nämlich dass wir 3 G auf eine stabile Sozialgruppe wirklich ganz konsequent anwenden. Wenn wir eine stabile Sozialgruppe praktisch alle zwei Tage oder so, also sehr hochfrequent, testen, dann ist das möglich. Allerdings stehen dem die logistischen Anforderungen entgegen. Wir werden jetzt wieder einen Belastungspuls bei den Testkapazitäten sehen; denn die Notaufnahmen und die Normalstationen in den

Krankenhäusern werden sehr viele Tests anfordern, und die PCR-Kapazitäten der Labore müssen hierfür vorbehalten sein. Hier geht es ja auch um Verlegungsentscheidungen.

Das macht eben 3 G selbst am Arbeitsplatz bei stabiler Sozialgruppe sehr, sehr schwierig vermittelbar. Bei instabiler Sozialgruppe, beispielsweise in öffentlichen Verkehrsmitteln, wo eine Sozialgruppe im Eisenbahnwaggon zusammen ist und nie wieder so zusammenkommt, haben wir durch 3 G keinen besseren Durchgriff für den Schutz der Ungeimpften.

Zu 2 G würde ich noch eine Sache hinzufügen wollen. Es ist ja auch so, dass wir über 2 G eine gewisse Eintrittsbeschränkung in Sozialsituationen haben. Wir wissen nun aber, in welchen Bevölkerungsgruppen diese Neuinfektionen bei den Ungeimpften vor allem vorkommen; ich verweise da beispielsweise auf die Ergebnisse der COSMO-Studie. Daraus kann man ableiten, dass wir eigentlich im Moment viele ungeimpfte Gruppen haben, die man durch jetzt festzulegende Maßnahmen, beispielsweise 3 G, schwer erreichen würde.

Das sind Gruppen, die zum Beispiel formal keiner Arbeit nachgehen, weil sie im Ruhestand sind, weil sie, etwa bei den Jüngeren, eben keinen Arbeitgeber haben. Das sind Leute, die nicht viel reisen, die wenig Veranstaltungen besuchen, sondern die sich eigentlich im Privaten bewegen. Ich glaube, der Merksatz, den man sich klarmachen muss, ist, dass diese 2-G-Geschützten im Privatbereich das Virus nach Hause getragen bekommen, unter anderem aus der Schule, da viele von diesen Leuten Kinder und Enkel haben. Der Schulbetrieb soll und muss laufen. Wir haben aber gleichzeitig im Schulbetrieb die voraus-eilende Inzidenz. Wir werden also das Virus zu den 2-G-Geschützten nach Hause bekommen.

Unter diesem Eindruck, denke ich, muss man sich Gedanken darüber machen, wie man hier eine zusätzliche Schutzschicht für diejenigen einführt, die nicht geimpft sind und im Privatbereich infiziert werden können. Das läuft natürlich - so die Erfahrung - über die Gruppengröße und über die Freiheit, sich zu treffen, also in



Sozialsituationen einer bestimmten Größe zu gehen. - Das wäre das, was ich zu diesem Aspekt aus virologischer Sicht kommentieren kann.

**Vorsitzende Bärbel Bas:** Vielen Dank. - Ich habe noch die Einzelsachverständige Frau Dr. Priesemann.

**Sachverständige Dr. Viola Priesemann:** Danke. Dazu wurde ja schon sehr viel gesagt. - Kurz noch zum Boostern: Wenn wir das bei 1 Prozent der Menschen täglich hinbekommen, dann sieht man den Wendepunkt in etwa einem Monat. Wenn wir das langsamer machen, dauert es länger. Der Wendepunkt bedeutet noch nicht die Entlastung des Krankenhaussystems.

Wie Sie das machen, ob über Betriebsärzte, Impfteams, Militär, Tests von Apotheken, das ist eine Frage an Sie. Alle Maßnahmen danach sind nachrangig; denn je länger das Boostern dauert, desto länger haben wir Beschränkungen. Die Maßnahmen sind bekannt. Es sind die AHA+L+A-Maßnahmen. Masken wirken. Und die Abwägung, die Maskenpflicht in Innenräumen aufzuheben oder nicht, ist schwierig, denke ich.

Ich glaube, worüber man sich insgesamt klar werden muss, ist: Was ist das Ziel? Ist das Ziel, an der Grenze der Krankenhauskapazität zu bleiben? Wir können über Monate an der Grenze der Krankenhauskapazität bleiben und das nachregulieren. Das können wir rein technisch mit Blick auf die Anzahl der Personen, die noch vulnerabel sind. Oder ist das Ziel, eine Entlastung zu erreichen? Insofern kann man die Maßnahmen entsprechend anpassen, oder man kann versuchen, die Zahlen einmal deutlich runterzubringen, um eine Entlastung hinzubekommen.

2 G und 3 G - das wissen Sie schon von uns - reichen wahrscheinlich nicht aus, wenn sie alleine umgesetzt werden. Das liegt vor allen Dingen daran, dass viele Besuche privat stattfinden. Österreich und andere Länder überlegen ja, Kontaktbeschränkungen für Ungeimpfte zu machen. Ich bewerte das hier aus rein epidemiologischer Sicht. Wir wissen natürlich, dass Kontaktbeschränkungen deutlich helfen, vor allen Din-

gen, wenn sie - leider - auch auf den privaten Bereich ausgedehnt werden und gleichzeitig am Arbeitsplatz und in den Schulen die Übertragung reduziert wird. Das sind die Hauptwege. In den Haushalten selber werden wir das Virus nicht stoppen können; das ist so. Wir müssen gucken, dass es nicht von Haushalt zu Haushalt kommt.

Regelmäßiges massives Testen: Damit das für die Eindämmung wirkt, müsste die Größenordnung ein Test pro Person pro Woche sein. Das ist logistisch und auch finanziell wahrscheinlich nicht besonders einfach. Die Mühe ist vermutlich besser in das Impfen und Boostern investiert. Aber natürlich ist es extrem sinnvoll, sich zu testen, bevor man vulnerable Personen trifft, sich in großen Gruppen trifft, zum Beispiel auch an Schulen, wo viele Personen, insbesondere die Schülerinnen und Schüler, noch nicht geimpft sind.

Die Frage ist: Was machen wir, wenn wir - wir haben es manchmal so genannt - in den Krankenhäusern in einer verzweifelten Situation sind? Was tun wir in einer verzweifelten Situation? Es könnte notwendig sein, sich darüber einmal Gedanken zu machen, ob es, wenn irgendein Notlevel überschritten ist, nicht etwas gibt, was rasch und zügig umgesetzt werden kann, damit man dann nicht wieder wochenlang diskutiert. Das wäre etwas, was relativ wichtig ist.

Wir wissen - das haben wir auch in unserer Stellungnahme geschrieben -: Wenn wir für nur zwei Wochen, lediglich zwei Wochen, einen R-Wert von 0,7 erreichen - das ist relativ kurz; einen R-Wert von 0,7 haben wir mit viel Mühe und Not im letzten Winter fast erreicht; dieses Mal stehen wir besser da, weil viele Personen geimpft sind -, dann bringt das auf den Intensivstationen eine Reduktion von 30 Prozent, nicht nur für zwei Wochen, sondern längerfristig. Das liegt daran, dass man diese Welle eben runtersetzt, und dann steigt sie eben erst von diesem niedrigeren Niveau wieder an.

Aber das hieße: Man muss wirklich alle Register ziehen. Und die kennen Sie aus dem letzten Winter: Das geht von Homeoffice über Veranstaltungen bis hin zu Treffen nur noch in der eigenen Bubble. Da kann man über verschiedene



Thresholds für Geimpfte und Ungeimpfte nachdenken, darüber, Infektionen über Schulen zu vermeiden, soweit es irgendwie geht.

Und: Das sollte natürlich im Zweifel frühzeitig vorbereitet werden.

Aber ich möchte betonen: Das ist eine Notfallmaßnahme, die hoffentlich nicht angewendet werden muss, oder - das ist eine rechtliche Sache; ich sage das als Modelliererin - das wäre natürlich theoretisch auch eine Möglichkeit, um das Gesundheitssystem zu entlasten. Aber das scheint ja rechtlich nicht besonders einfach umsetzbar zu sein. - Vielen Dank.

**Vorsitzende Bärbel Bas:** Vielen Dank. - Die nächste Frage für Bündnis 90/Die Grünen stellt Frau Dr. Rottmann.

**Dr. Manuela Rottmann (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN):** Vielen Dank. - Ich möchte meine Frage gerne an Herrn Professor Zieschang stellen. Schönen Gruß nach Würzburg!

Herr Professor Wollenschläger hat von einem Ungleichgewicht beim Strafrahen gesprochen. Es geht noch mal um die unrichtigen Impfdokumente. Ich würde gerne nachfragen, ob Sie den Strafrahen von fünf Jahren, der vergleichbar ist mit einem Strafrahen bei, ich sage mal, Tötung auf Verlangen oder fahrlässiger Tötung oder ähnlichen Delikten, für angemessen halten bei Ausstellen eines unrichtigen Nachweises, wie er im Gesetzentwurf der Union enthalten ist.

Dann hätte ich noch eine zweite Frage. Die Union hat besonders schwere Fälle, zum Beispiel im § 277 Absatz 3 Nummer 3 StGB, beschränkt auf die Fälschung von Gesundheitszeugnissen - ob es da um eine Fälschung geht, ist noch eine andere Frage - in Bezug auf Impfnachweise. Ist das nicht inkonsistent, weil es natürlich auch die Möglichkeit gibt, Genesenennachweise zu fälschen?

**Vorsitzende Bärbel Bas:** Die Frage ging an den Einzelsachverständigen Professor Zieschang.

**Sachverständiger Prof. Dr. Frank Zieschang:** Vielen Dank, Frau Vorsitzende, und herzlichen

Dank für diese Frage. - Was die Strafrahen betrifft, so bleibt ja der Entwurf der Fraktionen SPD, Bündnis 90/Die Grünen und FDP bei den bisherigen Strafrahen in den §§ 277 ff. Das würde ich in dem Fall, dass es im § 277 StGB tatsächlich lediglich um eine schriftliche Lüge geht, die nicht unter § 267 fällt, befürworten.

Für die Konstellationen, dass es sich um einen Fall handelt, der gleichzeitig § 267 verwirklicht, hatte ich ja bereits vorgeschlagen, dass man zur Sicherheit eine entsprechende Subsidiaritätsklausel in den § 277 hineinnimmt, wenn man diese Vorschrift beibehält, in Form von: „... wenn die Tat nicht in anderen Vorschriften mit schwererer Strafe bedroht wird.“

Aus meiner Sicht sollte man die Strafen nicht so hoch gestalten, dass man, wie sonst in § 267, auf Freiheitsstrafen bis zu fünf Jahren geht. Das hat folgenden Hintergrund: Das würde etwa bei § 278 bedeuten, dass dieser Tatbestand in Verbindung mit den Vorschriften für besonders schwere Fälle sogar schärfer bestraft werden könnte als eine Falschbeurkundung im Amt nach § 348 StGB.

Dennoch meine ich, dass man bei § 278, um auch gewerbsmäßiges Verhalten strafangemessen erfassen zu können, eine moderate Erhöhung des Strafrahens durchführen sollte: auf Freiheitsstrafe bis zu drei Jahren. Man sollte aber auch nicht darüber hinausgehen. Denn es geht bei den Urkundendelikten gerade nicht um Schutz vor Gefahren für die Gesundheit der Bevölkerung oder vor Gefahren für Leib und Leben von Menschen, sondern es geht um den Schutz des Rechtsverkehrs. Daher erachte ich in diesen Fällen den bisherigen Strafrahen bei § 277 als so in Ordnung. Nur bei § 278 sollte man den Strafrahen, wie gesagt, um ein Jahr erhöhen.

Vor diesem Hintergrund sollte man ohnehin - um das vielleicht noch zu sagen, weil Sie auch das Infektionsschutzgesetz und die dortigen Regelungen ansprachen - darauf achten, dass die Strafen insgesamt moderat bleiben. Zumal: Wenn man einen besonders schweren Fall dort nennt, dann kann man natürlich auch noch über einen ungenannten besonders schweren Fall andere Konstellationen erfassen. Aber die Regelungstechnik





der besonders schweren Fälle ist natürlich immer sehr problematisch, auch vor dem Hintergrund des Artikels 103 Absatz 2 Grundgesetz, sodass ich im Grundsatz ohnehin diese Konstellation, mit besonders schweren Fällen als Regelungstechnik zu arbeiten, nicht besonders gutheiße. - Danke schön.

**Vorsitzende Bärbel Bas:** Vielen Dank. - Es sind noch 20 Sekunden übrig. - Frau Klein-Schmeink.

**Maria Klein-Schmeink (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN):** Ich hätte noch eine Frage an den Deutschen Pflegerat. Können Sie kurz erläutern, warum die Verlängerung der Regelung zur erhöhten Pflegehilfsmittelpauschale von 60 Euro weiterhin dringend geboten wäre?

**Vorsitzende Bärbel Bas:** Sie haben leider jetzt wirklich nur zwei, drei Sekunden; es tut mir leid.

**Sachverständige Ulrike Döring (Deutscher Pflegerat e. V.):** Ja. - Der erhöhte Aufwand bleibt einfach über den 31.12. bestehen. Die Sachen müssen gekauft werden, sie sind teurer geworden, und es hat sich nichts daran geändert, dass sie gebraucht werden, um die Versorgung sicherzustellen.

**Vorsitzende Bärbel Bas:** Vielen Dank. - Damit ist das Fragerecht von Bündnis 90/Die Grünen leider beendet. - Wir gehen jetzt über zur FDP-Fraktion mit elf Minuten. Es beginnt Frau Christine Aschenberg-Dugnus.

**Christine Aschenberg-Dugnus (FDP):** Vielen Dank, Frau Vorsitzende. - Unsere erste Frage geht an den Einzelsachverständigen Professor Wißmann, dem ich an dieser Stelle auch ganz herzlich für seine fundierte Stellungnahme danken möchte.

Meine Frage lautet: Ist es durch die Verfassung geboten, die epidemische Lage von nationaler Tragweite auslaufen zu lassen? - Vielen Dank.

**Vorsitzende Bärbel Bas:** Die Frage geht an den Einzelsachverständigen Professor Wißmann.

**Sachverständiger Prof. Dr. Hinnerk Wißmann:** Frau Präsidentin, Hohes Haus, meine Damen und Herren, vielen Dank. - Die Begründungslast für eine Verlängerung der epidemischen Lage von nationaler Tragweite trägt derjenige, der für eine Verlängerung ist, nicht derjenige, der für das Auslaufen ist. Das sollten wir nicht umkehren, und dafür gibt es formelle wie materielle Gründe.

Man muss auch vorweg einmal sagen: Es geht im Moment ja nicht darum, dass der Instrumentenkasten des § 28a Absatz 1 eingepackt wird. Er wird nur für die momentane Situation nicht weiter scharfgestellt. Dafür gibt es mindestens zwei durchgreifende Gründe.

Der eine Grund ist: Der Tatbestand im Gesetz sieht ja vor, dass eine Gefahr für die öffentliche Gesundheit in der gesamten Bundesrepublik bestehen muss. Das ist zurzeit angesichts der extremen Unterschiede in unserem Land, die in der Gesamtinzidenz immer etwas weggebügelt werden, nicht der Fall.

Wir haben zwei Differenzierungskriterien, die man dafür ansetzen muss. Das eine ist der wirklich extreme föderale Unterschied. Es gibt Bundesländer, in denen seit Wochen - auch jetzt noch - die Situation stabil ist, weil - das ist das zweite Element - die doppelt Geimpften unter 50 Jahren und die Kinder und Jugendlichen, die einen erheblichen Anteil an der Inzidenzlast tragen, ja nicht direkt für eine Hospitalisierung in Betracht kommen, außer in extremen Einzelfällen. Das heißt, es ist natürlich richtig, was etwa Herr Drosten gesagt hat: Es geht sozusagen um die Übertritte in andere Risikogruppen. Gleichwohl ist das Argument der Gesamtinzidenz wirklich unterkomplex.

Daraus folgt dann zweitens: Es gibt tatsächlich von Verfassungen wegen ein Mäßigungsgebot gegenüber Geimpften. Die Wiederherstellung der rechtsstaatlichen Normallage, die besagt, dass Maßnahmen im Einzelfall gerechtfertigt sein müssen, muss für die geimpfte Bevölkerung einen Benefit bringen. Das heißt, wir brauchen eine Differenzierung von Adressaten. Da hilft es auch nichts, dass sich Polizeirechtler und Epidemiologen einig sind, dass es am effektivsten ist, wenn



man die ganze Bevölkerung heranzieht. Das ist sicher richtig. Aber die gerade in der Argumentation von epidemiologischer Seite immer wieder vorgetragene massive, dreifache Senkung von Risiken durch Impfungen - ich infiziere mich nicht so leicht, ich erkrankte nicht so leicht, und ich übertrage nicht so leicht - muss für die Bevölkerung einen Nutzen haben. Es steigt einfach die Gefahr, dass Sie sonst die Falschen treffen und auch die mitmachenden Bürger verlieren.

Ich will auch deutlich sagen: Eine verzweifelte Situation herrscht auch in den Schulen und in den Jugendpsychiatrien. Das sozusagen auszuspielen gegen die Situation auf den Intensivstationen, ist keine verfassungsrechtlich angemessene Handhabung.

**Vorsitzende Bärbel Bas:** Vielen Dank. - Die nächste Frage stellt ebenfalls Frau Aschenberg-Dugnus.

**Christine Aschenberg-Dugnus (FDP):** Vielen Dank, Frau Vorsitzende. - Die Frage geht an Professor Streeck und lautet: Inwieweit ist es sinnvoll, auch Genesene und Geimpfte zu testen, und inwieweit wäre eine bundeseinheitliche 2-G-Regel sinnvoll? - Vielen Dank.

**Vorsitzende Bärbel Bas:** Herr Professor Streeck.

**Sachverständiger Prof. Dr. Hendrik Streeck:** Herzlichen Dank. - Frau Präsidentin, meine Damen und Herren, erst mal sollte ich vielleicht unmissverständlich vorwegsetzen: Das Impfen ist wirklich der wichtigste Weg für uns. Es sagen ja auch alle Experten, dass wir die Impflücke schließen müssen. Ich würde mir wünschen, dass wir hier verstärkt auf direkte Ansprache der Ungeimpften und auch auf eine Impfkampagne und Impfaufklärung setzen.

Nun: Wie sinnvoll ist es, Geimpfte noch zu testen? Man muss da eine gewisse zeitliche Unterscheidung treffen. Am Anfang, also nach der Impfung, ist der Schutz vor einer Infektion sehr hoch; er lässt aber über die Zeit nach. Der Restschutz rund sechs Monate nach einer Impfung liegt je nach Literatur zwischen 50 und 60 Prozent oder, wenn man die Katar-Daten heranzieht,

bei rund 22 Prozent. Diese Daten werden auch unterlegt durch Ausbrüche, die wir bei 2-G-Veranstaltungen sehen, wie zum Beispiel den Ausbruch in Provincetown, wo 74 Prozent der Infizierten geimpft waren, oder hier in Deutschland in Münster oder im Berghain in Berlin. Die Frage ist daher, inwieweit auch ein infektiöser Geimpfter das Virus weitergeben kann. Hier gibt es bei uns natürlich nur Näherungswerte, zum Beispiel anhand der Ct-Werte oder auch Viral Output Essays; dazu gibt es einige Studien. Auch der Provincetown-Ausbruch hat gezeigt, dass infizierte Geimpfte zwar infektiös sein können, aber die Länge der Infektiosität beim Geimpften im Vergleich zum Ungeimpften deutlich reduziert ist. Daher lässt sich zusammenfassen, dass Geimpfte sich seltener infizieren und, wenn sie infektiös sind, das Virus weniger häufig weitergeben können. Jedoch: Es besteht die Wahrscheinlichkeit.

Durch die Änderung des Gesetzes lässt sich eben ein Eskalationsstufenplan entwerfen, wo man nach Inzidenz und Krankenhausbelegung eine Testung bei Geimpften und Genesenen, also 2 G Plus, unter bestimmten Umständen empfehlen kann, also wenn ein hohes Infektionsgeschehen in dem jeweiligen Bundesland vorliegt. Hier sehen wir - das schließt an die zweite bundeseinheitliche 2-G-Regel an - eigentlich seit Beginn der Pandemie ein sehr deutliches Gefälle im Infektionsgeschehen zwischen nördlichen und südlichen Bundesländern: mit hohen Infektionszahlen in Bayern und Sachsen und mit niedrigen in Schleswig-Holstein und Mecklenburg-Vorpommern - eigentlich durchweg während der Pandemie. Zudem haben wir diese Unterschiede auch in den Impfquoten in einigen Bundesländern: mit einer hohen Impfquote zum Beispiel in Bremen und mit einer sehr niedrigen in Sachsen. Daher muss man individuell in den Bundesländern schauen, wie man über Eskalationsstufen, vielleicht über 3 G Plus, 2 G Plus und Kontaktreduktion oder Beschränkung von Großveranstaltungen, agieren muss. Es bietet sich wirklich an, das nicht bundeseinheitlich zu machen, sondern abhängig von den jeweiligen Infektionen in den verschiedenen Bundesländern. - Vielen Dank.



**Vorsitzende Bärbel Bas:** Vielen Dank. - Die nächste Frage für die FDP-Fraktion stellt Frau Helling-Plahr.

**Katrin Helling-Plahr (FDP):** Vielen Dank. - Ich wüsste gern von Professor Wißmann, wie er denn die vorgeschlagenen Maßnahmen aus seiner Perspektive bewertet. Es sind ja auch einige Maßnahmen, bei denen wir angekündigt haben, sie nicht erneut ermöglichen zu wollen, wie beispielsweise Ausgangssperren, pauschale Schul- und Kitaschließungen oder Schließung des Einzelhandels. Wären denn solche Maßnahmen aus Ihrer Sicht überhaupt verfassungsgemäß? - Vielen Dank.

**Vorsitzende Bärbel Bas:** Herr Professor Wißmann als Einzelsachverständiger.

**Sachverständiger Prof. Dr. Hinnerk Wißmann:** Vielen Dank. - Ich glaube, geboten ist tatsächlich die grundlegende Unterscheidung zwischen Auflagen für ein Tun, das aber weiter möglich bleibt. Hier steht auch die Gesamtheit der Bürgerinnen und Bürger weiter in der Pflicht, das Nötige zu machen, etwa Masken zu tragen, Abstandsgebote einzuhalten usw. Dort, wo solche Auflagen zu einem Verbot bestimmter Tätigkeiten führen, erreichen wir eben eine Grenze gegenüber denen, die geimpft sind. Ich würde gerne ebenfalls unterstreichen, dass die Impfquote nach allem, was wir wissen, die entscheidende Maßgröße ist. Der Rechtsstaat schuldet den Geimpften zunächst einmal, und zwar mit allen Mitteln, die ihm dafür zur Verfügung stehen, die Impfquote zu erhöhen, statt dies zu einer beliebigen Möglichkeit herunterzuziehen und dafür die Geimpften weiterhin in gesamtgesellschaftliche Haftung zu nehmen.

Bei den Einzelmaßnahmen würde ich insbesondere darauf hinweisen, dass Kontaktbeschränkungen möglich sind - das kann auch sinnvoll sein -; sie müssen aber systematisch so verstanden werden, dass sie nicht zu Verböten durch die Hintertür aufgejazzt werden. Also, eine Kontaktbeschränkung kann eben dann nicht dazu führen, dass am Ende doch Schulen geschlossen oder Versammlungen verboten werden. Das wäre ein Missverständnis. Herr Wollenschläger hat ja auch

gesagt, dass es sinnvoll sein kann, hier noch mal Konkretisierungen im Gesetzentwurf aufzunehmen.

Als Letztes will ich sagen: Auch ein Ländervorbehalt, der die Parlamente der Länder für weitergehende Maßnahmen in die Verantwortung nimmt, ist ganz richtig, weil dies die Verantwortung für unterschiedliche Impfquoten da adressiert, wo sie hingehört. Deswegen ist es eine richtige Entwicklung der letzten Stunden, dass wir hier zusätzliche Maßnahmen durch Länderparlamentsbeschluss für möglich halten.

**Vorsitzende Bärbel Bas:** Vielen Dank. - Die nächste Frage stellt Frau Helling-Plahr.

**Katrin Helling-Plahr (FDP):** Vielen Dank. - Ich würde gern den Verband der Privaten Krankenkassen fragen. In Ihrer Stellungnahme verweisen Sie auf eine Ungleichbehandlung der sozialen und der privaten Pflegeversicherung. Können Sie diesen Punkt bitte noch mal begründen?

**Vorsitzende Bärbel Bas:** Der Verband PKV ist gefragt worden.

**Sachverständiger Florian Reuther (Verband der Privaten Krankenkassen e. V.):** Frau Vorsitzende! Frau Helling-Plahr, herzlichen Dank für die Frage. - Mit dem Gesetzentwurf wird ja der bisherige Rettungsschirm für die Pflegeeinrichtungen fortgeschrieben. Mit dem Rettungsschirm werden Mindereinnahmen ausgeglichen, wenn stationäre Leistungen aufgrund der Pandemie nicht erbracht werden können. Es werden also keine pflegerischen Leistungen bzw. Leistungen an den Versicherten ausbezahlt. Deswegen handelt es sich um eine gesamtgesellschaftliche, versicherungsfremde Leistung, die auch gesamtgesellschaftlich zu finanzieren ist, nämlich durch Steuermittel. Das ist in den bisherigen Regelungen aber nur für die gesetzliche Krankenversicherung vorgesehen. Es ist nicht einzusehen und es ist auch verfassungsrechtlich nicht gerechtfertigt, warum die Versicherten der Privaten Pflege-Pflichtversicherung diese Maßnahmen mit ihren Beiträgen finanzieren sollen. Hier wäre die Gleichbehandlung beider Zweige der sozialen Pflegeversicherung erforderlich.



**Vorsitzende Bärbel Bas:** Vielen Dank. - Damit ist die Fragezeit abgelaufen. Wir gehen über zur AfD-Fraktion, und die erste Frage stellt Herr Sichert.

**Martin Sichert (AfD):** Vielen Dank, Frau Präsidentin. - Meine erste Frage geht an Professor Marx von der DIVI. Sie schreiben in Ihrer Stellungnahme: 1 662 Patienten sind mit Covid-19 letzte Woche in den Intensivstationen aufgenommen worden. - Nun hört man aus Bayern und anderen Bundesländern, dass ein großer Teil der Intensivpatienten geimpft sei. Frage an Sie, Herr Professor Marx: Wissen Sie, wie viele der 1 662 Patienten geimpft bzw. ungeimpft waren?

**Vorsitzende Bärbel Bas:** Die Frage geht an den Verband DIVI, Professor Marx.

**Sachverständiger Prof. Dr. Gernot Marx** (Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin e. V.): Sehr geehrte Frau Vorsitzende! Vielen Dank für die Frage. Diese Frage kann ich leider nicht beantworten, weil wir bisher noch nicht erfasst haben, welche Patienten auf den Intensivstationen geimpft und welche nicht geimpft sind. Die Frage ist richtig und wichtig. Wir haben als DIVI gemeinsam mit dem RKI jetzt auch entsprechende Vorbereitungen getroffen, diese wichtigen Informationen sehr schnell zu erfassen. Wir haben sie aber noch nicht zur Hand. Von daher kann ich die Frage leider nicht beantworten.

**Vorsitzende Bärbel Bas:** Vielen Dank. - Die nächste Frage, Herr Sichert.

**Martin Sichert (AfD):** Die geht auch an Herrn Professor Marx. Wir haben ja jetzt gesehen: Der Innenminister des Saarlands und auch der Präsident des Deutschen Olympischen Sportbunds haben sich mit Corona infiziert, obwohl sie schon dreimal geimpft sind - zwei sehr prominente Fälle, die zeigen, dass auch Geimpfte, auch Geboosterte Corona verbreiten können. Sie schreiben in Ihrer Stellungnahme, dass Sie eine Testpflicht auch für Genesene und Geimpfte für geboten halten, zumindest in bestimmten Bereichen. Sehe ich es richtig, dass Sie flächendeckendes

2 G nicht für ein geeignetes Mittel halten, um die Pandemie einzudämmen?

**Vorsitzende Bärbel Bas:** Herr Professor Marx, Sie können antworten.

**Sachverständiger Prof. Dr. Gernot Marx** (Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin e. V.): Vielen Dank für die Frage. - Wir sind ja der Verband der Intensiv- und Notfallmedizin und haben uns in der Stellungnahme insbesondere auf unseren Kernbereich, sprich: die Krankenversorgung insbesondere auf den Intensivstationen, bezogen. Hier ist unser wichtigstes Kriterium, die Patienten zu schützen. Von daher haben wir vorgeschlagen, dass wir konsequente Teststrategien auch für unsere Mitarbeitenden durchführen, um eben bei etwaigen Impfdurchbrüchen hier eine Ausbreitung der Infektionen zu verhindern.

**Vorsitzende Bärbel Bas:** Vielen Dank. - Herr Sichert, nächste Frage.

**Martin Sichert (AfD):** Die nächste Frage geht an die Deutsche Krankenhausgesellschaft, an Herrn Morell. - Deutschlands oberster Lungenfacharzt, Thomas Voshaar, warnt ja schon seit anderthalb Jahren, dass zu frühe invasive Beatmung zu langen Behandlungszeiten und zu mehr Todesfällen führt. Jetzt wüsste ich gern: Ist es inzwischen Praxis in den Krankenhäusern, dass invasive Beatmung nur dann eingesetzt wird, wenn wirklich nichts anderes mehr möglich ist? Das war ja über lange Zeit anders.

**Vorsitzende Bärbel Bas:** Die Frage geht an die DKG, Herr Morell.

**Sachverständiger Ingo Morell** (Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V.): Die Frage kann ich als Nichtmediziner natürlich nicht beantworten. Ich kann Ihnen nur den Überblick geben, dass die Krankenhäuser sich untereinander intensiv austauschen und dann jeweils auf den medizinischen Standard, der bekannt ist, umsteigen. Sie können von daher davon ausgehen, dass das so erfolgt; ich kenne Herrn Voshaar persönlich. Das



verbreitet sich auch in der Krankenhauslandschaft schnell genug. Davon können Sie ausgehen.

**Vorsitzende Bärbel Bas:** Vielen Dank. - Die nächste Frage: für die AfD-Fraktion Herr Sichert.

**Martin Sichert (AfD):** Wenn Sie mir da nicht wirklich weiterhelfen können, kann vielleicht Herr Professor Marx sagen - er kommt ja aus dem intensivmedizinischen Bereich, und Herr Voshaar sagt es ja jetzt schon seit anderthalb Jahren -, ob sich das jetzt wirklich herumgesprochen hat.

**Vorsitzende Bärbel Bas:** Herr Professor Marx.

**Sachverständiger Prof. Dr. Gernot Marx** (Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin e. V.): Die Behandlung der Covid-19-Patienten wie auch anderer schwerkranker Patienten basiert immer auf der evidenzbasierten Medizin, also auf publizierten und peer-reviewten Studien. Es gibt schon seit vielen Jahren eine S3-Leitlinie über invasive Beatmung und ECMO-Therapien. Wir haben es in diesem Jahr auch geschafft, die Therapie der Covid-19-Patienten auf S3-Niveau zu heben. Von daher ist es evidenzbasiert.

Die Patienten, die respiratorisch ein so starkes Versagen haben, dass sie intubiert und beatmet werden müssen, werden nach unserem Kenntnisstand entsprechend so behandelt. Und bei den Patienten, bei denen dies verhindert werden kann, wird entsprechend nur eine nichtinvasive Beatmung durchgeführt, so wie es bei allen Patienten initial immer getan wird. Das basiert, wie gesagt, immer auf den Empfehlungen der AWMF-S3-Leitlinie zur Therapie von Covid-19 und akutem Lungenversagen.

**Vorsitzende Bärbel Bas:** Vielen Dank. - Die nächste Frage: für die AfD-Fraktion Herr Sichert.

**Martin Sichert (AfD):** Die nächste Frage wäre an die Bundesärztekammer. Der jetzt vorliegende Gesetzentwurf nimmt die Länder ja deutlich mehr als vorher in die Pflicht. Das heißt, es gibt jetzt nicht mehr den Bund als das zentrale steuernde Element. Wäre es dann aus Ihrer Sicht

sinnvoll, mit dem Ablauf der epidemischen Lage von nationaler Tragweite endlich auch ein verbindliches und objektives Kriterium zu definieren, mit dessen Erfüllung dann sämtliche Maßnahmen ohne weitere Beschlüsse enden? Falls nicht, was spräche gegen die Einführung eines solchen Kriteriums?

**Vorsitzende Bärbel Bas:** Die Frage geht an die Bundesärztekammer. Herr Dr. Reinhardt.

**Sachverständiger Dr. Klaus Reinhardt** (Bundesärztekammer): Den Ablauf der pandemischen Lage können wir aktuell nicht feststellen. Ob jetzt das Infektionsschutzgesetz einer Veränderung unterzogen wird und die Länder mehr in die Verantwortung genommen werden, ist eine rechtssystematische Fragestellung, über die man diskutieren kann. Für mich ändert sich an den faktischen Herausforderungen wenig. - Das ist das Erste.

Das Zweite ist, dass wir es natürlich als sinnvoll erachteten, wenn man sich jetzt bei einschränkenden Maßnahmen aus dem Maßnahmenkatalog, den die Länder im Rahmen der Änderung des Infektionsschutzgesetzes zur Verfügung gestellt bekommen sollen, auf einen gleichmäßigen Modus verständigte, indem man zum Beispiel die Hospitalisierungsrate oder andere Dinge heranzöge und sagen würde: Wenn in einem Bundesland die Hospitalisierungsrate aufgrund einer anderen Inzidenz niedriger ist, dann sind vielleicht nicht so einschneidende Maßnahmen erforderlich wie andernorts. - Wenn das einer gewissen Systematik folgte, hielten wir dies sicherlich für vernünftig, auch in der Kommunikation gegenüber der Bevölkerung.

Ob es zum jetzigen Zeitpunkt einen messbaren Indikator dafür gibt, um sagen zu können, dass man auf alle Maßnahmen verzichten kann, darüber haben wir zum jetzigen Zeitpunkt noch keine Gedanken angestellt, und ich hätte darauf zum jetzigen Zeitpunkt auch keine schlüssige, bündige Antwort.

**Vorsitzende Bärbel Bas:** Vielen Dank. - Die nächste Frage, Herr Sichert.



**Martin Sichert** (AfD): Die DIVI hat am 21. Oktober eine ziemlich erschreckende Pressemitteilung veröffentlicht, in der es hieß, dass in jedem dritten Bett auf den Intensivstationen kein Patient mehr behandelt werden kann, weil schlicht das geschulte Pflegepersonal fehlt; Grund dafür seien schlechte Stimmung und weitere Kündigungen in den letzten Monaten beim Pflegepersonal. Der Marburger Bund fordert jetzt eine Impfpflicht für Beschäftigte in Krankenhäusern. Die Uniklinik Münster hingegen hat die Boosterimpfungen für das Pflegepersonal wegen massiver Nebenwirkungen gestoppt.

(Zuruf der Abg. Maria Klein-Schmeink (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN))

Es ist davon auszugehen, dass viele Pflegekräfte, die bereit sind, sich impfen zu lassen, jetzt bereits geimpft sind. Deswegen wüsste ich gerne vom Deutschen Pflegerat, von Frau Döring, was Sie von der Forderung einer Impfpflicht im Gesundheitswesen halten. Glauben Sie, dass gegebenenfalls weitere Pflegekräfte kündigen werden und eventuell noch mehr Pflegekräfte fehlen werden, wenn man jetzt die Pflegekräfte zwingt, sich zu entscheiden, sich entweder impfen zu lassen oder den Job zu wechseln?

**Vorsitzende Bärbel Bas:** Die Frage ging an den Deutschen Pflegerat. Frau Döring.

**Sachverständige Ulrike Döring** (Deutscher Pflegerat e. V.): Wir haben uns ja sehr klar geäußert, dass wir keine Impfpflicht für die Pflegenden als solche befürworten, sondern dass es immer um einrichtungsbezogene Impfpflichten gehen muss, wenn irgendwo ganz besondere Gefahren sind. Das betrifft sowohl Krankenhäuser als auch stationäre Langzeitpflegeeinrichtungen. Da müssen einfach Kriterien geschaffen werden, und man muss dann bei denjenigen, die sich entweder aus gesundheitlichen oder anderen Gründen nicht impfen lassen dürfen, in der Einrichtung gucken, wie sie eingesetzt werden können.

Grundsätzlich gilt: Die Frage der Flucht aus dem Beruf, weil man nicht mehr kann, hat wenig damit zu tun, ob man jetzt geimpft ist oder nicht,

sondern die Überlastung ist nach den fast zwei Jahren der Pandemie jetzt an allen Stellen so riesig, dass Pflegenden einfach nicht mehr können.

**Vorsitzende Bärbel Bas:** Vielen Dank. - Die nächste Frage, Herr Sichert.

**Martin Sichert** (AfD): Da würde ich gleich ansetzen und möchte Sie, Frau Döring, bitten, dass Sie uns einfach noch mal kurz darlegen: Was für Maßnahmen müsste denn die Politik jetzt ergreifen, damit wir möglichst zeitnah deutlich mehr Pflegekräfte bekommen? Wir wissen ja: 200 000 Pflegekräfte fehlen momentan in Deutschland. Was sind Ihrer Meinung nach, kurz zusammengefasst, die geeigneten Maßnahmen dafür?

**Vorsitzende Bärbel Bas:** Die Frage geht an den Deutschen Pflegerat. Frau Döring.

**Sachverständige Ulrike Döring** (Deutscher Pflegerat e. V.): Es kann ganz bestimmt nicht jetzt kurzfristig etwas getan werden, um sofort mehr Pflegekräfte zu haben. Wir müssen es hinbekommen, die Situation so zu gestalten, dass das Arbeiten für all diejenigen, die da sind, überhaupt weiterhin möglich ist. Dazu gehört, dass die Schutzmaßnahmen verfügbar sind. Es muss sichergestellt sein, dass es bei Tests und Impfdosen usw. keine Lieferengpässe gibt.

Grundsätzlich - da sind wir ja auf Wegen - muss geguckt werden, wie wir die Lage und die Rahmenbedingungen der Pflege in Deutschland verbessern, wie wir die Leute dazu anregen, eine entsprechende Ausbildung zu beginnen und den Beruf zu ergreifen oder aber auch in den Beruf zurückzukommen. Aber das sind langfristige Maßnahmen, die ganz bestimmt nicht in den nächsten vier Wochen zu irgendwelchen Erfolgen führen.

**Vorsitzende Bärbel Bas:** Das war eine Punktlandung. - Das Fragerecht geht für fünf Minuten an Fraktion Die Linke. Frau Ferschl stellt die Frage.

**Susanne Ferschl** (DIE LINKE): Vielen Dank. - Meine erste Frage geht an den Kollegen Markus Hofmann vom DGB, und zwar bezüglich der An-



forderungen an die 3-G-Regelungen. Welche Anforderungen müssen die 3-G-Regelungen am Arbeitsplatz aus Sicht des DGB erfüllen? Was sind da die Erfahrungen aus den Nachbarländern wie Italien und Österreich, auch im Hinblick auf arbeitsrechtliche Konsequenzen und ein Verbot der Datenverarbeitung? Ist es nötig, das entsprechend festzuschreiben? - Das wäre meine erste Frage.

**Vorsitzende Bärbel Bas:** Vielen Dank. - Die Frage geht an Herrn Hofmann vom DGB.

**Sachverständiger Markus Hofmann** (Deutscher Gewerkschaftsbund): Herzlichen Dank für die Frage, Frau Abgeordnete. - Frau Vorsitzende! Frau Abgeordnete, der DGB hat ja schon ganz klar zum Ausdruck gebracht, dass wir die 3-G-Regelungen für die Betriebe für richtig erachten, dass wir aber natürlich die Besonderheit sehen, dass die dort anfallenden Daten in hohem Maße schutzwürdig sind, weil es eben Gesundheitsdaten der Beschäftigten sind. Auf den Schutz der Gesundheitsdaten der Beschäftigten haben wir in der Vergangenheit aus gutem Grund immer sehr gepocht. Aufgrund des Ungleichgewichts zwischen Arbeitgebern und Beschäftigten bedürfen sie eines besonderen Schutzes.

Es zeigt sich auch an dieser Stelle: Es ist sehr bedauerlich, dass wir kein Beschäftigtendatenschutzgesetz haben, das das eigentlich alles gut regeln könnte. So sind wir in der Situation, dass Daten anfallen, die gesondert von anderen Daten gespeichert und in hohem Maße gesichert werden müssen, dass Daten anfallen, die in jeden Fall nach kurzer Zeit wieder gelöscht werden müssen. Dieses Löschen muss gegenüber der Betriebsöffentlichkeit, dem Betriebsrat und der Arbeitsschutzbehörde dokumentiert werden; das ist eine der Anforderungen, die wir stellen.

Es muss - das ist uns auch ganz wichtig - den Beschäftigten freigestellt sein, ob sie entweder den Status des Genesenseins bzw. Geimpftseins nachweisen oder stattdessen gegenüber dem Arbeitgeber das Ergebnis des eingeforderten Tests zur Verfügung stellen bzw. darlegen, dass sie negativ getestet wurden.

Die österreichische Situation haben wir uns nicht allzu sehr angeschaut, weil wir gesagt haben: Wir konzentrieren uns darauf, was hier geht, was hier möglich ist, welche Anforderungen wir hier brauchen. - Wir sehen natürlich den Spannungsbogen zwischen einerseits der Notwendigkeit, weil man diese Daten benötigt, und andererseits dem Schutzbedürfnis der Kolleginnen und Kollegen. Da ist der Gesetzgeber gefordert, bundesweit einheitlich dafür Sorge zu tragen, dass diese Daten, wenn sie anfallen, nur sehr kurz gespeichert werden und tatsächlich zu keinem anderen Zweck als dem vorgenannten vorgehalten werden.

Zu sonstigen Erfahrungen, was zum Beispiel Italien anbelangt: Da gilt, wie Sie wissen, eine sehr strikte 2-G-Regelung. Dazu haben die Gewerkschaften in Deutschland klar gesagt: Das wollen wir so nicht, weil wir das in dieser Form für wirklich schwierig halten und damit eine implizite Impfpflicht verbunden ist. - Wir sind nach wie vor der Auffassung, dass wir massiv dafür werben müssen, dass die Menschen sich freiwillig impfen lassen, dass sie freiwillig die entsprechenden Möglichkeiten annehmen.

Im Fazit: 3 G mit hohen Anforderungen an den Beschäftigtendatenschutz mit klaren Löschkonzepten und einer sehr kurzen Speicherung der Gesundheitsdaten der Beschäftigten, wenn es denn schon sein muss.

**Vorsitzende Bärbel Bas:** Vielen Dank. - Die nächste Frage stellt Frau Ferschl.

**Susanne Ferschl** (DIE LINKE): Vielen Dank. - Die nächste Frage geht an Frau Schmidt vom Paritätischen Wohlfahrtsverband. Es wird ja immer wieder die Notwendigkeit des Schutzes der vulnerablen Gruppen in sozialen Einrichtungen betont. Mich würde interessieren, wie Sie in diesem Zusammenhang das Vorgehen der Bundesregierung in der Vergangenheit und auch im Hinblick auf den vorliegenden Gesetzentwurf bewerten.

**Vorsitzende Bärbel Bas:** Die Frage geht an die Einzelsachverständige Frau Schmidt.



**Sachverständige Lisa Schmidt:** Herzlichen Dank für die Frage. - Wir, der Deutsche Paritätische Wohlfahrtsverband - Gesamtverband, haben gemeinsam mit den Spitzenverbänden der freien Wohlfahrtspflege Stellung zum Gesetzentwurf genommen. Einrichtungen und Organisationen der freien Wohlfahrtspflege waren und sind direkt in die Pandemiebekämpfung eingebunden. Sie sind gleichzeitig aber auch massiv von den Folgen der Krise betroffen.

In diesem Zusammenhang begrüßen wir die bisher ermöglichten und nun verlängerten Rettungsschirme sowie die Regelungen, die dazu beitragen, soziale Risiken abzufedern sowie Familien und ihre Kinder zu unterstützen.

Wir bedauern, dass Mehrkosten für Schutzmaterial, beispielsweise im Rehasport oder auch im Funktionstraining und insbesondere im Bereich der Pflegehilfsmittel - das wurde ja auch schon erwähnt -, weiterhin nicht auskömmlich refinanziert werden.

Dass aufgrund steigender Inzidenzen wieder ein besonderes Augenmerk auf Testungen und den Gesundheitsschutz in Unternehmen gerichtet wird, halten wir für sinnvoll. Gerade in Einrichtungen, in denen vulnerable Gruppen wohnen, sind die Testungen auf das Coronavirus auch für bereits Geimpfte richtig, da wir vermehrt Impfdurchbrüche festgestellt haben, weil Impfungen eben schon lange zurückliegen oder Boosterimpfungen leider noch nicht überall durchgeführt werden konnten.

**Vorsitzende Bärbel Bas:** Frau Schmidt, die Beantwortungszeit ist leider beendet. Ich muss Ihre Beantwortung daher abbrechen.

**Sachverständige Lisa Schmidt:** Schade.

**Vorsitzende Bärbel Bas:** Aber vielen Dank.

Damit danke ich allen Sachverständigen, die sich heute an dieser Anhörung beteiligt haben, und natürlich allen anderen Teilnehmenden. Herzlichen Dank!

Die Anhörung ist hiermit beendet.

(Schluss: 14.42 Uhr)

gez.

Bärbel Bas, MdB  
**Vorsitzende**