



Bundesministerium für Gesundheit, 11055 Berlin

Präsidenten des Deutschen Bundestages  
- Parlamentssekretariat -  
11011 Berlin

**Dr. Thomas Gebhart**

Parlamentarischer Staatssekretär  
Mitglied des Deutschen Bundestages

HAUSANSCHRIFT Friedrichstraße 108, 10117 Berlin  
POSTANSCHRIFT 11055 Berlin

TEL +49 (0)30 18441-1020

FAX +49 (0)30 18441-1750

E-MAIL Thomas.Gebhart@bmg.bund.de

Berlin, 30. November 2020

**Kleine Anfrage des Abgeordneten Jan Korte, Sevim Dagdelen, Susanne Ferschl, weiterer Abgeordneter und der Fraktion DIE LINKE. betreffend „Lehren aus den Pandemieplänen der Deutschen Demokratischen Republik“, BT-Drs. 19/24316**

Sehr geehrter Herr Bundestagspräsident,

namens der Bundesregierung beantworte ich die Kleine Anfrage wie folgt:

Vorbemerkung der Fragesteller:

In der Deutschen Demokratischen Republik (DDR) war das Impfwesen zentral organisiert und respiratorische Atemwegserkrankungen waren meldepflichtig. Das Ministerium für Gesundheitswesen der DDR rief bereits im Juli 1964 ein Zentrallaboratorium für respiratorische Viren in Ost-Berlin ins Leben, das in der Folge als „Grippezentrum der DDR“ fungierte. Nach der Hongkong-Grippe 1968–1970 entwickelte die DDR mit dem „Führungsdokument“ zur „Grippebekämpfung“ einen Drei-Punkte-Plan zur Bekämpfung von Seuchen. Dieses Konzept, das zum 19. November 1970 in Kraft trat, sah für zukünftige Szenarien verschiedene Reaktionsstufen vor und legte die jeweils zu ergreifenden Maßnahmen, die bis auf die kommunale Ebene „durchdekliniert“ waren (vgl.: Dtsch Med Wochenschr 2011; 136: 2664–2668, W. Witte, Wodka und Himbeertee) fest. Bezogen auf das Krisenmanagement entsprach das „Führungsdokument“ vom Ansatz her dem 1999 verabschiedeten „influenza preparedness plan“ der WHO oder dem 2005 beschlossenen „Nationaler Pandemieplan“ der Bundesrepublik. 1973 wurde in der DDR das Institut für Angewandte Virologie in Berlin-Schöneweide mit der Aufgabenstellung, die Impfstoffproduktion zu verbessern, gegründet und zum „WHO-Influenzazentrum der DDR“ bestimmt (vgl. Bundesarchiv Berlin, DQ 1, Nr. 6421, Nr. 3330, Nr. 11532). Am 1. Januar 1974 übernahm das Epidemiologische Zentrum der Staatlichen Hygieneinspektion im Zentrallaboratorium für Enzephalitisviren „im Rahmen der Übernahme der Gesamtberichterstattung auch die Grippeberichterstattung“ (zit. nach: Dtsch Med Wochenschr 2011; 136: 2664–2668, W. Witte, Wodka und Himbeertee), die mit derjenigen der Grippezentren in Budapest, Prag, Moskau und Sofia abzustimmen war.

Obwohl ihre wirtschaftlichen Kräfte deutlich geringer als die der Bundesrepublik waren, konnte die DDR in der Tuberkulosebekämpfung, in der schnellen Zurückdrängung der spinalen Kinder-

lähmung und bei Kinderkrankheiten zum Teil bessere Ergebnisse erreichen. Auch auf dem Gebiet der Seuchenbekämpfung wies sie gute Ergebnisse auf. Dies lag nach Auffassung von Gesundheitsexperten wie Dr. med. Heinrich Niemann daran, dass die Reaktion auf eine Epidemie/Pandemie in der DDR gesetzlich geregelt und damit im Gegensatz zur Bundesrepublik und den meisten anderen Staaten auf der Höhe der Zeit war: „Der Gesundheitsminister leitete eine ständige Kommission zur Verhütung und Bekämpfung von Epidemien. Bereiche wie Bildung, Handel, Wirtschaft, Polizei gehörten dazu. Die staatliche Plankommission hatte die Aufgabe, schnellstmöglich zusätzliche Ressourcen zu mobilisieren. In den 15 Bezirken und den Kreisen gab es Kommissionen und Seuchenbekämpfungspläne. Die Einrichtungen des Gesundheitswesens – Universitätskliniken, Kreiskrankenhäuser, Polikliniken, Hygieneinspektionen, Arztpraxen, Kinder- und Pflegeeinrichtungen, aber auch die Betriebe, Schulen, Behörden – wurden von Beginn einbezogen. [...] Die Polikliniken in der DDR konnten mit ihrer Struktur (mehrere Ärzte, eigenes Labor, räumliche Abgrenzung von Infektionsbereichen, Aufstellung von Notbetten, längere Öffnungszeiten) ihre Kräfte relativ schnell auf neue Aufgaben einstellen, ohne dass der einzelne Arzt wirtschaftlich in Gefahr geraten wäre. Das DDR-Gesundheitswesen war fast ausschließlich öffentliches Eigentum, wurde staatlich organisiert und in der Regel ärztlich geleitet. Der Gesundheitsminister und seine Stellvertreter, die Verantwortlichen in den Bezirken oder in den Kommunen waren fast ausschließlich Ärzte, vielfach erfahren in der Hygiene oder Sozialmedizin und Epidemiologie.“ (Heinrich Niemann in: Berliner Zeitung vom 21. Mai 2020, <https://www.berliner-zeitung.de/zeitenwende/ein-arzt-ist-kein-kleinunternehmer-li.84055>)

Laut Dr. Wilfried Witte entbehrte „das „Führungsdokument“ jedoch eines öffentlichen demokratischen Abstimmungsprozesses als Korrektiv. Aspekte der Wirtschaftlichkeit spielten darüber hinaus in der planerischen Entscheidungsfindung der DDR keine wesentliche Rolle.“ (Dtsch Med Wochenschr 2011; 136: 2664–2668, W. Witte, Wodka und Himbeertee)

Mit der Abwicklung des Instituts für angewandte Virologie in Berlin-Schöneweide wurde die Forschung eingestellt – wertvolles Know-How verschwand. Franz Knieps, der als westdeutscher Gesundheitsexperte nach der Volkskammerwahl im März 1990 bis zum Beitritt der DDR zur Bundesrepublik als politischer Berater der Ministerin Regine Hildebrandt tätig war, schildert die Zielstellung seiner Arbeit im Nachhinein dahingehend, dass er nach der Wiedervereinigung nicht „in den Osten geschickt worden [sei], um über den Erhalt von DDR-Strukturen nachzudenken, sondern um eine reibungslose Ausweitung der westdeutschen Krankenversicherung zu organisieren“ (zit. nach H. Niemann: Berliner Zeitung vom 21. Mai 2020).

Frage Nr. 1:

Ist der Bundesregierung das Führungsdokument der DDR zur Grippebekämpfung bekannt?

Frage Nr. 2:

Welche Schlussfolgerungen zieht die Bundesregierung aus dem Befund, dass das 1970 in Folge der Pandemie entstandene „Führungsdokument“ vom Ansatz her dem nahe kommt, was heute als „influenza preparedness plan“ der WHO oder „Nationaler Pandemieplan“ der Bundesrepublik maßgeblich ist (Dtsch Med Wochenschr 2011; 136: 2664–2668, W. Witte, Wodka und Himbeertee)?

Antwort:

Die Fragen 1 und 2 werden wegen des Sachzusammenhangs gemeinsam beantwortet.

Eine effektive Pandemieplanung muss relevante Aspekte und Konstellationen adressieren, die sich im Rahmen entsprechender Krisensituationen stellen. Die relevanten Fragestellungen unterscheiden sich dabei zwar im Detail je nach Ereignis, ein großer Anteil ist jedoch generisch und ermöglicht die Typisierung verschiedener Pandemiephasen mit entsprechenden Handlungsvorgaben und -optionen. Daher ist es folgerichtig, dass, wie in der Fragestellung aufgeworfen, unterschiedliche Gebietskörperschaften und Institutionen in ihren Pandemieplanungen ähnliche Aspekte behandeln. Gleichzeitig reflektiert das nationale Pandemiemanagement die jeweiligen gouvernementalen Strukturen und Verantwortlichkeiten und unterliegt zeitlichen Veränderungen, so dass eine Übertragbarkeit nur sehr eingeschränkt möglich ist. In Deutschland haben die zuständigen Stellen der Länder und das Bundesministerium für Gesundheit im Ergebnis den Teil 1 des nationalen Pandemieplans, der die Strukturen und Maßnahmen beschreibt, entwickelt ([https://www.gmkonline.de/documents/pandemieplan\\_teil-i\\_1510042222\\_1585228735.pdf](https://www.gmkonline.de/documents/pandemieplan_teil-i_1510042222_1585228735.pdf)). Unter Federführung des Robert Koch-Instituts wurden die wissenschaftlichen Grundlagen in Teil 2 ergänzt ([https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/I/Influenza/Pandemieplanung/Downloads/Pandemieplan\\_Teil\\_II\\_gesamt.pdf;jsessionid=23B5E85DDA01DA0BDBAAD5B3D70923E0.internet072?\\_blob=publicationFile](https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/I/Influenza/Pandemieplanung/Downloads/Pandemieplan_Teil_II_gesamt.pdf;jsessionid=23B5E85DDA01DA0BDBAAD5B3D70923E0.internet072?_blob=publicationFile)).

Die Länder haben darüber hinaus ihre eigenen Pandemiepläne etabliert.

Frage Nr. 3:

Sieht die Bundesregierung, vor dem Hintergrund der Erfahrungen mit der Covid-19-Pandemie, in der Struktur des DDR-Gesundheitssystems und insbesondere der Polikliniken vorbildhafte oder nachahmenswerte Aspekte, die bei einer Pandemie- und krisenfesten Umgestaltung des deutschen Gesundheitssystems zum Tragen kommen sollten? Wenn ja, welche sind dies? Wenn nein, warum nicht?

Frage Nr. 4:

Wird die Bundesregierung als Folge der Covid-19-Pandemie die Privatisierung weiter Teile des Gesundheitssystems wieder rückgängig machen (bitte begründen)?

Antwort:

Die Fragen 3 und 4 werden wegen des Sachzusammenhangs gemeinsam beantwortet.

Neben der Bewältigung der aktuellen COVID19-Pandemie wird die Bundesregierung die gemachten Erfahrungen auswerten ("lessons learned") und daraus Schlussfolgerungen für die Weiterentwicklung der Pandemieplanung im Besonderen und des Krisenmanagements zu gesundheitlichen Schadenslagen im Allgemeinen ziehen.

Frage Nr. 5:

Wie bewertet die Bundesregierung aus heutiger Sicht, dass in der DDR sowohl das Impfwesen als auch die Reaktion auf eine Epidemie/Pandemie zentral organisiert war und welche Schlussfolgerungen zieht sie, vor dem Hintergrund der anhaltenden Covid-19-Pandemie, daraus?

Antwort:

Bei impfpräventablen Erregern spielt die Impfung als Gegenmaßnahme eine entscheidende Rolle. Die Frage nach der Organisation der Impfung ist daher auch ein wichtiger Teil der Pandemiepläne. Welche Strategie gewählt wird, hängt von vielen Parametern ab, u. a. impfstoffspezifische Fragen der Verfügbarkeit und Logistik (Lagerung, Temperatur u. a.). Es hat sich beispielsweise gezeigt, dass ein föderaler Ansatz in Bezug auf notwendige Maßnahmen in den Kommunen sehr flexibel auf die spezifischen Situationen reagieren kann. Eine pauschale Antwort, ob zentrale oder dezentrale Strategien zielführender sind, kann somit nicht getroffen werden.

Frage Nr. 6:

Stimmt die Bundesregierung der Einschätzung von Gesundheitsexperten wie Dr. med. Heinrich Niemann darin zu, dass die guten Ergebnisse der DDR in der Seuchenbekämpfung und bei der Zurückdrängung von respiratorischen Erkrankungen auf die gesetzliche Regelung der Reaktion auf eine Epidemie/Pandemie zurückzuführen waren (bitte begründen)?

Antwort:

Das Schadensausmaß und die Betroffenheit in der DDR durch respiratorische Erreger können im Nachhinein aufgrund nicht umfassend vorliegender Daten nur eingeschränkt bewertet werden. Somit lässt sich auch der Erfolg der Pandemiebekämpfung schwer quantifizieren. Ebenso lassen sich die Effekte von regulatorischen Vorgaben auf die Pandemiebewältigung nicht mehr bewerten.

Frage Nr. 7:

Welche Schlussfolgerungen zieht die Bundesregierung aus dem Befund, dass es dem Krisenmanagement der DDR an einem öffentlichen demokratischen Abstimmungsprozess als Korrektiv mangelte, für ihr eigenes heutiges Agieren im Krisenmanagement der Covid-19-Pandemie?

Antwort:

Die Bundesregierung und die Ländern handeln aufgrund gesetzlicher Grundlagen, die in den vorgeschriebenen Prozessen im Bundestag oder den entsprechenden Landesparlamenten von frei gewählten Abgeordneten beraten und verabschiedet wurden.

Frage Nr. 8:

Teilt die Bundesregierung aus heutiger Sicht die Einschätzung des letzten DDR-Gesundheitsministers Prof. Dr. Jürgen Kleditzsch (CDU) in der Regierung de Mazière, wonach die damalige Gesundheitspolitik in Gesamtdeutschland „konzeptionslos“ gewesen wäre und es an dem politischen Willen gefehlt habe, die „positiven Seiten beider Seiten“ zusammenwachsen zu sehen (vgl. H. Niemann: Berliner Zeitung vom 21.05.2020 (bitte begründen)?

Frage Nr. 9:

Ist die Zielstellung zutreffend, die Franz Knieps, als nach dem Osten gesandter Gesundheitsexperte, schildert, wonach er nach der Wiedervereinigung nicht „in den Osten geschickt worden [sei], um über den Erhalt von DDR-Strukturen nachzudenken, sondern um eine reibungslose Ausweitung der westdeutschen Krankenversicherung zu organisieren“? Wenn ja, sieht dies die heutige Bundesregierung als Fehler (bitte begründen)? Wenn nein, wie lautete sie damals tatsächlich oder aus Sicht der Bundesregierung?

Antwort:

Die Fragen 8 und 9 werden wegen des Sachzusammenhangs gemeinsam beantwortet.

In Deutschland besteht ein umfassendes Gesundheitssystem, das eine medizinisch hochwertige Gesundheitsversorgung der Bevölkerung sicherstellt. Die Leistungsfähigkeit dieses Systems erweist sich gerade in der Bewältigung der COVID-19-Pandemie. Durch die in Deutschland bestehende Krankenversicherungspflicht ist gewährleistet, dass alle Bevölkerungsgruppen die Möglichkeit des Zugangs zu dieser Gesundheitsversorgung und dem damit verbundenen hohen sozialen Schutz haben. Zur Entwicklung vgl. den Jahresbericht der Bundesregierung zum Stand der Deutschen Einheit 2020, S. 166 ff. [https://www.bmwi.de/Redaktion/DE/Publikationen/Neue-Laender/jahresbericht-zum-stand-der-deutschen-einheit-2020.pdf? blob=publicationFile&v=14](https://www.bmwi.de/Redaktion/DE/Publikationen/Neue-Laender/jahresbericht-zum-stand-der-deutschen-einheit-2020.pdf?blob=publicationFile&v=14)

Frage Nr. 10:

Wer traf die Entscheidung und was waren nach Kenntnis der Bundesregierung die damaligen Gründe, die zur Abwicklung des Instituts für angewandte Virologie in Berlin-Schöneweide führten?

Frage Nr. 11:

Gab es zur damaligen Entscheidung Alternativen, die verhindert hätten, dass die Forschung eingestellt und dadurch wertvolles Know-How verloren ging? Wenn ja, welche waren dies?

Antwort:

Die Fragen 10 und 11 werden wegen des Sachzusammenhangs gemeinsam beantwortet.

Das Institut für angewandte Virologie in Berlin-Schöneweide wurde 1990 nach einer Entscheidung des Wissenschaftsrates gemäß Art. 38 des Vertrags zwischen der Bundesrepublik Deutschland und der Deutschen Demokratischen Republik über die Herstellung der Einheit Deutschlands aufgelöst. In der Folge wurden Bereiche verschiedener DDR-Behörden in das damalige

Bundesgesundheitsamt integriert, das im Jahr 1994 in das Robert Koch-Institut übergang, darunter Teile des Zentralinstituts für Hygiene, Mikrobiologie und Epidemiologie in Berlin-Schönweide und des Instituts für Experimentelle Epidemiologie in Wernigerode im Harz.

Mit freundlichen Grüßen

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'L. Pfeifer', is written in a cursive style.