21. Wahlperiode

Deutscher Bundestag
Enquete-Kommission
Aufarbeitung der Corona-Pandemie
und Lehren für zukünftige
pandemische Ereignisse

Kommissionsdrucksache 21(27)16
vom 25. November 2025

Schriftliche Stellungnahme

des Sachverständigen
Dr. Johannes Nießen
Kommissarischer Leiter des Bundesinstitutes für Öffentliche Gesundheit (BIÖG), ehemaliger Leiter des Kölner Gesundheitsamtes

Öffentliche Anhörung

„Vorsorge, Krisenpläne und Frühwarnsysteme, Dateninfrastruktur, Risikobewertung und internationale Koordination“

Der Enquete-Kommission ist das vorliegende Dokument in nicht barrierefreier Form zugeleitet worden.

Öffentliche Anhörung zum Thema:

Vorsorge, Krisenpläne und Frühwarnsysteme, Dateninfrastruktur, Risikobewertung und internationale Koordination

Stellungnahme Dr. Johannes Nießen, Komm. Leiter des Bundesinstituts für Öffentliche Gesundheit (BIÖG) zu „Pandemiepläne, Meldesysteme und Datenverfügbarkeit“

Situationsanalyse während der COVID-19-Pandemie

Die COVID-19-Pandemie hat die Leistungsfähigkeit des deutschen Gesundheitssystems in der Versorgung überwiegend unter Beweis gestellt. Gleichzeitig hat sie jedoch **strukturelle Defizite** in der Vorsorge und Krisensteuerung offengelegt.

1. Pandemiepläne und Vorsorge

Die Pandemieplanung in Deutschland basierte vor 2020 im Wesentlichen auf dem Szenario einer Influenzapandemie (H1N1 2009).

Defizite in der Vorbereitung

Es wurde deutlich, dass die vorhandenen **Pandemiepläne in Schubladen lagen** und die theoretischen Grundlagen nicht ausreichend in eine operative, kontinuierliche Vorsorge auf regionaler Ebene übersetzt wurden. Die Pläne waren sehr umfangreich und detailliert, aber auch zum Teil unübersichtlich. Eine Umfrage ergab, dass fünf Jahre nach dem Ausbruch der Corona-Pandemie eine kontinuierliche Krisenvorbereitung durch die zuständigen Landesregierungen unter Beteiligung der Krankenhausträger tendenziell **nicht etabliert** war.

Föderale Umsetzung

Zwar waren auf der Grundlage des föderalen Prinzips die Länder und Kommunen für die Umsetzung von Infektionsschutzmaßnahmen zuständig, jedoch führte die mangelnde Abstimmung zwischen Bund und Ländern, insbesondere bei der Veröffentlichung von Verordnungen, zu Verunsicherungen in den Kommunen. Die Pandemie brachte viele Gesundheitsämter an ihre Grenzen.

Kommunikation

Die damalige Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA; heute: BIÖG) veröffentlichte umfangreiche Informationen auf ihrer Internetseite zum Infektionsschutz (Infektionsschutz.de). Initial wurden vor allem häufig gestellte Fragen (FAQ) bereitgestellt und das Angebot sukzessive um Merkblätter, Infografiken, Filme und andere Materialien erweitert. Besonders relevante Informationen wurden auch in mehreren Sprachversionen angeboten. Die Informationen wurden auf der Grundlage von Fachinformationen des Robert Koch-Instituts (RKI), des Paul-Ehrlich-Instituts (PEI) und des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) erstellt.

2. Meldesysteme und Datenverfügbarkeit

Der **Mangel an zeitnahen, vollständigen und maschinenlesbaren Versorgungsdaten** für das Pandemiemanagement und die wissenschaftliche Analyse war erheblich. Durch die Inbetriebnahme des Deutschen Elektronischen Melde- und Informationssystems für den Infektionsschutz (DEMIS) hat das Meldesystem bereits eine große Verbesserung erfahren, welche die Digitalisierung der Gesundheitsämter unterstützt.

Fehlende patientenindividuelle Daten

Deutschland verfügte nicht über eine patientenindividuelle Datenerfassung und anonymisierte Auswertung, etwa durch eine **Elektronische Patientenakte (ePA)**. Wichtige Versorgungsdaten standen nur unvollständig oder mit erheblichem Zeitverzug zur Verfügung.

Defizite bei Schlüsselindikatoren

Besonders eklatant war das Defizit bei der Verfügbarkeit **zeitnaher Daten zur Hospitalisierungsrate** in allen Altersgruppen sowie der täglich verfügbaren und belegten Krankenhausbetten, sowohl bundesweit als auch regional. Die Einführung des **RKI Dashboards** hat dazu beigetragen, einheitliche Daten zur Verfügung zu stellen.

Überlastung der Systeme

Die hohe Inzidenz überforderte das bestehende Meldewesen, das zu Pandemiebeginn oft noch **papiergestützt** war oder durch fragmentierte, inkompatible IT-Systeme und geringe Usability gekennzeichnet war. Bei hohem Fallaufkommen kam die Meldesoftware an ihre

Grenzen, so dass die Bearbeitung von Einzelfällen immer länger dauerte. Obwohl DEMIS eine Verbesserung und einen Digitalisierungsschub in den Gesundheitsämtern bewirkte, gab es insgesamt einen **Reformstau bei der Digitalisierung**.

Wissenschaftliche Evidenz

Zur Einschätzung der Omikron-Variante und Impfstoffwirksamkeit waren **ausländische Untersuchungen** (z. B. aus Großbritannien, Dänemark oder Israel) eine wesentliche Ergänzung, da diese klinische Daten mit hoher zeitlicher Auflösung lieferten. Die Übertragbarkeit dieser Ergebnisse auf Deutschland war aufgrund unterschiedlicher Rahmenbedingungen (wie Impfquote, Altersstruktur) jedoch limitiert.

Forschungsdefizit

Im Gegensatz zu anderen Ländern fehlte in Deutschland eine fachübergreifende Begleitforschung und ein nationales Forschungskonzept, was eine evidenzbasierte Steuerung erschwerte (Evidenz-Gap).

Erfolgsmodelle

In Köln konnte durch den Einsatz der Datenbank DiKoMa (Digitales KontaktManagement) die Erfassung und Quarantänebetreuung von Infizierten und die Suche von Kontaktpersonen adäquat umgesetzt werden. Diese intensive Beratung und Betreuung wird als erheblicher Faktor gesehen, durch den die Sterbefallquote unter den Corona-Infizierten in Köln bei nur 0,24 % lag (im Vergleich: Bundesdurchschnitt 0,44 %).

Lehren und Vorbereitung für künftige pandemische Ereignisse

Die Lehren aus der Pandemie zeigen, dass die Zukunftssicherung des Öffentlichen Gesundheitswesens (ÖGW) untrennbar mit der **Digitalisierung und einer robusten Dateninfrastruktur** verbunden ist, wie sie durch DEMIS und Agora gerade etabliert wird, ergänzt durch ausdifferenzierte Pandemiepläne und die Stärkung des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (ÖGD).

1. Stärkung der Pandemiepläne und Reaktionsfähigkeit

Krisenkommunikation

Die Risiko- und Krisenkommunikation muss als **Daueraufgabe** betrachtet werden, damit ein

entsprechendes Maßnahmenpaket und Netzwerk zur schnellen Information der Bevölkerung in Krisensituationen gewährleistet werden kann. Dabei muss sichergestellt werden, dass alle Bevölkerungsgruppen erreicht werden. Bei einer hohen Dynamik des Krisengeschehens sollte die Kommunikation auch noch offene Fragen benennen.

Gesetzliche Rahmenbedingungen und Reaktionszeit

Für eine effektive Pandemiebekämpfung sind **kurze Reaktionszeiten** und gesetzliche Rahmenbedingungen notwendig, die *ad hoc* verfügbare Instrumente des Infektions- und Bevölkerungsschutzes bereitstellen.

Evidenzbasierte Steuerung und Evaluation

Es braucht eine Stärkung der **Begleitforschung** und die Etablierung eines stringenten Pandemie-Monitorings. Politische Entscheidungen, insbesondere bei weitreichenden nicht-pharmakologischen Interventionen (NPIs), müssen künftig **wissenschaftlich begleitet und evaluiert** werden, um die Wirksamkeit von Interventionen im Sinne eines Intra-Action-Cycle fortlaufend zu evaluieren und bei Bedarf anpassen zu können.

Infrastrukturen

Notfallstrategien müssen ausgearbeitet und jederzeit implementierbar sein. Im Zuge der Gesundheitsvorsorge ist es wichtig, die Strukturen über alle Versorgungs- und Verwaltungsebenen hinweg krisenfest zu halten, was auch eine regelmäßige Überprüfung und Anpassung des Krisenmanagements im Hinblick auf nicht-intendierte Wirkungen von Maßnahmen erfordert.

Pandemie Pläne

Die Pläne werden im Bund, in den Bundesländern und den Kommunen überarbeitet. Für die Zukunft sollte es Pläne auch für vulnerable Gruppen geben, die Unterstützungen anbieten, zum Beispiel beim Aufsuchen von Hilfsangeboten oder Impfmöglichkeiten. Modular aufgebaute Pandemie- und Krisenpläne sind zu bevorzugen.

2. Ausbau der Meldesysteme und Digitalisierung

Die zeitnahe Digitalisierung des gesamten Gesundheitswesens und des ÖGD ist eine wesentliche Voraussetzung für eine datenbasierte Steuerung künftiger Gesundheitskrisen.

Digitale Plattformen für den ÖGD

Wir müssen die Digitalisierung des ÖGD durch die Weiterentwicklung von **DEMIS hin zu einer digitalen interoperablen Plattform** weiter vorantreiben. Dies unterstützt nicht nur die Patientenversorgung, sondern auch die Umsetzung notwendiger Infektionsschutzmaßnahmen vor Ort.

Patientenindividuelle Daten

Gesundheitsdaten sollten möglichst zeitnah, **einzelfallbasiert und vollständig in Form einer elektronischen Patientenakte (ePA)** vorliegen und neben der Patientenversorgung auch für die anonymisierte wissenschaftliche Auswertung zugänglich sein. Die Digitalisierung muss auch die Hospitalisierungsdaten sowie die Impfdatenerfassung (nationales Impfregister) verstetigen und verbessern.

Nationale Datenstrategie

Die Etablierung einer nationalen Strategie zur Verfügbarkeit von Daten sowie die systematische Sammlung von Daten ist dringend empfohlen. Dazu sind eindeutige und einheitliche Regelungen zur sekundären Nutzung, Verwendung und Verknüpfung von Daten zu schaffen. Das Gesundheitsdatennutzungsgesetz und die **Implementierung des Europäischen Gesundheitsdatenraums (EHDS)** sind hier wichtige Schritte.

Surveillance-Systeme

Surveillance-Systeme müssen kontinuierlich ausgebaut und verstetigt werden (neben dem Meldesystem nach IfSG zum Beispiel auch die syndromische Surveillance, Abwasser-Surveillance, Krankenhaus-Surveillance).

3. Stärkung des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (ÖGD-Perspektive)

Pandemiepläne und Dateninfrastruktur sind nur so gut sind, wie die Organisation, die sie anwendet. Die **unzureichende Personalausstattung im ÖGD** wurde deutlich.

Pakt für den ÖGD

Der **Pakt für den ÖGD** von Bund und Ländern (2020) war ein Paradigmenwechsel, der sowohl den personellen Aufbau als auch die Verbesserung der Digitalisierung vorsieht. Diese Stärkung muss nachhaltig wirken.

Wissenschaftliche Verankerung

Die Verbindung des ÖGD mit der Wissenschaft muss gestärkt werden. Wir benötigen die **Einrichtung von Public Health Professuren** und **Forschungs- und Lehrgesundheitsämtern**.

Schlussbetrachtung

Die COVID-19-Pandemie hat uns gelehrt, dass Gesundheitskrisen nur mit einem starken Öffentlichen Gesundheitsdienst bewältigt werden können. Dadurch bieten sich aber auch Chancen für dessen strukturelle Weiterentwicklung an. Um zukünftigen pandemischen Ereignissen adäquat zu begegnen, müssen wir den Übergang von reaktiver *Ad-hoc*-Bewältigung hin zu einer **proaktiven, datenbasierten und resilienten Public Health-Strategie** vollziehen. Dies erfordert nicht nur die konsequente Umsetzung der Digitalisierung und die Schließung der Datenlücken, sondern auch die **nachhaltige Stärkung der kommunalen Strukturen** des ÖGD. Fatal wäre es, wenn die durch den Pakt für den ÖGD hinzugewonnenen Stellen nach Ablauf der Finanzierung durch den Bund Ende 2026 mangels Weiterfinanzierung wieder abgebaut werden müssten.

Die Digitalisierung und eine ausreichende Personalausstattung sind zentrale Katalysatoren für eine krisenresistente Public Health Struktur: Eine moderne Gesundheitsvorsorge ist auf **zeitnah verfügbare, interoperable und analysierbare Gesundheitsdaten** angewiesen. Nur so können wir zukünftig **schnell, zielgenau und evidenzbasiert** handeln und die Gesundheit der Bevölkerung bestmöglich schützen.