21. Wahlperiode

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

Kommissionsdrucksache 21(27)14
vom 24. November 2025

Schriftliche Stellungnahme

des Sachverständigen
Prof. Dr. med. Peter Tinnemann
Leiter des Gesundheitsamts Frankfurt am Main

Öffentliche Anhörung

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

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

STADT FRANKFURT AM MAIN

Gesundheitsamt
Prof.clin.assoc. Dr.med. Peter Tinnemann, MSt PH
Amtsleitung

Tel.:

http://gesundheitsamt.stadt-frankfurt.de

An den Deutschen Bundestag

Enquete-Kommission „Aufarbeitung der Corona-Pandemie und Lehren für zukünftige pandemische Ereignisse“

Sekretariat PA27

Frankfurt am Main, den 24.11.2025

Stellungnahme zu den Aspekten „**Pandemiepläne, Meldesysteme und Datenverfügbarkeit**“

Hier: öffentliche Anhörung am 01. Dezember 2025 zum Thema **„Vorsorge, Krisenpläne und Frühwarnsysteme, Dateninfrastruktur, Risikobewertung und internationale Koordination“**

Sehr geehrte Abgeordnete, sehr geehrte Sachverständige,

sehr geehrte Damen und Herren,

ich bedanke mich für die Einladung, an der Öffentlichen Anhörung der Enquete-Kommission „Aufarbeitung der Corona-Pandemie und Lehren für zukünftige pandemische Ereignisse“ der Bundesregierung am 01. Dezember 2025 teilzunehmen. Ich mache gemäß dem Einladungsschreiben vom 06.November 2025 gerne von der Möglichkeit Gebrauch, eine schriftliche Stellungnahme abzugeben.

Einleitung

Analysen der Lehren aus der COVID-19 Pandemie zeigen, dass insbesondere die Aspekte Pandemiepläne, Meldesysteme, Führungsstrukturen und Datenverfügbarkeit in der Pandemie von zentraler Bedeutung waren für die Leistungsfähigkeit der Gesundheitsämter, die in ihrer Gesamtheit maßgeblich den Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD) darstellen.

Die Pandemie hat dabei die fatalen Folgen einer reaktiven Haltung offengelegt. Standardisierte Pandemiepläne wurden zwar vorgehalten, aber die notwendigen Dateninfrastrukturen wurden nicht etabliert um bei den ersten Anzeichen einer Bedrohung sofort handlungsfähig zu sein. Instrumente wie das DIVI-Intensivbettenregister wurden erst geschaffen, als die Krise bereits im Gange war. Der Erfolg von Pandemiemaßnahmen hing entscheidend von der Akzeptanz und dem Verhalten der Bevölkerung ab (z.B. Einhaltung von Hygieneregeln, Isolationen und Impfbereitschaft).

Die Pandemie hat auch gezeigt, dass eine Pandemie keine rein medizinische Krise ist. Die Erfahrungen in der COVID-19 Pandemie hat die Abhängigkeit von internationalen Lieferketten für Schutzausrüstung, von Logistikunternehmen für die Impfstoffverteilung und von digitalen Infrastrukturen für das Kontaktmanagement gezeigt. Aber Netzwerkstrukturen in denen die Gesundheitsämter mit Logistikfirmen, IT-Spezialisten und Sicherheitsbehörden ihre Planungen aufeinander abstimmen waren nicht etabliert, um im Pandemiefall, oder auch anderen Krisen, eine reibungslose, gesamtstaatliche Reaktion zu gewährleisten. Der Mangel an Intensivbetten, Fachpersonal und persönlicher Schutzausrüstung zu Beginn der COVID-19 Pandemie war ein direktes Ergebnis von Effizienzoptimierung und Abbau von Surge-Kapazitäten der letzten Jahrzehnte.

Während der COVID-19 Pandemie leistete die Bundeswehr entscheidende Hilfe beim Betrieb von Impfzentren, in der Kontaktnachverfolgung und in der Logistik. Diese Unterstützung war jedoch oft ad hoc und unter den derzeitigen Vorzeichen der Änderungen in der globalen Sicherheitsarchitektur wird die Bundeswehr auf absehbare Zeit zivile Strukturen nicht mehr unterstützen, im Gegenteil die Bundeswehr erwartet von zivilen Strukturen Unterstützung.

Paradigmen Transformation

Basierend auf der Analyse der Schwachstellen in der Pandemie, und vor dem Hintergrund der sich wandelnden geopolitischen Sicherheitsarchitektur, ist ein sofortiger und fundamentaler Paradigmenwechsel im Krisenmanagement der Gesundheitsämter ein unumgänglicher Imperativ. Die neue Maxime ist klar: Gesundheit ist eine Dimension der nationalen (Gesundheits)Sicherheit (health security). Daher benötigt Deutschland einen Paradigmenwechsel in der Ausrichtung der Gesundheitsämter, und des ÖGD insgesamt, für das (pandemische) Krisenmanagement.

„Die Einrichtungen des ÖGD müssen auf allen Ebenen von reaktiven Behörden zu proaktiven, strategischen Koordinatoren der Gesundheitssicherheit entwickelt werden.“

Dieses Paradigma beschreibt den Wandel von einer abwartenden Haltung, die erst bei Eintritt einer Krise reagiert, hin zu einem vorausschauenden, gestaltenden Ansatz. Es geht darum, Bedrohungen durch („all hazards“) Gefahrenanalysen permanent zu bewerten, Szenarien zu planen sowie Strukturen und Fähigkeiten zu schaffen, *bevor* sie akut benötigt werden.

Auch wenn eine gut informierte Gesellschaft in der Pandemie zu einem aktiven Partner der Krisenbewältigung wurde, so ist effektives Krisenmanagement ohne einen unmissverständlichen rechtlichen Rahmen und nachhaltigen politischen Willen unmöglich. Rechtliche Unklarheiten in den Zuständigkeiten zwischen Bund und Ländern können zu kritischen Schwachstellen werden die Vorbereitungen und Maßnahmen des Krisenmanagements verhindern. Der Öffentliche Gesundheitsdienst benötigt daher für eine Paradigmen Transformation eine aktiv „von oben“ gesteuerte Neuausrichtung, insbesondere um die rechtlichen und finanziellen Grundlagen für eine neue Ära des Krisenmanagements zu schaffen. Diese Erwartung muss das Gesundheitssicherstellungsgesetz erfüllen.

Die Transformation des ÖGD für eine zukunftsfähige Krisenbewältigung, z.B. im Fall einer erneuten Pandemie, erfordert die im Folgenden dargestellten neuen Ausrichtungen.

1. Etablieren einer integrierten Führungs- und Kommandostruktur

Die Fragmentierung des deutschen Gesundheitssystems ist seine größte strukturelle Schwäche und macht eine koordinierte Reaktion auf komplexe Krisen nahezu unmöglich. Der taktische Imperativ besteht im **Paradigma vernetzte, integrierte Führungs- und Kommandostruktur**. Deutschland benötigt eine ständige, ressortübergreifende Einrichtung mit der Autorität und den Ressourcen, die nationale Strategie für bevölkerungsmedizinische Gesundheitssicherheit sektorenübergreifend zu leiten. Dies beinhaltet die Koordination des komplexen Zusammenspiels zwischen Krankenhäusern, präklinischer Versorgung, ambulanter Versorgung, Laboren, Logistik, Pharmaunternehmen und den Gesundheitsämtern, um eine einheitliche Anstrengung zu gewährleisten. Dazu gehört in der Führungs- und Kommandostruktur zwingend eine ständige, formalisierte Zusammenarbeit zwischen dem zivilen Gesundheitssystem und (dem Sanitätsdienst) der Bundeswehr. Eine entscheidende Voraussetzung dafür ist eine nationale, sichere und interoperable Kommunikations- und Datenplattform für alle Beteiligten.

Nach dem Frankfurter Krisenmanagement Modell, das der Erkenntnis Rechnung trägt, dass die Resilienz des Gesundheitswesens vollständig von der Funktionsfähigkeit weiterer

Sektoren der Verwaltung abhängig ist, können rechtlich verankerte Krisenmanagementstrukturen etabliert werden.

2. Verbesserung der Datensysteme

Die Entwicklung robuster, interoperabler Informations- und digital souveräner Datensysteme, die den Austausch zwischen den relevanten Akteuren des Gesundheitssystems und Forschungseinrichtungen ermöglichen, ist für eine wirksame Pandemiebekämpfung und ein leistungsfähiges Krisenmanagement zentral. Sie bildet die Grundlage, um den Gesundheitszustand der Bevölkerung bevölkerungsmedizinisch zu überwachen, zu bewerten und Gesundheitsbedrohungen effektiv zu adressieren.

Für Deutschland bedeutet dies die derzeitige Fragmentierung der Datenerfassung über verschiedene Akteure im Gesundheitswesen hinweg zu überwinden und standardisierte, Echtzeit-Datenaustauschmechanismen einzuführen. Anstelle isolierter proprietärer Fachverfahren benötigt es ein **Paradigma gemeinsamer, Quellcode offene, modularer und digital souveräner Infrastruktur**. Um die Datensicherheit zu gewährleisten benötigt es ausreichende Investitionen in die Infrastruktur, um die Hardware zu modernisieren und datensichere IT-Systeme zu schaffen und bundesweite Standards für den Datenaustausch, wie FIHR/HL7, zu implementieren. Verbindliche moderne Sicherheitsvorgaben bei der Beschaffung und Entwicklung von neuen IT-Systemen müssen die Prinzipien "Privacy by Design" und "Privacy by Default" nachweislich erfüllen und mit zentralen Systemen Identity and Access Management (IAM) die Benutzeridentitäten und Zugriffsrechte verwalten. Um die Kommunikation im Gesundheitssystem zu schützen, muss eine durchgehende Ende-zu-Ende-Verschlüsselung als Standard für die gesamte interne und externe Kommunikation etabliert und innovative "Zero-Trust"-Strategien verfolgt werden, wie es beispielsweise im Frankfurter Projekt GA-Lotse umgesetzt wird.

Um Schwachstellen proaktiv zu identifizieren, müssen regelmäßige Penetrationstests und Risikoanalysen durch externe Spezialisten im Rahmen von Sicherheitsaudits durchgeführt werden. Zudem müssen Notfall- und Backup-Konzepte aktualisiert und regelmäßig erprobt werden, um im Falle eines erfolgreichen Angriffs eine schnelle Wiederherstellung der Systeme zu gewährleisten.

3. Etablierung einer nationalen Datenplattform

Es mangelt an einem institutionalisierten, systematischen Datenaustausch zwischen den Einrichtungen des Gesundheitswesens auf kommunaler, Länder und nationaler Ebene sowie mit externen wissenschaftlichen Einrichtungen. Ad-hoc-Koordination und bisheriger Datenaustausch hat sich als unzureichend erwiesen, um auf eine dynamische Krisenlage von nationaler Tragweite schnell und kohärent zu reagieren.

Die Ausrichtung muss weg von einer fragmentierten Datenhaltung und –übermittlung hin zu einem **Paradigma national verankerte, institutionell unabhängige und nachhaltig finanzierter Netzwerk-Datenplattform**, die als sozio-technische Infrastruktur den

systematischen Austausch und die gemeinsame Analyse von Gesundheitsdaten zwischen allen Akteuren des Gesundheitssystems – auf Bundes-, Länder- und kommunaler Ebene – sowie relevanten wissenschaftlichen Institutionen wie Universitäten und außeruniversitären Forschungseinrichtungen ermöglicht. Eine solche Datenplattform ist nicht nur für ein effektives Epidemie- und Krisenmanagement sowie die Pandemievorsorge unerlässlich, sondern auch zur Stärkung der wissenschaftlichen Integrität und zur Sicherung der internationalen Wettbewerbsfähigkeit Deutschlands in der Forschung.

4. Etablierung von Kompetenzzentren

Die über 380 Gesundheitsämter sind sehr heterogen ausgestattet, z.B. in der Anzahl der Mitarbeitenden vom niedrigen zweistelligen Bereich in kleinen Landkreisen bis hin zu mehreren hundert Mitarbeitenden in einzelnen Großstadtgesundheitsämtern. Daher können nicht alle Gesundheitsämter alle Expertise und Ressourcen gleich vorhalten. Es benötigt eine Änderung von dem Ansatz „alle Gesundheitsämter machen Alles“ hin zum **Paradigma Expertise bündeln in Kompetenzzentren,** z.B. für Krisenmanagement.

Der Ständiger Arbeitskreis der Kompetenz- und Behandlungszentren für Krankheiten durch hochpathogene Erreger (STAKOB), ist ein bereits etabliertes bundesweites Expert:innennetzwerk mit einer Geschäftsstelle am Robert Koch-Institut (RKI). Er besteht aus sieben Kompetenzzentren, z.B. Kompetenzzentrum am Gesundheitsamt Frankfurt, die als zentrale Schnittstellen zwischen Gesundheitsämtern, ambulanten und stationären Krankenversorgungseinrichtungen und anderen Behörden zuständig sind für überregionalen Seuchenschutz, bevölkerungsmedizinische Beratung und Öffentlichkeitsarbeit und sieben Behandlungszentren an Krankenhäusern, z.B. Sonderisolierstationen. Durch dessen enge Zusammenarbeit war Deutschland während der COVID-19-Pandemie in der Lage, auf die neue Bedrohung zu reagieren, medizinische Leitlinien schnell zu entwickeln, und Beratungs- und Koordinationsfunktionen zu übernehmen.

Im Sinne des STAKOB sollten Kompetenzzentrum für Krisenmanagement etabliert werden, da sie nicht nur „ein weiteres Gremium“ sind, sondern mit klarer Verortung in der Praxis und aufgrund ihrer Struktur und Aufgaben viele Vorteile bieten. Beispielsweise bündeln Kompetenzzentren hochspezialisiertes Wissen, dienen als Schnittstelle zwischen verschiedenen Akteuren – von lokalen Gesundheitsämtern über Kliniken bis hin zu nationalen Behörden, können sofort beratend eingreifen, was Reaktionszeit deutlich verkürzt, und sie können durch ihre Vernetzung logistische Ressourcen mobilisieren, z. B. Transporte, persönliche Schutzausrüstung, Fachpersonal. Auch außerhalb von akuten Krisen sorgen Kompetenzzentren für Schulung, Training, Qualitätsstandards – damit das System robust bleibt und auf neue Bedrohungen vorbereitet ist.

5. Erreichen operativer Einsatzbereitschaft und strategischer Fähigkeiten

(Pandemie-)Krisenpläne sind bedeutungslos, wenn sie nicht getestet, mit Ressourcen ausgestattet und in eine moderne Doktrin eingebettet sind. Bestehende Pandemie- oder Krisenpläne, die oft für lokale Krisen in Friedenszeiten konzipiert sind, sind für den erweiterten „all-hazard“ Bedrohungshorizont unzureichend. Komplexe behörden- und sektorenübergreifende (und zivil-militärische) Zusammenarbeit kann während einer Krise nicht improvisiert werden. Sie muss geübt werden. Das **Paradigma regelmäßige, verpflichtende Übungen**, bedeutet das simulierte großangelegte Ereignisse – wie eine Pandemie mit einem kaskadierenden Infrastrukturkollaps, ein Terroranschlag mit Massenanfall von Verletzten oder ein militärischer Konflikt ("Bündnisfall") unerlässlich sind, um Pläne zu testen, Reibungspunkte zu identifizieren und ein institutionelles "Muskelgedächtnis" aufzubauen.

Darüber hinaus ist die Erstellung einer nationalen Gesundheitssicherheitsdoktrin, mit Berücksichtigung der Ebenen der Länder und Kommunen erforderlich. Diese neue Doktrin muss über Pandemiepläne hinaus auch auf den Realitäten von hochintensiven Konflikten, Massenanfall von Verletzten, oder hybriden Kriegstaktiken wie Cyberangriffen und Desinformation basieren.

6. Von punktueller Kooperation zu institutionalisierter Integration

Während der COVID-19-Pandemie leistete die Bundeswehr entscheidende Hilfe beim Betrieb von Impfzentren, in der Kontaktnachverfolgung und in der Logistik. Diese Unterstützung war jedoch oft ad hoc. Das **Paradigma institutionalisierte zivil-militärische Integration** bedeutet, dass bereits vor einer (pandemischen) Krise, die Zusammenarbeit zwischen dem zivilen Gesundheitswesen und der Bundeswehr von einer fallweisen, oft improvisierten Unterstützung, wie bspw. während der COVID-19 Pandemie in der Kontaktpersonennachverfolgung, zu einer verankerten, institutionalisierten Zusammenarbeit zu entwickeln. Dabei geht es um gemeinsame Planung und gemeinsame Doktrinen als Standardprozeduren.

Gemeinsame Übungen stellen sicher, dass die Schnittstellen zwischen zivilen Gesundheitsämtern und militärischen Einheiten, auch im Krisenfall, reibungslos funktionieren.

7. Aufbau einer Nationalen Gesundheitssicherheitsreserve

Dieses Paradigma stellt die jahrzehntelange Priorisierung von Kosteneffizienz und "Just-in-time"-Prozessen in Frage. Die COVID-19 Pandemie hat gezeigt, wie schnell eine Krise die vorrätigen medizinischen Güter erschöpft. Das **Paradigma der strategischen Redundanz** heißt, dass der Staat gezielt in Surge-Kapazitäten investiert: Deutschland benötigt eine strategisch gelegene und zentral verwaltete Reserve die unterschiedliche Reserven umfasst, wie bspw. lebenswichtige Medikamente, Blutprodukte, Verbandsmaterialien, persönliche Schutzausrüstung und andere Ausrüstungen. Darüber

hinaus muss die Finanzierung von flexibel aktivierbaren Bettenkapazitäten und die Schaffung von Personalpools, die im Pandemie- oder Krisenfall mobilisiert werden können, sichergestellt sein um Deutschland durch eine länger andauernde (pandemische) Krise zu bringen, unabhängig von fragilen internationalen Lieferketten.

Diese Kosten sind als strategische "Versicherungsprämie" gegen den Systemkollaps zu verstehen.

Zusammenfassung

Die Erfahrungen der COVID-19-Pandemie unterstreichen die Notwendigkeit, Pandemiepläne, Meldesysteme und Datenverfügbarkeit als zentrale Säulen einer resilienten öffentlichen Gesundheitsvorsorge und -versorgung neu zu bewerten.

Deutschland muss in diesen Bereichen neue Paradigmen einführen und erhebliche Anstrengungen unternehmen, was Investitionen u.a. in digitale Infrastrukturen erfordert.

Nur durch einen integrierten Ansatz der Gesundheitssicherheit, der technologische Innovationen mit klaren rechtlichen Grundlagen, einer starken Führung- und Kommandostruktur und den öffentlichen Gesundheitsdienst mit einer gesamtgesellschaftlichen Verantwortung verbindet, kann Deutschland besser auf zukünftige Pandemien und andere Krisen vorbereitet sein und die Gesundheit der Bevölkerung effektiv schützen.

Mit freundlichen Grüßen

Im Auftrag

(Peter Tinnemann)