

Anlagenkonvolut

zum Wortprotokoll der 10. Sitzung der
Enquete-Kommission "Aufarbeitung der Corona-
Pandemie und Lehren für zukünftige
pandemische Ereignisse" am 1. Dezember 2025



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“

An den Deutschen Bundestag

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

Sekretariat PA27

Gesundheitsamt

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

Tel.:

<http://gesundheitsamt.stadt-frankfurt.de>

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 Ständige 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 Infrastruktorkollaps, 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)



Kommissionsdrucksache 21(27)15
vom 25. November 2025

Schriftliche Stellungnahme

des Sachverständigen

Dr. Peter Schäfer

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

Öffentliche Anhörung

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

Sekretariat Enquete-Kommission
„Aufarbeitung der Corona-Pandemie und Lehren für zukünftige pandemische Ereignisse“
Deutscher Bundestag
Platz der Republik 1
11011 Berlin

Elektronisch an: enquete.corona@bundestag.de

Stellungnahme zur öffentlichen Anhörung zum Thema:
„Vorsorge, Krisenpläne und Frühwarnsysteme, Dateninfrastruktur, Risikobewertung und internationale Koordination“ der Enquete-Kommission „Aufarbeitung der Corona-Pandemie und Lehren für zukünftige pandemische Ereignisse“ des Deutschen Bundestag

Hier: Öffentliche Anhörung am 01. Dezember 2025

Sehr geehrte Damen und Herren,

als Vorsitzender des Bundesverbands der Ärztinnen und Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes e.V. (BVÖGD) bedanke ich mich für die Einladung zu dieser öffentlichen Anhörung und die Möglichkeit einer schriftlichen Stellungnahme. Gerne bringe ich mein Wissen und meine Erfahrung zu dem Aspekt „Öffentlicher Gesundheitsdienst“ als Sachverständiger ein. Ich bin seit April 2025 Vorsitzender des BVÖGD, neben dieser ehrenamtlichen Funktion bin ich langjähriger Leiter des Gesundheitsamtes und des Jugendamtes der Stadt Mannheim.

Für die Zeit seit Beginn der Pandemie bis Anfang 2025 darf ich aus Sicht des BVÖGD auf die Expertise meiner Vorgängerinnen und Vorgänger im Vorsitz des Verbandes verweisen. Dies waren die langjährige Vorsitzende, Ministerialdirektorin a.D., Dr. med. Ute Teichert bis März 2022, der kommissarische Leiter des Bundesinstituts für öffentliche Gesundheit, Dr. med. Johannes Nießen von April 2022 bis November 2023 und die jetzige Leiterin des Gesundheitsamts Dresden, Dr. med. Kristina Böhm von November 2023 bis April 2025. Die genannten Kolleginnen und Kollegen haben durch ihre Medienpräsenz und als Vorsitzende

des „Beirats zur Umsetzung des Pakts für den Öffentlichen Gesundheitsdienst“ wesentlich zur Aufklärung der Bevölkerung und zur Aufarbeitung der Erfahrungen in der Pandemie beigetragen.

Mit freundlichen Grüßen

Dr. med. Peter Schäfer
(Vorsitzender)

Mannheim, den 24.11.2025

Stellungnahme zur öffentlichen Sachverständigenanhörung der Enquete-Kommission des Deutschen Bundestages „Aufarbeitung der Corona-Pandemie und Lehren für zukünftige pandemische Ereignisse“ am 1. Dezember 2025 zum Thema: „Vorsorge, Krisenpläne und Frühwarnsysteme, Dateninfrastruktur, Risikobewertung und internationale Koordination“

Herausforderungen und Aufgaben für die Gesundheitsämter zu Beginn der Corona-Pandemie

Unmittelbar nach Ausbruch der Corona-Pandemie standen die Gesundheitsämter vor zahlreichen Herausforderungen. Entscheidende Aufgaben in der Anfangsphase waren das Aufspüren von Infektionen und das Eindämmen der Verbreitung der Pandemie. Neben der Anordnung und Durchsetzung von Quarantäne-Vorschriften machte daher die Kontaktpersonennachverfolgung einen zentralen Bereich der Aufgaben der Gesundheitsämter aus. Der Infektionsschutz in Gesundheitseinrichtungen, die Schließung von öffentlichen Einrichtungen sowie von Kitas und Schulen und Betrieben können als weitere Stichworte genannt werden. Die zu Pandemiebeginn bestehenden Pandemiepläne richteten aus heutiger Sicht ihren Blickwinkel insbesondere auf Influenza.

Die Leitungen der Gesundheitsämter und ihre Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter waren zu Beginn und im weiteren Verlauf der Corona-Pandemie in erheblichem Umfang damit beschäftigt, die Öffentlichkeit vor Ort über die Gefahren und aus damaliger Sicht erforderlichen Maßnahmen zu informieren. Die auf ehrenamtlicher Basis tätigen Vorsitzenden und Vorstandmitglieder des BVÖGD und seiner Landesverbände haben durch ihre Präsenz in den Medien maßgeblich zur bundesweiten Aufklärung der Bevölkerung über die medizinischen Risiken der Pandemie und die Notwendigkeit der getroffenen Maßnahmen beigetragen.

Begrenzte personelle Ressourcen

Ressourcen und Expertise der Gesundheitsämter waren zu Beginn der Pandemie daher die entscheidenden Faktoren. Es bestand nur bedingt direkt nutzbare praktische Erfahrung mit vorherigen Ausbrüchen von Infektionskrankheiten. Die Personaldecke in zahlreichen Gesundheitsämtern war durch unbesetzte oder in den Vorjahren gestrichene und gekürzte Stellen ausgedünnt.

Unterstützung erhielten die Gesundheitsämter nach den ersten Monaten durch externes Personal (medizinischer Dienst, Bundeswehr, andere Bereiche der Kommunalverwaltung sowie Medizinstudierende, die über den BVÖGD vermittelt wurden). Die Organisation dieser Unterstützung einschließlich deren Einarbeitung und Schulung stellte eine große Her-

ausforderung dar. Vor Ort im eigenen Amt war die Personalakquise durch den direkten Zugriff auf Personal des Jugendamtes als Leitung für beide Ämter erleichtert, es bestand keine hinderliche Verwaltungsschnittstelle.

Defizite im Bereich der Digitalisierung

Im Bereich der Digitalisierung gab es verschiedene Softwarelösungen, die in den einzelnen Gesundheitsämtern eingesetzt wurden. Eine landes- oder gar bundesweit einheitliche Anwendung stand nicht verlässlich in erforderlicher Qualität zur Verfügung, so dass die Erfassung und Weiterleitung der Infektionszahlen und Hintergründe nicht reibungslos möglich waren. Die bestehenden Vorgaben des Datenschutzes schränkten die Möglichkeiten der Kontaktpersonennachverfolgung ein, immer wieder lagen bei der Erfassung keine eindeutigen personenbezogenen Kontaktdaten vor.

Wenn die Gesundheitsämter hier die erforderlichen Daten nicht verfügbar haben, dann sind sie gezwungen, früher vom Ansatz der individuellen Eindämmung zu einem globalen Ansatz mit allgemeinen Maßnahmen zu wechseln. Dabei stellt der Ansatz der individuellen Eindämmung grundsätzlich das mildeste Mittel i.S. der Verhältnismäßigkeit (im Gegensatz zu allg. Maßnahmen bis hin zur Ausgangssperre) dar. Daher ist es wichtig, diesen so gut und lange als möglich beizubehalten. Es scheint, dass diese individuellen Maßnahmen aufgrund der o.g. Einschränkungen bei digitaler Technik und Personal sowie wegen Limitierungen durch bestehende Regelungen und Vorgaben des Datenschutzes zu früh an Grenzen gestoßen sind.

Zu Beginn der Pandemie gab es keine strukturierten Instrumente zur Beurteilung der Auslastung der ambulanten bzw. stationären medizinischen Versorgung. Instrumente wurden im Verlauf entwickelt in der praktischen Situation, hier braucht es perspektivisch eine kritische Betrachtung bestehender oder ggf. noch optimierbarer rechtlicher Regelungen.

Organisation von Test- und Impfzentren

Aufbau und Überwachung von Testzentren, Einbindung und Koordinierung in Abstimmung mit niedergelassenen Ärzten und Apothekern, später nach der Zulassung von Impfstoffen Organisation von Impfkampagnen in Impfzentren, Abstimmung mit den Akteuren im niedergelassenen Bereich einschließlich Priorisierung und dem besonderen Schutz von medizinischem Personal und vulnerabler Gruppen sind weitere Stichworte, die bei den Aufgaben der Gesundheitsämter genannt werden können.

Bei den Impfzentren war die Datenlage unzulänglich über Kreisgrenzen. Die jeweils über die Länder organisierte Terminbuchung (teilweise mit unterschiedlichen Regelungen, bspw. ob Personen aus einem anderen Bundesland zur Impfung zugelassen werden) für die Impfzentren lief problematisch und war technisch oftmals anfällig. Starre Impfpriorisierung hat insbesondere zu Beginn den Kommunen oftmals nicht die Freiheit gegeben, sich

auch auf Hotspots mit vielen Corona-Neuinfektionen bzw. Quartiere mit sozialen Herausforderungen und/oder schwer erreichbare Bevölkerungsgruppen zu fokussieren. Impfpriorisierungen, die sich nicht nach einfach nachvollziehbaren Parametern (bspw. Alter, Berufsgruppe) gerichtet haben (z.B. Kontaktperson zur Schwangeren, Pflegebedürftigen), ließen sich faktisch vor Ort in den Impfzentren nicht prüfen.

Paradigmenwechsel durch „Pakt für den ÖGD“

Vorsorge, Krisenpläne und Frühwarnsysteme, Dateninfrastruktur, Risikobewertung und internationale Koordination stehen als zentrale Bereiche im Mittelpunkt der heutigen Sachverständigen-Anhörung. Dabei möchte ich den Focus auf organisatorisch-systemische Vorsorge richten, die individuelle Vorsorge soll nicht prioritär angesprochen werden. Der aus Sicht der Gesundheitsämter und des BVÖGD zentrale Schritt für die Vorsorge und den Gesundheitsschutz der Bevölkerung war die Vereinbarung des „Pakts für den Öffentlichen Gesundheitsdienst“ durch Bund und Länder im September 2020 und dessen konsequente Umsetzung. Hier können sowohl aus meiner Sicht als Amtsleiter als auch als BVÖGD-Vorsitzender positive Erfahrungen dargestellt werden. Der Pakt für den ÖGD hat in den Jahren 2020 bis 2025 maßgeblich dazu beigetragen, den ÖGD personell deutlich besser aufzustellen, eine personelle Stärkung zu realisieren. Gleichzeitig konnten wesentliche Entwicklungsschritte gegangen werden, um die digitale Modernisierung entscheidend voranzubringen. Verschiedene digitale Lösungen stehen weitgehend einsatzbereit zur Verfügung, hier wird sich in der Praxisanwendung kurzfristig zeigen, ob damit flächendeckend in einzelnen Bundesländern oder idealerweise länderübergreifend wesentliche Fortschritte in der Digitalisierung im ÖGD erzielt werden können. Aktuelle Entwicklungen der Zusammenarbeit von Bundesländern stimmen hoffnungsvoll. Als weitere zentrale Maßnahme soll an dieser Stelle die Implementierung des digitalen Impfausweises mit verpflichtender Anwendung genannt werden. Dieser muss aus fachlicher Sicht anonymisiert, ggf. auch pseudonymisiert zur Herstellung von Datenverknüpfungsmöglichkeiten (s. das geplante Medizinregistergesetz) auswertbar für mehrere Impfungen sein und gleichzeitig einen Abgleich für verschiedene Impfstoffe, einschließlich Nebenwirkungen (vgl. Dänemark) ermöglichen.

Aus- Fort- und Weiterbildung

Verbesserungen und Ausweitung der Kapazitäten bei Aus-, Fort- und Weiterbildung im ÖGD tragen ebenso kurz- und mittelfristig zur Vorsorge und zur Verbesserung beim Gesundheitsschutz der Bevölkerung bei. Die Verankerung des Öffentlichen Gesundheitswesens (ÖGW) sowie der Bevölkerungsmedizin an den Universitäten in Kooperation mit Gesundheitsämtern in Forschung und Lehre (Stichwort Lehrstühle, Brückenprofessuren, Praktisches Jahres im letzten Jahr des Medizinstudiums an den Gesundheitsämtern) können in diesem Zusammenhang als wesentliche Voraussetzung für qualifizierte Nachwuchsgewinnung genannt werden.

Gesundheitsschutz in Verbindung mit Kinder- und Jugendschutz

Ein anderer Aspekt der Vorsorge liegt dem Autor dieser Stellungnahme aufgrund seiner Leitungsverantwortung in Gesundheitsamt und Jugendamt für die junge Generation nahe. Während einer Pandemie, insbesondere während eines Lockdowns müssen alle psychosozialen Maßnahmen (Hilfen zur Erziehung präventiver und interventioneller Kinderschutz, ambulante Psychotherapien, Gruppen etc.) für Kinder, Jugendliche und belastete Familien mit größtmöglichem Aufwand funktional gehalten werden. Es sind gerade Kinder und Jugendliche mit vorbestehenden Belastungen, die unter den Lockdowns besonders gelitten haben, bei denen die Pandemie zusätzliche Risikofaktoren beigetragen hat und die zum Teil Monate lang vom Radar der Hilfesysteme verschwunden sind. Wir wussten früh, dass die Pandemie eine erhebliche Belastung für die psychische Gesundheit vieler Kinder und Jugendlicher darstellt. Daher müssen entsprechende Ressourcen zur Nachsorge Teil jeder Vorsorgeplanung werden.

Auch nach Ende der Lockdowns sind Kinder mit bestimmten Vorerkrankungen (oder auch ohne) zum Teil monatelang vom Schulunterricht freigestellt worden, auch nachdem die wissenschaftlichen Daten vorlagen, dass für sie kein erhöhtes Risiko besteht. Hier sollten eindeutige Empfehlungen und Regelungen geschaffen werden, die sicherstellen, dass Schulbefreiungen so kurz wie möglich, so lang wie nötig ausgesprochen und frühzeitig amtsärztlich geprüft werden. Die Nachwirkungen der Pandemie auf gesellschaftliche Teilhabe zahlreicher Kinder sehen wir bis heute, das Wechselspiel zwischen Schuldistanz und chronischen postviralen Verläufen (ME/CFS) ist noch unzureichend verstanden, bietet aber insbesondere im Hinblick auf die gesellschaftliche Teilhabe betroffener Kinder großen Anlass zur Besorgnis.

Rückblickend ist noch einmal deutlicher geworden, welche zentrale Rolle der Schulbesuch insbesondere für Kinder aus Familien mit vorbestehenden psychosozialen Belastungen einnimmt. Dies muss auch für die zukünftige Pandemieplanung in Kosten-Nutzen-Erwägungen einzelner Maßnahmen zur Pandemieeindämmung Berücksichtigung finden. Die Einrichtung einer Notbetreuung während der Lockdowns war in vielen Kommunen Eltern aus sog. "systemrelevanten" Berufen vorbehalten. Hier schließt sich der Kreis: Der Kinderschutz muss insgesamt als systemrelevante gesellschaftliche Aufgabe verstanden werden, so dass auch und insbesondere psychosoziale Belastungsfaktoren als Indikator für eine Notbetreuung gelten müssen.

Internationale Koordinierung

Bzgl. der Stichworte „Frühwarnsystem, Risikobewertung und internationale Koordination“ kann auch auf die Expertise unseres Fachausschusses „Krisenmanagement“ des BVÖGD verwiesen werden. Aus meiner Sicht funktioniert Internationalität bzw. internationale Koordination in der Wissenschaft. In der praktischen Pandemiearbeit sind Abkommen zwischen Nachbarländern auch künftig erforderlich. Hier kam es in der Anfangsphase der Pandemie

zu teils sehr belastenden Einzelschicksalen, wenn Familienangehörige vor dem Lockdown nicht rechtzeitig nach Deutschland zurückkehren konnten und dann längere Zeit im jeweiligen Ausland verbleiben mussten.

Als Fazit kann, festgestellt werden, dass es im Sinn der Vorsorge für künftige Ereignisse, die die öffentliche Gesundheit bedrohen, quantitativ und qualitativ ausreichend aufgestelltes Personal, eine gut umgesetzte Digitalisierungsstrategie sowie rechtliche Rahmensetzung für Datenschutz in den Gesundheitsämtern bzw. im ÖGD insgesamt braucht.

Was droht, wenn Personalausstattung und Digitalisierung nicht weitergeführt werden?

Ob und wie der Pakt für den ÖGD über das Jahr 2026 hinaus fortgeführt wird, ist bislang offen. Der Wortlaut des Koalitionsvertrages vom April 2025 lässt hierzu keine eindeutige Positionierung erkennen: „Wir prüfen, wie wir nach dem Ende des Paktes für den Öffentlichen Gesundheitsdienst in gemeinsamer Kraftanstrengung von Bund, Ländern und Kommunen den ÖGD weiterhin unterstützen können“.

Dabei sieht die Vereinbarung ausdrücklich alle drei Ebenen in einer gemeinsamen Verantwortung. Die GMK der Länder hat sich in einem einstimmig beschlossenen Leitantrag im Juni 2025 für eine Fortführung des Paktes über das Jahr 2026 hinaus ausgesprochen. Auch der Deutsche Ärztetag hält eine weitere Unterstützung des ÖGD durch Bund und Länder für dringend geboten. Seitens der Bundesregierung gibt es bislang keine offizielle und öffentliche Positionierung, ob und in welcher Weise den Vereinbarungen des Koalitionsvertrages mit Blick auf eine nachhaltige Stärkung entsprochen werden sollte. Als Vorsitzender des BVÖGD kann ich nur appellieren, dass es hier dringend auch weiterhin gemeinsame Kraftanstrengungen braucht.

Sofern für den ÖGD-Pakt keine adäquate Anschlusslösung gefunden wird, droht angesichts der Altersstruktur vor allem im ärztlichen Bereich eine Rückkehr in die Zeiten vor der Pandemie, als der ÖGD Jahr für Jahr einen Stellenabbau zu verzeichnen hatte. Nach den neuesten Statistiken der Bundesärztekammer (BÄK) sind z.B. bei den berufstätigen Fachärztinnen und Fachärzten für öffentliches Gesundheitswesen Ende 2024 mehr als 40 % älter als 60 Jahre. Damit ist bereits heute erkennbar, dass angesichts dieser kritischen Altersstruktur in den kommenden Jahren ein erheblicher Teil dieser Kolleginnen und Kollegen in den Ruhestand gehen wird. Ohne Paktverlängerung und qualifizierten Nachwuchs besteht die Gefahr, dass die Stellen nicht neu besetzt werden und die Personaldecke in den Gesundheitsämtern trotz der personellen Stärkung durch den Pakt auf Dauer wieder schlechter wird.

Bestehende und neue Aufgaben für den ÖGD

Nach dem Ende der Corona Pandemie konnten sich der ÖGD und damit auch die Gesundheitsämter vor Ort wieder verstärkt den drängenden bevölkerungsmedizinischen Aufgaben zuwenden. Andere wichtige Aufgaben sind neu hinzugekommen. Zu den klassischen Aufgaben zählen die Themen Prävention, gesundheitliche Aufklärung, Beratung und Information der Bevölkerung sowie die lokale und regionale Erfassung von Erkrankungen und Krankheitshäufigkeiten im Rahmen der Gesundheitsberichterstattung. Der Kinder- und Jugendmedizinische Dienst (KJGD) in den Gesundheitsämtern kümmert sich um die Förderung und Kontrolle der Gesundheit in Kitas und Schulen und wird dabei durch die Zahnmedizinischen Dienste im Rahmen der Zahnärztlichen Gruppenprophylaxe ergänzt. Die Sozialpsychiatrischen Dienste übernehmen die besonderen Aufgaben bei der Betreuung und Versorgung psychisch erkrankter und hilfebedürftiger Personen

Zusätzlich treten aktuell neue Tätigkeitsfelder für den ÖGD wie die Herausforderungen des Klimawandels für den Gesundheitsschutz der Bevölkerung in den Vordergrund. Im Rahmen des nationalen Hitzeschutzplans sollen bei verstärkt auftretenden Hitzewellen die Bevölkerung und insbesondere vulnerable Bevölkerungsgruppen vor den damit verbundenen gesundheitlichen Gefahren geschützt werden. Dabei kommt gerade der kommunalen Ebene und damit den Gesundheitsämtern eine besondere Bedeutung zu, die unweigerlich auch mit neuen und zusätzlichen Aufgaben verbunden ist. Viele Städte und Landkreise haben mittlerweile Hitzeaktionspläne entwickelt und setzen diese um, um die Bevölkerung und vornehmlich ältere und chronisch kranke Menschen sowie andere vulnerable Gruppen vor den gesundheitlich negativen Folgen extremer Temperaturen zu schützen.

Angesichts der veränderten politisch militärischen Sicherheits- und Bedrohungslage werden auch der ÖGD und die Gesundheitsämter vor Ort mit neuen und bislang nicht gekannten Herausforderungen und wesentlichen Aufgaben konfrontiert. Auch hierfür gilt es einen leistungsfähigen Öffentlichen Gesundheitsdienst zu erhalten bzw. gezielt noch zu stärken.

Andere Überlegungen beziehen sich auf eine stärkere Beteiligung des ÖGD und seiner Gesundheitsberichterstattung bei der ambulanten und stationären Versorgungsplanung. Auch hier spielt der vorgenannte Fachkräftemangel in der Zukunft ebenso wie die frei von kommerziellen Interessen und gemeinwohlorientierte Aufgabenwahrnehmung des ÖGD gemäß dem Leitbild für einen modernen ÖGD eine entscheidende Rolle. Eine solche Einbeziehung bis ggf. hin zu einer koordinierenden Aufgabenwahrnehmung setzt ebenfalls einen leistungsfähigen ÖGD voraus.

Für weitere Ausführungen vor der Wahl des Autors dieser Stellungnahme zum BVÖGD-Vorsitzenden (vor April 2025) kann ich auch auf die Verbandstätigkeit der ebenfalls zur Anhörung am 1. Dezember 2025 geladenen Sachverständigen Frau Dr. Böhm und Herrn Dr. Nießen verweisen. Auch bislang vorgelegte Berichte, die der Beirat zum Pakt für den ÖGD unter dem Vorsitz von Frau Dr. Böhm (und unter Beteiligung von Herrn Dr. Nießen)

erstellt hat und der die Umsetzung des Pakts bis Ende 2026 begleiten soll, können genannt werden. In diesem Kontext sollte auch der unverzichtbare Erfahrungsaustausch in den Fachausschüssen des BVÖGD und der wissenschaftlichen Fachgesellschaft (DGÖG, Deutsche Gesellschaft für Öffentliches Gesundheitswesen) sowie auf unseren jährlich stattfindenden wissenschaftlichen Kongressen genannt werden.

Gerne kann zu den vorgenannten Aspekten bei der öffentlichen Anhörung am 01. Dezember 2025 eine ergänzende und vertiefende Erläuterung erfolgen.

Mit freundlichen Grüßen

Dr. med. Peter Schäfer
(Vorsitzender)

Mannheim, den 24.11.2025



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“

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: BfArM) 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, 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.



Kommissionsdrucksache 21(27)18
vom 3. Dezember 2025

Schriftliche Stellungnahme

des Sachverständigen

Prof. Dr. Christian Drosten

Direktor des Institutes für Virologie an der Charité Berlin

Öffentliche Anhörung

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

Charité | Campus Mitte | 10098 Berlin

**A 27 – Enquete-Kommission „Aufarbeitung
der Corona-Pandemie und Lehren für
zukünftige pandemische Ereignisse“**

-Geschäftsstelle-

**Institut für Virologie
Nationales Referenzzentrum für Coronaviren**

Direktor: Prof. Dr. med. Dr. h.c. Christian Drosten

Charitéplatz 1 | 10117 Berlin
Interne Geländeadresse: Rahel-Hirsch-Weg 3

Berlin, 2.12.2025

Betr.: Nachreichung zur Sitzung der Corona-Enquetekommission vom 1.12.2025

Sehr geehrte Frau Vorsitzende,

in der gestrigen Sitzung sind aus Zeitgründen einige Fragen unbeantwortet geblieben. Mir ist sehr daran gelegen, auch offen gebliebene Fragen zu beantworten. Daher erlaube ich mir eine kurze Nachreichung.

Zu den Darstellungen und aus Zeitgründen bisher unbeantworteten Fragen des Sachverständigen Prof. Dr. Homburg:

Stichwort „Schweden“: Wenn man Übersterblichkeit über die ganze Pandemie vergleicht, fällt die Zeit vor der Impfung bei der Übersterblichkeit kaum ins Gewicht. Denn Schweden und Deutschland haben in dieser Zeit die Infektionen kontrolliert (auch Schweden, s. Oxford Index der Maßnahmenstärke). In der Impf-Ära wurden die Kontrollen in beiden Ländern aufgegeben, sodass erst in dieser Phase fast alle Infektionen stattfanden, die die Gesamt-Übersterblichkeit verursachten. Die Übersterblichkeit wurde jetzt u.a. beeinflusst von der Impfannahme, dem Wohlstand im Land und dem sozialen Zusammenhalt. In dieser Zeit zog die Sterblichkeit in Deutschland nach. Zum Unterschied der direkten Sterblichkeit in der ersten Welle konnte ich mich bereits in der Befragung äußern.

Stichwort „Frühe Aussagen zur Krankheitslast“: Es bestehen keine Widersprüche in meinen frühen Einschätzungen zur Krankheitslast. Die Beschreibung einer vergleichsweise milden Erkrankung, die sich bei den meisten Personen eher wie eine Erkältung darstellte, bezog sich auf den Vergleich mit SARS (Epidemie in 2003), das eine erheblich höhere Sterblichkeit aufwies. An anderer Stelle bezog sich meine Aussage auf die zu befürchtende bevölkerungsweite Krankheitslast angesichts einer exponentiellen Verbreitung von COVID-19 in der Frühpandemie-Phase. Beide Aussagen sind kongruent, der scheinbare Kontrast beruht auf einer Gegenüberstellung von Aussagen unter Vernachlässigung des Zusammenhangs.

Stichwort „Afrika“: Im Frühjahr 2020 gab es große Befürchtungen, was in den Ländern des Globalen Südens passieren würde, die die erste Welle nach damaliger Erwartung nicht kontrollieren konnten. Tatsächlich wurden dann aber in vielen Ländern - vor allem in den Großstädten - anfänglich sehr harte Kontrollmaßnahmen verhängt. Auch das jüngere Altersprofil

der Bevölkerung in den meisten Ländern des Globalen Südens wirkte sich glücklicherweise viel positiver aus, als ich damals erwartete.

Die Kontrollmaßnahmen waren aber nach der ersten Welle in den meisten Ländern des Globalen Südens nicht mehr aufrecht zu erhalten. Die schwere Frühpandemie in Südafrika ist hinlänglich bekannt. Aus sehr vielen anderen Ländern hatte man kaum Daten, man sollte daher mit leichtfertigen Urteilen vorsichtig sein. Viele werden sich erinnern an die dramatischen Bilder aus der brasilianischen Großstadt Manaus oder aus Großstädten in Indien, wo es nach Aufgabe der Kontrollen zu Zeit der frühen Delta-Variante zu grausamen Situationen kam. Man sah Menschen, die vor Krankenhäusern starben, es gab Berichte über Schwarzmärkte für Sauerstoffflaschen. Dies entspricht in etwa meiner damaligen Warnung vor Bildern, die wir uns im Alltag nicht vorstellen können und die eher in die Nähe von Filmbildern kommen.

Zu den Darstellungen und einer aus Zeitgründen bisher unbeantworteten Frage des Sachverständigen Lausen:

Die frühe Modellierungsstudie des von mir sehr geschätzten Kollegen Neil Ferguson betrachte ich auch rückblickend als maßgeblich. Seine Befunde und Prognosen wurden von den Arbeiten anderer Wissenschaftler wenig später bestätigt. Allgemein gilt das, was seit Beginn der Pandemie zu Modellierungen gesagt wurde: Die Unsicherheiten in den Maxima und Langfristprognosen von Szenarien-Modellierungen sind groß. Dass diese Szenarien zudem nicht real eintreten würden (Grund: selbständige oder regulativ bedingte Verhaltensänderungen) war klar und wurde in den meisten Modellierungsstudien auch kommuniziert. Der Vergleich zwischen projizierten Szenarien und realen Mortalitätsdaten ist insofern irreführend.

Mit freundlichen Grüßen,

Prof. Dr. med. Christian Drosten