21. Wahlperiode

Deutscher Bundestag

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

Kommissionsdrucksache 21(27)59
vom 2. November 2026

Schriftliche Stellungnahme

des Sachverständigen

Prof. Dr. Raimund Geene
Berlin School of Public Health

Öffentliche Anhörung

„Wissenschaftsberatung, Krisenkommunikation und Rolle der Medien“

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

Prof. Dr. Raimund Geene MPH

Sprecher des Direktoriums der BPSH

raimund.geene@charite.de
www.ash-berlin.de
https://bsph.charite.de

Enquete-Kommission
„Aufarbeitung der Corona-Pandemie und
Lehren für zukünftige pandemische Ereignisse"
Deutscher Bundestag
Platz der Republik 1
11 011 Berlin

Berlin, den 30. Oktober 2026

Stellungnahme des SV Prof. Dr. Raimund Geene MPH

Im Bereich der Gesundheits- bzw. Risikokommunikation wurden während der Corona-Pandemie grundsätzliche Kenntnisse aus dem Bereich von Public Health deutlich zu wenig gewürdigt. In der Folge entstanden erhebliche Schäden der Bevölkerungsgesundheit, insbesondere in den Bereichen

1. Vermeidbare Infektionen
2. Vermeidbare Polarisierungen
3. Beschädigung des öffentlichen Diskurses

Schon 2020 wurde dazu von der WHO vier Schlüsselstrategien (siehe nachstehende Abbildung) benannt, an denen sich ein Konzept der Risikokommunikation orientieren sollte:

1. Understand people
2. Allow people to live their lives, but reduce risk
3. Engage people als part of the solution
4. Acknowledge and address the hardship people experience



https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/335820/WHO-EURO-2020-1160-40906-55390-eng.pdf

In der Gesundheits- bzw. Risikokommunikation geht es um die Erfüllung der hoheitlichen Aufgabe, die Öffentlichkeit zielgerichtet über die Größe und Eigenschaften eines Risikos, über dessen Bedeutung sowie über Entscheidungen und Maßnahmen zur Risikobewältigung aufzuklären. Die **Kommunikation soll informierte Entscheidungen ermöglichen**, schützendes bzw. lebenserhaltendes **Verhalten fördern**, das **Vertrauen** in öffentliche Institutionen bewahren und den **sozialen Zusammenhalt** stärken.

Die **Qualität** der Risikokommunikation hat entscheidenden Einfluss auf die wahrgenommene Legitimität und die Akzeptanz der zur Pandemiebekämpfung ergriffenen Maßnahmen und damit auf deren Wirksamkeit. Insoweit Risikokommunikation auf präventives Verhalten abzielt, trägt sie auch direkt zur Eindämmung der Pandemie bei. Professionell gute Risikokommunikation kann –

speziell bei leicht übertragbaren Erkrankungen - Hunderttausende von Infektionen verhindern.

Die Potenziale der Gesundheits- bzw. Risikokommunikation blieben in Deutschland bei der Eindämmung der Corona Pandemie weitgehend ungenutzt. Das liegt nicht zuletzt daran, dass die weichenstellenden Entscheidungen über die Eindämmung der Pandemie unter sehr hohem Zeitdruck (und auch Panik bei Entscheidungsträgern) getroffen werden mussten und dabei komplexere Aktionsformen wir z.B. eine große staatliche Kampagne zunächst außer Acht blieben (obwohl ihre schnelle Ingangsetzung möglich gewesen wäre). Ein weiterer Grund für dieses Versäumnis besteht darin, dass die ‚eigentlich' für Design und Implementation solcher Strategien **zuständige Disziplin Public Health** nicht oder nur marginal in die entsprechenden Beratungen und Entscheidungen einbezogen wurde.

Angelehnt an die Public Health Expertisen u.a. aus der WHO (s.o.) sind wesentliche Komponenten einer entsprechenden Risikokommunikation die Folgenden:

- Dem Stand des Wissens entsprechende und entscheidungsrelevante Sachinformationen müssen für die Zielgruppen verständlich und für ihren Alltag anschlussfähig vermittelt werden.

- Die vorhandenen Fakten sollten transparent und auf Augenhöhe vermittelt und es sollten die Grenzen des Wissens aufgezeigt werden. Staatliche Regulierungsmaßnahmen und geplante Lockerungen sind nachvollziehbar zu begründen. Über Kampagnen, die auf Angst oder Strafandrohung basieren, lässt sich das Verhalten der Bevölkerung nicht nachhaltig und verlässlich beeinflussen.

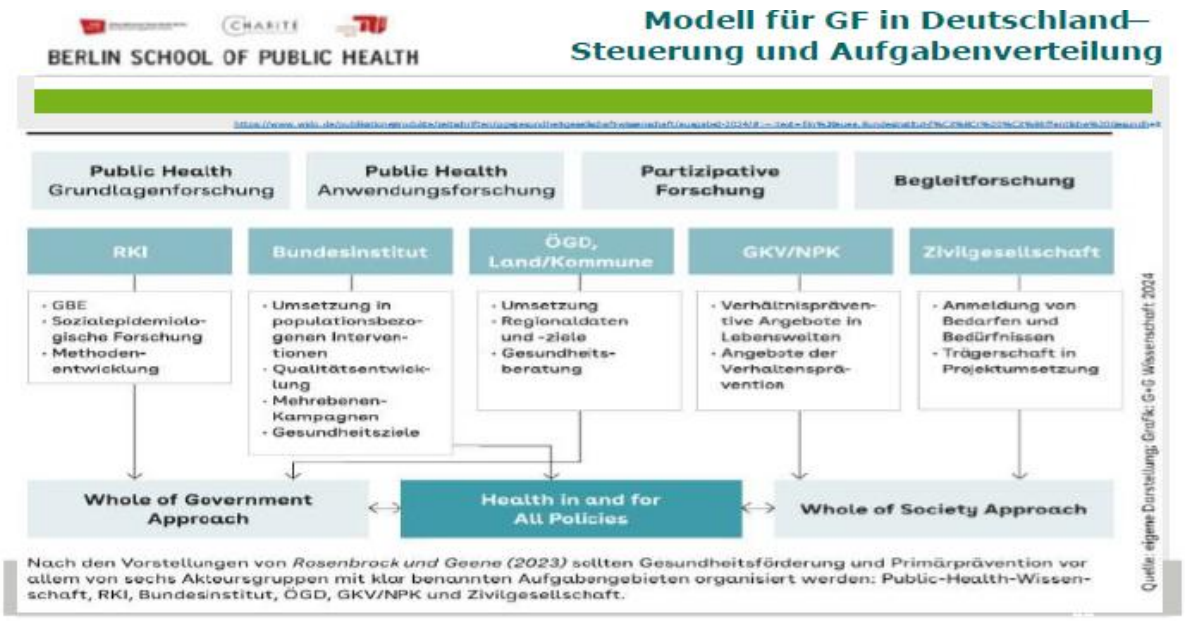
- Insbesondere Unsicherheiten zum Wissensstand, zu getroffenen Maßnahmen sowie ihrer Wirkungsweise müssen in der Corona-Pandemie transparent kommuniziert werden.

- Kontroverse Meinungen gehören zu einer demokratischen Debatte dazu. Abweichende Ansichten müssen daher erlaubt sein. Die Gesellschaft sollte sich damit konstruktiv auseinandersetzen und Dissidenten nicht sofort ins Abseits schieben, sondern Irrtümer und Irreführungen öffentlich aufklären

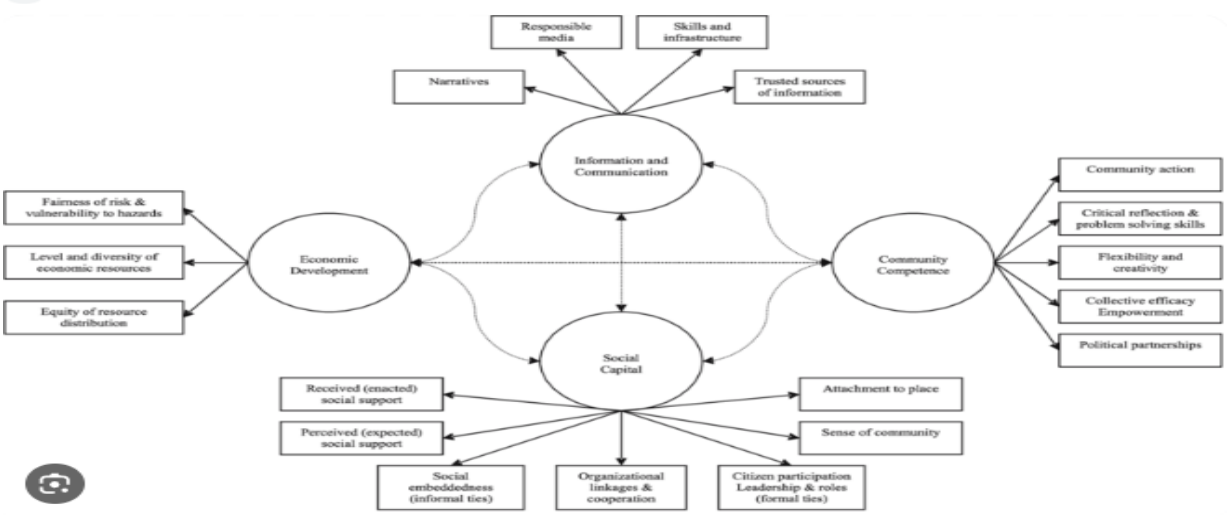
Eine gute und für die Öffentlichkeit **transparente Rollen- und Aufgabenverteilung** zwischen den staatlichen Institutionen und ihren Beratungsstrukturen ist hierfür entscheidend. Auf Bundesebene sind die Zuständigkeiten und Aufgaben zwischen dem Bundesministerium für Gesundheit (BMG), dem Robert-Koch-Institut (RKI), dem Paul-Ehrlich-Institut (PEI) und der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (seit 2025 BIÖG) sowie der

Nationalen Präventionskonferenz angesiedelt; sie konnten diesem Auftrag insgesamt zu wenig und kaum koordiniert nachkommen.

Wichtig ist darüber hinaus Koordination auch auf der Ebene der **Bundesländer** sowie der **Kommunen**; insbesondere hier sind Akteure der Zivilgesellschaft, auch als Träger von Lebenswelten und Leistungserbringende, von wesentlicher Bedeutung.



Um diese Ansätze systematischer Vernetzung zusammen zu führen, wurde von Norris et al. (2018) das Konzept des „**Community Resilience**" entwickelt, das die verschiedenen Anforderungen an Strukturbildung in Adaption des Sozialkapital-Ansatzes aufgreift:



Zu **Inhalten und Strukturen** der Gesundheits- bzw. Risikokommunikation

Professionelle Risikokommunikation anerkennt und kommuniziert wissenschaftliche Unsicherheiten. Sie sucht die richtige Balance zwischen Alarmierung und Beruhigung der Bevölkerung und nimmt zu relevanten Desinformationen schnell und öffentlich Stellung und entkräftet sie nachvollziehbar.

Absolute Zahlen sollten immer ins Verhältnis zur Bezugspopulation gesetzt werden. Aussagekräftige Vergleiche und Visualisierung durch Grafiken oder Tabellen helfen bei der Informationsvermittlung von Daten und erleichtern das Verständnis auf Seiten des Empfängers. Wer Zahlen veröffentlicht, sollte auch die damit verbundenen Unsicherheiten klar benennen.

Ein großer Teil der Corona-Infektionen kann durch risikomeidendes Verhalten verhütet werden, in Kombination mit staatlich-regulatorischen Maßnahmen. Dazu bedarf es einer nationalen, multimodalen, multilingualen und multimedialen Kampagne auf drei Ebenen. Sie trägt entscheidend dazu bei, schützende Verhaltensweisen in der Bevölkerung anzuregen und zu stabilisieren. Diese Möglichkeiten wurden in der Corona-Pandemie nur unzureichend genutzt.

1. Ebene: Eine übergeordnete **Dachkampagne** richtet sich an die gesamte Bevölkerung und sollte zentrale Kenntnisse über die Pandemie vermitteln: Übertragungswege, risikolose und risikohaltige Situationen, individuelle Präventionsregeln, Präventionswirkungen/Risikosenkung; R0 (wieviele Personen infiziert eine infizierte Person, wenn keine Prävention betrieben wird), Infection fatality rate, Inzidenz, Prävalenz, exponentielles Wachstum, Krankheit COVID, Krankheitsverläufe, Tests, Testaussagen, Impfungen, erwünschte und unerwünschte Impfwirkungen etc.
   In ihrer Gesamtheit sollen sie die Menschen aller Altersstufen, Gender, Bildungsgrade, Sprachen, Kulturen und Persönlichkeitstypen (vom 'risk taker' bis zum/r Phobiker/in) kognitiv erreichen und emotional (auch mit Humor) ansprechen. Auf Basis einer Analyse der Adressatengruppen und ihrer primär genutzten Informationsquellen sollten die Botschaften der Kampagnen auf allen verfügbaren Kanälen und in immer neuen Varianten verbreitet werden. Es sollten alle erreichbaren Medien eingesetzt werden: eine Vielzahl von Spots für TV, Kino und Sozialen Medien, Rundfunk, Plakate, Postwurfsendungen, Beratungssituationen, Aktionen in Schulen, Betrieben, Freizeiteinrichtungen, Wanderausstellungen usw.

2. Ebene: Die Nutzerinnen und Nutzer der **Lebenswelten**, in denen präventives Verhalten umgesetzt werden (Betriebe, Schulen, Kitas, Freizeiteinrichtungen, Einrichtungen der Krankenversorgung und der Pflege etc.) sollten die Möglichkeit haben, ihr Umfeld partizipativ an die Notwendigkeiten der Corona Prävention zu adaptieren, ggf. mit professioneller Unterstützung (Gesundheitsamt, Kranken- und Pflegekassen, Beratungen)
3. Ebene: Flächendeckend und populationsweit bedarf es schwellenlos erreichbarer persönliche **Beratung** (Telefon, Chat, mail, Sprechstunden) zu allen mit der Pandemie zusammenhängenden Fragen; also jenen Inhalten, die in der Dachkampagne behandelt werden, aber auch spezifisch zum individuellen Schutzverhalten, zur Medizin, zu einschlägigen Fragen des Sozial- und Arbeitsrechts etc.

Bei schwer erreichbaren Adressatengruppen empfehlen sich Ansätze der **zugehenden Kommunikation**. Als vorbildlich gilt in diesem Zusammenhang die AIDS-Prävention in den 1980er und 1990er Jahren. Dieses Wissen über angemessene Formen der Risikokommunikation als Verhaltensprävention wurde jedoch in der Corona-Pandemie kaum genutzt.

Die in der Corona Pandemie bevorzugten Kommunikationsprozesse blieben überwiegend **top-down**. Wenn dagegen dialogische Kommunikationsstrategien mit Partizipation gestärkt und kontroverse Debatten zugelassen werden, verbessern sich die Möglichkeiten der Pandemiebekämpfung. Über **partizipative Prozesse** wird das Signal gesendet, dass Diskussion sowie Mitwirkung und Mitgestaltung der Menschen an Planungs- und Umsetzungsprozessen ausdrücklich erwünscht ist, mit der Folge, dass Menschen so besser in die Lage versetzt werden, als „Experten ihres Alltags" (WHO 1986) gesundheitsförderliche und nachhaltige Lebenswelten (mit) zu gestalten.

Erläuterung zum Hintergrund eines entsprechenden Public Health-Ansatzes:

Der gemeinsame Nenner der **Public-Health**-Perspektiven ist der **Bevölkerungsbezug**, das heißt, es geht um die Frage, welche Bedingungen geschaffen werden müssen, um die Gesundheitsversorgung und -vorsorge der ganzen Gesellschaft zu garantieren. Damit ist Public Health ein Dachbegriff für alle Gesundheitsberufe und umfasst die vier Säulen der Versorgung – Kuration (insb. Medizin), Pflege, Rehabilitation und Prävention. Teilgebiete dieser Multiwissenschaft sind Epidemiologie (einschl. Sozialepidemiologie), Gesundheitssoziologie, -psychologie, -ökonomie, -pädagogik usw. Erst alle Aspekte zusammengenommen können ein **ganzheitliches Verständnis von Gesundheit** begründen.

Public Health ist historisch aus der sog. Sozialhygiene entstanden, die in Deutschland von Alfred Grotjahn, Rudolf Virchow und anderen entwickelt wurde. In der NS-Zeit ist sie leider zur Rassenhygiene pervertiert worden. Nach dem Krieg wurde die Sozialhygiene in Deutschland (Ausnahme: einzelne Lehrstühle in der DDR) nicht fortgeführt, aber – insb. durch deutsche Wissenschaftler:innen im Exil – im englischen Sprachraum als „Public Health" weiterentwickelt und breit diskutiert. Mit der **Ottawa-Charta 1986**, die im Zuge der dort erstmalig organisierten internationalen Konferenz zur **Gesundheitsförderung** beschlossen wurde, hat sich eine moderne Lesart als „**New Public Health**" etabliert. Ottawa stellt einen Paradigmenwechsel dar: Anstatt sich ausschließlich auf die Krankheit („Pathogenese") zu fokussieren, steht bei New Public Health die Salutogenese im Vordergrund. Hier geht es um die Frage, wie Gesundheit entsteht: wann wird eine Belastung als „Distress" empfunden, der krankmacht, und wann eher als „Eustress", der motiviert und beflügelt. Dies richtet sich, so der Grundgedanke der Salutogenese, danach, ob die jeweilige Anforderung verstanden werden kann, ob sie als sinnvoll und als umsetzbar wahrgenommen wird. Daher kann eine Gesundheitsbotschaft wie etwa für Bewegung oder gesundes Essen für den einen Eustress sein und für den anderen Distress – ein typisches Beispiel dafür, wie Gesundheitsbotschaften soziale Ungleichheit sogar noch verstärken können, wenn sie aus der Perspektive der sozial Privilegierten formuliert werden.

New Public Health zielt vor allem darauf, Menschen in ihrem **Lebensalltag** zu befähigen. In der Pandemie wird aber bislang – von einzelnen vorbildlichen Kommunen abgesehen – eher ein „**Old Public Health**" Ansatz priorisiert, der auf die Verhinderung der Krankheit fokussiert, und die Ressourcen der Menschen eher vernachlässigt. Bei Old Public Health geht es vor allem um die Identifikation und Stilllegung von Infektionsquellen.

Die Auseinandersetzungen um den Umgang mit HIV (**AIDS-Prävention**) in den 1980ern verdeutlicht den Unterschied der beiden Ansätze: Damals forderten in Westdeutschland die Vertreter_innen der alten Linie, angeführt von dem CSU-Staatssekretär Gauweiler, eine Meldepflicht und lückenlose Erfassung aller HIV-Infizierten mit dem Ziel, diese durch Quarantänemaßnahmen an der Weiterverbreitung des Virus zu hindern.

Zum Glück setzte sich gegen diese „**individuelle Suchstrategie**" eine „**gesellschaftliche Lernstrategie**" durch. Dabei wurden die Hauptbetroffenengruppen wie Schwule und Drogennutzende in ihren Kommunikationsformen gestärkt mit dem Ziel, dass diese selbstbestimmt Präventionsstrategien entwickeln und verbreiten konnten. Im Zuge dessen unterstützte beispielsweise der Berliner Gesundheitssenat finanziell die Verbreitung des schwullesbischen Magazins Siegessäule, das vorher nur als Studentenblatt erschienen war, nun aber in der ganzen Szene verbreitet wurde. Auf diese Weise entstand ein wichtiger Kanal der Kommunikation über Prävention, partizipativ aus der Community heraus.

Eine solche komplexe Betrachtung mit patientennahen, zunächst unkonventionell erscheinenden Lösungswegen hat es immer dann besonders schwer, wenn Gesundheits- und Krankheitsgeschehen **politisiert** wird, d.h. wenn je nach politischer Indienstnahme eine Krankheit **banalisiert** oder **dramatisiert** wird – beides versperrt den Blick für konkrete Anforderungen und Potenziale der Prävention. Der Blick auf die AIDS-Prävention verdeutlicht, wie wichtig es ist, dass die initiale Erregung möglichst schnell einer **Normalität mit abnehmender Politisierung und zunehmender Fachlichkeit** weicht.

Gesundheitsförderung ist ein fachliches Präventionskonzept, Impulse zu setzen, um gesundheitsbezogene Reformbewegungen anzustoßen und zu stärken. In den einzelnen Einrichtungen heißt dies „**Setting-Ansatz**" und zielt auf die aktive Einbeziehung, also die **Partizipation** aller Akteure in Settings wie Betrieb, Schule, Kita, Pflegeeinrichtung oder auch Stadtteil. Es geht um Empowerment, also darum, an die bereits gesammelten Erfahrungen und erworbenen Fertigkeiten der Beteiligten anzuschließen und ihre Gesundheitskompetenzen zu stärken. Dies beinhaltet auch offene, nicht-tabuisierte Formen der Risikokommunikation. Ein Setting-Ansatz zielt darauf, dass die jeweiligen Settings gestärkt und die Menschen sensibilisiert und in die Lage versetzt werden, die gesundheitsfördernden Strukturen längerfristig zu erhalten. In Bezug auf die Pandemie hat eine solche Strategie den unersetzbaren Vorteil, in der universellen Prävention, aber auch bei auftretenden Infektionsclustern, autonomer, souveräner und selbstbewusster (re)agieren zu können.

Dieser ganzheitliche und nachhaltige Anspruch von Public Health ist im Covid19-Krisenmanagement bislang deutlich zu kurz gekommen – es handelt sich hier eher um Gesundheitsschutz „von oben". Dabei ist es zunächst anerkennenswert, dass die Sorge um die Gesundheit der Bevölkerung so umfassend ist, und nicht eine Sorg- oder Skrupellosigkeit wie in den USA unter Trump oder in Brasilien überwiegt.

Präventionspolitisch ist es allerdings hoch problematisch, wenn ein Erkrankungsrisiko so dramatisiert wird und sukzessive immer wieder neue, noch dramatischere Gefahren angekündigt werden. Denn dies führt dazu, dass ein rationaler Umgang verhindert wird, weil etwa Infektionen versteckt werden. Je stärker die Panik, desto größer die **Gefahr nosokomialer Übertragungen** durch und in den Einrichtungen des Gesundheitswesens, etwa über Pflegeeinrichtungen, Arztpraxen oder Krankenhäuser. Schon im März 2020 schrieben Ärzt:innen aus Bergamo einen offenen Brief, in dem sie davor warnten, dass sich die Infektionen über die zentralisierten Krankenhäuser verbreiten. Bis heute finden Übertragungen überwiegend nosokomial, also im Zuge eines Aufenthalts oder einer Behandlung in einem Krankenhaus oder einer Pflegeeinrichtung statt, und gerade die Dramatisierung von CoVID hat dies begünstigt.

Dabei wissen wir schon lange um das Problem, dass sich in Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen Infektionen besonders hartnäckig halten, Stichwort: Krankenhauskeime. Dies resultiert daraus, dass Mitarbeitende einerseits unter hohem Zeitdruck stehen, andererseits aber auch ratlos sind, wie sie auftretende Infektionen erkennen, reduzieren, idealer Weise sogar eindämmen. Sie neigen dann dazu, eher den Kopf in den Sand zu stecken, als sich selbstkritisch zu fragen, wie Prozesse so verbessert werden können, dass Infektionen vermieden werden. Gerade in der Pandemie tritt dieser **paradoxe Effekt** auf, wenn es für Pflegeeinrichtungen oder Arztpraxen einfacher ist, Hinweise auf Corona-Infektionen wegen Angst vor einer Schließung zu ignorieren, als mittels einer offenen Risikokommunikation differenzierte Schutzkonzepte zu entwickeln. Auch in Kitas und Schulen zeigt sich aktuell eine **hohe Desorientierung**, da die Akteure statt Aktivierung ihrer Problemlösungskompetenz laufend mit neuen „Top-Down"-Verordnungen konfrontiert werden.

Aus präventionspolitischer Perspektive ist es entscheidend, **dezentrale Ansätze** zu diskutieren, die von den Menschen in ihren Alltag integriert werden können. Kommunale Strategien sollten den Menschen in den Pflegeheimen, Betrieben, Kitas helfen, gemeinsame Gesundheitskonzepte zu entwickeln, ohne zu bevormunden und ohne zu ängstigen.

Das kann zum Beispiel so aussehen, dass Heimbewohner:innen, Belegschaften, Eltern und Kinder miteinander **Solidaritätsmaßnahmen einschließlich Hygienekonzepte und Teststrategien für ihr jeweiliges Setting** entwickeln, entsprechend ihren jeweils spezifischen Bedingungen und Schutzbedürfnissen. Dazu gibt es bereits zahlreiche Beispiele, wenngleich mitunter verunsichert durch Vorgaben aus den Administrationen, die in der Praxis oft nur schwer umgesetzt werden können.

Im Krisenmanagement hat sich gezeigt, dass **Public Health offensichtlich noch viel zu schwach aufgestellt ist in Deutschland**, aber auch weltweit. Statt die multidisziplinäre Kompetenz von Public Health zu nutzen, wurden neue Gremien mit verschiedenen Wissenschaftsdisziplinen in der Leopoldina oder auch in den Ländern eingerichtet. Und auch hier fehlt es an einem gleichberechtigten Miteinander der Kompetenzen aus den verschiedenen medizinischen Disziplinen. Die Expertisen aus Sozialmedizin und Sozialepidemiologie, Hygiene und Psychiatrie wurden viel zu wenig gehört, ganz zu schweigen von dem Wissen aus der Pflege, der Soziologie, aus Diversity Studies oder aus der Sozialen Arbeit.

Wenn die Pandemie allmählich abflachen wird, wird das Scheinwerferlicht der Öffentlichkeit abgeblendet. Dies wird dann – so auch die Erfahrungen aus der AIDS-Prävention – der Zeitpunkt sein, an dem die Politisierung der Krankheit nachlässt und die konkreten, fachlichen Aspekte Überhand gewinnen werden. Gerade dafür bietet **Public Health als „Wissenschaft und Kunst der Bevölkerungsgesundheit"** vielfältige Ansätze, die gerade in der post-pandemischen Zeit dringend benötigt werden.

Vertreter:innen aus Public Health-Wissenschaft und –Praxis haben dazu seit 2018 das **Zukunftsforum Public Health** entwickelt und in einem langwierigen Konsultationsprozess eine „Roadmap für eine **Public Health-Strategie für Deutschland** formuliert. Es geht von einem umfassenden Public Health-Verständnis aus („**Health in All Policies**"). Dazu gibt es in den Kommunen zahlreiche ermutigende Ansätze, die jedoch zu wenig von Landes- und Bundesebene unterstützt werden.

Kernpunkt der Public Health-Strategie ist ein starker **Öffentlicher Gesundheitsdienst**. Seine wesentliche Aufgabe besteht zukünftig nicht mehr in Infektionsüberwachung, sondern in **Koordination und Management gesundheitsfördernder Strukturen**, die sowohl auf Ressourcenstärkung (Salutogenese/ Resilienz, Empowerment, Gesundheitskompetenz) als auch auf Prävention gesundheitsbelastender oder sogar gesundheitsgefährdender Rahmenbedingungen ausgerichtet sein werden.