

# Resilientes Gesundheitswesen: Lernen wir aus der Pandemie?

## Krisenmanagement: Regionale Kompetenzen, nationale Koordination, globale Verantwortung

PROF. DR. MULT. ECKHARD NAGEL, DR. MICHAEL LAUERER, DENNIS HENZLER,  
INSTITUT FÜR MEDIZINMANAGEMENT UND GESUNDHEITSWISSENSCHAFTEN, UNIVERSITÄT BAYREUTH



**D**er vorliegende Artikel analysiert – vor dem Hintergrund der Corona-Pandemie – das Krisenmanagement im Gesundheitswesen und leitet Handlungsoptionen für eine Stärkung der Resilienz von Gesundheitssystemen ab. Dazu werden ausgewählte Stellungnahmen und multidisziplinäre Literatur – vorwiegend aus der Medizin, Ethik und Gesundheitsökonomie – herangezogen. Es zeigt sich zum einen, dass insbesondere vernachlässigte regionale Strukturen im Gesundheitswesen zu stärken sind. Zum anderen geht es um ein Ineinandergreifen verschiedener Ebenen, die in sich selbst spezifische Kompetenzen mit Autorität verbinden müssen.

### 1. Einleitung

Weltweit hat die beinahe alle Lebensbereiche berührende Corona-Pandemie Situationen hervorgebracht, die sich in unser kollektives Gedächtnis eingegraben haben: Erschöpfte Pflegekräfte und Ärzt\*innen in Krankenhäusern sowie erkrankte Menschen, die aufgrund fehlender Kapazitäten nicht mehr stationär aufgenommen werden konnten, gehören dazu. Schutzausrüstung, Tests und später Impfstoffe waren nicht ausreichend verfügbar.

Ziel des vorliegenden Artikels ist es vor diesem Hintergrund, das Krisenmanagement am Beispiel der Corona-Pandemie zu analysieren und Handlungsoptionen für eine Stärkung der Resilienz von Gesundheitssystemen aufzuzeigen. Einführend werden Krisen und das Krisenmanagement im Allgemeinen (siehe 1.1) sowie Unsicherheit und Fehlerkultur in der Pandemie (siehe 1.2) adressiert. Auf dieser Grundlage werden sowohl die regionale und nationale, als auch die globale Handlungsebene anhand exemplarischer Handlungsfelder (Kapitel 2 bis 4) analysiert. Der Artikel endet mit entsprechenden Schlussbetrachtungen (Kapitel 5).

#### 1.1. Krise und Krisenmanagement

Zunächst lohnt es sich, den Begriff Krise näher zu betrachten. Grundlegend kann der Krise sowohl eine zeitliche als auch eine sachliche Dimension zugewiesen werden (Merten 2014): Die zeitliche Komponente bezieht sich auf einen Störfaktor eines vorher geordneten Prozess, wobei Dauer und Verlauf der Krise von Unsicherheit geprägt sind. Sachlich wird die Krise als reale Gefahr verstanden, wobei die Auswirkungen und Wirksamkeit der Handlungen sowie

Entscheidungen zur Bewältigung der Krise nicht zur Gänze abschätzbar sind (Merten 2014). Maßnahmen und Methoden, die für das Erkennen, Beherrschen bzw. die Begrenzung des Schadens Anwendung finden, konstituieren das Krisenmanagement. Es kann als umfassender Ansatz verstanden werden, der bei der Prävention vor dem Eintritt der Krise beginnt und sich von der Reaktion bis zum reflexiven Lernen aus der Krise erstreckt (Drennan et al. 2014).

Die Pandemie erforderte viele, zum Teil komplexe Entscheidungen unter hohem gesellschaftlichen und zeitlichen Druck (hier: Krisenbedingungen) auf unterschiedlichsten organisatorischen Ebenen. Die Entscheidungsfindung war stets durch einen Mangel an wissenschaftlicher Evidenz als Entscheidungsgrundlage und eine dadurch bedingte Diversität der Meinungen geprägt. So bestand zu Beginn der Pandemie etwa Unsicherheit über die grundlegenden Charakteristika des Virus SARS-CoV-2 (z.B. Übertragung). In den nachfolgenden Phasen kam es zu einer Informationsüberreizung, in deren Zuge es schwieriger wurde, nützliche und qualitativ hochwertige Evidenz zu identifizieren (Berger et al. 2020).

## 1.2. Unsicherheit und Fehlerkultur in der Pandemie

Zu den kontrovers diskutierten Maßnahmen in der Pandemie gehörten Kontaktbeschränkungen durch die teilweise Schließung von Kitas (Beispiel 1) und der Wegfall von Besuchsmöglichkeiten in Krankenhäusern (Beispiel 2).

### Beispiel 1: Kitas in der Pandemie

Kontaktbeschränkungen gelten als wirksames Mittel zur Kontrolle der Ausbreitung von SARS-CoV-2. Allerdings besteht kein allgemeiner Konsens über Ausmaß und Dauer

der Restriktionen. Dies spiegelte sich auch in der fehlenden Konsistenz von Empfehlungen und Entscheidungen über den Betrieb von Kindertagesstätten wieder: Während etwa im Frühjahr 2020 einige auf die Beibehaltung der Schließung insistierten, gab es auch Stimmen, die für eine schrittweise Öffnung argumentierten (Nagel und Eggert 2020).

Retrospektiv zeigt sich, dass die Schließung von Schulen und Kindertagesstätten sowie der Mangel an anderweitigen Freizeitaktivitäten und sozialen Kontakten psychische Belastungen begünstigte. Daraus lässt sich ein Desiderat für eine sichere Aufrechterhaltung des Schul- und Kitabetriebs ableiten: Der Erarbeitung und Einführung spezifischer Sicherheitskonzepte für verschiedene Lebenswelten kommt damit ein zentraler Stellenwert zu. So weist etwa das Projekt „Sichere Bildung Bayreuth“ darauf hin, dass eine abgesicherte Wiederöffnung von Kindertagesstätten und damit die Bereitstellung von Strukturen, die für die Entwicklung, Chancengleichheit und Teilhabe von Kindern essenziell sind, möglich ist (Nagel 2021a).

### Beispiel 2: Tod und Sterben in der Pandemie

Die Pandemie hat zudem Einfluss auf einen sehr privaten und spirituellen Aspekt des Menschseins genommen – Tod und Sterben. Mit der Intention, Infektionsraten in stationären Einrichtungen niedrig zu halten und besonders vulnerable Gruppen zu schützen, wurden selbst Sterbende isoliert. Menschliche Zuwendung durch Nahestehende wurde vielen Patient:innen damit erschwert. Der persönliche Erlebnisbericht einer Betroffenen verdeutlicht dies:

*Sie begleitete ihre fast 90-jährige Tante in einem Pflegeheim. Als klar wird, dass die klinische Ver-*

*schlechterung in Kürze dazu führen wird, dass die alte Dame stirbt, gibt es Einigkeit zwischen der Patientin und ihrer Familie, auf Wiederbelebnungsmaßnahmen zu verzichten. Dabei besteht der Wunsch, den Sterbeprozess möglichst nahe zu begleiten. Intensive Gespräche mit der Pflegeheimleitung resultieren in der Erlaubnis, die Tante täglich für eine Stunde zu besuchen. Ein Schnelltest sowie das Tragen einer FFP-2 Maske, eines Schutzkittels und von Handschuhen ist Bedingung. Die Bitte im Zimmer auf Maske und Handschuhe verzichten zu dürfen wird abgelehnt – mit Verweis auf geltende Kontaktbeschränkungen. Der Einwand, bei der sterbenden Tante gebe es keine Hinweise auf eine SARS-CoV-2-Infektion wird ignoriert. Während des Besuches kontrollieren pflegende Mitarbeitende die Einhaltung der Regeln. Auf Nachfrage bei der Pflegeleitung wird eingeräumt, dass es keine medizinische Begründung für die Anweisungen gibt – außer dem unbedingten Versuch Infektionsübertragungen zu vermeiden und so gut es geht den Regeln des Infektionsschutzgesetzes Rechnung zu tragen.*

Hier wird deutlich: In Unsicherheit werden inhaltliche Fehler gemacht, die mitunter zu gravierenden persönlichen Schäden führen. Einzig eine umfassende Entschuldigung bei den Angehörigen kann die generelle Verunsicherung wiederherstellen. Gleichzeitig ist es bei allen zukünftigen Maßnahmen dringend geboten, die individuelle Verantwortungsübernahme in der medizinischen Begleitung von Menschen wieder in den Mittelpunkt zu stellen.

### **Konstruktive Fehlerkultur**

Da Fehlentscheidungen im Allgemeinen sowie in der Krise im Speziellen auf lange Sicht unvermeidlich sind, kommt der Frage nach dem Umgang mit Fehlern essenzielle Bedeutung zu. Ein in diesem Zusammenhang stehender Begriff hat in den letzten Jahren an Aufmerksamkeit gewonnen – die konstruktive Fehlerkultur. Diese bietet die Möglichkeit, aus Fehlern zu lernen und sie als Ressourcen für Verbesserung aufzufassen (Mayer 2020).

Im folgenden sollen die Krise, das Management sowie Lehren, die retrospektiv gezogen werden können, aus unterschiedlichen Perspektiven – beginnend mit der regionalen Ebene – untersucht werden.

## **2. Regionale Kompetenzen**

Für das Krisenmanagement im Gesundheitswesen sind regionale Strukturen und Kompetenzen von hoher Bedeutung: „Vor Ort“ entscheidet sich, wie auf übergeordneter Ebene beschlossene Entscheidungen umgesetzt und dabei regionale Besonderheiten und Defizite adressiert werden können. Regionale Kapazitäten und Aufgaben stellen für das Krisenmanagement spezifische Lösungsmöglichkeiten und Herausforderungen dar, die am Beispiel des Öffentlichen Gesundheitsdienstes zunächst skizziert werden sollen (2.1), bevor eine konstruktive Fehlerkultur in diesem Kontext adressiert wird (2.2).

### **2.1. Der Öffentliche Gesundheitsdienst**

Der Öffentliche Gesundheitsdienst (ÖGD) gilt neben der ambulanten und stationären Versorgung als „dritte Säule“ der Gesundheitsversorgung. Ihm obliegen vielfältige Aufgaben in der populationsbezogenen Prävention und Gesundheitsförderung sowie beratende Tätigkeiten für politische Entscheidungsträger im Rahmen der Gesundheitsberichterstattung oder der Gesundheitsplanung (Gesundheitsministerkonferenz 2018). In der Covid-19-Krise rückten die lokalen Gesundheitsämter in das Zentrum öffentlicher Aufmerksamkeit – etwa im Kontext der Nachverfolgung von Infektionsketten.

#### **Personalmangel in vielen Gesundheitsämtern**

Eine besondere Herausforderung betrifft die personelle Ausstattung. Die Mitarbeitenden wurden alleine durch das Nachverfolgen von Kontakten an ihre Kapazitätsgrenzen gebracht. Obwohl die Gesundheitsämter sukzessive durch Personal der Bundeswehr, Medizinstudierende sowie Mitarbeitende des öffentlichen Dienstes bei der Kontaktnachverfolgung unterstützt wurden, blieb die Situation herausfordernd (Arnold und Teichert 2021).

Der Personalmangel in den Gesundheitsämtern besteht allerdings auch unabhängig von der Corona-Pandemie bzw. betrifft viele Bereiche, die über die Nachverfolgung von Kontakten und das Pandemiemanagement hinausgehen. Insbesondere beim ärztlichen Personal zeichnet sich seit längerem ein Defizit ab (Kaduszkiewicz et al. 2018). Vor allem in ländlichen Gebieten herrscht eine prekäre Personalsituation vor (Behnke und Zimmermann 2020). Dabei ist gerade das ärztliche Personal zentral für die adäquate

Adressierung zu bewältigender Aufgaben: Insbesondere obliegen Führungsaufgaben, wie die amtliche Leitung der örtlichen Gesundheitsbehörde, regelmäßig Ärztinnen und Ärzten (Behnke und Zimmermann 2020).

### Ursachen für den Personalmangel

Als eine der wesentlichen Ursachen für den ärztlichen Personalmangel in den Gesundheitsämtern gilt eine – im Vergleich zu den im Krankenhaus und ambulant tätigen Ärztinnen – niedrigere Vergütung (Behnke und Zimmermann 2020). So werden die im öffentlichen Gesundheitswesen tätigen Mediziner nach den akademischen Tarifverträgen des öffentlichen Dienstes bezahlt, während sich die Vergütung ihrer in der medizinischen Versorgung tätigen Kollegen nach spezifischen Tarifverträgen richtet – was sich in signifikanten Gehaltsunterschieden manifestiert (Kaduszkiewicz et al. 2018). Als direkte Folge werden viele ärztliche Stellen in den Gesundheitsämtern nicht oder verzögert besetzt.

### Politische Reaktionen

Die politischen Entscheidungsträger konstatieren, im Zuge der Pandemie die Bedeutung der Gesundheitsämter für eine adäquate Adressierung bevölkerungsbezogener gesundheitlicher Krisen erkannt zu haben.<sup>1</sup> Bereits 2020 beschloss die Bundesregierung im Rahmen des Aktionsplan „Pakt für den öffentlichen Gesundheitsdienst“ eine bundesweite finanzielle und strukturelle Stärkung des ÖGD (BMG 2020). Überdies haben sich die Ampelparteien der neuen Bundesregierung vorgenommen, dem Fachpersonal des ÖGD attraktivere Arbeitsbedingungen und eine leistungsgerechtere Bezahlung anzubieten und fordern die Tarifpartner auf, eigene Tarifverträge zu schaffen (BVÖGD 25.11.2021).

### 2.2. Konstruktive Fehlerkultur

Handelt es sich bei der hier kurz umrissenen Vernachlässigung des ÖGD um einen „Fehler“, dessen Konsequenzen prospektiv nicht adäquat eingeschätzt werden konnte? Eine ähnlich gelagerte Frage könnte man bezüglich der Erkenntnis stellen, dass die Maxime einer logistisch-hochkomplexen, global angelegten Produktions- und Wertschöpfungskette unter dem Stichwort „24/7“ im Rahmen einer Krisensituation zusammenbrechen kann. Das Einräumen einer fehlerhaften Einschätzung von Relevanz und zukünftiger Entwicklung, z.B. des ÖGD, ist unabweisbar.

Dabei steht die Frage im Raum, wer diesbezüglich Verantwortung übernimmt und welche Institution, nicht nur die Korrekturen auf den Weg bringt, sondern auch die Kraft hat sich bei der Bevölkerung zu entschuldigen.

Alleine die schlichte Umkehr eines eingeschlagenen Weges und die demonstrative finanzielle Förderung eines bis zu diesem Zeitpunkt unterfinanzierten Systems entspricht nicht einer konstruktiven Fehlerkultur. Obwohl eine finanzielle Förderung zu begrüßen ist, birgt die zu starke Fokussierung auf Aufgaben in Verbindung mit den jüngeren Herausforderungen (z.B. Meldewesen, Kontaktverfolgung) die Gefahr, andere wichtige Verantwortlichkeiten des ÖGD zu verdrängen (Heudorf 2020).

## 3. Nationale Koordination und Verantwortung

Am Beispiel SARS-CoV-2 wird deutlich, dass das Management von Krisen, die sich nicht auf einzelne Regionen begrenzen, auch eine nationale Koordination und – wie die Bestimmung des Begriffs Pandemie bereits nahelegt – globale Verantwortungsübernahme (siehe Kapitel 4) beinhalten muss. Auf nationaler Ebene sind etwa grundlegende Regeln im Umgang mit Ressourcen, die in der Krise knapp werden können, zu etablieren: Dazu gehören Leitlinien für eine gerechte Priorisierung konkurrierender Bedarfe (3.1). Internationale Vorreiter können ein Vorbild sein (3.2).

### 3.1. Nationale Leitlinien für die Priorisierung

Die beinahe ubiquitär präsente Corona-Pandemie führte global zu Engpässen bei Ressourcen, die für die medizinische Behandlung und gleichermaßen den Schutz von Patienten und Behandelnden eine wichtige Rolle spielen. In der Folge nahm man ein Thema in den Blick, das hierzulande vorher weitgehend ausgeblendet wurde: Priorisierung in der Medizin avancierte zu einem zentralen Gegenstand der öffentlichen und fachlichen Debatte. Fachgesellschaften wie politisch Verantwortliche setzten sich nun mit Fragen einer gerechten Allokation, adäquaten Kriterien der Verteilung und ihrer praktischen Anwendung auseinander (Nagel 2021b).<sup>2</sup>

### Fehlendes Bewusstsein für Ressourcenknappheit

In diesem Prozess ist es aber nicht gelungen zu vermitteln, dass die Notwendigkeit einer Priorisierung an sich nichts Neues ist und schon weit vor der Pandemie in zahlreichen

Kontexten zu den wesentlichen Herausforderungen für die Absicherung der medizinischen Versorgung gehörte. Dieses fehlende Bewusstsein gilt weniger für Bereiche des absoluten Mangels – wie etwa die Knappheit an Organen für lebensrettende Transplantationen. Hier gibt es bereits seit Jahrzehnten klare Zuteilungs- bzw. Priorisierungsregeln.

Das fehlende Bewusstsein betrifft besonders Bereiche des relativen Mangels: Der medizinisch-technische Fortschritt und der demografische bzw. epidemiologische Wandel gehören zu den Determinanten der Verlagerung der Krankheitslast hin zu einer vermehrt kosten- und zeitintensiven Versorgung. In der Konsequenz stiegen die Ausgaben in der Gesetzlichen Krankenversicherung signifikant an. Gleichzeitig müssen proportional weniger erwerbstätige Bürgerinnen mit ihren Beiträgen zur Krankenversicherung steigende Ausgaben für eine älter werdende Bevölkerung finanzieren. In dieser Gemengelage zeichnet sich eine Kluft zwischen dem medizinisch Möglichen und dem gesellschaftlich Leistbaren ab. Die – bislang vornehmlich fachlich diskutierten – Lösungsmöglichkeiten für diese zentrale Herausforderung weisen jeweils spezifische Chancen, aber auch Grenzen auf. Hier wird zwischen der Rationalisierung, Rationierung und Priorisierung unterschieden (Nagel 2021b).

### **Rationalisierung, Rationierung und Priorisierung**

In der Debatte um diese Optionen wird oft die Vorzugswürdigkeit der Rationalisierung postuliert. Denn mit Rationalisierungsmaßnahmen gelingt es definitionsgemäß, Einsparungen zu realisieren ohne dabei medizinisch Notwendiges oder Nützlichendes vorzuenthalten, indem – etwa durch eine Optimierung organisatorischer Prozesse oder die Verbesserung von Therapien – ökonomische Effizienzreserven genutzt werden. Rationierung geht hingegen mit der Vorenthaltung medizinisch sinnvoller Leistungen aufgrund von Ressourcenknappheit einher. Solche Mangelsituationen prägten weltweit die medizinische Versorgung in der Corona-Pandemie. Dies zeichnete sich, wenn auch eingeschränkt, auch für Deutschland ab – etwa im Hinblick auf Intensiv- und Beatmungsplätze, Medikamente und Impfstoffe. Im Kontext von Mangelsituationen sind Verteilungs- bzw. Rationierungsentscheidungen unausweichlich.

Priorisierung kann dann eine Reflexion der Rahmenbedingungen sowie adäquate Vorbereitung leisten und damit als notwendige Grundlage einer gerechten Rationierung verstanden werden. Sie dient als „ausdrückliche

Feststellung einer Vorrangigkeit bestimmter Indikationen, Patientengruppen oder Verfahren vor anderen“ (Zentrale Ethikkommission bei der Bundesärztekammer 2000). Ihr Ergebnis ist eine mehrstufige Rangreihe nach „Wichtigkeit“. Entsprechend kann Priorisierung keinesfalls mit der Rationierung gleichgesetzt werden, sondern muss als Voraussetzung für eine gerechte Rationierung verstanden werden.

Die explizite Orientierung an akzeptierten Kriterien schafft Transparenz, Rechtssicherheit, eine praktische, moralische und emotionale Entlastung von Ärztinnen und schützt die Arzt-Patient-Beziehung. Zentrale Herausforderung dabei ist die Auswahl von Priorisierungskriterien, deren Operationalisierung und Gewichtung. Weitreichender Konsens besteht, dass sich Priorisierungsentscheidungen daran orientieren sollen, wie sehr eine Patientin medizinische Hilfe braucht, wie sehr ein Patient auf den Schutz der Solidargemeinschaft angewiesen ist. Entsprechend muss und kann schon bei der Wahl von Priorisierungskriterien die Schutzbedürftigkeit individueller Patienten maßgeblich Berücksichtigung finden (Nagel 2021b).

### **3.2. Von Vorreitern lernen**

In Deutschland war der Begriff der Priorisierung allerdings in weiten Teilen negativ konnotiert und entsprechende Bemühungen um eine Grundlage für Priorisierungsentscheidungen stießen bei politischen Entscheidungsträgerinnen auf Ablehnung. Mit den skizzierten unübersehbaren Knappheitssituationen im Kontext der Corona-Pandemie änderte sich die Diskussion um Priorisierung quasi schlagartig. Im Gegensatz zu anderen Ländern konnte dabei aber nicht auf eine differenzierte Auseinandersetzung mit dem Thema in der politischen und öffentlichen Debatte zurückgegriffen werden. Auch legitimierte, bindende Regelwerke sowie definierte Prozesse fehlten.

Etwa Norwegen oder Schweden zeigen hingegen seit Jahrzehnten, dass Priorisierung gelingen und zur gerechten Ressourcenallokation beitragen kann. Zu den vornehmlichen Voraussetzungen hierfür gehören die öffentliche Debatte, eine Beteiligung von Experten unterschiedlicher Disziplinen (Medizin, Sozialwissenschaften, Jurisprudenz etc.), von Fachgesellschaften sowie der Bevölkerung. Im Vergleich mit diesen Ländern zeigt sich: Eine breit angelegte Debatte zur Priorisierung, die über spezifische Kontexte wie die Organallokation hinausgeht, ist in Deutschland überfällig (Nagel und Lauerer 2016; Nagel 2021b).

## 4. Globale Verantwortung

Das Desiderat einer differenzierten Debatte gilt auch für die Übernahme globaler Verantwortung: So kann eine Pflicht zur Impfung gegen SARS-CoV-2 zunächst als nationale Frage verstanden werden (4.1). Bei näherer Betrachtung ist die Aufforderung zu einer allgemeinen Impfpflicht aber auch unter dem Gesichtspunkt einer international verstandenen Gerechtigkeit zu reflektieren (4.2).

### 4.1. Debatte um die Impfpflicht

Im allgemeinen Sprachgebrauch wird die Impfpflicht regelmäßig als eine stark in die Freiheitsrechte eingreifende Zwangsimpfung durch den Staat verstanden, wobei eine Pflicht mehrere relativierende Kontexte adressieren kann: z.B. als berufliche Erfordernis oder Voraussetzung für die Einreise in Länder (Druml 2021). In der aktuellen Diskussion geht es um die Einführung einer allgemeinen gesetzlichen Impfpflicht, welche mit rechtlichen Sanktionen verbunden ist.

#### Solidarität und Pflicht

Während der Covid-19-Pandemie wurde eine allgemeine Impfpflicht von den politisch Verantwortlichen zuerst ausgeschlossen, dann zum Ziel erklärt. Für die Gesellschaft und das Individuum ergeben sich dabei wichtige Fragen: Gehört – mit Blick auf das konditionale Gut Gesundheit – zur Solidarität auch eine Selbstverpflichtung? Die Bismarck'sche Sozialgesetzgebung verpflichtet den Staat, sich dem Einzelnen in der Not zuzuwenden. Aber sie verpflichtet auch den Bürger zur Partizipation an diesem System. Mit steigenden Erkenntnissen zur Entstehung von Krankheiten wird auch die Debatte zur Pflicht erweitert – indem Prävention im größeren Maße als einzufordernder Beitrag formuliert wird. Auch in der Corona-Pandemie wird gefragt, ob die Selbstbestimmung über den eigenen Körper an eine Grenze gekommen ist, weil einige präventive Maßnahmen – wie eine bevölkerungsweite Impfung – erst durch die Teilnahme der Mehrheit erreicht werden kann (Nagel 2021c).

Der Deutsche Ethikrat sieht in einer gesetzlichen Impfpflicht eine erhebliche Beeinträchtigung rechtlich und moralisch geschützter Güter, da die Selbstbestimmung über den eigenen Körper zu den zentralen Freiheits- und Persönlichkeitsrechten in einem demokratischen Staat gehört.

Dieses Recht gilt allerdings nicht absolut: In begründeten Fällen, in welchen die Freiheit anderer berührt wird, dürfe es eingeschränkt werden (Deutscher Ethikrat 2021). In der Ad-hoc-Empfehlung des Deutschen Ethikrates vom 21. Dezember 2021 wird mehrheitlich eine allgemeine Impfpflicht für Erwachsene empfohlen (Deutscher Ethikrat 2021). Begründung erfährt diese Empfehlung im Ziel einer „nachhaltigen, dauerhaft tragfähigen und gerechten Beherrschung der Pandemie“, wobei vor allem bei Ausbleiben einer kontrollierten endemischen Situation, die „Gefahr einer ständigen Wiederkehr von Kontaktbeschränkungen aller Art“ vorläge, unter der „insbesondere Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene zu leiden haben“ (Deutscher Ethikrat 2021).

#### Keine Benachteiligung

Manche setzen dem die Selbstbestimmung über den eigenen Körper entgegen: Diese solle unangetastet bleiben und es gehöre zur Freiheit des Einzelnen, sich gegebenenfalls auch gesundheitsgefährdend zu verhalten. Das Anrecht auf eine medizinische Behandlung darf bei einer Entscheidung gegen die Impfung jedenfalls nicht verloren gehen. Auch die Benachteiligung anderen gegenüber verbietet sich in diesem Kontext.

### 4.2. Reflexion der Impfpflicht im globalen Kontext

Ebenso ist die Aufforderung zur allgemeinen Impfpflicht unter dem Gesichtspunkt einer international verstandenen Gerechtigkeit zu reflektieren. In einer Pandemie sind globale Strategien erforderlich, um eine weltweite Kontrolle der Infektionsverbreitung zu erreichen: Wenn die Übertragung unkontrolliert ist, hat das Virus eine größere Chance zu mutieren und die Kontrolle weiter zu erschweren. Der Ausbruch einer neuen Variante in einer Region kann sich schnell in die ganze Welt ausweiten. Künftige Corona-Mutationen führen möglicherweise zu impfstoffresistenten Varianten. Eine verstärkte Zusammenarbeit zwischen Hoch- und Niedriglohnländern – mit dem Ziel, mehr effektive Impfstoffe in die schwer zugänglichen Regionen zu bringen – würde entsprechend dazu beitragen, das Ende der Pandemie herbeizuführen (Vashi und Coiado 2021).

In diesem Zusammenhang lohnt es sich, die Booster-Impfung bzw. Empfehlung zur allgemeinen Impfpflicht in Deutschland auch vor dem Hintergrund der internationalen Verfügbarkeit von Impfstoffen zu reflektieren. So könnte etwa vor der dritten oder vierten Impfung in High-inco-

me-countries (HIC) eine moralische Verpflichtung bestehen, ökonomisch-strukturell schwächere Länder zu unterstützen, eine Grundimmunisierung ihrer Bevölkerung zu erreichen.

Im marktorientierten Verfahren der globalen Verteilung von Impfstoffen haben die HIC einen erheblichen Vorteil. Dabei machte vor allem eine Kombination aus Undurchschaubarkeit der Preisverhandlungen und Mangel an finanziellen Mitteln einen weltweit gerechten Zugang zu hochwirksamen Impfstoffen unmöglich (Guzman et al. 2021). Neben humanitären und epidemiologischen Gründen können auch wirtschaftliche Argumente angeführt werden, dass HICs sich zum Ziel setzten sollten, die Menschen aus ärmeren Ländern bei ihren Impfbemühungen so zu unterstützen wie ihre eigenen Bürgerinnen (Vashi und Coiado 2021). So können insbesondere aufgrund des Rückgangs von Exporten Verluste für die Weltwirtschaft von mehreren Billionen US-Dollar resultieren (Çakmaklı et al. 2021).

## 5. Schlussbetrachtung

In Krisen, wie zum Beispiel in der Corona-Pandemie, zeigt sich, dass die Gesundheitskompetenz in der Bevölkerung und der Grad der Handlungsfähigkeit administrativer Strukturen wichtige Komponenten der gesellschaftlichen Resilienz sind. Keine übergeordnete logistische Strategie kann eine solche grundlegende Orientierung ersetzen. Deshalb ist es zum einen notwendig, gerade regionale Strukturen zu stärken – z.B. im Gesamtkontext des ÖGD – und zum anderen eine stete Förderung der Gesundheitskompetenz der Bürgerinnen und Bürger zu realisieren. Ungeachtet dessen, braucht es auch abgestimmte Maßnahmen auf einem übergeordneten Handlungsniveau. Hier sind Länder und Bundesgesetzgeber gleichermaßen gefordert Abstimmungen umzusetzen.

Der Forderung nach einer generellen Zentralisierung zur Krisenbewältigung im Gesundheitswesen ist eine Absage zu erteilen – wobei übergeordnete Einrichtungen grundsätzlich eine Koordinierung gewährleisten müssen. Diese erstreckt sich mit wesentlichen Aufgaben auch auf die internationale Zusammenarbeit. In aller Regel sind Krisen im gesundheitlichen Bereich grenzüberschreitend und bedürfen dementsprechend eines effektiven internationalen Abstimmungsprozesses, Kommunikation und Kooperation. Schlussendlich geht es um ein Ineinandergreifen verschiedener Ebenen, die in sich selbst spezifische Kompetenzen mit Autorität verbinden müssen.

E-Mail-Kontakt: eckhard.nagel@uni-bayreuth.de

1. „Bund und Länder haben während der Pandemie zusammen festgestellt, dass es Defizite gab. Wir wollen die Corona-Krise nicht nur irgendwie überstehen. Wir wollen daraus lernen, den Öffentlichen Gesundheitsdienst so aufzustellen, dass er für künftige Pandemien gerüstet ist.“ Bundesgesundheitsminister Jens Spahn. <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/begriffe-von-a-z/o/oeffentlicher-gesundheitsdienst-pakt.html> (Zuletzt abgerufen am 28.01.2022)
2. Exemplarisch sei an dieser Stelle auf die Handlungsempfehlung zum Umgang mit knappen Ressourcen der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin und eine Empfehlung zur Priorisierung beim Zugang zur COVID-19-Impfung der Ständigen Impfkommission, des Deutschen Ethikrats und der Leopoldina verwiesen.

## Literatur

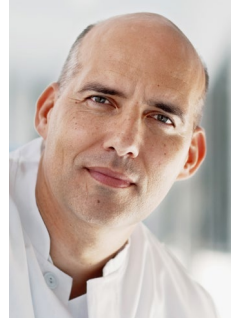
3. Arnold, Laura; Teichert, Ute (2021): Politischer Reformprozess im Zuge der COVID-19-Pandemie: Der Pakt für den Öffentlichen Gesundheitsdienst. In: Public Health Forum 29 (1), S. 47-50. DOI: 10.1515/pubhef-2020-0130.
4. Behnke, Natalie; Zimmermann, Matthias (2020): Notlage des öffentlichen Gesundheitsdienstes im ländlichen Raum. In: VM 26 (4), S. 169-182. DOI: 10.5771/0947-9856-2020-4-169.
5. Berger, Loic; Berger, Nicolas; Bosetti, Valentina; Gilboa, Itzhak; Hansen, Lars Peter; Jarvis, Christopher et al. (2020): Uncertainty and Decision-Making During a Crisis: How to Make Policy Decisions in the COVID-19 Context? In: SSRN Journal. DOI: 10.2139/ssrn.3647188.
6. BMG (2020): Pakt für den öffentlichen Gesundheitsdienst. Bundesministerium für Gesundheit. Online verfügbar unter [https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3\\_Downloads/O/OEGD/Pakt\\_fuer\\_den\\_OEGD.pdf](https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/O/OEGD/Pakt_fuer_den_OEGD.pdf), zuletzt geprüft am 09.01.2022.
7. BVÖGD (25.11.2021): Zum Koalitionsvertrag der Ampelparteien. Berlin. Online verfügbar unter <https://www.bvoegd.de/zum-koalitionsvertrag-der-ampelparteien/>, zuletzt geprüft am 18.01.2022.
8. Çakmaklı, Cem; Demiralp, Selva; Kalemli-Özcan, Şebnem; Yeşiltaş, Sevcin; Yıldırım, Muhammed (2021): The Economic Case for Global Vaccinations: An Epidemiological Model with International Production Networks. In: National Bureau of Economic Research. DOI: 10.3386/w28395.
9. Deutscher Ethikrat (2021): Ethische Orientierung zur Frage einer allgemeinen gesetzlichen Impfpflicht. Ad-Hoc-Empfehlung. Deutscher Ethikrat. Berlin.
10. Drennan, Lynn T.; McConnell, Allan; Stark, Alastair (2014): Risk and Crisis Management in the Public Sector. 2nd ed. Hoboken: Taylor and Francis (Routledge Masters in Public Management).
11. Druml, Christiane (2021): Impfen gegen Infektionserkrankungen – eine bioethische Debatte in der Pandemie. In: Andreas Reis, Martina Schmidhuber und Andreas Frewer (Hg.): Pandemien und Ethik. Entwicklung – Probleme – Lösungen. Berlin, Germany, Heidelberg: Springer, S. 133-149.
12. Gesundheitsministerkonferenz (2018): Leitbild für einen modernen öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD) – „Der ÖGD: Public health vor Ort“. Online verfügbar unter <http://www.bvoegd.de/leitbild/>, zuletzt geprüft am 09.01.2022.
13. Guzman, Javier; Hafner, Tamara; Maiga, Lalla Arkia; Giedion, Ursula (2021): COVID-19 vaccines pricing policy options for low-income and middle-income countries. In: BMJ global health 6 (3). DOI: 10.1136/bmjgh-2021-005347.
14. Heudorf, Ursel (2020): COVID-19-Pandemie – Rationalität statt Regelungschaos tut not. In: Gesundheitswesen (Bundesverband der Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (Germany)) 82 (12), S. 941-943. DOI: 10.1055/a-1288-7064.
15. Kaduszkiewicz, Hanna; Teichert, Ute; van den Bussche, Hendrik (2018): Ärztemangel in der hausärztlichen Versorgung auf dem Lande und im Öffentlichen Gesundheitsdienst: Eine kritische Analyse der Evidenz bezüglich der Rolle von Aus- und Weiterbildung. In: Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz 61 (2), S. 187-194. DOI: 10.1007/s00103-017-2671-1.
16. Mayer, Claude-Hélène (2020): Positive Fehlerkultur als Ressource. In: Schmerzmed. 36 (4), S. 62-67. DOI: 10.1007/s00940-020-1739-4.
17. Merten, Klaus (2014): Krise, Krisenmanagement und Krisenkommunikation. In: Ansgar Thießen (Hg.): Handbuch Krisenmanagement. 2. Auflage. Wiesbaden: Springer VS (Handbuch), S. 155-175.

18. Nagel, Eckhard (2021a): Maßnahmen ergreifen - sich nicht wegducken. In: kma - Klinik Management aktuell 26 (12), S. 74-75. DOI: 10.1055/s-0041-1741363.
19. Nagel, Eckhard (2021b): Priorisierung in der Medizin. Schutzbedürftigkeit als das zentrale Element einer gerechten Verteilung. In: Bayerisches Ärzteblatt, S. 522-523. Online verfügbar unter [https://www.bayerisches-aerzteblatt.de/fileadmin/aerzteblatt/ausgaben/2021/11/einzelpdf/BAB\\_11\\_2021\\_522\\_523.pdf](https://www.bayerisches-aerzteblatt.de/fileadmin/aerzteblatt/ausgaben/2021/11/einzelpdf/BAB_11_2021_522_523.pdf).
20. Nagel, Eckhard (2021c): Wir müssen miteinander reden! In: FAZ 2021, 22.12.2021. Online verfügbar unter <https://www.faz.net/aktuell/feuilleton/debatten/impfpflicht-jetzt-wir-muessen-miteinander-reden-17697047.html>, zuletzt geprüft am 18.01.2022.
21. Nagel, Eckhard; Eggert, Angelika (2020): Öffnet die Kitas! In: FAZ, 2020 (22. April). Online verfügbar unter <https://www.faz.net/aktuell/gesellschaft/gesundheit/coronavirus/kinder-und-corona-kita-schliessungen-sind-medizinisch-unbegruendet-16735654.html>, zuletzt geprüft am 20.12.2021.
22. Nagel, Eckhard; Lauerer, Michael (Hg.) (2016): Prioritization in medicine. An international dialogue. Cham: Springer.
23. Vashi, Aksal P.; Coiada, Olivia C. (2021): The future of COVID-19: A vaccine review. In: Journal of infection and public health 14 (10), S. 1461-1465. DOI: 10.1016/j.jiph.2021.08.011.
24. Zentrale Ethikkommission bei der Bundesärztekammer (2000): Prioritäten in der medizinischen Versorgung im System der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV): Müssen und können wir uns entscheiden? In: Deutsches Ärzteblatt 97 (15), A1017-A1023.

**PROF. DR. DR. MED. HABIL. DR. PHIL. DR. THEOL.  
H.C. ECKHARD NAGEL**



*Eckhard Nagel ist Geschäftsführender Direktor des Instituts für Medizinmanagement und Gesundheitswissenschaften, Gründungsmitglied der Fakultät für Lebenswissenschaften und Sprecher des MedizinCampus Oberfranken an der Universität Bayreuth, Ärztlicher Direktor der Sonderkrankeanstalt für Kinder und Jugendliche vor und nach Organtransplantation „Ederhof“, Gastprofessor an der Tongji Medizinischen Fakultät der Huazhong Universität für Wissenschaft & Technologie und deutscher Präsident des Tongji Klinikums, Wuhan, China sowie Vorstandsvorsitzender der Deutschen Gesellschaft für Integrierte Versorgung im Gesundheitswesen. Er ist Mitglied im Präsidium des Deutschen Evangelischen Kirchentages. 2001-2008 war der habilitierte Transplantationschirurg Mitglied des Nationalen Ethikrats und 2008-2016 Mitglied des Deutschen Ethikrats.*



**DR. RER. POL. MICHAEL LAUERER**



*Michael Lauerer ist Akademischer Rat und Habilitand am Institut für Medizinmanagement und Gesundheitswissenschaften der Universität Bayreuth. Zudem engagiert er sich in Ausschüssen und ist etwa gewähltes Mitglied im Management Committee sowie Secretary der International Society on Priorities in Health Care (ISPH). Zuvor studierte an der Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg Sozialwissenschaften und promovierte im Anschluss an der Universität Bayreuth zu Verteilungsentscheidungen bei der Organtransplantation.*



**DENNIS HENZLER, M.SC.**



*Dennis Henzler ist wissenschaftlicher Mitarbeiter und Promovend am Institut für Medizinmanagement und Gesundheitswissenschaften an der Universität Bayreuth. Hier beschäftigt er sich vor allem mit ökonomischen und normativen Fragestellungen zur Gesundheitssystemanalyse, denen er auch im Rahmen seines Engagements für die International Society for Priorities in Health Care (ISPH) nachgeht. Er studierte Philosophy and Economics und Gesundheitsökonomie an der Universität Bayreuth.*

