

Resilientes Gesundheitswesen: Lernen wir aus der Pandemie? **Strukturen, Aufgaben und Prozesse eines krisenresilienten Gesundheitssystems**

ANDREAS STORM, VORSTANDSVORSITZENDER DER DAK-GESUNDHEIT



In einer Krise wie der weltweiten Corona-Pandemie zeigt sich schnell, wie leistungsfähig vorhandene Strukturen und Prozesse in einem Land sind. Gerade für die Bundesrepublik Deutschland mit der im europäischen Vergleich zweitältesten Bevölkerung stand der Schutz des Gesundheitswesens vor einer Überlastung von Beginn an im Fokus. Wie krisenresilient ist nun das deutsche Gesundheitswesen? Wo besteht für die Politik dringender Handlungsbedarf? Der vorliegende Beitrag zeigt auf, welche Defizite während der Pandemie sichtbar wurden und benennt Handlungsoptionen für künftige Krisen nationaler Tragweite.

1. Ausgangslage / Einleitung

Die Corona-Pandemie ist die größte Prüfung für das deutsche Gesundheitswesen und die Pflege in den vergangenen 70 Jahren. Sie zeigt, dass Virusinfektionen und andere gesundheitliche Krisensituationen in Zeiten der Globalisierung kein regional begrenztes Problem sind, sondern sich rasch zu einer weltweiten Herausforderung entwickeln können. Aus der Dynamik des Infektionsgeschehens und den sich kurzfristig verändernden Versorgungsnotwendigkeiten haben sich bisher nie dagewesene Herausforderungen für das Gesundheitswesen und die Pflege ergeben. Innerhalb kürzester Fristen mussten teilweise völlig neue Rahmenbedingungen geschaffen und entsprechende Maßnahmen umgesetzt werden.

Insgesamt zeigte sich das deutsche Gesundheitswesen in dieser historischen Krise als leistungsfähig. Gleichzeitig zeigten sich zum einen beim Pandemiemanagement erhebliche Mängel und zum anderen Versorgungsdefizite, die bereits vor der Pandemie bestanden.

2. Defizite während der Pandemie

Ob Pandemieverlauf, Hospitalisierungsrate oder Impfquote: in der COVID-19-Pandemie wurde sehr schnell deutlich, dass die schnelle und verlässliche Verfügbarkeit von Daten und Informationen eine entscheidende Rolle bei der erfolgreichen Bewältigung und Eindämmung einer Krisensituation spielen. Erfolgskritisch ist – auch das zeigte sich schnell – dass die für die Entscheidungsfindung im Pandemiemanagement zu Grunde gelegten Indikatoren nicht nur das Infektionsgeschehen, sondern

auch die Kapazitäten für die Behandlung von schweren und Schwerstfällen, für die Kontaktnachverfolgung und die Unterbrechung von Infektionsketten sowie für das Monitoring des Virusgeschehens adäquat abbilden müssen (acatech Impuls 2021).

2.1 Defizitäres Monitoring

2.1.1 Wechselnde Orientierungswerte

Die vergangenen 21 Monate der Pandemie waren geprägt von einem defizitären Monitoring. Häufig wechselten dabei die Orientierungswerte, so dass ein umfassender Überblick über das Pandemiegeschehen fast nicht möglich war. Zu Beginn der Pandemie kommunizierte man die Entwicklungen über die absoluten Fallzahlen der nachgewiesenen Infektionen und wie schnell sich diese verdoppelten. Ergänzt wurden diese vom sogenannten R-Wert, der Reproduktionszahl, die die Anzahl der Personen bezeichnet, die ein Covid-19-Infizierter im Durchschnitt ansteckt.

Zum Ende des ersten Lockdowns im Mai 2020 wurde zusätzlich der 7-Tage-Inzidenz-Wert eingeführt. Bundesweit legte man dabei fest, dass beispielsweise Kontaktbeschränkungen ab einem Wert von 50 Neuinfektionen gerechnet auf 100.000 Einwohner eingeführt werden können. Einzelne Bundesländer, wie Bayern, legten bereits damals eigene abweichende Werte für die 7-Tage-Inzidenz fest. Seit dem Frühsommer 2021 versuchte man anhand der sogenannten Hospitalisierungsinzidenz die Belastung der Krankenhäuser im Blick zu behalten. Das Problem: die Inzidenz ist ein Spätindikator und damit völlig ungeeignet das Pandemiegeschehen rechtzeitig abzubilden. Haupt-

grund dafür ist die lückenhafte Datengrundlage und der starke zeitliche Meldeverzug. Teilweise dauert es bis zu zwei Wochen oder länger, bis alle hospitalisierten Covid-19-Fälle beim Robert Koch-Institut gemeldet sind. Die Lage in den Krankenhäusern wird dadurch unterschätzt.

Das Bild des defizitären Monitorings wird aber nicht nur durch unterschiedliche Orientierungswerte geprägt. Aktuell existieren in fast allen Bundesländern unterschiedliche Inzidenz-Grenzwerte und unterschiedliche Regelungen bei deren Überschreitung. Ein wesentliches Problem ist und bleibt die Vermittlung und Kommunikation dieser Veränderungen in die Bevölkerung.

2.1.2 Fehlende Abstimmung der Bundesländer bei Grenzwertüberschreitungen

Obwohl die Regierungschef:innen in den 21 Monaten der Corona-Pandemie über zwanzigmal zu Bund-Länder-Gipfeln zusammen gekommen sind, hat sich die Aufgabenzuordnung und Arbeitsteilung als hochgradig dysfunktional erwiesen. Ein erhebliches Defizit besteht darin, dass die Bundesländer sehr unterschiedlich auf die Herausforderungen im Pandemiegeschehen reagieren. Was zu Beginn der Pandemie noch als ein Miteinander wahrgenommen werden konnte, entwickelte sich im weiteren Verlauf hin zu einem Gegeneinander der Länder. Auf unterschiedliche Grenzwerte folgten unterschiedliche Handlungsoptionen, die bei Überschreiten dieser Grenzwerte getroffen wurden. Mindestens ebenso zur Verwirrung hat die hohe Frequenz der Änderungen der jeweiligen Corona-Landesverordnungen beigetragen.

Ein Beispiel dafür sind die eingeführten Kontaktbeschränkungen. Diese variierten zwischen den Ländern

Corona-Regelungen der Bundesländer (Stand 8. September 2021)

Kriterien Bundesland	3G-Regel ohne Inzidenz	3G-Regel ab Inzidenz 20	3G-Regel ab Inzidenz 35	3G-Regel ab Inzidenz 100	Warnstufen- regelung	Ampel- Regelung	(Mehr-)Indikatorensystem			
							Neu- infektionen	Hospitali- sierung	Intensiv- betten	Impfquote
Berlin	Red	Red	Green	Red	Red	Green	Green	Green	Green	Red
Niedersachsen	Red	Red	Green	Red	Red	Green	Green	Green	Green	Red
Rheinland- Pfalz	Red	Red	Red	Green	Red	Green	Green	Green	Green	Red
Baden- Württemberg	Green	Red	Red	Red	Red	Green	Dark Green	Green	Green	Green
Bayern	Red	Red	Green	Red	Red	Green	Green	Dark Green	Dark Green	Red
Mecklenburg- Vorpommern	Red	Red	Green	Red	Red	Green	Dark Green	Green	Green	Red
Sachsen	Red	Red	Green	Red	Green	Red	Dark Green	Green	Green	Red
Sachsen- Anhalt	Red	Red	Green	Red	Green	Red	Dark Green	Green	Green	Red
Thüringen	Red	Red	Green	Red	Red	Green	Dark Green	Green	Green	Red
Brandenburg	Red	Green	Red	Red	Red	Red	Green	Grey	Grey	Red
Nordrhein- Westfalen	Red	Red	Green	Red	Red	Red	Green	Grey	Grey	Red
Schleswig- Holstein	Red	Red	Green	Red	Red	Red	Green	Grey	Grey	Red
Bremen	Red	Red	Green	Red	Red	Red	Green	Red	Red	Red
Hamburg	Red	Red	Green	Red	Red	Red	Green	Light Green	Light Green	Red
Hessen	Red	Red	Green	Red	Green	Red	Green	Red	Red	Red
Saarland	Red	Red	Green	Red	Red	Green	Green	Light Green	Light Green	Red

■ wird angewandt
 ■ Leitindikator
 ■ zusätzliches Monitoring
 ■ geplante Mehrindikatoren
 ■ wird nicht angewandt



Quelle: DAK-Gesundheit, eigene Darstellung

Abbildung 1: Die Bundesländer haben sehr unterschiedlich auf die Herausforderungen im Pandemiegeschehen reagiert. So gingen unterschiedliche Grenzwerte mit unterschiedlichen Handlungsoptionen einher, die bei Überschreiten der Grenzwerte getroffen wurden.

und über die Zeit hinweg von einer Beschränkung auf die Mitglieder des eigenen Haushalts über zahlenmäßige Begrenzungen (eine, zwei, drei weitere Personen) bis zur Beschränkung auf zwei Haushalte.

Noch unübersichtlicher waren die Regelungen, die sich auf den Aufenthalt und die Bewegung im öffentlichen Raum bezogen. Hier finden sich viele denkbare Kombinationen von Abstandsgeboten, personenbezogenen Kontaktbeschränkungen, Einschränkungen der Tätig-

keit, der Dauer des Aufenthaltes, der Entfernung von der Wohnung und ähnliches mehr, die sich nicht mehr sinnvoll zusammenfassen oder vergleichen lassen (bpb Politik und Zeitgeschichte APUZ 35–37/2020).

2.1.3 Unklarheit zu Impfquoten

Wenig nachvollziehbar waren und sind auch die unterschiedlichen Berechnungsmethoden des Robert Koch-Instituts (RKI) und des Bundesministeriums für Gesundheit

(BMG) zum Impfstatus für die Bevölkerung. Über Monate gab es hierzu Hinweise des RKI, dass die gemeldeten Impfquoten zu niedrig seien. Eine Umfrage zu den Corona-Impfungen in Deutschland zeigte ebenfalls deutliche Differenzen zu den offiziellen Zahlen des RKI.

In einer repräsentativen Befragung von Infratest dimap in Kooperation mit dem Deutschen Institut für Wirtschaftsforschung gaben rund 75 Prozent der 18- bis 59jährigen an, sie hätten bis 13. Juli 2021 ihre erste Spritze erhalten. Dieser Wert lag damals 16 Prozentpunkte höher als in der offiziellen RKI-Statistik (Infratest dimap 2021). Das RKI gab die Erstimpfungsquote der Altersgruppe zu diesem Zeitpunkt mit 59 Prozent an. Das RKI hatte dann Anfang Oktober 2021 selbst von einer Differenz von rund fünf Prozentpunkten zwischen offiziellen Meldezahlen und Umfrageangaben bei der Impfquote der unter 60-jährigen berichtet. Das Institut veröffentlichte eine Umfrage, in der sogar 79 Prozent der 18- bis 59-Jährigen angaben, erstgeimpft zu sein. Dies wären 20 Prozentpunkte mehr, als das Impfquotenmonitoring zum selben Zeitpunkt auswies (RKI Covimo Studie 2021).

2.2 Ineffizientes Krisenmanagement

2.2.1 Dysfunktionales Krisenmanagement

Als ebenfalls sehr problematisch erwies sich in der Corona-Pandemie die mangelnde Koordination im föderalen System. Ein Beispiel dafür ist das durchgeführte Impfmanagement im Frühjahr 2021. Viele tausend Mitarbeitende in den öffentlichen Verwaltungen von Bund, Ländern und Kommunen machten sich über viele Wochen Gedanken, wie man das Einladungsmanagement für hochbetagte Menschen für die bevorstehenden Corona-Impfungen organisieren könne.

Das Ergebnis dieser Überlegungen waren 16 verschiedene und unabgestimmte Herangehensweisen. Für eine der führenden Industrienationen wie der Bundesrepublik Deutschland ist es inakzeptabel, in dieser Weise vorzugehen und ein über Wochen und Monate dysfunktionales System laufenzulassen.

2.2.2 Epidemische Lage

Ein weiteres Beispiel für Dysfunktionalität ist der Umgang mit der „epidemischen Lage von nationaler Tragweite“. Sie wurde mit Wirkung zum 28. März 2020 in das deutsche

Impfquoten Deutschland Juli 2021

Anteil der zumindest Erstgeimpften an der Bevölkerung, Altersklasse 18 bis 59 Jahre



*Robert Koch-Institut; **Infratest/dimap und Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung (DIW), Befragte: 1820; Befragungszeitraum jeweils: 28. Juni bis 13. Juli 2021

Quelle: Corona Compass, RKI



Abbildung 2: Aufgrund unterschiedlicher Berechnungsmethoden wichen die vom RKI und vom Bundesgesundheitsministerium angegebenen Impfquoten voneinander ab. Wiederholt gab es Hinweise, dass die vom RKI gemeldete Quoten zu niedrig waren.

Infektionsschutzgesetz (IfSG) eingeführt. Ihre Feststellung durch den Deutschen Bundestag ist Voraussetzung dafür, dass die Bundesregierung (bzw. das BMG) im Zusammenhang mit der COVID-19-Pandemie in Deutschland zeitlich befristet zum Erlass von Rechtsverordnungen ermächtigt ist. So kann beispielsweise bestimmt werden, dass bestimmte Gesundheitsberufe vor allem der Pflege und des Rettungsdienstes heilkundliche Tätigkeiten ausüben dürfen, Versicherte Anspruch auf eine Schutzimpfung gegen das Coronavirus SARS-CoV-2 haben oder Personen bei Einreise in die Bundesrepublik Deutschland zur digitalen Anmeldung verpflichtet sind. Seit dem 25. März 2020 hat der Deutsche Bundestag wiederholt eine „epidemische Lage von nationaler Tragweite“ festgestellt, zuletzt mit Beschluss vom 25. August 2021.

Leider wurde es in eklatanter Weise versäumt, daraus bundesweit einheitliche Vorgehensweisen abzuleiten. Das bedeutet nicht, dass in allen Bundesländern die gleichen Maßnahmen ergriffen werden sollten: Vielmehr muss es bundesweit einheitliche Kriterien (Grenzwerte) geben, die entsprechende Maßnahmen in den einzelnen Regionen auslösen. Da dies in der aktuellen Pandemie nicht geschehen ist, entstand ein föderaler Flickenteppich.

2.3 Unzureichende Digitalisierung

2.3.1 Corona-Warn-App

Am Beispiel der Corona-Warn-App lässt sich gut nachvollziehen wie unzureichend die Bundesrepublik Deutschland im Bereich der Digitalisierung aufgestellt ist. In Deutschland besitzen bei Einführung der App etwas mehr als 50 Millionen Menschen, also nur etwa 60 Prozent der Bevölkerung, ein Smartphone, das technisch geeignet ist, die Corona-Warn-App zu nutzen. Der überwiegende Teil der Menschen, deren Smartphone für die Installation der App ungeeignet ist, ist älter als 65 Jahre. Mehr als zehn Millionen Menschen über 65 besitzen kein Smartphone. Bei der Altersgruppe der über 70-Jährigen beträgt der Anteil der Menschen, die kein Smartphone besitzen, rund 40 Prozent.

Ein weiterer Kritikpunkt, der die Corona-Warn-App nahezu unbrauchbar macht, ist der angewendete Datenschutz. Tatsächlich ist es ein Problem, dass sich die Nutzer zwar selbst vor Risikobegegnungen warnen lassen können. Allerdings müssen sie einen positiven Corona-Test aus Datenschutzgründen nicht anzeigen. Unverständlich

ist auch, dass die App ihre Daten nicht automatisch an die Gesundheitsämter weiterleitet. Darüber hinaus verwirrte die App, die zu Beginn nur in Deutschland funktionierte, mit unklaren Risiko-Meldungen.

Bis zum heutigen Tag sind die Probleme mit der Corona-Warn-App nicht vollständig gelöst. So wurde das im Oktober 2021 veröffentlichte Update für die am häufigsten eingesetzten Android-Betriebssysteme kurzerhand vom Entwickler-Team, bestehend aus dem Robert Koch-Institut, Deutscher Telekom und SAP, wieder zurückgezogen. Ein Softwarefehler brachte die Anwendung sofort nach dem Öffnen zum Absturz und setzte sie vorübergehend komplett außer Gefecht.

2.3.2 Gesundheitsämter

Unzureichend krisenfest aufgestellt zeigten sich in der Corona-Pandemie auch die Ämter des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (ÖGD). Neben dem Personalmangel, der nur durch den Einsatz von Soldaten der Bundeswehr reduziert werden konnte, waren die fehlende digitale Vernetzung des ÖGD, zu geringe IT-Ausstattung und uneinheitliche Softwarelösungen die gravierendsten Probleme bei der Pandemiebekämpfung, insbesondere bei der Nachverfolgung von Infektionsketten.

Mussten die Informationen einem Gesundheitsamt in einem anderen Landkreis zur Verfügung gestellt werden, kamen häufig immer wieder Papier und Telefax zum Einsatz, weil die Programme der verschiedenen Ämter nicht miteinander kompatibel waren und es keinen anderen Weg gab, die Informationen datenschutzkonform zu übertragen. Vor allem bei der Kommunikation mit Laboren ist das Fax-Gerät bis heute im Einsatz. Abhilfe sollte hier die vom Bund zur Verfügung gestellte Software Sormas bieten. Ursprünglich hatten die Helmholtz-Forscher sie für den Ebola-Ausbruch 2014 in Westafrika entwickelt und jetzt an die Anforderungen der Corona-Pandemie angepasst.

In der Zwischenzeit hatten die meisten Gesundheitsämter sich mit ihren eigenen Programmen gut eingerichtet. Obwohl die Software in der Version Sormas-ÖGD allen vom Bund kostenfrei zur Verfügung gestellt wird, nutzen sie bis heute längst nicht alle Gesundheitsämter. Die Politik hat die Defizite erkannt und mit dem im Sommer 2020 geschlossenen Pakt für den ÖGD vor allem zusätzliche Finanzmittel für einen umfassenden Ausbau bereitgestellt. Die Personalausstattung der Gesundheitsämter bleibt dennoch unzureichend, da kurzfristig nicht ausreichend Personal

rekrutiert werden konnte, so dass diese Herausforderung von der neuen Bundesregierung zu lösen ist.

2.4 Veraltete Strukturen im Gesundheitswesen

Auch die schon vor der Corona-Pandemie bestehenden Defizite in der gesundheitlichen Versorgung traten während der Krise verstärkt in den Vordergrund. Ein Beispiel dafür ist die eingeführte sogenannte Freihaltepauschale für Klinikbetten. In einem System, indem jede Klinik jede Behandlung durchführen darf, funktioniert eine Pauschale nach dem Gießkannenprinzip nicht. Kleine unspezialisierte Krankenhäuser wurden überkompensiert, während Kliniken der Maximalversorgung benachteiligt wurden. Das vorhandene Potenzial der Ambulantisierung und Spezialisierung wurde bisher nur unzureichend genutzt.

Eine Krankenhaus-Strukturreform ist seit vielen Jahren überfällig. Gerade die Bundesländer sind ihrer Verpflichtung einer auskömmlichen Investitionsfinanzierung der Krankenhäuser seit langer Zeit nicht mehr nachgekommen. Der Anteil der Investitionskostenfinanzierung der

Länder ist seit Jahrzehnten massiv gesunken (vdek 2021). Vor diesem Hintergrund der Unterfinanzierung steigt bei den Krankenhäusern der Anreiz zur Leistungsausweitung, um die Kosten decken zu können. Dringender Nachholbedarf im Gesundheitswesen und in der Pflege besteht auch beim Thema der sektorenübergreifenden Versorgung und einer Kompetenzstärkung für nicht-medizinische Gesundheitsberufe.

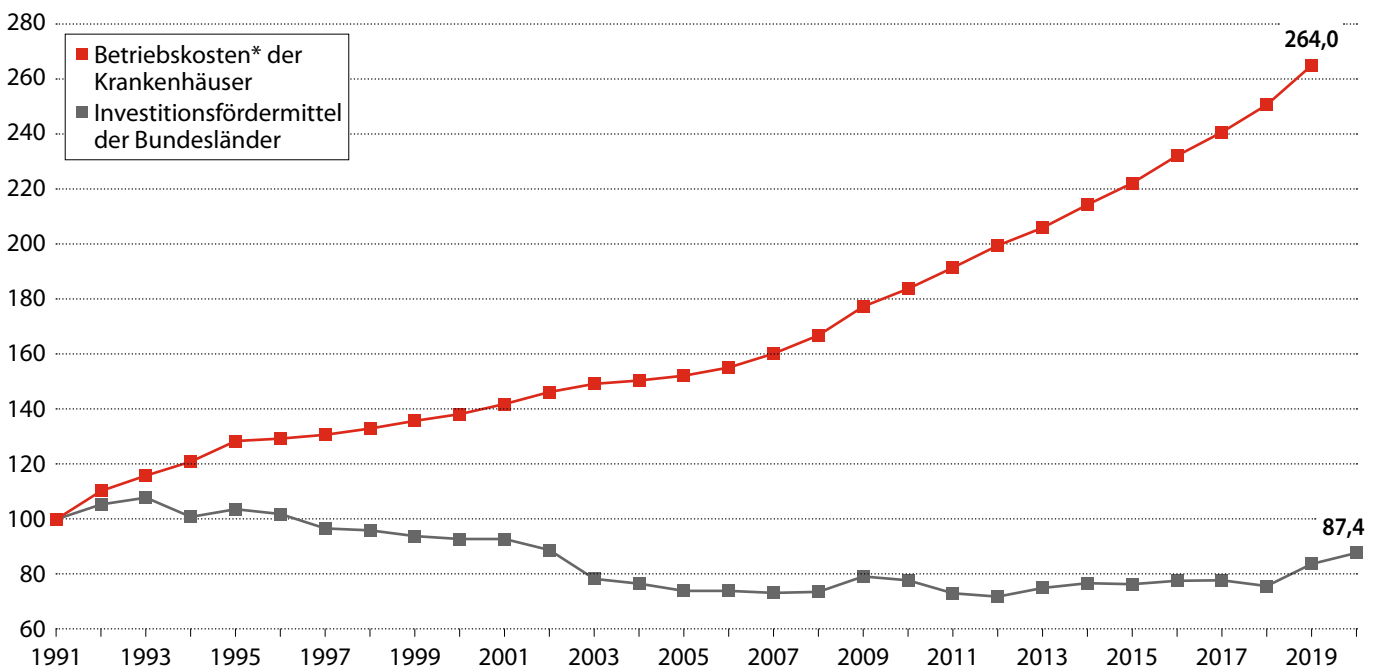
3. Lösungsoptionen

Um künftig besser bei Risiken gewappnet zu sein, ist es notwendig, stärker in den Ausbau resilientier (widerstandsfähiger) Systeme sowie in präventive Maßnahmen zu investieren. Dabei bedeutet Resilienz die Fähigkeit, die Funktion eines Systems auch bei unerwarteten Störungen zuverlässig aufrechtzuerhalten oder möglichst rasch in einen funktionsfähigen Zustand zurückzuführen. Resiliente Gesellschaften sind in der Lage, die menschlichen, ökonomischen und ökologischen Schäden, die von

Fördermittel und Betriebskosten

Index (1991) = 100

1991–2020, Bundesgebiet



*bereinigte Kosten nach StBA

Quelle: vdek, eigene Darstellung und Berechnung nach StBA und AOLG



Abbildung 3: Der Anteil der Investitionskostenfinanzierung der Länder ist seit Jahrzehnten massiv gesunken. Vor diesem Hintergrund der Unterfinanzierung steigt bei den Krankenhäusern der Anreiz zur Leistungsausweitung, um die Kosten decken zu können.

widrigen Ereignissen verursacht werden, so gering wie irgend möglich zu halten. Sie schaffen das, indem sie die schädlichen Impulse abfedern, deren Wirkung abmildern und sich flexibel auf neue Lebensumstände einstellen (acatech 2021).

3.1 Effizientes Monitoring

3.1.1 Moderne Infrastruktur und bessere Vernetzung

Eine zwingende Lösungsoption, um eine Krise wie die weltweite Corona-Pandemie besser bewältigen zu können, sind einheitliche digitale Datenräume sowie eine bessere Vernetzung von Forschung, Politik und öffentlicher Verwaltung im nationalen und internationalen Kontext. Bei der Verbesserung und Vernetzung der Meldesysteme auf europäischer Ebene kommt es nicht nur auf die Quantität der erfassten Informationen an, sondern auch auf deren Qualität. Gerade bei der statistischen Erfassung muss der Datenqualität eine hohe Priorität eingeräumt werden. Für ein effizientes Monitoring werden einheitliche Datenstandards benötigt, die sich im Krisenfall europaweit als Aktionsbasis für die Sammlung, Konsolidierung, Auswertung und Information nutzen lassen. Relevante Daten sind beispielsweise Mobilitäts-, Kontakt- und Meldedaten von Personen, ermittelte Infektionsketten sowie Labordaten (acatech 2021).

Mit der im September 2021 neu eingerichteten EU-Behörde HERA (Health Emergency Preparedness and Response Authority) wird die Krisenvorsorge und -reaktion bei gesundheitlichen Notlagen gestärkt. HERA ist ein gemeinsames Ressourcen- und Einsatzkontrollzentrum für die Mitgliedstaaten und die EU-Organe, mit dem die Union besser auf grenzüberschreitende Gesundheitsgefahren vorbereitet werden soll. Im Bereich der Vorsorge arbeitet sie mit europäischen und nationalen Gesundheitsbehörden zusammen sowie mit der Industrie und internationalen Partnern.

Mit der neuen Behörde lassen sich Gefahren und potenzielle Notlagen im Gesundheitsbereich mittels Informationsgewinnung und des Aufbaus der erforderlichen Reaktionskapazitäten in Zukunft antizipieren. Bei Eintreten einer Notlage wird die HERA die Entwicklung, Herstellung und Verteilung von Arzneimitteln, Impfstoffen und anderem medizinischen Material – wie Handschuhen und Masken – sicherstellen, an denen es in der ersten Zeit der Coronavirus-Pandemie gemangelt hat. Wird eine Notlage im Bereich der öffentlichen Gesundheit auf EU-Ebene ausgerufen, so

kann sie – unter der Leitung eines hochrangigen Krisenstabes – schnell in den Notfallmodus umschalten und rasche Entscheidungen treffen sowie Sofortmaßnahmen ergreifen. Für die Arbeit der Behörde stellt die Europäische Union bis 2027 insgesamt sechs Milliarden Euro bereit (Europäische Kommission 2021).

3.2 Koordiniertes Krisenmanagement

3.2.1 Aufgabenzuordnung und Koordinierung im föderalen System

Eine der wichtigsten Fragen, die sich aus den bisherigen Erfahrungen in der Corona-Pandemie ergeben, lautet, wie das Krisenmanagement von Bund und Ländern verbessert werden kann. Im Bereich der Gefahrenabwehr und des Katastrophenschutzes ist für Krisenzeiten eine Neuordnung der Zuständigkeiten zwischen Bund und Ländern notwendig. Für diese Neuordnung ist ein bundesweit breiter politischer Konsens über die Parteigrenzen hinweg herbeizuführen. Dabei sind verpflichtend die Bundesländer und die kommunalen Spitzenverbände in die Entscheidungen einzubeziehen. Für die Koordination im Krisenfall müssen ein verantwortlicher Leiter beim Bundeskanzleramt und ein Vertreter der Bundesländer eingesetzt werden.

Der Krisenstab befindet sich im Normalfall im Stand-by-Modus. Tritt eine Krisensituation ein, beispielsweise eine Verschärfung der Corona-Lage, eine neue Pandemie oder ein anderes Krisenereignis von nationaler Tragweite, muss seine sofortige Aktivierung durch die Koordinatoren erfolgen. Um schnell von einem Normalzustand in den Krisenmodus wechseln zu können, bedarf es abgestimmter und demokratisch legitimierter Krisenpläne auf Bundes- und Länderebene sowie in den Kommunen (Landkreisen).

3.2.2 Krisenstab von Bund und Ländern

Wie gut Deutschland die Corona-Pandemie bewältigt, hängt sehr davon ab, wie wirksam geeignete Schutzmaßnahmen umgesetzt werden. Gute Organisation, Planung und Wissen entscheiden maßgeblich über den Erfolg. Das von der Bundesregierung eingerichtete Corona-Kabinett und die mit den Ländern durchgeführten Ministerpräsidentenkonferenzen sind nicht geeignet, eine Krise von nationaler Tragweite wie die Corona-Pandemie, umfassend zu managen. Vielmehr ist, wie oben beschrieben ein Krisenstab zu installieren, der in der Krise Tag für Tag, zur Not auch rund um die Uhr, hauptamtlich arbeitet.

Der Fokus des Stabs muss auf ein tägliches umfassendes Lagebild und die wirksame Koordination geeigneter Maßnahmen und Projekte sowie auf Vorausplanung und Folgenabschätzung ausgerichtet sein. Neben der Leitung durch die Koordinatoren von Bundeskanzleramt und Ländersseite sollten auch Mitglieder der Kommunen, der kommunalen Spitzenverbände und des Öffentlichen Gesundheitsdienstes im Krisenstab vertreten sein. Darüber hinaus muss ein interdisziplinär besetzter wissenschaftlicher Beraterstab zuarbeiten, der sich beispielsweise aus Experten der Nationalen Akademie der Wissenschaften, Leopoldina, sowie anderer Fachgesellschaften zusammensetzt. Zudem benötigt der Krisenstab einen unmittelbaren Zugriff auf die Verwaltungsbehörden und Ämter, und zwar unbürokratisch, falls nötig auch ohne Einhaltung des Amtsweges.

Ein strategisch gut zusammengesetzter Krisenstab kann lagerelevante Daten erheben lassen und sie einordnen und nutzen, um Entscheidungsgrundlagen im föderalen Mehrebenensystem zu schaffen und Maßnahmen zu synchronisieren. Der Krisenstab macht Vorschläge zum weiteren Vorgehen, ersetzt die politische Entscheidungsebene jedoch nicht. Entscheidend ist: das Handeln des Krisenstabs als wichtiges Element der Exekutive bedarf der Legitimation und laufenden Kontrolle durch Bundestag und Länderparlamente.

3.2.3 Bessere Kommunikation

Zur Erhöhung der Akzeptanz der in einer Krisensituation getroffenen Maßnahmen müssen politische Entscheidungsprozesse für die Bürgerinnen und Bürger wesentlich transparenter und verständlicher kommuniziert werden. Das erfordert, dass Erkenntnisse der Kommunikationspsychologie berücksichtigt werden müssen und Kommunikation zielgruppenspezifisch ausgestaltet werden muss. Die Politik muss eine Strategie entwickeln, die darauf ausgelegt ist, dass die Kommunikation den Ängsten der Bevölkerung entgegenwirkt. Fachleute aus der Kommunikations-, Kognitions- und Verhaltenswissenschaft sollten Kommunikationsmittel entwickeln, die dem aktuellen Stand der Forschung entsprechen. Nur auf dieser Grundlage ist es möglich, dass die in der Krise ggf. notwendigen Freiheits- und Grundrechtseinschränkungen, akzeptiert werden (acatech 2021).

Ein Beispiel für unverständliche Kommunikation sind die Pressemitteilungen der Bundesregierung in der Corona-Pandemie. Die Universität Hohenheim in Stuttgart

analysierte im Zeitraum von März 2020 bis Januar 2021 sämtliche 1362 Veröffentlichungen. Dabei zeigte sich, dass häufig lange Sätze, Schachtelsätze und Wortungetüme gewählt und oft Fachbegriffe nicht erklärt wurden, was den Bürgerinnen und Bürgern die Aufnahme der Informationen erschwerte oder gar unmöglich machte. Die Pressemitteilungen stuften die Experten als relativ unverständlich ein. Dabei sind gerade in Krisenzeiten klare, verständliche Informationen wichtig, um den Menschen Orientierung zu geben (Universität Hohenheim 2021).

3.3 Strukturreformen im Gesundheitswesen

3.3.1 Reform der Versorgungsstrukturen

Wie durch ein Brennglas fördert die Corona-Pandemie schonungslos die bestehenden strukturellen und qualitativen Mängel der Versorgung zutage. Dabei ist der beste Garant für ein krisenresilientes Gesundheitswesen ein modernes, leistungsfähiges und auskömmlich finanziertes Gesundheitswesen. Überfällige Strukturreformen müssen daher nun zügig angegangen werden.

Ein zentraler Baustein eines zukunfts- sowie qualitätsorientierten und gleichzeitig finanzierbaren Gesundheitswesens ist eine umfassende Reform des stationären Sektors. Überkapazitäten müssen abgebaut und eine stärkere Spezialisierung gefördert werden. Dazu müssen die Ziele der Krankenhausplanung und -finanzierung in Einklang gebracht werden. Dies ist derzeit nicht der Fall.

Bund, Länder und die Selbstverwaltung sollten mit Beginn der 20. Legislaturperiode ein gemeinsames Leitbild für die Krankenhausversorgung 2030 entwickeln. In einem Krankenhauspakt sollten anschließend klare Zuständigkeiten für die Planung und Finanzierung festgelegt und rechtssichere Mechanismen entwickelt werden, die eine qualitativ hochwertige Versorgung, ausgerichtet am Bedarf der Patienten, in einer umstrukturierten Krankenhauslandschaft sicherstellen. Dazu gehören eine evidenzbasierte Indikationsstellung sowie medizinisch, personell und technisch gut ausgestattete Krankenhäuser mit guter professioneller Pflege am Bett.

Auch das seit Jahren und Jahrzehnten bekannte Problem der starren Sektorengrenzen im deutschen Gesundheitswesen muss endlich angegangen werden. Denn eine sektorenübergreifende Behandlung ist der Schlüssel für eine qualitativ hochwertige und patientenorientierte Versorgung. Die bessere Verzahnung der Sektoren, insbe-

sondere auch durch eine intensivere Einbindung digitaler Lösungen, muss daher in der 20. Legislaturperiode oben auf der Agenda stehen.

3.3.2 Umfassende Digitalisierung

Verantwortungsvoll und klug eingesetzt, ermöglicht die Digitalisierung grundlegende Verbesserungen der medizinischen und pflegerischen Versorgung sowie der Gesunderhaltung und Prävention. Die Digitalisierung des Gesundheitswesens sollte auch die Vernetzung aller relevanten Strukturen umfassen. Der Beirat zur Beratung zukunftsfähiger Strukturen im Öffentlichen Gesundheitsdienst hat in seinem kürzlich veröffentlichten Zwischenbericht Empfehlungen für die Umsetzung des Paktes für den ÖGD gegeben. Im Bereich der Digitalisierung sehen die Experten als Hauptziel, den interoperablen Datenaustausch innerhalb des ÖGD zu ermöglichen und einen einheitlichen Rahmen für die Digitalisierung unter dem Leitbild „Digitales Gesundheitsamt 2025“ aufzustellen. Der Beirat spricht sich dafür aus, dass alle Akteure ein gemeinsames IT-System für den Infektionsschutz verpflichtend nutzen müssen, um den Datenaustausch untereinander zu ermöglichen (Beirat Pakt ÖGD 2021).

Um das Vertrauen der Menschen in eine patientenzentrierte und qualitätsorientierte Gestaltung der digitalen Gesundheitsversorgung zu wahren, ist künftig auf eine sinnvolle Aufgabenteilung zwischen Staat und Selbstverwaltung zu achten. Insgesamt sollte sich der Staat auf die Organisation der Rahmenbedingungen konzentrieren, während die gemeinsame Selbstverwaltung wieder eine aktivere Steuerungsrolle bei dem Leistungsangebot und der gesundheitlichen Versorgung einnehmen sollte.

Als neue Steuerungsinstanz könnte die gesetzliche Krankenversicherung zum Wertetreiber einer patientenorientierten und nicht profitgetriebenen Versorgung werden. Es gilt den Akteuren die notwendigen Handlungsmöglichkeiten zu geben, um die digitale Transformation innovativ und effektiv für die Bürger gestalten zu können. Zudem ist eine gesellschaftliche Debatte notwendig, wie Datenschutz und innovative Datennutzung im Sinne der Patientinnen und Patienten in Einklang zu bringen sind. Dazu gehört beispielsweise eine Harmonisierung der Auslegung datenschutzrechtlicher Bestimmungen auf Landes-, Bundes- und EU-Ebene.

4. Fazit

Die zentrale Fragestellung, die sich aus den bisherigen Erfahrungen in der Corona-Pandemie ergibt, lautet, wie das Krisenmanagement von Bund und Ländern verbessert werden kann. Hierzu ist eine Neuordnung der Zuständigkeiten zwischen Bund und Ländern im Bereich der Gefahrenabwehr und des Katastrophenschutzes notwendig. Dies erfordert einen breiten politischen Konsens über die Parteigrenzen hinweg. Dabei sind verpflichtend die Bundesländer und die kommunalen Spitzenverbände in die Entscheidungsprozesse und -strukturen der Bundesebene mit einzubeziehen.

Mit modernen Versorgungsstrukturen und einer klaren Aufgabenverteilung zwischen den staatlichen Ebenen wird es gelingen, die Art und Weise unseres Krisenmanagements in der Corona-Pandemie und für kommende Krisen grundlegend zu verbessern. Ein effizientes Monitoring der drohenden Gefahren ist die Voraussetzung für ein erfolgreiches Krisenmanagement. Die Corona-Pandemie hat wie unter einem Brennglas die strukturellen Defizite unseres Gesundheitswesens aufgezeigt. Es ist schwer vorauszusagen, ob die hier vorgeschlagenen Maßnahmen bereits ausreichen, um einer vergleichbaren Krisensituation optimal begegnen zu können. Mit der Umsetzung der vorgestellten Lösungsoptionen wären wir jedoch deutlich besser vorbereitet als zu Beginn der Krise im Frühjahr 2020.

E-Mail-Kontakt:
andreas.storm@dak.de

Literatur

1. Deutsche Akademie der Technikwissenschaften (acatech), Resilienz und Leistungsfähigkeit des Gesundheitswesens in Krisenzeiten, Karl-Heinz Streibich, Thomas Lenarz, acatech Impuls, München, Februar 2021, <https://www.acatech.de/publikation/resilienz-und-leistungsaehigkeit-des-gesundheitswesens-in-krisenzeiten/>
2. Bundeszentrale für politische Bildung, Aus Politik und Zeitgeschichte (APUZ 35-37/2020), Föderalismus in der (Corona-)Krise? Föderale Funktionen, Kompetenzen und Entscheidungsprozesse, Nathalie Behnke, Darmstadt, 2020 <https://www.bpb.de/apuz/314343/foederalismus-in-der-corona-krise>
3. Infratest / dimap und Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung (DIW), Corona Compass, Bevölkerungsumfrage Befragte: 1820; Befragungszeitraum: 28. Juni bis 13. Juli 2021, Berlin, 2021 <https://www.infratest-dimap.de/umfragen-analysen/bundesweit/coronacompass/coronacompass/>
4. Robert-Koch-Institut, Covimo Studie 2021, Impfverhalten, Impfbereitschaft und -akzeptanz in Deutschland, Covimo-Bericht Nr. 6, Berlin, 2021 https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Projekte_RKI/covimo_studie_Ergebnisse.html

5. vdek, Verband der Ersatzkassen, Krankenhausfinanzierung, Investitionsfinanzierung, Berlin, Mai 2021, <https://www.vdek.com/vertragspartner/Krankenhaeuser/krankenhausfinanzierung.html>
6. Europäische Kommission, EU-Behörde für die Krisenvorsorge und -reaktion bei gesundheitlichen Notlagen (HERA): Vorkehrungen für künftige Notlagen im Gesundheitsbereich, Brüssel, September 2021, https://ec.europa.eu/commission/presscorner/detail/de/ip_21_4672
7. Universität Hohenheim, Studie zur Corona-Kommunikation: Verständlichkeit von Bund und Ländern lässt zu wünschen übrig, Prof. Dr. Frank Brettschneider, Institut für Kommunikationswissenschaft, Hohenheim, 2021 https://www.uni-hohenheim.de/pressemitteilung?tx_ttnews%5Btt_news%5D=49040&cHash=a5d69f738c93b5967744ddc2708f6935
8. Öffentlicher Gesundheitsdienst, Beirat Pakt für den ÖGD, Erster Bericht Empfehlungen zur Weiterentwicklung des ÖGD zur besseren Vorbereitung auf Pandemien und gesundheitliche Notlagen, Berlin, Oktober 2021, <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/begriffe-von-a-z/o/oeffentlicher-gesundheitsdienst-pakt.html>

ANDREAS STORM



Andreas Storm gehörte 15 Jahre lang dem Deutschen Bundestag an und war zwischen 2005 und 2009 parlamentarischer Staatssekretär im Bundesministerium für Bildung und Forschung. Von 2009 bis 2011 war er beamteter Staatssekretär im Bundesministerium für Arbeit und Soziales, anschließend Chef der saarländischen Staatskanzlei und danach bis 2014 Gesundheitsminister im Saarland. Seit dem 1. Juli 2016 ist er Mitglied im Vorstand der gesetzlichen Krankenkasse DAK-Gesundheit, dem er seit 2017 als Vorsitzender vorsteht. Mit mehr als 5,5 Millionen Versicherten ist die DAK-Gesundheit die drittgrößte Krankenkasse in Deutschland.

