

Unterrichtung

durch die Bundesregierung

Bericht zu den Erkenntnissen aus der durch das neuartige Coronavirus SARS-CoV-2 verursachten Epidemie

Inhaltsverzeichnis

| | Seite |
|---|-------|
| Einleitung | 3 |
| I. Bericht des Bundesministeriums für Gesundheit zum Sachstand der Regierungskoordination, Gesetzesvorhaben, Verordnungen und Konsultationen | 5 |
| II. Wissenschaftliche Bewertung durch Herrn Prof. Dr. Karl-Rudolf Korte, Direktor der NRW School of Governance, Universität Duisburg-Essen | 16 |
| 1. Vorschläge zur gesetzlichen, infrastrukturellen und personellen Stärkung des Robert Koch-Instituts sowie gegebenenfalls zusätzlicher Behörden | 16 |
| 2. Gesellschaftliche Auswirkungen der Corona-Pandemie | 20 |
| 3. Vorläufige Anmerkungen zum Umgang des politischen Systems mit der Corona-Pandemie | 22 |
| 4. Zusammenfassung..... | 25 |
| Literaturnachweis zu Teil II..... | 27 |
| III. Stellungnahme der Länder | 28 |
| 1. Zuständigkeiten und Kompetenzen | 28 |
| 2. Epidemiologische Surveillance – Stärkung der Kooperationsfähigkeit des RKI | 28 |
| 3. Öffentlicher Gesundheitsdienst (ÖGD)..... | 29 |
| 4. Krankenhausversorgung..... | 30 |
| 5. Ambulante ärztliche Versorgung..... | 33 |

| | Seite |
|--|-------|
| 6. Pflegerische Versorgung | 34 |
| 7. Versorgung mit Arzneimitteln, Medizinprodukten und Persönlicher Schutzausrüstung | 34 |

Einleitung

§ 4 Absatz 1a des Infektionsschutzgesetzes (IfSG) in der Fassung vom 28. März 2020 legt fest, dass „das Bundesministerium für Gesundheit dem Deutschen Bundestag nach Beteiligung des Bundesrates bis spätestens zum 31. März 2021 einen Bericht zu den Erkenntnissen aus der durch das neuartige Coronavirus SARS-CoV-2 verursachten Epidemie vorlegt. Der Bericht beinhaltet Vorschläge zur gesetzlichen, infrastrukturellen und personellen Stärkung des Robert Koch-Instituts sowie gegebenenfalls zusätzlicher Behörden zur Erreichung des Zwecks dieses Gesetzes.“

Der Gesetzgeber verfolgte mit der Einführung dieser Berichtspflicht im Gesetz zum Schutz der Bevölkerung bei einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite im März 2020 den Zweck, Erfahrungen bei der Bewältigung der Pandemie und Vorschläge zur weiteren Verbesserung der Resilienz Deutschlands bei schweren gesundheitlichen Gefahrenlagen festzuhalten.

Zwischen dem Inkrafttreten des Ersten Bevölkerungsschutzgesetzes im März 2020 und dem Abschluss des vorliegenden Berichts (Stand des BMG-Berichts: 5. März 2021) liegt ein Jahr. Es zeigte sich schon kurz nach Inkrafttreten des Gesetzes, dass aufgrund der Entwicklung der Pandemie sowohl im Hinblick auf die rechtlichen Handlungsgrundlagen als auch auf die Strukturen im RKI unmittelbares und lageangepasstes Handeln erforderlich war.

Entsprechend sind in diesem Zeitraum zahlreiche Gesetze und Verordnungen verabschiedet worden, um zeitnah auf die Pandemie-Situation reagieren zu können. Diese werden im nachfolgenden Teil I. dargestellt. So wurden u. a. Schutzschirme für Ärztinnen und Ärzte sowie für Heilberufe gespannt, die „leere-Betten-Pauschale“ für Krankenhäuser eingeführt, damit Intensivbetten und Behandlungskapazitäten für Corona-Patienten vorgehalten werden konnten, besondere Zulassungswege für Arzneimittel und Medizinprodukte geschaffen, finanzielle Ausgleichs für Pflegeeinrichtungen festgelegt und vieles mehr. Zudem wurden Infektionsschutzmaßnahmen ergänzt oder zum Teil neu eingeführt. Außerdem wurden die rechtlichen Grundlagen für Test- und Impfstrategie geschaffen und diese bereits mehrfach an die aktuelle Entwicklung angepasst. Die Maßnahmen orientieren sich zeitlich am Bestehen der pandemischen Lage bzw. sollten spätestens am 31. März 2021 enden. Der Deutsche Bundestag hat den Gesetzentwurf zur Fortgeltung der die epidemische Lage von nationaler Tragweite betreffenden Regelungen (EpiLage-Fortgeltungsgesetz) am 4. März 2021 abschließend beraten. Mit dem Gesetzentwurf wird u. a. das oben genannte Auslaufen von Regelungen am 31. März 2021 aufgehoben. Zudem hat der Bundestag zuletzt am 4. März 2021 festgestellt, dass die epidemische Lage von nationaler Tragweite fortbesteht.

Seit März 2020 wurden die Arbeitsstrukturen im Robert Koch-Institut (RKI) verändert und das Institut personell gestärkt. Es zeigte sich zudem, dass zur Vorbereitung von gesundheitlichen Krisensituationen eine „Nationale Reserve von zentralen Gütern“ für den Gesundheitssektor sachgerecht ist. Die Vorbereitungen dafür haben bereits begonnen.

Die Pandemie hat ihr Erscheinungsbild seit März 2020 mehrfach verändert. Aktuell ist die Situation geprägt von dem Einfluss der inzwischen aufgetretenen Mutationen. Eine finale Auswertung und eine abschließende Beurteilung der Erfahrungen aus der epidemischen Lage im Sinne des § 4 Absatz 1 a IfSG sind daher noch nicht möglich. Der Bericht gibt daher einen Zwischenstand wieder. Aufgrund der fortlaufenden umfangreichen Änderungen im IfSG und deren Grundrechtsrelevanz hat der Gesetzgeber in der Zwischenzeit in § 5 Absatz 9 IfSG festgelegt, dass das BMG eine externe Evaluierung veranlasst. Die Bundesregierung übersendet dem Deutschen Bundestag bis zum 31. März 2022 eine Stellungnahme zu dieser Evaluierung.

Gleichwohl lassen sich aus dem bisherigen Pandemiegeschehen und seiner Bewältigung vorläufige Schlüsse ziehen. Diese finden sich im nachfolgenden Teil II. Um über die bisherigen Maßnahmen hinaus eine nachhaltige und grundlegende Rechtssetzung und Strukturänderungen vornehmen zu können, ist es erforderlich, die Basis für die Überlegungen zu erweitern und den gesamtgesellschaftlichen Kontext zu betrachten. Dieser reicht von der Staatsorganisationsform bis hin zu den Fragen des Zusammenlebens und der wirtschaftlichen Auswirkungen von infektionsschutzrechtlichen Maßnahmen. Mit dem Zweck einer sachlich neutralen und wissenschaftlichen Bewertung dieser Fragen hat das Bundesministerium für Gesundheit Herrn Prof. Dr. Karl-Rudolf Korte (Direktor der NRW School of Governance; Universität Duisburg-Essen) gebeten, mehrere im Zuge der COVID-19-Pandemie vom BMG in Auftrag gegebene Studien auszuwerten und zusammenzufassen. Dabei handelt es sich um den RKI-Zwischenbericht vom 15. Juli 2020, die Studie „Die Deutschen und Corona“ des ifo Instituts/forsa vom 27. November 2020 und die Acatech-Studie „Resilienz und Leistungsfähigkeit des Gesundheitswesens in Krisenzeiten“ vom Januar 2021. Herr Prof. Korte hat die Zusammenfassung der drei genannten Studien mit weiteren sozialwissenschaftlichen Forschungsergebnissen und seiner wissenschaftlichen Einschätzung eingerahmt. Die Auswertung von Herrn Prof. Korte stellt eine wissenschaftliche Ergänzung zum Bericht des BMG in Teil I. dar.

Gemäß der Vorgabe des § 4 Absatz 1a IfSG wurde der Bundesrat beteiligt. Aus den Beratungen der Länder und im Wesentlichen unter Bezugnahme auf Teil II. (wissenschaftliche Bewertung Prof. Korte) resultiert die gemeinsame Stellungnahme der Länder (Stand vom 31. Mai 2021), die sich nachfolgend in Teil III. wiederfindet.

I. Bericht des Bundesministeriums für Gesundheit zum Sachstand der Regierungskoordination, Gesetzesvorhaben, Verordnungen und Konsultationen

Regierungskoordination

Im Zuge der gemeinsamen Anstrengungen der Bundesregierung in der Pandemiebekämpfung finden seit Februar 2020 Sitzungen des gemeinsamen Krisenstabs des Bundesministeriums des Inneren, für Bau und Heimat (BMI) und des BMG statt. Daneben tagt in der Regel wöchentlich das „Corona-Kabinett“ (Gespräch der Bundeskanzlerin mit den Ministerinnen und Ministern der Ressorts Innen, Finanzen, Außen, Verteidigung, Gesundheit und dem Chef des Bundeskanzleramtes). Der beamtete Staatssekretär des BMG ist zudem Teilnehmer bei den in der Regel wöchentlichen Gesprächen des Chefs des Bundeskanzleramtes mit den Leiterinnen und Leitern der Staatskanzleien der Bundesländer. Der Bundesgesundheitsminister tauschte sich außerdem seit Februar 2020 in mehr als 60 Schalten mit der Gesundheitsministerkonferenz (GMK) aus. Er nahm und nimmt in der Regel in jeder Sitzungswoche sowohl an den regulären als auch an den Sondersitzungen des Ausschusses für Gesundheit des Deutschen Bundestages teil und berichtet zur aktuellen Lage.

Bundestag und Länder sind damit stets aktuell über das Pandemiegeschehen und transparent über anstehende Maßnahmen informiert worden.

Gesetzesvorhaben, Verordnungen und Konsultationen

Das Parlament hat bis November 2020 insgesamt drei Bevölkerungsschutzgesetze beschlossen. Einige wenige der dort getroffenen Regelungen sind dauerhaft angelegt, weil diese im Infektionsschutzbereich unabhängig von der Corona-Pandemie als essentielle Maßnahmen erkannt wurden (Beispiel: Meldepflicht der Gesundheitsämter über DEMIS). Am 4. März 2021 hat der Deutsche Bundestag den Gesetzentwurf zur Fortgeltung der die epidemische Lage von nationaler Tragweite betreffenden Regelungen (EpiLage-Fortgeltungsgesetz) abschließend beraten.

Die Bundesregierung hat entsprechend der durch das Parlament eingeräumten Ermächtigungen zahlreiche Rechtsverordnungen erlassen. Eine Liste der Gesetzesänderungen und Verordnungen ist beigelegt.

Eine Übersicht über das Fragewesen zeigt zudem auf, dass es ein erhebliches individuelles Informationsbedürfnis der Abgeordneten gab.

Gesetze

| Vorhaben | Vorhabenbezeichnung | Verkündung | Inkrafttreten |
|--|--|------------|---------------|
| COVID-19-Bevölkerungsschutz | Gesetz zum Schutz der Bevölkerung bei einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite | 27.03.2020 | 28.03.2020 |
| COVID-19-Krankenhausentlastung | Gesetz zum Ausgleich COVID-19 bedingter finanzieller Belastungen der Krankenhäuser und weiterer Gesundheitseinrichtungen (COVID-19-Krankenhausentlastungsgesetz) | 27.03.2020 | 28.03.2020 |
| 2. Gesetz COVID-19-Bevölkerungsschutz | Zweites Gesetz zum Schutz der Bevölkerung bei einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite | 22.05.2020 | 23.05.2020 |
| ÄÄ Eltern-Entschädigung zu § 56 IfSG | Gesetz zur Umsetzung steuerlicher Hilfsmaßnahmen zur Bewältigung der Corona-Krise (Corona-Steuerhilfegesetz) | 29.06.2020 | 30.03.2020 |
| Zukunftsprogramm Krankenhäuser | Gesetz für ein Zukunftsprogramm Krankenhäuser (Krankenhauszukunftsgesetz – KHZG) | 28.10.2020 | 29.10.2020 |
| 3. Gesetz COVID-19-Bevölkerungsschutz | Drittes Gesetz zum Schutz der Bevölkerung bei einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite | 18.11.2020 | 19.11.2020 |
| ÄÄ ÖGD-Pakt zu § 1 FAG | Gesetz zur Anpassung der Ergänzungszuweisungen des Bundes nach § 11 Absatz 4 des Finanzausgleichsgesetzes und zur Beteiligung des Bundes an den flüchtlingsbezogenen Kosten der Länder | 09.12.2020 | 10.12.2020 |

| Vorhaben | Vorhabenbezeichnung | Verkündung | Inkrafttreten |
|---|--|------------|---------------|
| ÄÄ Eltern-Entschädigung zu § 56 IfSG | Gesetz über eine einmalige Sonderzahlung aus Anlass der COVID-19-Pandemie an Besoldungs- und Wehrosoldempfänger | 28.12.2020 | 16.12.2020 |
| GPVG | Gesetz zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung und Pflege (Gesundheitsversorgungs- und Pflegeverbesserungsgesetz – GPVG) | 29.12.2020 | 01.01.2021 |
| ÄÄ Kinderkrankengeld zu § 45 SGB V | Gesetz zur Änderung des Gesetzes gegen Wettbewerbs-beschränkungen für ein fokussiertes, proaktives und digitales Wettbewerbsrecht 4.0 und anderer Bestimmungen (GWB-Digitalisierungsgesetz) | 18.1.2021 | 05.01.2021 |
| ÄÄ Verlängerung des Anfechtungsschutzes für pandemiebedingte Stundungen (mit BMAS) zu § 2 COVInsAG | Gesetz zur Verlängerung der Aussetzung der Insolvenzantragspflicht und des Anfechtungsschutzes für pandemiebedingte Stundungen sowie zur Verlängerung der Steuererklärungsfrist in beratenden Fällen und der zinsfreien Karenzzeit für den Veranlagungszeitraum 2019 vom 15. Februar 2021 Artikel 1: Gesetz zur Änderung des COVID-19-Insolvenzaussetzungsgesetzes (COVInsAG) | 18.2.2021 | 19.2.2021 |
| EpiLage-Fortgeltungsgesetz | Gesetz zur Fortgeltung der die epidemischen Lage von nationaler Tragweite betreffenden Regelungen | 29.3.2021 | 31.3.2021 |

| | Themenschwerpunkt | Inkrafttreten | Ablauf |
|-----------|--|-----------------------------------|--|
| I. | Infektionsschutz | | |
| 1 | <p>Meldepflicht</p> <p>VO über die Ausdehnung der Meldepflicht nach § 6 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 und § 7 Absatz 1 Satz 1 des Infektionsschutzgesetzes auf Infektionen mit dem erstmals im Dezember 2019 in Wuhan/Volksrepublik China aufgetretenen neuartigen Coronavirus („2019-nCoV“)</p> <p>Auf Grundlage des IfSG wurde eine Meldepflicht für das neuartige Coronavirus geschaffen. Mit dem Zweiten Gesetz zum Schutz der Bevölkerung bei einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite vom 23. Mai 2020 ist die VO wieder außer Kraft getreten, da eine gesetzliche Meldepflicht zu COVID-19 und SARS-CoV-2 dauerhaft verankert wurde.</p> | 01.02.2020 | 23.05.2020 Außerkräftreten gemäß 2. BevSchG |
| 2 | <p>Einreise</p> <p>VO zur Testpflicht von Einreisenden aus Risikogebieten</p> <p>VO auf Grundlage von § 36 Absatz 7 IfSG zur Duldung von Testungen auf Anforderung der zuständigen Behörde bei Einreisenden, die sich in Risikogebieten befunden haben.</p> | 08.08.2020 | neue VO Testpflicht Inkrafttreten 08.11.2020 |
| | <p>Anordnungen betreffend den Reiseverkehr nach Feststellung einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite durch den Deutschen Bundestag</p> <p>Gemäß § 5 IfSG im Einvernehmen mit BMI und BMVI sowie § 12 IGV-DG: insb. Anordnung von Aussteigekarten bei Einreisen aus Risikogebieten.</p> | diverse; zuletzt 08.11.2020 | siehe Corona-EinreiseV Inkrafttreten 14.01.21 |
| | <p>(Neue) VO zur Testpflicht von Einreisenden aus Risikogebieten</p> <p>Die neue Muster-VO des BMI zu Quarantänemaßnahmen für Ein- und Rückreisende zur Bekämpfung des Coronavirus (für den Erlass entsprechender Verordnungen der Länder nach § 32 IfSG) erfordert auch eine Neufassung der Testpflicht-VO.</p> | 08.11.2020 | siehe Corona-EinreiseV Inkrafttreten 14.01.21 |
| | <p>VO zum Schutz vor einreisebedingten Infektionsgefahren in Bezug auf das Coronavirus SARS-CoV-2 nach Feststellung einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite durch den Deutschen Bundestag (Coronavirus-Einreiseverordnung – CoronaEinreiseV)</p> <p>Regierungs-VO nach § 36 Absatz 8 und 10 IfSG.</p> <p>Regelungen der bisherigen Verordnung zur Testpflicht von Einreisenden aus Risikogebieten vom 4. November 2020 sowie der Anordnungen betreffend den Reiseverkehr nach Feststellung einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite durch den Deutschen Bundestag vom 5. November auf Basis der neuen Ermächtigungsgrundlage in § 36 Absatz 8 und 10 IfSG zusammen in eine Rechtsverordnung der Bundesregierung überführt und fortentwickelt. Insbesondere Regelungen zur digitale Einreiseanmeldung („DEA“) und „Einreise-SMS“.</p> | 14.01.2021 (Kabinett 13.01.) | Aufhebung epidemische Lage, spätestens 31.03.2021 |
| | <p>1. VO zur Änderung der Coronavirus-Einreiseverordnung</p> <p>(MPK-Beschluss 22.03.21 9.): Einführung einer bundesweit einheitlichen Testpflicht bei Einreisen im Luftverkehr mit Testung vor dem Abflug</p> | 30.03.2021 | |
| 3 | <p>Schutz vor Mutations-Varianten</p> <p>VO zum Schutz vor einreisebedingten Infektionsgefahren in Bezug auf neuartige Mutationen des Coronavirus SARS-CoV-2 nach Feststellung einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite durch den Deutschen Bundestag (Coronavirus-Schutzverordnung – CoronaSchV)</p> <p>Regierungs-VO auf Grundlage von § 36 Absatz 10 IfSG. Beschränkung der Einreise aus Großbritannien und Südafrika seit 22.12.2020; Außerkräftreten am 06.01.2021.</p> | 22.12.2020 | 06.01.2021 Außerkräftreten |
| | <p>VO zur Änderung der Coronavirus-Schutzverordnung</p> <p>Geltung der durch diese VO getroffenen Maßnahmen über den 6. Januar 2021 hinaus um zwei Wochen verlängern. Weiterhin zeitliche befristete Beschränkung der Beförderung von Reisenden aus dem Vereinigten Königreich von Großbritannien und Nordirland sowie aus der Republik Südafrika in die BR Deutschland. Weiterhin wird eine Testnachweispflicht für Personen vorgesehen, die sich zuvor in den betroffenen Staaten aufgehalten haben, die unabhängig von einer Anforderung auf der Grundlage der Verordnung zur Testpflicht von Einreisenden aus Risikogebieten vom 4. November 2020 gilt.</p> | 06.01.2021 | 20.01.2021 Außerkräftreten § 5 CorSchV |

| | Themenschwerpunkt | Inkrafttreten | Ablauf |
|---|--|--|--|
| | <p>VO zum Schutz vor einreisebedingten Infektionsgefahren in Bezug auf neuartige Mutationen des Coronavirus SARS-CoV-2 nach Feststellung einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite durch den Deutschen Bundestag (Coronavirus-Schutzverordnung – CoronaSchV)</p> <p>Zeitlich befristete Beschränkung der Beförderung von Einreisenden aus den als Virusvarianten-Gebieten eingestufteten Staaten in die Bundesrepublik Deutschland. Die Beschränkungen der Einreise aus Virusvarianten-Gebieten werden im Rahmen von Grenzkontrollen geprüft.</p> | 30.01.2021 | <p>spätestens 17.02.2021</p> <p>Außerkräfttreten § 3 CorSchV</p> |
| | <p>1. VO zur Änderung der Coronavirus-Schutzverordnung</p> <p>Das Schutzniveau der Eindämmungsmaßnahmen in den letzten Wochen soll gesichert und nicht durch eine Wiederaufnahme des uneingeschränkten Reiseverkehrs aus Virusvarianten-Gebieten gefährdet werden. Dazu sind die Maßnahmen noch für weitere 14 Tage fortzuführen.</p> | 17.02.2021 | 03.03.2021 |
| | <p>2. VO zur Änderung der Coronavirus-Schutzverordnung</p> <p>Die Eindämmungsmaßnahmen in den letzten Wochen sollen gesichert und noch für weitere 14 Tage fortgeführt werden.</p> | 03.03.2021 | 17.03.2021 |
| | <p>3. VO zur Änderung der Coronavirus-Schutzverordnung</p> <p>Die Eindämmungsmaßnahmen in den letzten Wochen werden für weitere 14 Tage fortgeführt.</p> | 17.03.2021 | 31.03.2021 |
| | <p>4. VO zur Änderung der Coronavirus-Schutzverordnung</p> <p>Die Eindämmungsmaßnahmen werden für weitere 14 Tage fortgeführt.</p> | 31.03.2021 | 14.04.2021 |
| 4 | <p>Testung</p> <p>VO zum Anspruch auf bestimmte Testungen für den Nachweis des Vorliegens einer Infektion mit dem Coronavirus SARS-CoV-2</p> <p>VO auf Grundlage von § 20i Absatz 3 SGB V. Tests bei bestimmten asymptomatischen Personen können im Rahmen einer Einweisung ins Krankenhaus vorgenommen werden oder sie müssen vom ÖGD – grds. dem zuständigen Gesundheitsamt – nach den Vorgaben der VO veranlasst werden. Die GKV übernimmt die Laborkosten. Auch umfassende Tests in Pflegeheimen und bei Pflegediensten sind unabhängig von aufgetretenen Fällen möglich. Alle Personen können in diesen und in weiteren Einrichtungen (z. B. auch Kitas oder Schulen) getestet werden, wenn dort ein COVID-19-Fall aufgetreten ist.</p> | <p>14.05.2020 rückwirkende Verkündung 10.06.2020</p> | <p>14.10.2020 abgelöst durch neue VO</p> <p>Inkrafttreten 15.10.2020</p> |
| | <p>1. Änderungs-VO</p> <p>Testanspruch auch für Einreisende aus dem Ausland.</p> | 01.08.2020 | 14.10.2020 dto. |
| | <p>2. Änderungs-VO</p> <p>Einschränkung des Testanspruchs für Einreisende aus Risikogebieten.</p> | 15.09.2020 | 14.10.2020 dto. |
| | <p>(1. Neufassung) VO zum Anspruch auf bestimmte Testungen für den Nachweis des Vorliegens einer Infektion mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 (Coronavirus-Testverordnung – TestV)</p> <p>Auf Basis der bisherigen Erfahrungen wird u. a. der prioritär zu testende Personenkreis, die Durchführungsmodalitäten durch Ärzteschaft, medizinisches Personal und ÖGD sowie eine unbürokratische Abrechnung neu geregelt. Zudem erfasst die Nationale Teststrategie erstmalig die Nutzung von Antigen-Tests. Ersetzt die bisherige Testverordnung.</p> | 15.10.2020 | <p>01.12.2020 abgelöst durch neue VO</p> <p>Inkrafttreten 02.12.2020</p> |
| | <p>(2. Neufassung) VO zum Anspruch auf Testung in Bezug auf einen direkten Erregernachweis des Coronavirus SARS-CoV-2 (Coronavirus-Testverordnung – TestV)</p> <p>Die neugefasste Verordnung enthält Weiterentwicklungen auf Grundlage der in den vergangenen Monaten des Pandemiegeschehens gemachten Erfahrungen und der neuesten wissenschaftlichen Erkenntnisse.</p> | 02.12.2020 | <p>25.01.2021 abgelöst durch neue VO</p> <p>Inkrafttreten 25.01.2021</p> |
| | <p>1. VO zur Änderung der Test-VO</p> <p>Einbeziehung Einrichtung der Wohnungslosenhilfe und solche der Hilfe zur Überwindung besonderer sozialer Schwierigkeiten nach SGB XIII; Erhöhung der Anzahl der monatlich erstatteten Tests in anspruchsberechtigten Einrichtungen oder Unternehmen; Ermöglichung der Beauftragung von Apotheken, medizinischen Laboren, Zahnärztinnen und Zahnärzten und (zahn-)ärztlich geleiteten Einrichtungen durch den ÖGD, Leistungen zu erbringen; teilweise Erhöhung Vergütung.</p> | 16.01.2021 | 25.01.2021 dto. |

| | Themenschwerpunkt | Inkrafttreten | Ablauf |
|---|---|--|---|
| | <p>(3. Neufassung) VO zum Anspruch auf Testung in Bezug auf einen direkten Erregernachweis des Coronavirus SARS-CoV-2 (Coronavirus-Testverordnung – TestV)</p> <p>Die neugefasste Verordnung enthält Weiterentwicklungen auf Grundlage der in den vergangenen Monaten des Pandemiegeschehens gemachten Erfahrungen und der neuesten wissenschaftlichen Erkenntnisse.</p> | 25.01.2021 rückwirkende Verkündung 27.01.2021 | 08.03.2021 |
| | <p>(4. Neufassung) VO zum Anspruch auf Testung in Bezug auf einen direkten Erregernachweis des Coronavirus SARS-CoV-2 (Coronavirus-Testverordnung – TestV)</p> <p>Regelt den Anspruch auf Bürgertesting: Jeder Bürger soll kostenlose PoC-Tests mindestens einmal pro Woche in Anspruch nehmen können. Die Bestätigungsdiagnostik mittels eines PCR-Tests wird ebenfalls in den Anspruch einbezogen. Weitere Einrichtungen werden ermächtigt, PoC-Tests in eigener Verantwortung zu beschaffen und zu nutzen. Über den Kreis der bislang beauftragungsfähigen Personen und Einrichtungen hinaus können künftig vom öffentlichen Gesundheitsdienst auch weitere Anbieter mit der Erbringung von Testleistungen beauftragt werden, die entsprechend qualifiziert und zuverlässig sind.</p> | 09.03.2021 rückwirkend 08.03.2021 | § 20i SGB V |
| 5 | <p>Schutzmasken</p> <p>VO zum Anspruch auf Schutzmasken zur Vermeidung einer Infektion mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 (Coronavirus-Schutzmasken-Verordnung – SchutzmV)</p> <p>Minister-VO nach § 20i SGB V</p> <p>GKV- und PKV-Versicherte, die zu einer vom G-BA beschriebenen Risikogruppe gehören, haben einen Anspruch auf 15 partikelfiltrierende Halbmasken. Die Abgabe der Masken erfolgt in Apotheken. Um die Abgabe bereits im Dezember 2020 aufnehmen zu können, erhalten die Anspruchsberechtigten die ersten drei Masken in einem vereinfachten Verfahren nach Vorlage des Personalausweises oder nach nachvollziehbarer Darlegung des Anspruchs durch Eigenauskunft. Für die Abgabe der weiteren 12 Masken haben die Versicherten ab Januar 2021 ihre Anspruchsberechtigung durch die Vorlage einer Bescheinigung ihrer Krankenkasse oder ihres privaten Krankenversicherungsunternehmens nachzuweisen. Der Erstattungspreis für jede Maske beträgt 6 Euro inkl. Zuschläge und MWSt. Die Abrechnung der Kosten erfolgt über das BAS.</p> | 15.12.2020 | § 20i SGB V |
| | <p>VO zur Änderung der Coronavirus-Schutzmasken-Verordnung</p> <p>Minister-VO nach § 20i SGB V, durch Art. 4 Nr. 1 des Gesetzes vom 18. November 2020 (BGBl. I S. 2397) neu gefasst:</p> <p>Erweiterung des berechtigten Personenkreises um ALG II-Bezieher (SGB II), die einen Anspruch auf jeweils zehn Schutzmasken haben.</p> | 06.02.2021 | § 20i SGB V |
| 6 | <p>Schutzimpfung</p> <p>VO zum Anspruch auf Schutzimpfung in Bezug auf einen Influenza-Hochdosis-Impfstoff</p> <p>Minister-VO nach § 20i SGB V</p> <p>Über 65-jährige Versicherte haben soweit verfügbar Anspruch auf eine Schutzimpfung gegen Influenza mit einem Influenza-Hochdosis-Impfstoff mit aktueller von der WHO empfohlener Antigenkombination.</p> | 10.11.2020 | 31.03.2021 Außerkräftreten § 2 der VO |
| | <p>VO zum Anspruch auf Schutzimpfung gegen Influenza und Masern</p> <p>Über 60-jährige Versicherte haben im Rahmen der Verfügbarkeit auch Anspruch auf eine Schutzimpfung gegen Influenza mit einem inaktivierten, quadrivalenten Influenza-Impfstoff. Daneben wird sichergestellt, dass die Kosten einer gesetzlich vorgeschriebenen zweiten Schutzimpfung gegen Masern bei Personen, die in einer Einrichtung zur gemeinschaftlichen Unterbringung von Asylbewerbern, vollziehbar Ausreisepflichtigen, Flüchtlingen und Spätaussiedlern untergebracht sind, von der GKV getragen werden.</p> | 08.03.2021 | 31.03.22 § 3 der VO |
| | <p>VO zum Anspruch auf Schutzimpfung gegen das Coronavirus SARS-CoV-2 (Coronavirus-Impfverordnung – CoronImpfV)</p> <p>Minister-VO nach § 20i SGB V</p> <p>Unabhängig vom Krankenversicherungsstatus, wird ein Anspruch auf Schutzimpfung gegen das Coronavirus SARS-CoV-2 gewährt. Ein Anspruch besteht prioritär für Personen, die aufgrund ihres Alters oder Gesundheitszustandes ein signifikant erhöhtes Risiko für einen schweren oder tödlichen Krankheitsverlauf haben, sowie für Personen, die solche Personen behandeln, betreuen oder pflegen. Als weitere prioritär zu impfende Personengruppe haben insbesondere diejenigen Personen einen Anspruch auf eine Schutzimpfung gegen das Coronavirus SARS-CoV-2, die in zentralen Bereichen der</p> | 15.12.2020 rückwirkende Verkündung 21.12.2020 | 07.02.2021 Außerkräftreten; abgelöst durch Neufassung Inkrafttreten 08.02.2021 |

| | Themenschwerpunkt | Inkrafttreten | Ablauf |
|------------|--|---------------|---|
| | Daseinsvorsorge und für die Aufrechterhaltung zentraler staatlicher Funktionen eine Schlüsselstellung besitzen. | | |
| | <p>(Neufassung) VO zum Anspruch auf Schutzimpfung gegen das Coronavirus SARS-CoV-2 (Coronavirus-Impfverordnung – CoronaImpfV)</p> <p>Die Neufassung löst die bisherige CoronaImpfV ab und entwickelt diese im Rahmen der Evaluierung im Lichte der ersten Erfahrungen mit den Coronaschutzimpfungen, der unterschiedlichen zugelassenen Impfstoffe und der 1. und 2. Aktualisierung der STIKO-Empfehlung fort.</p> <p>Anspruch auf Schutzimpfung gegen das Coronavirus SARS-CoV-2 besteht auch weiterhin prioritär für Personen, die aufgrund ihres Alters oder Gesundheitszustandes ein signifikant erhöhtes Risiko für einen schweren oder tödlichen Krankheitsverlauf haben, sowie für Personen, die solche Personen behandeln, betreuen oder pflegen. Als weitere prioritär zu impfende Personengruppe haben insb. diejenigen Personen einen Anspruch auf eine Schutzimpfung, die beruflich einem sehr hohen Expositionsrisiko ausgesetzt sind und jene, die in zentralen Bereichen der Daseinsvorsorge und für die Aufrechterhaltung zentraler staatlicher Funktionen eine Schlüsselstellung besitzen. Wesentliche Änderungen ggü. der ursprünglichen CoronaImpfV:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Einführung einer Öffnungsklausel zur Ermöglichung von Einzelfallentscheidungen sowie eine Finanzierungsregelung. – Anpassungen der einzelnen Krankheitsbilder zu den Prioritätsgruppen (§§ 3 und 4) aufgrund neuer wissenschaftlicher Daten. – Regelung zur Schutzimpfung mit dem neu zugelassenen Vektorviren-Impfstoff des Herstellers AstraZeneca. Vor dem Hintergrund der STIKO-Empfehlungen werden impfstoffspezifische Priorisierungen vorgesehen, da für bestimmte Impfstoffe bislang nur eine Schutzimpfung bei Personen bestimmten Alters empfohlen ist. | 08.02.2021 | 07.03.2021 |
| | <p>1. VO zur Änderung der Coronavirus-Impfverordnung</p> <p>Personen, die in Kinderbetreuungseinrichtungen, in der Kindertagespflege und als Lehrkräfte in Grund-, Sonder- und Förderschulen tätig sind, die zuvor in der Kategorie 3 der Impfpriorisierung waren, in die Kategorie 2 (mit hoher Priorität), aufgenommen.</p> | 24.02.2021 | 07.03.2021 |
| | <p>(2. Neufassung) VO zum Anspruch auf Schutzimpfung gegen das Coronavirus SARS-CoV-2 (Coronavirus-Impfverordnung – CoronaImpfV)</p> <p>In Hochinzidenzgebieten, z.B. auch durch angrenzenden Grenzregionen, können Anspruchsberichtigte vorrangig geimpft werden. Die Möglichkeit für die Krankenkassen und privaten Krankenversicherungsunternehmen, ihre Versicherten über den möglichen Anspruch auf priorisierte Schutzimpfungen zu informieren, wird konkretisiert. Den Ländern wird es ermöglicht, diese versichertenbezogene Information als Berechtigungsnachweis zur priorisierten Schutzimpfung anzuerkennen. Eine flächendeckende Verimpfung durch Arztpraxen, also der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringer und der ambulant privatärztlich tätigen Ärztinnen und Ärzten, sowie der Betriebsärztinnen und -ärzte wird ermöglicht. Für die Verimpfung in Arztpraxen werden fallbezogene Vergütungsvorgaben aufgenommen. Die Vergütung wird über die Kassenärztlichen Vereinigungen abgerechnet und aus Bundesmitteln refinanziert.</p> | 08.03.2021 | § 20i SGB V und § 5 Absatz 4 IfSG |
| 7 | <p>Surveillance (Sequenzierung)</p> <p>VO zur molekulargenetischen Surveillance des Coronavirus SARS-CoV-2 (Coronavirus-Surveillanceverordnung – CoronaSurV)</p> <p>Voraussetzungen schaffen, dass iRd Krankheitserregersurveillance kurzfristig mehr Genomsequenzdaten der in Deutschland zirkulierenden Varianten des Coronavirus SARS-CoV-2 für Analysen zur Verfügung stehen.</p> | 19.01.2021 | 31.10.2021; letztmalige Datenübermittlung 31.07.2021 Inkrafttreten- Klausel § 6 CorSurV |
| II. | Arzneimittel / Medizinprodukte | | |
| 8 | <p>VO zur Beschaffung von Medizinprodukten und PSA bei der durch das Coronavirus SARS-CoV-2 verursachten Epidemie</p> <p>Mit der VO soll die Versorgung der Bevölkerung mit Medizinprodukten und persönlicher Schutzausrüstung im Zusammenhang mit der durch das Coronavirus SARS-CoV-2 verursachten Epidemie sichergestellt werden. Insbesondere soll das Haftungsrisiko für Unternehmen, die im Auftrag der Bundesregierung tätig werden, auf ein Minimum reduziert werden, mit dem Ziel, die Bereitschaft, Beschaffungsverträge mit dem Bund und den Ländern einzugehen, zu steigern. Daher übernimmt die Bundesrepublik Deutschland als Einführer die haftungsrechtliche Verantwortung für das Inverkehrbringen von in ihrem</p> | 10.04.2020 | § 5 Absatz 4 IfSG |

| | Themenschwerpunkt | Inkrafttreten | Ablauf |
|----|--|---------------|--|
| | Auftrag beschafften Medizinprodukten und Gegenständen der persönlichen Schutzausrüstung. | | |
| 9 | VO über Abweichungen von den Vorschriften des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, des Apothekengesetzes, der Apothekenbetriebsordnung, der Arzneimittelpreisverordnung, des Betäubungsmittelgesetzes und der Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung infolge der SARS-CoV-2-Epidemie (SARS-CoV-2-Arzneimittelversorgungsverordnung) | | |
| | Mit der VO wurde befristet das Abweichen von sozialrechtlichen Vorgaben zum Austausch von verschriebenen Arzneimitteln in der Apotheke ermöglicht. Zudem wurde befristet bis zum 30. September 2020 eine Vergütung iHv 5 Euro je Botendienst der Apotheken eingeführt; zur Ausstattung mit Schutzausrüstung erhalten Apotheken einmalig 250 Euro. Zur Sicherstellung der Versorgung mit Betäubungsmitteln wurden Ausnahmen vom BtMG und der BtMVV geschaffen. Mit der Einführung einer Auskunftspflicht und Maßnahmen gegen das Horten von Produkten soll zudem die Versorgung mit versorgungsrelevanten Arzneimitteln und Medizinprodukten sichergestellt werden. | 22.04.2020 | § 5 Absatz 4 IfSG |
| | VO zur Änderung der SARS-CoV-2-ArzneimittelversorgungsVO Die Vergütung des Botendienstes der Apotheken wird in Höhe von 2,50 Euro je Botendienst bis zum 31. Dezember 2020 verlängert. | 01.10.2020 | spät. 31.12.2020 § 5 Absatz 4 IfSG |
| 10 | VO zur Sicherstellung der Versorgung der Bevölkerung mit Produkten des medizinischen Bedarfs bei der durch das Coronavirus SARS-CoV-2 verursachten Epidemie (Medizinischer Bedarf Versorgungssicherstellungsverordnung - MedBVSV) Die MedBVSV sieht die Beschaffung und Abgabe von Produkten des medizinischen Bedarfs durch den Bund sowie Sonderregelungen für vom Bund beschaffte und abgegebene Arzneimittel vor. Zudem werden zur Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung der Bevölkerung Möglichkeiten für Ausnahmen von Vorschriften des AMG und aufgrund des AMG erlassenen Verordnungen und Ausnahmen von Vorschriften des Transfusionsgesetzes vorgesehen sowie Sonderregelungen für die Bereitstellung von persönlichen Schutzausrüstungen geschaffen. | 27.05.2020 | § 5 Absatz 4 IfSG |
| 11 | VO zur Erhöhung der Bevorratung mit Arzneimitteln zur intensivmedizinischen Versorgung (ITS-Arzneimittelbevorratungsverordnung - ITSABV) Mit der ITSABV soll die Erhöhung der Bevorratung mit bestimmten zur intensivmedizinischen Versorgung von Patientinnen und Patienten benötigten Arzneimitteln in Krankenhäusern angeordnet werden. | 09.07.2020 | § 5 Absatz 4 IfSG |
| 12 | VO zur Änderung der Medizinprodukte-Abgabeverordnung im Rahmen der epidemischen Lage von nationaler Tragweite Mit der Verordnung wird Abgabe von Ag-Tests (Schnelltests) an Gemeinschaftseinrichtungen nach § 33 I(Kitas, Schulen, Heime) ermöglicht.. | 04.12.2020 | § 5 Absatz 4 IfSG |
| | 2. VO zur Änderung der Medizinprodukte-Abgabeverordnung im Rahmen der epidemischen Lage von nationaler Tragweite Erweiterung um Einrichtungen der Obdachlosenhilfe | 20.1.2021 | |
| | 3. VO zur Änderung der Medizinprodukte-Abgabeverordnung im Rahmen der epidemischen Lage von nationaler Tragweite Abgabe an alle Einrichtungen nach § 36 iVm § 33 IfSG und zudem an kritische Infrastrukturen wird ermöglicht. Zudem werden auch Antigentest zur Eigenanwendung mittels Antigenbestimmung von der Abgabebeschränkung ausgenommen. | 03.02.2021 | |
| | 4. VO zur Änderung der Medizinprodukte-Abgabeverordnung im Rahmen der epidemischen Lage von nationaler Tragweite Abgabe von Schnelltests in Unternehmen. | 16.03.2021 | |
| 13 | Preisverordnung für SARS-CoV-2 Antigen-Tests zur patientennahen Anwendung (AntigenPreisV) (Minister-VO § 5 IfSG). Zur Sicherstellung einer ausreichenden Verfügbarkeit und Durchführung von PoC-Antigen-Tests sind einheitliche Obergrenzen für die Zuschläge der einzelnen Vertriebsstufen festzulegen. Mit der VO werden einheitliche Festzuschläge für den Großhandel, die Apotheken und die sonstigen Leistungserbringer in Anlehnung an die Arzneimittelpreis-Verordnung (AMPPreisVO) bestimmt. | 09.12.2020 | 31.12.2020 Außerkräfttreten siehe Aufhebungs-VO |

| | Themenschwerpunkt | Inkrafttreten | Ablauf |
|-------------|--|--|-------------------|
| | <p>Verordnung zur Aufhebung der Preisverordnung für SARS-CoV-2 Antigen-Tests zur patientennahen Anwendung</p> <p>Sowohl die hohe Anzahl an Anbietern als auch die Sachkostenvergütung für Leistungserbringer sorgen für einen funktionierenden Preis- und Qualitätswettbewerb und eine sichere Versorgung mit Antigen-Tests, sodass ein Regelungsbedarf nicht mehr besteht.</p> | 01.01.2021 (mit Ablauf 31.12.2020) | – |
| III. | Kranken- und Pflegeversicherung | | |
| 14 | <p>1. VO zur Änderung der Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung (2020)</p> <p>Aufgrund der sich dynamisch entwickelnden Ausbreitung von COVID-19 Erkrankungen bzw. Isolierungen aufgrund von Verdachtsfällen war eine sehr kurzfristige und befristete Anpassung der Arbeitsabläufe und der personellen Vorgaben in den Krankenhäusern geboten. Daher wurde mit der Änderungsverordnung die Anwendung der Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung bis zum 31. Dezember 2020 ausgesetzt.</p> | 28.03.2020 | 31.12.2020 |
| | <p>2. VO zur Änderung der Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung (2020)</p> <p>Wegen der schrittweisen Rückkehr der Kliniken in den Regelbetrieb gelten die Pflegepersonaluntergrenzen ab 1. August 2020 wieder in den pflegesensitiven Bereichen Intensivmedizin und Geriatrie. Für die weiteren Bereiche bleibt es bei der Aussetzung bis 31. Dezember 2020.</p> | 25.07.2020 | 31.12.2020 |
| | <p>VO zur Festlegung von Pflegepersonaluntergrenzen in pflegesensitiven Bereichen in Krankenhäusern für das Jahr 2021 (Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung – PpUGV 2021)</p> <p>Mit der Verordnung werden für das Jahr 2021 die Pflegepersonaluntergrenzen unter Beibehaltung der bisherigen pflegesensitiven Bereiche der Geriatrie, der Unfallchirurgie, der Kardiologie, der Herzchirurgie, der Neurologie, der neurologischen Schlaganfallereinheit und der neurologischen Frührehabilitation weiterentwickelt, der pflegesensitive Bereich Intensivmedizin um die pädiatrische Intensivmedizin ergänzt und erstmalig weitere Pflegepersonaluntergrenzen für die pflegesensitiven Bereiche der Inneren Medizin, der Allgemeinen Chirurgie und der Pädiatrie festgelegt.</p> | 14.11.2020 | 31.12.2021 |
| 15 | <p>VO zur Aufrechterhaltung und Sicherung intensivmedizinischer Krankenhauskapazitäten (DIVI Intensivregister-Verordnung)</p> <p>Mit der VO wurden die intensivbettenführenden Krankenhäuser verpflichtet, sich auf der Website des DIVI Intensivregisters der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI) und des RKI zu registrieren und ihre intensivmedizinischen Kapazitäten täglich bis 9:00 Uhr zu aktualisieren. Die zentrale Koordination und ein täglich aktualisierter Überblick über die intensivmedizinischen Behandlungskapazitäten ist ein Schlüsselement zur Bewältigung der aktuellen epidemischen Lage von nationaler Tragweite und für die Sicherstellung der Versorgung mit Beatmungskapazitäten in den Krankenhäusern von herausragender Bedeutung.</p> | 10.04.2020 | § 5 Absatz 4 IfSG |
| | <p>VO zur Änderung der DIVI Intensivregister-Verordnung (1. DIVI Intensivregister-Änderungs-Verordnung - IRÄV)</p> <p>Mit der Änderungs-VO wurde die tägliche Meldefrist von 9:00 auf 12:00 Uhr verschoben. Daneben wurde die bislang für die folgenden 24 Stunden abzugebende Prognose maximaler Kapazitäten für Neuaufnahmen in eine Prognose abgeändert, deren Zeitraum vom RKI (abhängig von der jeweiligen Entwicklung der Pandemie) im Intensivregister festzulegen ist. Zudem wurden sprachliche Anpassungen vorgenommen, um Auslegungsfragen zu klären.</p> | 03.06.2020 | |
| 16 | <p>VO zum Ausgleich COVID-19 bedingter finanzieller Belastungen der Zahnärztinnen und Zahnärzte, der Heilmittelerbringer und der Einrichtungen des Müttergenesungswerks oder gleichartigen Einrichtungen sowie zur Pflegehilfsmittelversorgung (COVID-19-Versorgungsstrukturen-Schutzverordnung – COVID-19-VSt-SchutzV)</p> <p>Ausgleichszahlungen für Heilmittelerbringer, Einrichtungen des Müttergenesungswerks und gleichartige Einrichtungen, Liquiditätshilfen für Vertragszahnärzte, Anhebung des Pauschalbetrags für zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel.</p> | 05.05.2020 | § 5 Absatz 4 IfSG |
| | <p>VO zur Änderung der COVID-19-VSt-SchutzV</p> <p>Die Hygienepauschale für Heilmittelerbringer (pauschale Abgeltung der corona-bedingten Hygieneaufwendungen) wird bis zum 31. Dezember 2020 verlängert.</p> | 01.10.2020 | |
| | <p>2. VO zur Änderung der COVID-19-VSt-SchutzV</p> | 01.01.2021 | 31.03.2021 |

| | Themenschwerpunkt | Inkrafttreten | Ablauf |
|----|--|----------------|---|
| | Die Hygienepauschale für Heilmittelerbringer (pauschale Abgeltung der corona-bedingten Hygieneaufwendungen) wird bis zum 31. März 2021 verlängert. | | |
| 17 | 25. VO zur Änderung der Risikostruktur-Ausgleichs-VO (25. RSAVÄndV) Klarstellung, dass verfristete, unvollständige oder fehlende Dokumentationen von DMP-Behandlungen wegen der Corona-Pandemie im Jahr 2020 nicht zu einer Beendigung der DMP-Teilnahme der Versicherten führen. | 09.06.2020 | 31.12.2020 |
| | 26. VO zur Änderung der Risikostruktur-Ausgleichs-VO (26. RSAVÄndV) Der G-BA hat mit Beschluss vom 17.12.2020 die Sonderregelung zur quartalsbezogenen Dokumentation in seiner DMP-A-RL bis zum letzten Tag des Quartals verlängert, in dem die Feststellung des DBT gemäß § 5 IfSG über eine epidemische Lage endet. Die RSAV wird entsprechend angepasst. Die Beschränkung auf das Jahr 2020 wird verlängert auf den darauffolgenden Zeitraum bis zum letzten Tag des Quartals, in dem die Feststellung des DBT gemäß § 5 IfSG einer epidemische Lage endet. | bis 31.03.2021 | bis einschließlich zu dem Quartal, in dem die epidemische Lage aufgehoben wird |
| 18 | VO zur Anpassung der Ausgleichszahlungen an Krankenhäuser aufgrund von Sonderbelastungen durch das Coronavirus SARS-CoV-2 (COVID-19-Ausgleichszahlungs-Anpassungs-Verordnung - AusglZAV) Mit dem COVID-19-Krankenhausentlastungsgesetz wurden Ausgleichszahlungen für Krankenhäuser vorgesehen, die sich ausgehend vom Patientenrückgang im Vergleich zum Jahr 2019 daraus ergeben, dass planbare Operationen verschoben bzw. ausgesetzt und dafür Intensivbetten für COVID-19-Patientinnen und Patienten vorgehalten werden. Zum Ausgleich der Erlöseinbußen wurde eine tagesbezogene Pauschale von 560 Euro angesetzt. Um Über- und Unterdeckungen der Krankenhäuser durch die Ausgleichszahlungen entgegenzuwirken, wird die Höhe der Pauschale nach Krankenhausgruppen sowie anderen krankenhausbezogenen Kriterien differenziert. | 09.07.2020 | Verlängerung bis 28.02.2021 siehe 1. ÄndV Inkrafttreten 28.01.2021 Nr. 19 |
| 19 | VO zur Anpassung der Voraussetzungen für die Anspruchsberechtigung der Krankenhäuser nach § 21 Absatz 1a des Krankenhausfinanzierungsgesetzes Minister-VO nach § 23 KHG Die Möglichkeit der Länder, Krankenhäuser als anspruchsberechtigt zu bestimmen, wird iRd bestehenden Systematik des § 21 Abs. 1a KHG um diejenigen Krankenhäuser erweitert, die noch keinen Zuschlag für die Teilnahme an der Basisnotfallstufe (Notfallstufe 1) vereinbart haben, aber nach Feststellung der Länder die Anforderungen hierfür erfüllen. Um den Ländern für Landkreise und kreisfreie Städte mit einer besonders hohen 7-Tage-Inzidenz weitere Bestimmungsmöglichkeiten für Krankenhäuser einzuräumen, sollen ab einer 7-Tage-Inzidenz von 250/100.000 Einwohn. Krankenhäuser, die der umfassenden oder erweiterten Notfallstufe oder der Basisnotfallstufe nach dem Beschluss des G-BA über ein gestuftes System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern zuzuordnen sind, unabhängig vom Umfang der freien betrieblaren intensivmedizinischen Behandlungskapazitäten in dem Landkreis/kreisfreien Stadt für Ausgleichszahlungen bestimmt werden können. | 25.12.2020 | siehe 2. ÄndV Inkrafttreten 26.02.2021 |
| | 1. VO zur Änderung der VO zur Anpassung der Voraussetzungen für die Anspruchsberechtigung der Krankenhäuser nach § 21 Absatz 1a des Krankenhausfinanzierungsgesetzes Spezialisierte Krankenhäuser, die aufgrund ihrer Erfahrung in der intensivmedizinischen Behandlung und Beatmung für die Behandlung von COVID-19-Patientinnen und -Patienten besonders geeignet sind, werden in die bisherige Systematik der Ausgleichszahlungen einbezogen. Darüber hinaus wird angesichts der perspektivisch auch über den Januar 2021 hinaus anhaltenden hohen Infektionszahlen mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 und der damit einhergehend hohen Anzahl stationär behandlungsbedürftiger Patientinnen und Patienten die Möglichkeit für Krankenhäuser, Ausgleichszahlungen zu erhalten, bis zum 28. Februar 2021 verlängert | 28.01.2021 | siehe 2. ÄndV Inkrafttreten 26.02.2021 |
| | 2. VO zur Änderung der VO zur Anpassung der Voraussetzungen für die Anspruchsberechtigung der Krankenhäuser nach § 21 Absatz 1a des Krankenhausfinanzierungsgesetzes Die Möglichkeit für Krankenhäuser, Ausgleichszahlungen zu erhalten, wird bis zum 11. April 2021 verlängert. Ebenfalls bis zum 11. April 2021 verlängert wird die Möglichkeit von Vorsorge- und Reha-Einrichtungen, Ausgleichszahlungen für coronabedingte Einnahmeausfälle erhalten zu können. Die Verlängerung bis zum 14. Mai 2021 betr. die Übermittlungspflicht der Länder hinsichtlich der krankenhausbezogenen Aufstellung der ausgezahlten Mittel. | 26.02.2021 | 11.04.2021 und 14.05.2021 Artikel 1 der VO |

| | Themenschwerpunkt | Inkrafttreten | Ablauf |
|------------|--|---|--|
| 20 | <p>VO zur Aussetzung der gesetzlichen Pflicht für vollstationäre Pflegeeinrichtungen zur Erhebung und Übermittlung von Qualitätsdaten</p> <p>Minister-VO nach § 5 IfSG</p> <p>Die nach § 114b SGB XI für vollstationäre Pflegeeinrichtungen bestehende Pflicht, zu einem indikatorenbezogene Daten zur Ergebnisqualität zu erheben, wird bis zum 31. März 2021 ausgesetzt.</p> | 01.01.2021 | § 5 Absatz 4 IfSG |
| IV. | Berufsrecht | | |
| 21 | <p>VO zur Abweichung von der Approbationsordnung für Ärzte bei einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite</p> <p>Die VO ermöglicht den vermehrten Einsatz digitaler Lehrformate, eine vereinfachte Durchführung bzw. ein Verschieben von Prüfungen, abweichende Zeitpunkte für Praxisphasen sowie Flexibilisierungen und eine Berücksichtigung COVID-19-bedingter Fehlzeiten im Praktischen Jahr.</p> | 01.04.2020 | kein Außerkräftreten |
| 22 | <p>VO zur Sicherung der Ausbildungen in den Gesundheitsfachberufen während einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite</p> <p>Die VO ermöglicht den Ländern vorübergehend, von den Berufsgesetzen und den Ausbildungs- und Prüfungsverordnungen der Gesundheitsfachberufe abzuweichen. Dadurch werden während der epidemischen Lage von nationaler Tragweite die Ausbildungen und die Prüfungen soweit notwendig an die Lage angepasst und flexibilisiert. Wesentliche Regelungen: Nutzung digitaler und anderer geeigneter Unterrichtsformate; Möglichkeit der Verlängerung der Ausbildung um höchstens sechs Monate; mögliche Abweichung von Regelungen zur Zusammensetzung der Prüfungsausschüsse; mögliche Abweichung von Regelungen zum praktischen Teil der staatlichen Prüfung; mögliche Abweichung von Regelungen zur Qualifikation der Praxisanleitung.</p> | 23.05.2020 rückwirkend | 1 Jahr nach Aufhebung der Feststellung der epidemischen Lage spätestens mit Ablauf 31.03.2022 (§ 8) * |
| 23 | <p>(Rahmen-) VO über von den Approbationsordnungen für Ärzte, Zahnärzte und Apotheker abweichende Vorschriften bei Vorliegen einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite</p> <p>Die VO ermöglicht z. B. den vermehrten Einsatz von digitalen Lehrformaten, alternativer Prüfungsmittel für bestimmte Teile der zahnärztlichen Prüfung sowie der Eignungs- und Kenntnisprüfung bei Ärzten, die Flexibilisierung der praktischen Ausbildung nach der AAppO und der Abstände zwischen den einzelnen Prüfungen des Zweiten Abschnitts der Pharmazeutischen Prüfung. Rahmenverordnung mit:</p> <ul style="list-style-type: none"> • VO zur Abweichung von der Approbationsordnung für Zahnärzte bei einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite (EpiZÄPrOAbwV) • VO zur Abweichung von der Approbationsordnung für Apotheker bei einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite • Änderung der VO zur Abweichung von der Approbationsordnung für Ärzte bei einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite | 04.07.2020 teilweise rückwirkend 23.05.2020 | kein Außerkräftreten |

Fragewesen im Jahr 2020

| Art der Fragen | Gesamt Jahr 2020 | Jahr 2021 bis 31.03.2021 |
|---------------------|------------------|-----------------------------|
| Mündliche Fragen | 144 | 89 |
| Schriftliche Fragen | 829 | 386 |
| Kleine Anfragen | 263 | 86 |

Aktuelle Stunden, Regierungserklärungen, Regierungsbefragungen

| Art der Behandlung | Datum | Inhalt |
|-----------------------|------------|---|
| Aktuelle Stunden | 12.02.2020 | „Strategie zur Vorbeugung gegen das Coronavirus in Deutschland“ |
| | 16.12.2020 | „Umsetzung der Nationalen Impfstrategie“ |
| Regierungserklärungen | 04.03.2020 | „Zur globalen Verbreitung des neuen Coronavirus (Sars-CoV-2)“ |
| | 13.01.2021 | „Zur Corona-Lage und zum Impfbeginn“ |
| Regierungsbefragungen | 11.03.2020 | (Eingangsstatement Corona) |
| | 22.04.2020 | gemeinsam mit Bundesministerium für Verkehr und Digitale Infrastruktur (BMVI); Fragen abwechselnd zu BMVI-Themen oder Corona |
| | 24.02.2021 | BMG |

II. Wissenschaftliche Bewertung durch Herrn Prof. Dr. Karl-Rudolf Korte, Direktor der NRW School of Governance, Universität Duisburg-Essen**1. Vorschläge zur gesetzlichen, infrastrukturellen und personellen Stärkung des Robert Koch-Instituts sowie gegebenenfalls zusätzlicher Behörden¹****a) Praxisorientierte Wissenschaft und Wissenskommunikation fördern²**

Um eine frühzeitigere und effektivere Eindämmung künftiger Pandemien zu ermöglichen, wird von Experten der Ausbau von Frühwarnsystemen gefordert. Darüber hinaus haben sich in der Pandemie zwei Problemkomplexe aufgetan: Die Erkennung der mit der Ausbreitung des neuartigen Virus verbundenen Risiken ist mangels Vorerfahrungen schwierig und mit der Gefahr von Fehleinschätzungen verbunden. Hinzu kommt, dass vorliegende wissenschaftliche Erkenntnisse im Sinne eines Wissenstransfers in Politik und Öffentlichkeit kommuniziert werden müssen. Zugleich wurde im weiteren Verlauf der Pandemie die besondere Relevanz der Wissenschaft als Beratungsinstanz der Politik deutlich. Die Notwendigkeit interdisziplinärer Zusammenarbeit bei der Bearbeitung konkreter Problemsituationen trat klar hervor.

Empfehlungen:

Es gilt, die praxisorientierte wissenschaftliche Forschung zu stärken. Die Orientierung politischen Handelns an wissenschaftlich begründeten Kennzahlen ist wichtig. Entsprechende Forschungsinfrastrukturen gilt es zu stärken und auszubauen. Hierauf abzielende Forschungsförderungsinstrumente müssen weiterentwickelt werden und gewonnene Erkenntnisse sollten in eine nachhaltige Forschungsdateninfrastruktur überführt werden. Das bestehende „Nationale Forschungsnetzwerk der Universitätsmedizin zu COVID-19“ ist ein erster wichtiger Schritt in eine solche Richtung. Es sollten weitere Bemühungen unternommen werden, ähnliche Forschungsverbünde und -kooperationen zu stärken und über geeignete Förderprogramme zu unterstützen. Dabei ist insbesondere die interdisziplinäre Zusammenarbeit zu stärken.

Darüber hinaus sollte in allen Bereichen eine Überprüfung der Krisenkommunikationskompetenz sowie der internen Mobilisierungszeiten im Krisenfall stattfinden. Ziel muss ein funktionales Alarmsystem für Krisenfälle und eine redundante Krisenkommunikationsinfrastruktur sein. Angeregt wird außerdem ein aus Vertretern unterschiedlicher Wissenschaftsdisziplinen zusammengesetztes Expertengremium, das sich mit der Krisenkommunikation an die Bevölkerung beschäftigt.

b) Langfristig trag- und stressfähiges Gesundheitssystem erhalten

Die Überforderung des Gesundheitswesens zu verhindern, ist seit Beginn der Corona-Pandemie ein zentrales Ziel aller gesundheitspolitischen Maßnahmen. Es wird deutlich, dass das Gesundheitswesen Teil der kritischen Infrastruktur des Landes ist. Zugleich wird die Resilienz des Gesundheitssystems vielfältig auf die Probe gestellt. Zahlreiche Bausteine des Gesundheitssystems geraten in Folge der Corona-Pandemie unter Druck: u. a. die Verfügbarkeit von Krankenhaus- und Intensivbetten, das Verhältnis stationärer und ambulanter Versorgungsstationen, die Auslastung und Verfügbarkeit von medizinischem und pflegerischem Fachpersonal, die Krankenhausfinanzierung, der Leistungsumfang und die Kostenübernahme durch die Krankenkassen, der Datenaustausch, die Pandemieplanung.

Empfehlungen:

Gesundheitsschutz ist ein wichtiger Baustein staatlicher Daseinsvorsorge.³ Aufwendungen für das Gesundheitswesen sind Investitionen in Wohlstand und Wettbewerbsfähigkeit – und nicht nur ein lästiger Kostenfaktor. Daraus leiten sich vor dem Hintergrund der Pandemieerfahrung für die Zukunft konkrete Maßnahmen ab: Krisenfeste Pandemiepläne sollten auf allen föderalen und institutionellen Ebenen weiterentwickelt werden. Diese Pläne müssen Mechanismen dafür beinhalten, dass die reguläre Notfallversorgung trotz Ausnahmezustand in einer Pandemie aufrechterhalten werden kann. Eine grundlegende Reform der Krankenhausplanung und -finanzierung sollte von einem „Nationalen Konvent“ vorbereitet werden. Der Investitionsstau der Krankenhäuser muss durch die

¹ Grundlage sind der Zwischenbericht des Robert Koch-Instituts vom 15.07.2020 (RKI 7/20) und der Bericht „Resilienz und Leistungsfähigkeit des Gesundheitswesens in Krisenzeiten“ der Deutschen Akademie der Technikwissenschaften (Acatech) vom Januar 2021 (Acatech 21).

² Zu Reformstrategien hinsichtlich der Aspekte Information und Kommunikation siehe Acatech 21: S. 13-15.

³ Zum Aufbau nachhaltiger Versorgungsstrukturen, strategischer Reserven und Industrien siehe Acatech S. 21: 16-21.

Länder dauerhaft aufgelöst werden. Zusätzlich dazu bedarf es der dringenden Reform des aktuellen Abrechnungssystems von Fallpauschalen, da dieses System nicht auf das präventive Vorhalten kritischer Infrastruktur ausgelegt ist. Ziel sollte ein Abrechnungssystem sein, das die Finanzierung von Krisenstrukturen durch eine Kombination aus Grundinfrastruktur und Fallpauschalen sicherstellt. So ist ein Leistungsbezug gegeben und gleichzeitig eine Vorsorge möglich. Das könnte auch eine Möglichkeit für den ambulanten Bereich sein. Das Zusammenspiel ambulanter und stationärer Gesundheitsversorgung muss verbessert werden. Neuartige Versorgungszentren können Kapazitäten bündeln und stationäre und ambulante Infrastrukturen entlasten. Zudem wird eine verbesserte Anlauf- und Verteilungsregelung für alle medizinischen Rettungsstellen benötigt. Informationen über tatsächlich freie intensivmedizinische Versorgungskapazitäten (Bett/Personal/Ausstattung) in den Krankenhäusern müssen transparenter werden und deutschlandweit immer aktuell für das Krankenhauspersonal und für den Rettungsdienst abrufbar sein. Wünschenswert ist in diesem Zusammenhang auch die Etablierung und Bereitstellung eines europäischen Datenraums für das Gesundheitswesen mit einheitlichen Datenstandards und einer sicheren Dateninfrastruktur. Grundlegende Ressourcen für die Diagnostik müssen vorgehalten werden. Zentral ist hierfür eine angemessene Ausstattung von Gesundheitseinrichtungen mit qualitativ hochwertig ausgebildetem medizinischem und pflegerischem Personal. Hierzu bedarf es neben einer angemessenen Entlohnung, attraktiverer Aus- und Weiterbildungsstrukturen und guter Arbeitsbedingungen einer gesteigerten gesellschaftlichen Wertschätzung. Es wird empfohlen, intensivmedizinisches und -pflegerisches Fachwissen stärker im Gesundheitswesen zu verankern und im Zuge eines bundesweiten Konzepts zur Fort- und Weiterbildung an Fachkräfte im Gesundheitswesen zu vermitteln. Zudem sollte eine zentrale Datenbank für die Erfassung verfügbarer Personalressourcen aufgebaut werden, um im Krisenfall die Planung zu unterstützen.

c) Nutzen der volkswirtschaftlichen Innovationspotenziale durch gezielte Forschungsförderung

Die Corona-Pandemie macht deutlich, wie zentral die Zusammenarbeit zwischen staatlichen, unternehmerischen und zivilgesellschaftlichen Institutionen zur Krisenbewältigung ist. Das gilt sowohl für die medizinisch-pflegerische Beherrschung des Pandemiegeschehens als auch für die Bereitstellung medizinischer, technischer, personeller und finanzieller Ressourcen. Nicht zuletzt das Zusammenspiel zwischen privaten Unternehmen und staatlicher Förderung hat die rapide Entwicklung von Impfstoffen und ihre Produktion erst möglich gemacht.

Empfehlungen:

Ziel ist es, das Gesundheitssystem durch den Aufbau eines europäischen „Innovations-Ökosystems“ insgesamt resilienter zu machen. Kritische Infrastrukturen wie Laboratorien, Diagnostik- und Genom-Plattformen, IT-Zentren, Zentren für Arzneimittel- und Impfstoffentwicklung sowie entsprechende Produktionskapazitäten sollten ausgebaut und auch mit staatlichen (Forschungs-)Mitteln gefördert werden. Diese können im Normalmodus zur Forschungs- und Entwicklungszwecken oder durch die Industrie genutzt werden und stehen im Krisenfall als zusätzliche Kapazitäten zur Verfügung. In Bezug auf Forschung, Produktion und Lagerung von strategischen Arzneimitteln braucht es staatliche Anreizsysteme. Medizinische Forschung und Gesundheitsversorgung sollten enger miteinander verzahnt werden. Zudem sollte eine europäische Initiative zur Stärkung von Forschung und Entwicklung (insbesondere in der Arznei- und Impfstoffentwicklung) durch öffentlich-private Partnerschaften ergriffen werden.

d) Definition und Schutz strategischer Industrien

Der Mangel an geeigneter Schutzausrüstung, die Verknappung von Arzneimitteln infolge unterbrochener Lieferketten und teilweiser Mangel an wichtigen technischen Medizinprodukten wie Beatmungsgeräten zu Beginn der Pandemie haben die Verwundbarkeit des Gesundheitsversorgungssystems offenbart. Zugleich ist es unrealistisch und wenig zielführend, vor dem Hintergrund bewährter globaler Handelswege und Lieferketten eine vollständige Autarkie und Abschottung des europäischen Marktes für Arzneimittel und Medizinprodukte anzustreben.

Empfehlungen:

Innerhalb der EU muss ein gemeinsames Verständnis davon entwickelt werden, welche strategischen Schlüsselindustrien in Europa vorgehalten werden sollten und wie bestehende Abhängigkeiten reduziert und Absicherungsmechanismen geschaffen werden könnten. Bei der Produktion von Schutzausrüstung, Arzneimitteln und Medizinprodukten müssen Lieferketten diversifiziert und eigene Produktionskapazitäten aufgebaut werden. Bei der Diversifizierung von Lieferketten sollte insbesondere die Absicherung kritischer Komponenten durch Back-Up-

Lieferanten, lokale und regionale Beschaffung sowie der Aufbau zusätzlicher Eigenproduktion in Betracht gezogen werden.

e) Aufbau einer nationalen Reserve im Gesundheitsbereich

Durch die COVID-19-Pandemie zeigt sich, dass in einer globalen Krise die durchgängige und sichere Versorgung mit Arzneimitteln und Medizinprodukten an ihre Grenzen gelangen kann.

Zum einen erhöht sich der Bedarf an Medikamenten und medizinischem Gerät bei überdurchschnittlichen Patientenzahlen. Zum anderen kann die Verfügbarkeit solcher Produkte aufgrund der globalen Vernetzung von Produktions- und Lieferketten dann eingeschränkt sein und zu Engpässen führen, wenn nationale Maßnahmen wie Grenzsicherungen ergriffen werden. Lieferengpässe können dabei nicht nur die für die Pandemiebekämpfung notwendigen Arzneimittel und Medizinprodukte betreffen, sondern sich auch auf andere Medikamente auswirken, wenn dafür wichtige Wirkstoffe nicht mehr in Deutschland oder Europa produziert werden und aufgrund von Grenzsicherungen nicht importiert werden können.

Empfehlungen:

Für künftige Krisensituationen sollte Deutschland – aber auch die EU – über eine eingelagerte Reserve kritischer Arzneimittel und Medizinprodukte verfügen. Der Ausbau dieser kritischen Infrastrukturen und eines verlässlichen Versorgungsnetzwerks, welches im Krisenfall eine deutliche Kapazitätserweiterung erfahren kann, sind notwendig. Zu diesem Zweck sollten strategische Arzneien, Impfstoffe und Medizinprodukte sowie ein angemessener Grundstock an Rohstoffen und Kapazitäten in einer Nationalen Reserve bevorratet bzw. vorgehalten werden. Eine Gruppe aus Expertinnen und Experten sollte die Auswahl der Produkte, den zeitlichen und räumlichen Umfang sowie das Modell der Bevorratung definieren. Für Produkte, die sich aufgrund eingeschränkter Haltbarkeit oder Wirkung nicht über einen längeren Zeitraum lagern lassen, sollten Deutschland und die EU über ausreichende Eigenproduktionsmöglichkeiten verfügen. Neben kritischen Arzneimitteln und Wirkstoffen müssen auch versorgungsrelevante medizintechnische Geräte definiert und in ausreichender Menge vorhanden sein. Dazu zählen neben Intensivbetten inklusive Beatmungsstation auch Labortests und Technik zur medizinischen Bildgebung wie Röntgen, Ultraschall und Computertomographie.

f) Stärkung des Robert Koch-Instituts (RKI)

Das Robert Koch-Institut (RKI) bewährt sich als nationales Zentrum für öffentliche Gesundheit in der Pandemie. Es ist in der Bevölkerung bundesweit bekannt und verfügt über exzellente wissenschaftliche Vernetzungen ins In- und Ausland. Das RKI hat die Bedeutung der COVID-19-Lage frühzeitig erkannt und entsprechend reagiert. Die rasche Aktivierung seiner Krisenmanagementstrukturen unter Einbeziehung aller relevanten Abteilungen sowie die Etablierung und der kontinuierliche Betrieb eines Lagezentrums haben die Lagebeobachtung ermöglicht. Die Daten und Erkenntnisse bilden die Basis für Handlungsempfehlungen. Das RKI sollte weiterhin in die Lage versetzt werden, flexibel auf bisher unbekannte Pandemiearten und Gesundheitsgefährdungen professionell reagieren zu können.⁴

Empfehlungen:

Im Risikofall ist ein bundeseinheitliches Vorgehen bei der Anwendung bestimmter Maßnahmen gegenüber der vorgegebenen föderalen Feinjustierung abzuwägen. Es sollte geklärt werden, wie Zuständigkeiten des RKI im Zusammenspiel mit anderen Forschungseinrichtungen und regionalen Fachbehörden sachgerechter geregelt werden können. Die Krisenkommunikationskompetenz sowie die internen Mobilisierungszeiten im Krisenfall sollten evaluiert werden. Zur Reform und zur Stärkung des RKI ist alles zu unternehmen, um Forschungsdaten in Echtzeit zu erheben, bereitzustellen und auszuwerten. Weiterzuentwickeln sind besonders folgende Bereiche: Modernes Forschungsdatenzentrum, Weiterentwicklung der Surveillance-Systeme, Ausbau moderner Diagnostikverfahren zur Erregerbewertung, Einrichtung und Pflege eines neuartigen Public Health-Portals, Verstärkung des Gesundheitsmonitorings durch ein permanentes Lage- und Informationszentrum, Durchführung von Public Health-Impact-Analysen im Verbund mit Public Health-Akteuren, Einrichtung von Notfallteams am RKI, weiterer Ausbau von Einheiten zur Abwehr bioterroristischer Bedrohungen, Stärkung des internationalen Gesundheitsschutzes durch internationale Austauschprogramme und Teams.

⁴ Zur den Reformvorschlägen des RKI vgl. RKI 7/20, S. 34-38; Acatech 21, S. 22-24.

g) Stärkung des Bundesamts für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe (BBK)

Das Bundesamt für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe (BBK) spielt in der Pandemie aufgrund seines begrenzten gesetzlichen Auftrags nur eine eingeschränkte Rolle. Die Zuständigkeiten beim Zivilschutz im aktuellen Pandemiefall liegen bei den Bundesländern, die folglich als Krisenreaktionszentralen agieren. Das BBK verfügt aber über wichtige Ressourcen im Bereich der nationalen Katastrophenvorsorge und der Katastrophennachsorge bei länger andauernden Gefahren. Um diese nutzen zu können, ist eine Kompetenzerweiterung des BBK wünschenswert; diese wiederum setzt eine Verfassungsänderung voraus.⁵

Empfehlungen:

Eine Kompetenzschärfung abseits des militärischen Katastrophenfalls sollte eine stärkere Einbindung des BBK als bisher möglich machen. Der Ausbau der Medizinischen Task Force (MTF) ist erforderlich. Vorstellbar sind regionale Schwerpunktkliniken, die im Krisenfall von der MTF unterstützt werden. Die MTF könnte zudem eine Ausbildungsfunktion zur systematischen Ausbildung in der Katastrophenmedizin übernehmen sowie für die Prüfung der Notfallpläne von Krankenhäusern und bei der Abstimmung einheitlicher Standards eingesetzt werden. Bevölkerungsschutz und Katastrophenvorsorge sind in eine sichtbarere Position, aus den einzelnen Ressorts heraus, zu bringen. Eine stärkere Verzahnung des BBK mit dem RKI ist wünschenswert.

h) Stärkung der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)

Die BZgA spielt bei der Corona-Epidemie eine zentrale Rolle bei der Wissensvermittlung zwischen Bundesregierung und Bevölkerung. Die Bereitschaft in der Bevölkerung, Verhaltensempfehlungen umzusetzen oder staatliche Regelungen und Verordnungen zu akzeptieren, setzt Vertrauen in das Handeln staatlicher Stellen voraus. Um dieses Vertrauen zu schaffen, sind seitens der kommunizierenden Behörden u. a. Transparenz, Aktualität, Einheitlichkeit, proaktives Handeln, Responsivität bzw. Dialog, Verständlichkeit, Zielbezug, Nachvollziehbarkeit und richtig bemessene Emotionalität bzw. das richtige „framing“ in der Kommunikation des Krisengeschehens erforderlich. Die hohen Erwartungen an die Reaktionsgeschwindigkeit und die Qualität der Kommunikationsinhalte stellen angesichts sich schnell ändernder Wissensstände eine zusätzliche Herausforderung dar. Das BZgA ist zur Wahrnehmung und Koordinierung dieser Aufgaben vorgesehen, ihre finanzielle und personelle Ausstattung ist für extreme Pandemie-Lagen aber noch nicht ausgelegt.⁶

Empfehlungen:

Die BZgA ist gegenwärtig auf die Erfüllung dieser Kommunikationsaufgaben weder vorbereitet noch hinreichend personell und finanziell ausgestattet. Der BZgA sind daher die notwendigen Mittel zuzusprechen, um ausreichende Kapazitäten für die Umsetzung einer hochfrequenten und- intensiven Risikokommunikation unter Nutzung der gesamten Bandbreite klassischer und neuer Medien aufzubauen. Diese lägen v. a. im Ausbau der Forschungskompetenz, der Digitalkommunikation und der Risikokommunikation. Zusätzlich sollten der BZgA mehr Mittel zur zentralen und flexiblen Verfügung bereitgestellt werden.

i) Stärkung des European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC)

Für grenzüberschreitende Gesundheitsbedrohungen auf europäischer Ebene ist das European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC) zuständig. Hier werden Forschung, Austausch und Harmonisierungsbemühungen in der Pandemiebekämpfung organisiert. Die pandemische EU-Governance war allerdings – auch aufgrund fehlender Kompetenzen und Ressourcen – lückenhaft. Die COVID-19-Pandemie legte das verbesserungsfähige Zusammenspiel zwischen den verschiedenen Ebenen innerhalb des ECDC offen. Hauptgrund dafür sind die ausbaufähigen Kooperationsmöglichkeiten der Mitgliedsstaaten. Zudem ist das ECDC budgetär unterfinanziert und personell überfordert.⁷

Empfehlungen:

Empfohlen wird die Evaluation der Vernetzungskompetenz des ECDC mit seinen Partnern auf nationaler Ebene. Frühwarn- und Präventionsstrategien müssen besser in die Reaktionsmaßnahmen integriert werden. Die Verab-

⁵ Zu weiteren institutionellen Reformstrategien vgl. Acatech 21, S. 22-24.

⁶ Vgl. dazu Acatech 21, S. 13-15.

⁷ Weitere Vorschläge zu den institutionellen Reformkontexten vgl. Acatech 21, S. 22-24.

scheidung strenger Maßnahmen wie Quarantänen, Schulschließungen und die Aussetzung wirtschaftlicher Aktivitäten müssen zwingend europäisch angepasst werden. Die Eindämmung übertragbarer Krankheiten ist europaweit zu koordinieren. Das gilt auch für die Test-Strategien und Nachverfolgungsansätze. Mehr Laborpersonal muss geschult werden. Generell benötigt das ECDC zusätzliche Koordinierungsbefugnisse. Darüber hinaus sollte das ECDC eine „Health Task Force“ nach Vorbild des deutschen RKI einrichten. So können Mitgliedstaaten mit begrenzten Ressourcen – aber auch Drittstaaten – mit Wissen und Personal bei der Pandemiebekämpfung unterstützt werden. Das amerikanische Centre for Disease Control (CDC) kann hier als Vorbild dienen. Hierzu ist v. a. mehr Personal und ein höheres Budget nötig. Die Stärkung des ECDC benötigt Strukturänderungen, für die die europäische Gesetzgebung entsprechend anzupassen ist.

2. Gesellschaftliche Auswirkungen der Corona-Pandemie⁸

a) Die Resilienz der Gesellschaft

Die Bekämpfung jeder Pandemie ist auf das aktive Mitwirken der Bevölkerung angewiesen. Vorherrschende Einstellungen und die gesamtgesellschaftliche Einschätzung der Lage sind daher essentielle Richtwerte, an denen sich politische Steuerungsmaßnahmen orientieren müssen. Zugleich sind Einstellungsmuster nicht notwendigerweise stabil. Vielmehr ist davon auszugehen, dass sie sich fortlaufend im Lichte aktueller Entwicklungen verändern. Dies gilt für die Corona-Pandemie angesichts des hohen Maßes an Unsicherheit und der Dynamik und Volatilität des Geschehens in besonderer Weise. Kurzfristige Analysen helfen beim Verständnis gesellschaftlicher Dynamiken nur begrenzt weiter. Die vorliegenden Erkenntnisse beruhen daher auf einer längerfristigen Panel-Untersuchung über drei Befragungszeitpunkte hinweg.⁹ In den Studien sind sowohl langfristig stabile Einstellungsmuster als auch Veränderungen im Zeitverlauf erkennbar. Sie liefern folglich eine belastbare Datengrundlage zur Einschätzung der gesellschaftlichen Resonanz der Pandemie. Zugleich bieten sie eine Basis für eine weitergehende Abschätzung, wie es um die gesellschaftliche Resilienz insgesamt bestellt ist.

b) Sozialpsychologische Parameter: Themenrelevanz, Belastungen, Sozialverhalten, Compliance¹⁰

Insgesamt kann davon ausgegangen werden, dass die Diskussion über Corona generell sowie über die Folgen des Virus und über alle zur Bekämpfung des Virus beschlossenen und erwogenen Maßnahmen von den Bürgerinnen und Bürgern extrem aufmerksam verfolgt werden. Zudem ist ein Anstieg der Aufmerksamkeit im Zeitverlauf zwischen Juni und November 2020 erkennbar. Das gilt in besonderer Weise für die jüngeren Alterskohorten (18 bis 49-Jährige), so dass nun insgesamt 85 Prozent der Befragten angeben, sich immer oder sehr häufig über Corona zu informieren, darüber zu sprechen oder sich damit zu beschäftigen.

Diese Aufmerksamkeit überträgt sich zudem auf das persönliche Handeln. Hier zeigt sich allerdings eine starke Kopplung an das Infektionsgeschehen bzw. an die geltenden Vorgaben. Gaben im Juni 56 Prozent der Befragten an, viel weniger Kontakt zu Menschen außerhalb des eigenen Haushalts zu haben als vor der Krise, sank dieser Wert im Oktober auf 43 Prozent, um dann bei steigenden Infektionszahlen und verschärften Kontaktbeschränkungen im November wieder auf 56 Prozent anzusteigen. Zudem deuten die vorliegenden Daten darauf hin, dass eine Reduktion der Kontakte weniger aus eigener Einsicht, sondern in erster Linie aufgrund von politischen Anordnungen erfolgt. Zugleich gibt nur eine Minderheit (15 Prozent) an, die Befolgung der Empfehlungen zur Kontaktvermeidung als sehr schwierig zu empfinden. Erwartungsgemäß fällt das den Jüngeren schwerer als den Älteren.

Gleichwohl ist die Zahl derer in allen Alterskohorten gestiegen, die qualitative Einschränkungen in der Beziehung zu Familienangehörigen und Freunden zu Protokoll geben. Der Wert bezüglich der qualitativen Verschlechterung familiärer Kontakte fällt noch vergleichsweise moderat aus (Juni: 14 Prozent, November: 21 Prozent). Deutlich

⁸ Grundlage ist die Studie „Die Deutschen und Corona: Schlussbericht der BMG-Corona-BUND-Studie“, ifo Institut/forsa vom 27.11.2020 (ifo/forsa 20).

⁹ Die vorliegende Analyse stützt sich auf das für die erwachsene Bevölkerung repräsentative OMNINET-Panel (forsa.) mit 30.000 Personen. Zwischen Juni und November 2020 fanden drei Befragungswellen statt: 8. bis 21. Juni (30.068 Befragte); 20. bis 31. Oktober (30.500 Befragte); 12. bis 19. November (27.883 Befragte) (Die Deutschen und Corona: Schlussbericht der BMG-Corona-BUND-Studie“, ifo Institut/forsa, 27. November 2020, S. 1 und 2). Die in Ergänzung zu den Befragungen vorgenommenen serologischen Untersuchungen mit rund 10.000 Teilnehmenden der Studie zeigten zudem – konsistent mit den vom RKI gemeldeten Fallzahlen – dass bis Mitte November 2020 rund 1 Prozent der erwachsenen Bundesbürgerinnen und -bürger eine COVID-19-Infektion durchgemacht haben (vgl. ebd. S. 3 bis 10).

¹⁰ Siehe hierzu ausführlich ifo/forsa 20, S. 11 bis 25.

kritischer wird die qualitative Entwicklung der Beziehungen zu Freunden gesehen. Hier stiegen negative Folgeinschätzungen von 32 Prozent im Juni auf 44 Prozent im November. Der Anteil war damit mehr als doppelt so hoch als der Anteil derer, bei denen familiäre Beziehungen unter den Kontakteinschränkungen litten. Dennoch sind auch Gewöhnungseffekte zu verzeichnen. Während insgesamt 17 Prozent der Befragten die Beschränkungen im November im Vergleich zum Frühjahr 2020 als stärker belastend bezeichneten, sahen 39 Prozent eine weniger belastende Situation in der aktuellen Lage. Drei Merkmale – Alter, Geschlecht, Ost-West-Differenz – scheinen dabei einen gewissen, wenngleich moderaten Einfluss auf die Einschätzungen zur sozialen Betroffenheit durch die Pandemie zu haben. Kaum eine Rolle spielt hingegen, ob die Bürgerinnen und Bürger in ländlichen oder urbanen Räumen wohnen. Deutlich wird aber: Die Corona-Pandemie beeinflusst in irgendeiner Weise den Alltag aller Bürgerinnen und Bürger.

Trotz der wahrgenommenen Einschränkungen ist die Akzeptanz der von der Politik beschlossenen Maßnahmen Ende des Jahres 2020 bei einer deutlichen Mehrheit gegeben. Die Akzeptanz steigert sich, wenn die einzelnen Maßnahmen als zur Bekämpfung der Pandemie erforderlich und sinnvoll angesehen werden. Eine Haltung, die die Angemessenheit der Maßnahmen in Zweifel zieht, ist keineswegs ein Trend: Nur eine Minderheit hält die beschlossenen Regelungen für zu weitgehend. Für den größeren Teil der Befragten gehen diese nicht weit genug. Hinsichtlich der konkreten Akzeptanz von Maskenpflicht und Abstands- und Hygieneregeln offenbart sich ein starkes regulatives Bias: Geltende Vorschriften zum Tragen eines Mund-Nasen-Schutzes akzeptieren 95 Prozent aller Befragten. Das freiwillige Tragen an öffentlichen Orten findet allerdings nur die Zustimmung von 13 Prozent. Zum Zeitpunkt der Studienabgabe Ende 2020 gilt: Die Zahl der „Querdenker“ ist eine deutliche Minderheit. Von einer gesellschaftlichen Spaltung kann insofern keine Rede sein, als dass die große Mehrheit der Bevölkerung die Maßnahmen zur Pandemiebekämpfung akzeptiert.

c) Gesundheitliche Parameter: Prävalenz, Sorgen vor Infektionen, Impfbereitschaft¹¹

Die insgesamt hohe und wachsende Aufmerksamkeit korrespondiert mit steigenden Infektionszahlen. So zeigen die medizinischen Testungen in beiden Untersuchungsrounds eine deutliche Beschleunigung der Infektionen mit SARS-CoV-2 und einen ansteigenden Trend der Antikörper-Prävalenz. Damit korrespondiert eine wachsende Angst der Bevölkerung, sich mit dem Virus zu infizieren. Gaben im Juni noch 33 Prozent an, davor keine Angst zu haben, äußerten dies im November nur noch 14 Prozent der Befragten. Hier zeigen sich zudem klare Angleichungseffekte über alle Alterskohorten hinweg. Noch stärker ist die Angst ausgeprägt, Angehörige und Freunde könnten eine Infektion erleiden. Nur noch 8 Prozent gaben im November an, sich hierzu keine Sorgen zu machen.

Dieses Bewusstsein für die gesundheitlichen Risiken zeigt sich schließlich auch mit Blick auf die Impfbereitschaft. Lediglich 7 Prozent der Befragten wollen sich grundsätzlich nicht impfen lassen. 45 Prozent der Befragten hingegen äußerten den Wunsch, sich nach Zulassung und Verfügbarkeit eines Impfstoffes zügig impfen zu lassen. Eine ungefähr genauso große Gruppe (47 Prozent) gibt an, zunächst abwarten zu wollen. Bei diesen beiden Gruppierungen zeigen sich deutliche Alterseffekte: die Impfbereitschaft vulnerabler Altersgruppen fällt höher aus, während jüngere Alterskohorten sich abwartender zeigen. Schließlich deuten die Analysen darauf hin, dass die Impfbereitschaft generell mit Vertrauensindikatoren korrespondiert: Diejenigen, die an eine baldige Verfügbarkeit eines Impfstoffes glauben und fest davon ausgehen, dass die derzeitigen Freiheitseinschränkungen zeitlich befristet sind, zeigen die höchste Impfbereitschaft.

d) Sozioökonomische Parameter: Politische Steuerung, Einkommensentwicklung, Arbeitsmarkt, Konsum- und Sparverhalten¹²

Zur Tiefe der gesellschaftlichen Resilienz gehört auch die Frage nach der Legitimität durch Verfahren. Insofern kommt der Frage, inwieweit die politische Steuerung der Pandemiebekämpfung als demokratisch legitimiert und legitim anerkannt wird, eine besondere Bedeutung zu. Insgesamt deuten die Befunde Ende 2020 darauf hin, dass die politischen Entscheidungsprozesse von einer großen Mehrheit der Bevölkerung nicht als Gefährdung der Demokratie gewertet werden. Dementsprechend sieht die Mehrheit die Grundrechtseinschränkungen als nur vorübergehend notwendiges Instrument an, während es keine verbreitete Sorge gibt, dass diese zu einem neuen Dauerzustand werden könnten. Insbesondere für radikalere Gegenpositionen, wie sie auf „Querdenker-Demonstrationen“ artikuliert werden, findet sich nur ein begrenztes Verständnis (9 Prozent der Befragten). Nur 8 Prozent der Befragten äußern die Einschätzung, dass es sich hierbei um eine Bewegung aus der „Mitte der Gesellschaft“

¹¹ Siehe hierzu ausführlich ifo/forsa 20, S. 3 bis 10, S. 13 und S. 45.

¹² Siehe hierzu ausführlich ifo/forsa 20, S. 26 bis 44.

handelt. Gleichwohl gibt es an Teilen der politischen Entscheidungsprozesse deutliche Kritik. Das gilt insbesondere für die starke Exekutivlastigkeit und die vergleichsweise geringe Parlamentsbeteiligung (33 Prozent). Das 3. Bevölkerungsschutzgesetz dürfte insbesondere diesen Bedenken Rechnung tragen.

Eine gewisse Entwarnung kann auch hinsichtlich der von den Befragten erwarteten finanziellen Auswirkungen auf die privaten Haushalte gegeben werden. Insgesamt hat die Zahl derer, die Sorgen vor finanziellen Schwierigkeiten haben, zwischen Juni und November von 10 Prozent auf 7 Prozent tendenziell abgenommen. Allerdings zeigt sich ein deutliches Gefälle zwischen unterschiedlichen sozioökonomischen Statusgruppen. Menschen mit niedrigerem Haushaltseinkommen machen sich in deutlich größerem Maße Sorgen als finanziell Bessergestellte. Die Pandemie wirkt hier als Verstärker sozialer Ungleichheit. Auch Alters- und Berufsgruppen sind unterschiedlich stark tangiert (insbesondere freiberuflich Tätige und Selbständige machen sich größere Sorgen, wenngleich auch hier in tendenziell abnehmender Zahl). Diese Entwicklungen deuten darauf hin, dass insbesondere die ökonomischen und sozialen Bemühungen um die Abfederung der Pandemiefolgen sozialpsychologisch positive Folgen hervorbringen. Gleichwohl trifft die Pandemie einige Gruppen hart. So sind insbesondere jüngere Erwerbstätige im Alter von 18 bis 24 Jahren etwa doppelt so häufig von coronabedingten Jobverlusten betroffen. Eine ähnliche Tendenz zeigt sich bei der Gruppe der geringfügig Beschäftigten (rund eine Million Mini-Jobber haben ihren Job verloren). Gleichwohl sind die Einkommensverluste insgesamt zwischen Juni und Oktober deutlich geringer ausgeprägt als zwischen Februar und Juni. Es bleibt abzuwarten, ob der erneute Lockdown zum Jahreswechsel 2020/21 mit seinen ökonomischen Folgen hier eine erneute Trendumkehr einleiten wird.

Auch negative Arbeitsmarkteffekte konnten bislang abgemildert werden. Nur rund 4 Prozent der Befragten gaben an, coronabedingt zwischen Februar und Oktober 2020 arbeitslos geworden zu sein. Von diesen wiederum waren zwei Drittel im Oktober aber bereits wieder erwerbstätig. Die Kurzarbeit als arbeitsmarktpolitisches Instrument wurde in der Krise ebenfalls stark genutzt. Höchststände mit 10 Prozent der Befragten, die von Kurzarbeit betroffen waren, erreichte diese im April und Mai, bevor die Zahlen auf zuletzt rund 4 Prozent der Befragten abnahmen. Allerdings gaben nur rund 80 Prozent der Befragten an, tatsächlich weniger gearbeitet zu haben. Eine kleine Gruppe von 2-5 Prozent gab sogar an, mehr gearbeitet zu haben. Etwa die Hälfte der Befragten musste mit dem gesetzlich festgelegten Kurzarbeitergeld auskommen, rund 40 Prozent erhielten eine Aufstockung durch ihre Arbeitgeber.

Hinsichtlich des Konsum- und Sparverhaltens schließlich ergab sich ebenfalls das Bild eher moderater Folgen. 83 Prozent aller Befragten gab im Juni 2020 an, ihr Sparverhalten nicht verändern zu wollen. Im Oktober erklärten 30 Prozent aller Befragten, insgesamt weniger ausgeben zu wollen, während 61 Prozent keinen Veränderungswillen bekundeten.

Insgesamt lässt sich festhalten, dass die ökonomischen Folgen der Krise in erster Linie von der ökonomischen Lage der Einzelnen abhängen. Ökonomische Faktoren spielen für die sozialen Folgen der Krise hingegen eine untergeordnete Rolle. Das deutet insbesondere auf eine starke Resilienz des Sozialstaats und die Wirksamkeit seiner sozialpolitischen Instrumente in der Pandemie hin.

3. Vorläufige Anmerkungen zum Umgang des politischen Systems mit der Corona-Pandemie¹³

a) Politikmanagement unter Stress

Die Risikoentscheidungen der Regierungen und der Parlamente seit Anfang 2020 entstehen nicht nur unter besonderen Unsicherheitsbedingungen. Sie sind auch dilemmatisch angelegt, stehen sich doch Freiheit und Gesundheit unter Bedingungen einer Pandemie prinzipiell gegenüber. Demokratische Politik muss alle Entscheidungen legitimieren. Sie kann das Dilemma nicht auflösen, sie kann es bestenfalls ausbalancieren. Sie muss aber in jedem Fall getroffene Entscheidungen nachvollziehbar begründen. Die politischen Entscheidungen in der Corona-Pandemie haben eine historische Qualität:

- Die Zentralität der Entscheidungen zu Beginn und die besonderen Kippunkte der Pandemie;
- die thematische Zuspitzung als Reduktion von Komplexität;
- das Ausmaß des angeordneten Lockdowns in allen Lebens- und Gesellschaftsbereichen;
- sowie die Einschränkungen elementarer Freiheitsrechte

sind in der Geschichte der Bundesrepublik Deutschland beispiellos (Florack/Korte/Schwanholz 2021). Die Politik muss in der Corona-Pandemie ihre Handlungsfähigkeit beweisen. Die Exekutive trifft ständig Entscheidungen

¹³ Grundlage sind Einschätzungen von Herrn Prof. Dr. Korte, die auf politik- und sozialwissenschaftlichen Befunden beruhen.

unter hohem Zeitdruck. Durch die Konferenzen der Ministerpräsidenten und -präsidentinnen mit der Kanzlerin wird die Koordination der föderalen Ebenen angestrebt. Die Parlamente debattierten die Pandemiebekämpfung. Die Legislativen entschieden rasch und erreichten so eine weitreichende parlamentarische Mitsteuerung. Die Judikative sicherte rechtstaatliche Grundsätze. Die Befristung, die Verhältnismäßigkeit und Begründung der Maßnahmen wurde von Gerichten oftmals aktiv eingefordert. Die Gewaltenteilung fördert kluge Arbeitsteilung in der Bekämpfung des Virus. Der Staat schützt die Bürgerinnen und Bürger nach besten Wissensständen vor dem Virus. Und die Gesellschaft behält die Freiheitsbeschränkungen kritisch im Blick. Das politische System zeigte sich unter Stressbedingungen resilient.

Resilienz bezeichnet die Widerstandsfähigkeit einer Gesellschaft gegenüber einer abrupt auftretenden Störung (Endreß/Maurer 2015; Jage-Bowler 2020). Resilienz kann im besten Fall bedeuten, dass unerwartete Ereignisse und Krisen als Gelegenheit für das Vorantreiben einer Transformation genutzt werden: Jenseits von Notmaßnahmen wird so der Rettung eine Richtung geben. Tatsächlich erfordert Resilienz ein strategisches Vorgehen beim Aufbau von Steuerungssystemen, die über die bloße Korrektur von Störungen und Fehlern hinausgehen. Die Regierung muss sich auf unerwartete Krisen vorbereiten, deren Zeitpunkt, Ausmaß und Qualität nicht vorrausehbar sind. Dabei können sich politische Akteure und Akteurinnen auf Ressourcen als Resilienz ermöglichende und Resilienz beeinflussende Größen beziehen. Resilienz ermöglicht systemische Selbstreparaturen. Um dies zu ermöglichen, sind alle Strukturen und Mechanismen offensiv zu fördern, die die Voraussetzungen einer solch robusten Resilienz in Deutschland zusätzlich befördern.

b) Das Spannungsfeld zwischen kurz- und langfristigen Abwägungen

Wenn sich die Lage ändert, entsteht Handlungsbedarf für die Politik. In der Pandemie bedeutet die neue Lage auch immer neues Lernen. Strategiefähigkeit beruht auf der Fähigkeit, permanent neue Lageeinschätzungen über funktionierende Frühwarnsysteme zu erhalten. Was haben wir dazugelernt, um jetzt begründet neu zu entscheiden? Je klarer kommuniziert wird, dass jede neue politische Entscheidung in der Pandemie deshalb fällt, weil wissenschaftliche Erkenntnisse sich weiterentwickelt haben, umso akzeptierter ist diese Entscheidung in der Bevölkerung. Resilientes Lernen ist deshalb mehr als reaktives Krisenmanagement.

Hilfreich ist zudem der offensive Umgang mit Fehlern. Die Qualität von Entscheidungsprozessen kann sich verbessern, wenn auch die Fehlerfreundlichkeit von Entscheidungen kommuniziert wird. Fehlertoleranz und Fehleroffenheit vergrößern in einer Pandemie die Spielräume, um mit Unerwartetem umzugehen. Institutionelle Resilienz setzt auf offene (Selbst-) Lernprozesse, auf Fehlertoleranz und Reversibilität von Entscheidungen. Politik steht somit in einem Spannungsfeld, in dem insbesondere der Zeitfaktor eine Rolle spielt: Einerseits will sie dem akuten und *kurzfristigen* Wunsch der Bevölkerung nach Sicherheit und Klarheit Rechnung tragen, andererseits ist gerade diese Klarheit kurzfristig nicht gegeben; mehr noch, erst die mangelnde Eindeutigkeit eröffnet Spielräume für die Fähigkeit zu lernen und so *langfristig* ein möglichst hohes Maß an Sicherheit und Klarheit zu erreichen.

c) Die Rolle des Föderalismus am Beispiel der Nationalen Impfstrategie

Der Föderalismus liefert verteiltes Wissen, wenn heterogene Informationen in den Abstimmungs- und Entscheidungsrunden der Ministerpräsidenten und -präsidentinnen entsprechend genutzt werden. Eine föderale Einheitlichkeit bedeutet nicht zwangsläufig, dass die Regeln überall gleich sind. Vielmehr gilt: Die Regeln sind nur überall dort gleich, wo auch die Lage gleich ist. Der starke Verwaltungsunterbau – z. B. in Form der Gesundheitsämter – und die föderalen Strukturen ermöglichen es, die Krise lokal intensiver, anpassungsfähiger und regional robuster zu bekämpfen, als es vom Bund aus steuerbar wäre. Voraussetzung bleibt auch dabei: Die fortbestehenden Unterschiede müssen parlamentarisch erstritten, intensiv erklärt und begründet werden. Gerade die Kommunikation dieser Entscheidungsprozesse ist mit Blick auf die vergangenen Monate verbesserungswürdig. Denn so erschien die Vielstimmigkeit oft als Uneindeutigkeit. Zur Jahreswende 2020/21 sind die Abstimmungsschleifen der föderalen Akteure allerdings kürzer geworden und ein kohärenteres Kommunizieren wird erkennbar. Die Abstimmungs- und Lernpotenziale zeigen sich insbesondere beim Thema Impfen – ein Beispiel der Komplexität, aber auch der Lernfähigkeit des Systems.

Die Impfung gegen COVID-19 ist eine nationale Herausforderung. Es geht um die größte Impfkation in der Geschichte der Bundesrepublik Deutschland. Bund und Länder haben eine „Nationale Impfstrategie“ verabschiedet (vgl. GMK Beschluss vom 6. November 2020). Die Ministerinnen und Minister für Gesundheit fassten im Einvernehmen mit dem BMG insbesondere den Beschluss, dass der Bund verschiedene Impfstoffe beschafft und finanziert sowie den Ländern zeitnah den Sachstand der Verfügbarkeit mitteilt. Die Verteilung der Impfstoffe erfolgt nach dem Bevölkerungsschlüssel an die Länder. Die Organisation der Impfungen und das Terminmanagement (wie eigentlich auch die Beschaffung der Impfstoffe) obliegen den Ländern. Der Bundesgesundheitsminister

und die Gesundheitsministerinnen und -minister der Länder stimmen die Impfkampagne ständig im Rahmen der GMK ab.

Empfehlungen:

Die Nationale Impfstrategie ist eine neue Form der Bund-Länder-Koordination und ein Schritt in Richtung eines optimierten föderalen Miteinanders. Nach dem Ende der Pandemie bietet sich die Chance, aus der geübten Kooperation zwischen Bund und Ländern standardisierte Kommunikations- und Entscheidungswege zu entwickeln.

d) Impfstoffbeschaffung im Mehrebenensystem der EU als Chance und Herausforderung

Das Ringen um kurz- und langfristige Abwägungen zeigte sich paradigmatisch bei der Impfstoffbeschaffung. Von Beginn an galt die Impfung gegen COVID-19 als vielversprechender Weg zur Bekämpfung der Pandemie. Jedoch dauert die Entwicklung geeigneter Wirkstoffe in der Regel mehrere Jahre. Bereits am 9. November 2020 veröffentlichte die Mainzer Firma Biontech Pfizer die Ergebnisse ihrer letzten Studie zum Impfstoff, mit bahnbrechenden positiven Ergebnissen.

Deutschland hat gemeinsam mit drei Partner-Mitgliedstaaten in der EU bei der Impfstoffbeschaffung eine Vorreiterrolle eingenommen. Gemeinsam mit Frankreich, Italien und den Niederlanden hat sich Deutschland Anfang Juni 2020 zu einer „Inklusiven Impf-Allianz“ zur gemeinsamen Beschaffung von Impfstoffen zusammengeslossen. Am 12. Juni 2020 hat der EU-Gesundheitsministerrat die Europäische Kommission (KOM) beauftragt, die Verhandlungen für alle 27 EU-Mitgliedstaaten zu führen. Durch sogenannte Advance Purchase Agreements (APAs) sollten rechtzeitig Produktionskapazitäten für Impfstoffe in der EU aufgebaut und für die EU-Mitgliedstaaten Kaufoptionen für Impfstoffdosen verschiedener Hersteller und auch auf Basis unterschiedlicher Plattformtechnologien gesichert werden. Es wurde vereinbart, dass die EU-Mitgliedstaaten aus den Verträgen mindestens den Anteil erhalten, der dem Anteil ihrer Bevölkerung an der Gesamtbevölkerung der EU entspricht.

Das Mandat (Emergency Support Instrument-Agreement (ESI)-Agreement) sieht ausdrücklich vor, dass die teilnehmenden EU-Mitgliedstaaten keine eigenen Abschlüsse einer Abnahmegarantie für den Impfstoff mit demselben Hersteller einleiten (Artikel 7 ESI-Agreement).¹⁴ Die EU hat für die notwendigen Anzahlungen aus dem Budget des ESI (ESI-Budget) 2,15 Mrd. Euro zur Verfügung gestellt.

Im Rahmen der mit der Globalisierung einhergehenden grenzüberschreitenden Gesundheitsgefahren wird der gemeinsamen europäischen Beschaffung von Impfstoffen, Arzneimitteln und anderen medizinischen Gütern besondere Bedeutung zukommen. Die Sicherstellung autarker nationaler und europäischer Produktionen sowie die damit einhergehende größere Unabhängigkeit von asiatischen, russischen und US-amerikanischen Produkten ist eine kurzfristig zu lösende Herausforderung.

e) Das Wissen als Ressource

Krisenentscheidungen fallen unter den Bedingungen von Unsicherheit (Korte/Scobel/Yildiz 2021). Es liegen keine übertragbaren Entscheidungsmuster aus anderen Pandemie-Lagen in der Bundesrepublik vor. Es fällt daher nicht leicht, aus vorangegangenen Einschätzungen die richtigen Schlüsse zu ziehen. Dazu zählt beispielsweise der Bericht des Deutschen Bundestages „Zur Risikoanalyse im Bevölkerungsschutz 2012“ (Bundestagsdrucksache 17/12051 vom 3. Januar 2013). Wissen kann eine Resilienz ermöglichende Ressource sein, mit der sich das Politikmanagement im Kontext von Politikberatung wappnet. Die Corona-Krise ist immer auch eine epistemische Krise. Das gilt im Hinblick auf Wissensressourcen, aber auch den gewandelten Stellenwert des Wissens: Wir erleben die Pluralisierung von Wahrheiten (Blamberger et al. 2018; Mukerji/Mannino 2020). Die Wissensgesellschaft erscheint trotz unterschiedlicher Wahrheitsmärkte im Lichte einer Wissenschaftsgesellschaft. Wissenschaft liefert aber weder einfache noch ewig währende Wahrheiten. Sie liefert immer nur Fakten. Zugleich ist Wissenschaft paradox: Je mehr Wissen sie akkumuliert, desto mehr neue Fragen generiert sie. Demokratie kennt keine politische Entscheidungskraft und keine politische Autorität kraft Wissens. Die informierte, durch wissenschaftliches Wissen untermauerte politische Entscheidung ist nie alternativlos. Sie würde zu einer technokratischen Regierungsform führen, die demokratische Prozesse missachtet (Weick/Sutcliff 2017). Politik steht somit im Spannungsfeld zwischen einem Zuwachs an Information und Fragen, die *rasche* exekutive Handlung erfordern,

¹⁴ Siehe Europäische Kommission (2020), Art. 7, Anhang zum Beschluss der Kommission C(2020) 4192 final vom 18. Juni 2020 über die Genehmigung der Vereinbarung mit den Mitgliedstaaten zur Beschaffung von Covid-19-Impfstoffen im Namen der Mitgliedstaaten und damit verbundener Verfahren.

und der *prozessualen* Einbindung der Parlamente und der Öffentlichkeit, um demokratische Legitimation ihrer Entscheidungen zu erlangen.

f) Die Corona-Pandemie als Chance

Abweichend von anderen Krisen, sind in der Corona-Pandemie alle Bürgerinnen und Bürger betroffen. Aber nicht alle sind gleichermaßen vulnerabel. Corona-Zeiten sind aufklärerische Zeiten. Was vor der Pandemie gut funktionierte, wird ebenso sichtbar wie das, was nicht funktionierte. Die Pandemie verschärft bestehende Ungleichheiten in der Gesellschaft. Die vielfach betonte Vulnerabilität hat insofern nicht nur eine medizinische, sondern auch eine soziologische Dimension. Politische, soziale, ökonomische und psychologische Verwundbarkeiten sind ungleich verteilt. Ungleiche Gemeinschaften (gefühlte oder tatsächlich) sind aber anfälliger für demokratische Krisenerscheinungen: In ihnen sinkt die Demokratiezufriedenheit, die politische Beteiligung, das gesellschaftliche Vertrauen. Trotz der unterschiedlichen Krisen-Erfahrungen entwickelt die politische Corona-Gesellschaft idealerweise genug positive kollektive Erfahrungen, die Pandemie als externen Schock eingeehrt zu haben. Trotz radikaler Einschränkungen hilft Solidarität konstruktiv. Mit großer Konstanz bewerten die Bundesbürgerinnen und Bundesbürger ihre eigene Lebenszufriedenheit und Wirtschaftslage positiver als die allgemeine Lage. Der Staat und seine Bürgerinnen und Bürger sind bisher nicht ihren Ängsten erlegen. Das unterfüttert die politische Mitte. Das stärkt politische Widerstandskräfte gegen Extremismus. Die Bürgerinnen und Bürger haben erfahren, dass sich unser politisches System handlungsfähig und widerstandsfähig zeigt. Das schließt Widerspruch, Demonstrationen, nachlassendes Vertrauen und Kritik nicht aus. Der zum Teil leidenschaftliche Streit zwischen Bürgerinnen und Bürgern und der Bundesregierung und zwischen den Verfassungsorganen untereinander über das richtige Vorgehen in der Pandemie trägt somit zur Stärkung der demokratischen Mitte bei.

Folglich liegt in der Krise die Chance, durch eine kluge Weiterentwicklung der Daseinsvorsorge sozialen Ungleichheiten und Demokratieskepsis gleichermaßen zu begegnen. Wenn es der Politik gelingt, den Austausch mit den Bürgerinnen und Bürgern inklusiv zu gestalten, liegt hierin die Chance auf demokratische Erneuerung. So können sich positive Zukunftserzählungen gegen den wachsenden Markt von Dystopien stemmen. Demokratien mit lebendigem Parlamentarismus und einem funktionierenden Parteienwettbewerb haben hier enormes Potenzial. Sie legitimieren sich durch Kommunikation. Resilienz ermöglichende Strukturen bilden dabei Parlamentsdebatten. Sie sind „das Immunsystem der Republik“. Umso wichtiger bleibt folglich die Forderung, das Primat des Parlaments auch in der Krise zu nutzen – durch Präsenz, mit Debatten und durch die Bindung von exekutiven Verordnungen an die Zustimmung der Landtage bzw. des Bundestags (Hering 2020; Zeh 2020). Narrative und Rechtfertigungen gehören zum positiven Risikowissen, welches Resilienz mit konstituiert (Yildiz 2020). Was soll die Erzählungen prägen: Zusammenarbeit und Hoffnung oder Zwietracht und Verzweiflung? Die Empirie des deutschen Falles belegt, dass sich diskursmächtige Akteurinnen und Akteure – gerade im Deutschen Bundestag – dankenswerter Weise für eine inklusive, depolarisierende und zukunftsorientierte Kommunikationslinie entschieden haben.

4. Zusammenfassung

- Die Institutionen im Gesundheitssystem haben sich bisher bewährt. Die vielen beklagenswerten Todesfälle bleiben dennoch eine Warnung. Das Gesundheitssystem steht unter Druck. Jede der weiter oben aufgelisteten Institutionen ist unter den Bedingungen der Pandemie in ihrer Leistungsfähigkeit weiter zu stärken. Die Handlungsempfehlungen zum Ausbau dieser Kapazitäten zielen auf finanzielle, personelle und digitale Ressourcenstärkungen, intensivere Kooperation sowie die Hierarchisierung von Entscheidungs- und Steuerungswegen.
- Das Ringen um kurz- und langfristige Abwägungen zeigte sich paradigmatisch bei der Impfstoffbeschaffung. Von Beginn an galt die Impfung gegen COVID-19 als vielversprechender Weg zur Bekämpfung der Pandemie. Die Corona-Schutzimpfung ist dabei ein Instrument der Freiheit. In der Umsetzung zeigt sich die Abstimmungsintensität und das Potenzial des Mehrebenensystems der EU gleichermaßen. Von einem gelungenen Impfmanagement in Deutschland wird entscheidend auch das Vertrauen der Bürgerinnen und Bürger in ihren Staat abhängen.
- Die Pandemie löste disruptiven Wandel aus. Das politische Entscheiden stand unter den Bedingungen von Unsicherheit, Ungewissheit, Nichtwissen und Risiko. Die demokratische Gestaltung des Pandemie-Managements bleibt im Stresstest. Die Politik kann die Spannungsfelder, in denen sie sich bewegt, nicht auflösen; der permanente Kreislauf von exekutiver Handlung, kommunikativer Einbettung, Rekalibrierung angesichts

neuer Erkenntnisse und neuer exekutiver Aktion ist eine grundlegende Prämisse demokratischer Systeme im Krisenmodus.

- Eine gelungene politische Kommunikation trägt maßgeblich zur Eindämmung des Virus bei. Sie dient dazu, das Primat der Politik (Freiheit in Verantwortung) zu zentrieren. Gutes Krisenmanagement ist primär auch eine Aufgabe der Kommunikation: Alles ist zu erklären, zu begründen und zu rechtfertigen.
- Gerade um die freiheitliche Grundordnung zu schützen, ist das Dilemma zwischen Freiheit und Gesundheit offen zu kommunizieren. Das Dilemma ist nicht auflösbar. Die Politik entscheidet mit legitimierten Mehrheiten unter Abwägung unterschiedlicher Güter. Sie kann allein durch möglichst empathische Kommunikation und demokratische Rückkopplungsschleifen um eine breite und nachhaltige Zustimmung für ihre Maßnahmen werben.
- Prävention funktioniert nicht mit Hilfe von Repression, sondern durch Stärkung von Einsicht. Unterstützung für fundamentale Veränderungen wird geschaffen durch eine positive Zukunftsaussicht. Hierin liegt die Chance, die Pandemie als Transformationsbeginn zu nutzen.
- Zahlreiche Varianten von komplexer Resilienz machen Politik, Gesellschaft und Wirtschaft krisenfest. Das setzt zwingend voraus: Funktionierende Frühwarnsysteme (Zeitgewinn), ein lernendes und reversibles Politikmanagement, ein offensiver Umgang mit Wissen (und Nichtwissen) in Echtzeit und moderne Steuerungsmechanismen. Um diese Voraussetzungen zu stärken, sind v. a. finanzielle und institutionelle Veränderungen notwendig.
- Die Solidarität der Bürgerinnen und Bürger verhindert die Eskalation der Pandemie. Ohne aktive Mitarbeit der Bürgerschaft kann keine Pandemie bekämpft werden. Die allermeisten Bürgerinnen und Bürger folgen einsichtig und konsequent den Appellen, Wünschen und Anordnungen der Politik. Die Folgebereitschaft hat im Zeitverlauf zwar nachgelassen, trotzdem ist erkennbar, dass sich viele – trotz zum Teil großer Erschöpfung – an die sozialen Normen der zahlreichen Zumutungen (von Abstandsgeboten bis zu Ausgangssperren) halten.
- Der Stellenwert von staatlicher Infrastruktur, Daseinsvorsorge, Gesundheitssicherheit und Versorgungssicherheit verändert sich durch die Pandemie. Diese Infrastruktur aufzubauen, auszuweiten, zu erhalten und mit mehr Reputation zu versehen, führt die Resilienz zum Erfolg. Sorge und Schutz werden damit wieder sichtbarer zur zentralen Aufgabe des Regierungshandelns.

Literaturnachweis zu Teil II.

- Behnke, Nathalie (2020), *Föderalismus in der Corona-Krise?*, in: *Aus Politik und Zeitgeschichte*, Jg. 70, H. 35-37, S. 9-15.
- Blamberger, Günter/Freimuth, Axel/Strohschneider, Peter (Hrsg.) (2018), *Vom Umgang mit Fakten*, Paderborn: Wilhelm Fink.
- Deutscher Bundestag, *Plenarprotokoll 19/203* v. 13. Januar 2021.
- Endreß, Martin/ Maurer, Andrea (Hrsg.) (2015), *Resilienz im Sozialen*, Wiesbaden: Springer VS.
- Europäische Kommission (2020), *Annex to the Commission Decision on approving the agreement with Member States on procuring Covid-19 vaccines on behalf of the Member States and related procedures*, 18.6.20, C2020, 18.6.20, 4192 final, <https://ec.europa.eu/transparency/regdoc/rep/3/2020/EN/C-2020-4192-F1-EN-ANNEX-1-PART-1.PDF> [letzter Zugriff am 02.02.2021].
- Florack, Martin/Korte, Karl-Rudolf/Schwanholz, Julia (Hrsg.) (2021), *Coronakratie. Demokratisches Regieren in Ausnahmezeiten*, Frankfurt/New York: Campus.
- Hering, Hendrik (2020), Die Stunde der Landesparlamente, in: *FAZ*, 10.06.2020, <https://www.faz.net/einspruch/corona-krise-die-stunde-der-landesparlamente-16809716.html> [letzter Zugriff am 16.10.2020].
- Jage-Bowler, Frederic (2020), *Das gesellschaftliche Immunsystem stärken. Elemente eines positiven Risikowissens*, in: *WZB Mitteilungen*, H. 168, S. 79-81.
- Korte, Karl-Rudolf/Scobel, Gert/Yildiz, Taylan (Hrsg.) (2021), *Heuristiken des politischen Entscheidens*, Berlin: Suhrkamp.
- Mukerji, Nikil/Mannino, Adriano (2020), *Covid-19: Was in der Krise zählt. Über Philosophie in Echtzeit*, 4. Aufl. Stuttgart: Reclam.
- Weick, Karl E. /Sutcliff, Kathleen M. (2017), *Das Unerwartete managen*, Berlin: Schäffer-Poeschel Verlag.
- Yildiz, Taylan (2020), *Die Politik von Erzählräumen*. Ein sprachanalytisch-narratives Modell für die Regierungsforschung, in: *Zeitschrift für Politikwissenschaft*, Jg. 30, H. 1, S. 27-51.
- Zeh, Wolfgang (2020), *Zum ausnahmslosen Primat des Parlaments*, in: *Zeitschrift für Parlamentsfragen*, Jg. 51, H. 2, S. 469-473.

III. Stellungnahme der Länder

1. Zuständigkeiten und Kompetenzen

Die bisherigen – und zum jetzigen Zeitpunkt leider noch nicht abschließenden – Erfahrungen haben gezeigt, dass es für eine erfolgreiche Pandemiebewältigung unabdingbar ist, die jeweiligen Aufgaben auf Bundes- und auf Landesebene klar zu definieren. Zusammenwirken und gegenseitiger Austausch der Ebenen – auch ressortübergreifend – sind untrennbarer Bestandteil dieser Definition. Die daraus sich ergebenden Funktionen müssen durch geeignete Strukturen und eine auskömmliche Finanzierung ermöglicht und dauerhaft sichergestellt werden. Dabei sind kurz-, mittel- und langfristige Strukturbildungen zu berücksichtigen, welche die gesellschaftliche Resilienz durch einen gelebten Austausch zwischen politischen Entscheidungsträgern, der Administrative, ausgewiesenen fachlichen Expertiseträgern und den an der Gesundheitsversorgung Beteiligten nicht nur in Krisenzeiten, sondern als kontinuierlichen Prozess unterstützen.

Diese strukturelle Stärkung sollte sowohl in quantitativer Hinsicht bezogen auf die Menge der verfügbaren personellen und sächlichen Ressourcen als auch qualitativ bezogen auf die Kompetenzen und die z. B. digitalen Leistungsmerkmale dieser Ressourcen erfolgen. Dies gilt für das RKI (siehe Punkt III. 1f dieses Berichts) gleichermaßen wie für die Landesgesundheitsbehörden (siehe Punkt 2 dieser Stellungnahme), die Gesundheitsämter vor Ort (Punkt 3), die Krankenhausversorgung (Punkt 4), die ambulante Versorgung (Punkt 5) sowie die pflegerische Versorgung (Punkt 6). Essentiell ist aus Sicht der Länder, die Vollzugsstrukturen von Beginn an mit zu bedenken. Verlässliche Strukturen für einen zeitnahen Austausch unter allen wichtigen Akteuren sowohl auf Bundesebene als auch vor Ort sollten geschaffen werden. Zu den Akteuren gehört auch der Rettungsdienst als verbindendes Element zwischen ambulanter und klinischer Versorgung im Kontext der sektorenübergreifenden Notfallversorgung. Dies hat sich insbesondere im Rahmen des Verlegungsmanagements bei ausgeschöpften klinischen Versorgungskapazitäten gezeigt. Nur so können regionale Kompetenzen und Besonderheiten sinnvoll mit einbezogen werden und Umsetzungsstrategien auch von der operativen Seite begleitet werden.

Die herausragende Bedeutung dieses Aspekts hat sich an der aus Ländersicht ganz hervorragenden Zusammenarbeit mit der Bundeswehr und der Bundesanstalt Technisches Hilfswerk (THW) gezeigt. Deren Einbindung in die operativen Leitungsstäbe der Länder war und ist gewinnbringend und eine entscheidende Konstante in der Pandemiebekämpfung. Diese Form der kooperativen Zusammenarbeit zwischen Bund und Ländern könnte für die noch zu diskutierenden Strukturreformen im Nachgang der Pandemie als Vorbild dienen.

Einige Länder sprechen sich für eine Stärkung der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) aus, um die notwendige Kommunikation mit der Bevölkerung in der Pandemie auf nationaler Ebene zu forcieren.

Eine Stärkung des Europäischen Zentrums für die Prävention und die Kontrolle von Krankheiten (European Centre for Disease Prevention and Control - ECDC) ist im Sinne einer gemeinsamen Strategie zur Bekämpfung dieser Pandemie ebenfalls notwendig.

Diese Stellungnahme kann nur einen Teil der aus der Pandemie gewonnenen Erfahrungen darstellen. Anzumerken ist, dass sich in der Pandemie auch in weiteren Versorgungsfeldern, u. a. in Bezug auf die Aufrechterhaltung der psychotherapeutischen, psychiatrischen und psychosozialen Versorgung, der Sucht- und der Selbsthilfe, bedeutsame Erkenntnisse ergeben haben. So haben Präsenz- und aufsuchende Kontakte im Bereich der psychotherapeutischen, psychiatrischen und psychosozialen Versorgung generell großen Wert, ebenso wie die Erreichbarkeit und die Kontinuität der Versorgung. Von daher hat sich die Möglichkeit zum raschen Wechsel von Versorgungsformen als bedeutsam gezeigt, um Hilfen und Behandlungen unter den erschwerten Bedingungen der Corona-Pandemie erreichbar und aufrecht zu erhalten. Mit dem Ziel schneller und niedrigschwelliger Verfügbarkeit war neben der Ausweitung von online-Formaten auch das Ausweichen auf Telefonkontakte in der Versorgung erforderlich. Zu bezweifeln ist, dass erhebliche Einschränkungen therapeutischer und unterstützender Präsenzkontakte im längerfristigen Verlauf allein durch digitale oder telefonische Kontaktangebote kompensierbar sind.

2. Epidemiologische Surveillance – Stärkung der Kooperationsfähigkeit des RKI

Die epidemiologische Surveillance und aktuelle Analysefähigkeit muss auf allen Ebenen ausgebaut werden. Dazu gehört auch der Ausbau moderner IT-Systeme, um kurzfristig die Erfassung und Auswertung von Forschungsdaten sowie deren Austausch über allen Ebenen zu ermöglichen. Gerade in Pandemiezeiten bilden Daten eine wichtige Grundlage für politische Richtungsentscheidungen. Nur durch einen kurzfristigen und kontinuierlichen Informationsaustausch auf allen Ebenen kann ein bundeseinheitlich abgestimmtes Vorgehen gewährleistet werden. Dies erfordert eine Kooperation des Bundes mit den Landesbehörden und die Einbeziehung unabhängiger Forschungseinrichtungen.

Für die Pandemiebekämpfung sind weiterhin Kooperationen von Universitäten und Hochschulen, oberen und obersten Landesbehörden und den mit der bürgernahen praktischen Umsetzung beauftragten Gesundheitsbehörden auf unterer staatlicher oder kommunaler Ebene erforderlich. Der Bund sollte dabei in den Ländern bereits etablierte Forschungs- und Erkenntnisstrukturen nutzen und auf diese aufbauen; eine isolierte Stärkung der fachlichen und personellen Strukturen des RKI erscheint auch wegen der gebotenen zeitnahen Rückkopplung von Erkenntnissen in den Ländern wenig zielführend.

Was die konkrete Arbeit des RKI betrifft, sollten die Forschungsaktivitäten verstärkt auch in Richtung repräsentativer Studien für Deutschland ausgerichtet werden. Über Hotspot-Analysen hinaus bedarf es mehr aussagekräftiger Analysen, etwa zum tatsächlichen Infektionsgeschehen und zur Dunkelziffer an Infektionen, zum Einfluss von Teststrategien auf die Fallaufdeckung und die Entwicklung von Kennzahlen, zur weitergehenden Auswertung schwerer Krankheitsverläufe nach Altersgruppen, um gezieltere Schutzmaßnahmen ergreifen zu können – möglichst differenziert z. B. nach Alter und soziodemografischen Merkmalen (Beruf, Wohnform/Unterbringung u. a.).

Stärker als bisher sollte die Rolle von Settings im Infektionsgeschehen (z. B. Schule, Supermarkt, ÖPNV), ebenso wie die Bedeutung von Pendlern aus dem Aus- und Inland für das Infektionsgeschehen beleuchtet werden. Eine intensiviertere Beobachtung des Infektionsgeschehens in Settings, von Ausbruchsklustern und der Identifikation von Ansatzpunkten in diffusen Geschehen kann das Handlungsrepertoire für den Infektionsschutz erweitern.

Wissenschaftlich fundierte Prognosemodelle können eine Erweiterung der RKI-Berichterstattung ermöglichen, bei der auch verstärkt auf laienverständliche Kommunikation – ggf. unterstützt durch die BZgA – eine Rolle spielen muss. Entsprechend aufbereitete Ergebnisse der Surveillance und der epidemiologischen Kennzahlen könnten etwa auf einem Dashboard oder einer eigenen Homepage bereitgestellt werden.

3. Öffentlicher Gesundheitsdienst

Der Öffentliche Gesundheitsdienst (ÖGD), der im Schwerpunkt durch die Länder verantwortet wird, ist die dritte wesentliche Säule des deutschen Gesundheitssystems und elementarer Eckpfeiler der gesamtstaatlichen Daseinsvorsorge. In den zurückliegenden Jahren, die geprägt waren von steigendem Wohlstand, höherer Lebenserwartung und hoher allgemeiner Gesundheit, unterlag der ÖGD vielerorts staatlichen Sparanforderungen. Die staatlichen und kommunalen Strukturen des ÖGD wurden unter den Gesichtspunkten der Kosteneffizienz gestrafft. Die Aufgaben insbesondere der Gesundheitsämter wurden währenddessen komplexer und anspruchsvoller. Einer personellen wie materiellen Pandemievorsorge wurde nur eine nachgeordnete Bedeutung zugesprochen. Durch Steleneinsparungen wurde die personelle Regeneration reduziert, was sich aktuell in einer teilweisen Überalterung, insbesondere des ärztlichen Personalkörpers, widerspiegelt.

In dieser Krisensituation wurde deutlich, wie wichtig und existenziell der ÖGD für den Schutz der Gesundheit der Bevölkerung ist. Die Kernaufgaben kann der ÖGD mit den derzeitigen personellen und finanziellen Ressourcen nicht optimal, während der Pandemie in einigen Bereichen sogar gar nicht mehr bewältigen.

Die Bundeskanzlerin und die Regierungschefinnen und Regierungschefs der Länder haben am 29. September 2020 den Pakt für den ÖGD beschlossen. Kernpunkt des Paktes ist eine Förderung des ÖGD mit einem Betrag von 4 Mrd. Euro durch den Bund bis zum Jahr 2026.

Dabei geht es um die Förderung des ÖGD mit den Schwerpunkten Personalaufbau, Attraktivitätssteigerung und Verbesserung der IT-Ausstattung. Der Pakt sieht einen Bundesbeitrag in Höhe von 3,1 Mrd. Euro vor, der im Rahmen der vertikalen Umsatzsteuerverteilung in den Jahren 2021 bis 2026 an die Länder fließen soll. Im ÖGD der Länder und Kommunen sollen bis Ende 2021 mindestens 1.500 neue, unbefristete Vollzeitstellen für Ärztinnen und Ärzte, weiteres Fachpersonal, sowie Verwaltungspersonal geschaffen und besetzt werden. In den Folgejahren sind mindestens weitere 3.500 neue Vollzeitstellen zu schaffen. Bis Ende 2021 erstellt jedes Land ein Personalaufwuchskonzept, in welchem konkrete Pläne für die Umsetzung in den weiteren Jahren, insbesondere für die Schaffung mindestens weiterer 3.500 Vollzeitstellen, dargelegt werden. Basis hierfür ist der Personalstand im ÖGD am 1. Februar 2020.

Das BMG ist der Auffassung, dass alle 3.500 Stellen haushaltswirksam bis Ende 2022 ausgebracht und bis Ende 2023 besetzt werden müssen. Aus mehrheitlicher Sicht der Länder sollten die 3.500 Stellen über die Jahre bis 2026 gestaffelt ausgebracht werden.

Für das Argument, die Stellen gestaffelt über die Jahre bis 2026 auszubringen, spricht, dass

- erst noch eine statistische IST-Standenserhebung bzgl. des aktuell vorhandenen Personals durch das statistische Bundesamt erstellt werden soll,
- die Länder ihre Personalaufwuchskonzepte erst bis 31. Dezember 2021 vorzulegen haben,

- der Bund die Auszahlung der Finanzmittel an die Länder zur Stellenschaffung ebenfalls bis 2026 gestaffelt hat und die Länder nicht in der Lage sind, diese erheblichen Mittel vorzufinanzieren und
- der Arbeitsmarkt, insbesondere bei den Ärzten und den Pflegefachkräften, einen so starken Personalaufwuchs in kurzer Zeit nicht hergibt.

Unklar ist weiterhin, wie eine nachhaltige, über 2026 hinausgehende Finanzierung des Personalaufwuchses erfolgen kann. Hier sind zeitnahe Bund-Länder-Gespräche über eine Verstärkung geboten.

Soll das Ziel der Schaffung von unbefristeten Vollzeitstellen zeitnah erreicht werden, muss den Anstellungsträgern eine entsprechende Finanzierungssicherheit gegeben werden, um eine zeitnahe Umsetzung des dringend benötigten Personalaufbaus in den unteren Gesundheitsbehörden nicht zu gefährden.

Bereits ab 2021 soll eine Attraktivitätssteigerung der Tätigkeit im ÖGD z. B. durch tarifvertragliche oder in der Wirkung gleiche besoldungsrechtliche Maßnahmen erreicht werden.

Mittel- und langfristig soll eine Attraktivitätssteigerung der Tätigkeiten im ÖGD durch verschiedene Maßnahmen wie z. B. Auszahlungen und Stellenhebungen erreicht werden. Auch die Angebote zur Aus- und Weiterbildung im ÖGD sollen verbessert und die Vernetzung mit der Wissenschaft intensiviert werden.

Auch für die Bereiche der Digitalisierung des ÖGD und die Umsetzung internationaler Gesundheitsvorschriften der WHO an Flug- und Seehäfen werden im Rahmen des Paktes für den ÖGD Förderprogramme durch den Bund aufgelegt, die von den Ländern umgesetzt werden sollen.

Im Rahmen des Paktes für den ÖGD werden auch Mittel für die digitale Auf- und Ausrüstung der Gesundheitsämter bereitgestellt.

Die Arbeitsgruppe „AG Grundsatzfragen des ÖGD“ innerhalb der Arbeitsgruppe der Obersten Landesgesundheitsbehörden (AOLG) wird mit weiteren Unterarbeitsgruppen die Umsetzung des Paktes für den ÖGD zwischen den Ländern koordinieren.

4. Krankenhausversorgung

Die grundsätzliche Schlussfolgerung, dass Gesundheitsschutz ein wichtiger Teil der staatlichen Daseinsvorsorge ist, wird insbesondere für die Krankenhausversorgung uneingeschränkt geteilt. Die stationäre Versorgung war bisher zu jedem Zeitpunkt der Pandemie auf hohem Niveau gewährleistet, auch wenn die Kapazitäten je nach Infektionsgeschehen in einzelnen Regionen in Einzelfällen an ihre Grenzen gestoßen sind und elektive Behandlungen zeitweise zurückgestellt werden mussten. Die Krankenhäuser haben im gegenseitigen Zusammenwirken (und ggf. unter Steuerung von regional eingesetzten Koordinationsstrukturen) Großartiges geleistet. Nicht nur vor diesem Hintergrund ist festzuhalten, dass sich Krankenhausplanung und die staatliche Investitionskostenförderung in den Händen der Länder bewährt haben. Die wichtigste Erkenntnis ist deshalb: Grundlegende Änderungen am bisherigen Kurs sind nicht veranlasst. Dies gilt insbesondere auch für die Kompetenzverteilung zwischen Bund und Ländern.

Im Rahmen der Pandemie ist aber auch deutlich geworden, wie wichtig das Schnittstellenmanagement einerseits zur Verhinderung nosokomialer Infektionen sowie andererseits zur Vermeidung von primärer und sekundärer Fehlbelegung ist. Dies erfordert sowohl die umfassende Betreuung im ambulanten Bereich, um die tatsächlich stationär behandlungsbedürftigen Patienten zu erkennen, als auch eine angemessene qualitative und quantitative Ausstattung mit (Kurzzeit-) Pflege- und Rehabilitationseinrichtungen zur ggf. erforderlichen Nachbehandlung. An diesen Stellen sind verbindliche Verfahrensanweisungen inhaltlicher und finanzieller Art erforderlich.

Für den Krankenhausbereich ist es notwendig, bei der Ausgestaltung des Vergütungssystems und bei Qualitätsanforderungen auch künftig darauf zu achten, dass vorhaltende Infrastruktur nicht gefährdet wird und bedarfsnotwendige Krankenhäuser insbesondere auch in der Fläche ihren Betrieb qualitativ hochwertig sowie patienten- und bedarfsgerecht aufrechterhalten können.

Die Pandemie hat gezeigt, dass bei der stationären Behandlung infektiöser Patienten in der Regel bauliche Strukturen, die eine Abtrennung verschiedener Bereiche erlauben, vorteilhaft oder sogar notwendig sind. Festzuhalten ist allerdings, dass es sowohl in den Ländern als auch bei den Trägern kein durchgehend einheitliches Bild gibt.

Grundsätzlich gilt für die Patientenzimmer und Nassräume, ebenso wie für die Dienst-, Pausen- und Umkleeräume des Personals, dass im Zug der Versorgung von COVID-19-Patienten keine grundlegenden baulichen Defizite in den Krankenhäusern aufgetreten sind. Dies gilt insbesondere auch für die Intensivstationen, die maßgeblich von den schwererkranken, zum Teil beatmungspflichtigen Patienten betroffen waren und noch immer sind.

Es gibt keine Notwendigkeit, die Investitionskostenförderung für Krankenhäuser auf eine neue Grundlage zu stellen. An dem bewährten dualen Finanzierungssystem ist festzuhalten. Der pauschal behauptete Investitionsstau besteht so nicht. Richtig ist, dass die Länder in der Verantwortung sind, weiter notwendige Investitionen im Krankenhausbereich zu finanzieren. Dabei kann eine Flankierung durch den Bund sinnvoll sein, um einen außerhalb der akutstationären Regelversorgung liegenden pandemiebedingten Sonderbedarf zu decken. Denn die Herstellung einer „Pandemiefestigkeit“ ist nicht nur die Aufgabe der Länder und der Träger, sondern auch des Bundes.

Ausdrücklich nicht geteilt wird die pauschale und letztlich nicht näher begründete Forderung nach grundlegender Änderung der Krankenhausplanung, die von den Ländern bewährt und krisenfest wahrgenommen wird. Dabei geht es um die Berechtigung und die Verpflichtung eines Krankenhauses zur Behandlung von GKV-Versicherten im Rahmen des Versorgungsauftrags sowie der Berechtigung, dem Grunde nach von der staatlichen Investitionskostenförderung zu profitieren. Nicht nur hinsichtlich der Rechtswirkungen der Krankenhausplanung ist es richtig, diese Bestimmungen föderal auszugestalten und in den Händen der Länder zu belassen, die nicht nur die gewachsene Struktur der Versorgung, sondern auch die gesellschaftlich-politischen Strömungen vor Ort besser einordnen können. Auf diesem Weg kann die notwendige Akzeptanz bei den Versorgern und in der Lokalpolitik hergestellt werden. Die bisher erfolgreiche Bewältigung der Pandemie zeigt, dass dieses System funktioniert. Es trifft zu, dass auf dieser Grundlage die richtigen Maßgaben und Änderungen des Vergütungssystems aufsetzen müssen.

Aus Ländersicht ist zuzustimmen, dass eine grundlegende Überarbeitung des DRG-Systems erforderlich ist. Für eine etwaige Reform des DRG-Systems liegt die ausschließliche Gesetzgebungskompetenz beim Bund. Es hat sich gezeigt, dass die dem derzeitigen Finanzierungssystem zugrundeliegende Prämisse „das Geld folgt der Leistung“ nicht den Anforderungen an die Krankenhäuser als kritische Infrastruktur staatlicher Daseinsvorsorge gerecht wird. Nach den jetzigen Regelungen findet keine Finanzierung der Vorhaltekosten statt, die jedoch für die Bewältigung einer Pandemie und anderer größerer Schadensereignisse von erheblicher Bedeutung sind. Für eine etwaige Reform des DRG-Systems sowie der zugehörigen Abrechnungsregelungen liegt die ausschließliche Gesetzgebungskompetenz beim Bund. Die zahlreichen Änderungen in den letzten Jahren und auch die zuletzt vorgenommene Ausgliederung der Pflegepersonalkosten der Krankenhäuser aus den DRG-Fallpauschalen hat diese Problematik in keiner Weise gelöst. Auch die im Rahmen der Pandemie-Bewältigung kurzfristig eingeführten Regelungen für Ausgleichszahlungen haben keine sachgerechte Abhilfe geschaffen, sondern die Schwächen des Finanzierungssystems aufgezeigt: Fehlende Flexibilität bei der Fallkostenkalkulation (auch nach einem Jahr mit mehreren unterjährigen Datenlieferungen an das InEK sind die tatsächlichen Behandlungskosten für die COVID-19-Fälle nicht bekannt. Kosten, die durch Auflagen der Behörden (aufgrund von Gesetzen und Verordnungen) entstehen sowie Kosten der Kooperation zwischen Krankenhäusern sind ebenso wenig berücksichtigt wie die Kosten für Personalrekrutierung, -qualifizierung und -schutzmaterialien. Deshalb muss das Finanzierungssystem grundlegend überarbeitet und evtl. eine Sockelfinanzierung eingeführt werden, damit die bedarfsnotwendige Krankenhausstruktur in räumlich-technischer und personeller Hinsicht ausfinanziert werden kann und nicht wirtschaftlich gefährdet wird.

Nur durch eine auskömmliche Finanzierung kann es gelingen, eine medizinische Versorgung auf hohem Niveau dauerhaft zu gewährleisten und die Abwärtsspirale von Sparbemühungen, steigender Arbeitsbelastung und damit letztlich sinkender Attraktivität der Gesundheitsberufe für das medizinische und pflegerische Personal zu durchbrechen.

In finanzieller Hinsicht waren die bis Ende September 2020 nach dem COVID-19-Krankenhauserlastungsgesetz geleisteten Ausgleichszahlungen sowie die sogenannte Intensivbettenpauschale wichtig und richtig. Sie haben jedoch nicht allenthalben ausgereicht, um coronabedingte Schieflagen einzelner Krankenhäuser und Reha-Einrichtungen abzufangen. Daher wurden flankierende Landeshilfen gewährt.

Eine Verbesserung des Zusammenspiels zwischen stationärer und ambulanter Versorgung ist ebenfalls richtig. Allerdings ist zu klären, wie die „Neuartigen Versorgungszentren“ in das geltende System eingepasst werden sollen und in welchem Verhältnis sie zu den integrierten Notfallzentren stehen. Die Forderung ergibt sich nicht in erster Linie aus den Erfahrungen der Pandemiebewältigung, sondern vielmehr aus der grundsätzlichen Notwendigkeit, vor Ort Alternativen anbieten zu können, wenn die Krankenhausstruktur weiter dem eingeschlagenen Trend zur Zentralisierung folgt. Hierfür wurden bereits verschiedene fachliche Konzepte erarbeitet (z. B. Konzept „Intersektorales Gesundheitszentrum“; Oberender und Partner bzw. Universität Bayreuth), deren fachlich gut geplante Umsetzung in ganz konkreten Fällen jeweils letztlich an fehlender bundesrechtlicher Anknüpfung und vor allem am Fehlen hinreichender Vergütungsvorschriften gescheitert ist. Diese gilt es nun zu schaffen und dabei insbesondere auf realisierbare, bürokratiearme Vorgaben einerseits und auf ein hinreichendes Vergütungsniveau andererseits zu achten.

Parallel zu den hier angedachten Intersektoralen Gesundheitszentren sollten ambulante Stadtteilgesundheitszentren flächendeckend gefördert werden. Hier hat die Pandemie durchaus die Grenzen der niedergelassenen Arztpraxen aufgezeigt. Multiprofessionelle Stadtteilgesundheitszentren können beispielsweise den Bedarf an medizinischer, sozialer, und psychologischer Versorgung unter einem Dach abdecken, der gerade in der Corona-Pandemie zugenommen hat. Insbesondere präventive Maßnahmen in den kommunalen Lebenswelten tragen bei besonderen Belastungssituationen und chronischen Erkrankungen dazu bei, Gesundheitskompetenz zu verbessern. Wie der Bericht auf S. 41 richtig ausführt „...liegt in der Krise die Chance, durch eine kluge Weiterentwicklung der Daseinsvorsorge soziale Ungleichheiten und Demokratieskepsis gleichermaßen zu begegnen“.

Als ein wichtiges Instrument für das Monitoring der pandemischen Lage und gleichzeitig als Frühwarnsystem sowie als sinnvolles Instrument der stetigen Krankenhausplanung hat sich die Etablierung von IT-gestützten Systemen zur täglichen Erfassung der Bettenkapazitäten in den Krankenhäusern erwiesen. In dieser Frage bestehen umfassende ländereigene Systeme, die die zur Steuerung vor Ort dienen und z. T. umfassendere Inhalte zum Gegenstand haben. Dieses System wird seit der Pandemie durch das vom BMG etablierte DIVI Intensivregister ergänzt. In diesem Zusammenhang wäre es sinnvoll zu prüfen, wie das DIVI Intensivregister an die bewährten Systeme der Länder angeschlossen und wie auf eine bessere Kompatibilität der bestehenden Systeme hingewirkt werden kann, um Doppelstrukturen zu vermeiden. Es ist Aufgabe des RKI hier den Konsens mit den Ländern zu suchen und geeignete Schnittstellen anzubieten. Ob auch über die Dauer der Pandemie hinaus eine tägliche deutschlandweite Erfassung von Krankenhauskapazitäten notwendig ist, gilt es vor dem Hintergrund des in den Krankenhäusern entstehenden Aufwands und der bereits vor Ort im Rettungswesen etablierten Strukturen, die regional bereits einen Überblick über das Versorgungsgeschehen bieten, genauer zu prüfen. Hierbei sind aber ebenfalls technische Entwicklungen zu berücksichtigen, die zukünftig eine automatische Datenübermittlung aus bestehenden Krankenhaus-Informationssystemen ermöglichen ohne dass ein zusätzlicher Aufwand für die einzelnen Häuser entsteht.

In der Sache ist festzustellen, dass der Aufwand zurzeit in den Krankenhäusern sehr groß ist – so wie die Dokumentations- und Meldelasten insgesamt. Deshalb sollte hier eine Überprüfung auch mit dem Ziel der Reduktion dieses Aufwandes stattfinden.

Zwingend erscheint, eine verbindliche bundesgesetzliche Regelung für die Erstattung der Transportkosten für „pandemiebedingte Verlegungen“ zu treffen. Dies betrifft Verlegungen im Rahmen der landes- oder bundesweiten Verlegungskonzepte, die nicht das „nächstgelegene geeignete Krankenhaus“ zum Ziel haben.

Richtig ist, dass in der Corona-Pandemie der bereits zuvor bestehende Personalmangel im Intensivpflegebereich besonders stark zu Tage getreten ist. Insbesondere hierdurch werden Intensivbettenkapazitäten zum Engpassfaktor. Die Pandemie hat ebenfalls noch einmal verdeutlicht – wie bereits einige Influenza-Episoden in den Vorjahren – wie wichtig der vorbeugende und betriebliche Gesundheitsschutz für Mitarbeiter des Gesundheitswesens ist. Hierauf ist ein größeres Augenmerk zu richten, um die ohnehin knappen Ressourcen nicht weiter zu reduzieren.

Die bestehenden Konzepte zur Fort- und Weiterbildung von Pflegepersonal für die Intensivpflege stellen hierbei aus Ländersicht nicht den Engpassfaktor dar. Es mangelt vielmehr an Interessierten, die sich dem Berufsbild Pflegefachfrau bzw. Pflegefachmann verschreiben möchten, im Besonderen fehlen Intensivpflegekräfte und Pflegefachkräfte auf der Normalstation. Es gilt hier, die Rahmenbedingungen weiter zu verbessern, um das Berufsbild attraktiver zu machen.

Es muss daher alles für eine ständige Weiterqualifizierung sowie für die Schaffung angemessener Rahmenbedingungen (insbesondere leistungsgerechte Bezahlung des pflegerischen Personals in Krankenhäusern) getan werden. Die Gewährung von Pflegeboni sind zu begrüßen, aber einschließlich der Aufstockung durch die Länder allenfalls nur ein Signal. Es bedarf langfristiger struktureller Verbesserungen, insbesondere im tariflichen Bereich.

Datenbanken zur Erfassung des vorhandenen ärztlichen und pflegerischen Personals haben sich als hilfreich erwiesen, um regionale Personalengpässe auszugleichen. Eine deutschlandweite Verteilung von Personal erscheint allerdings nicht realistisch umsetzbar, sodass eine zentrale Datenbank letztlich nur einen beschränkten Mehrwert haben dürfte.

Bei einer Bevorratung von medizinisch-technischen Geräten darf nicht nur die reine Anzahl der Geräte in die Überlegungen einbezogen werden, sondern auch das für deren Anwendung und Betrieb benötigte qualifizierte Personal, das einen, um nicht zu sagen den Engpassfaktor darstellt.

Ausgleichszahlungen nach § 21 Absatz 1a KHG

Mit dem Beschluss zum Dritten Bevölkerungsschutzgesetz sowie mit den nachfolgenden Verordnungsänderungen hat der Bund auf das dynamische Infektionsgeschehen und die erneuten Vergütungsausfälle infolge coronabedingt leerstehender Betten reagiert. Im Vorfeld haben sich die Länder indes deutlich für die Ausweitung der anspruchsberechtigten Krankenhäuser und auch für ein deutlich einfacheres Verfahren ausgesprochen. Das neue Verfahren hat die Länder vor ganz erhebliche Herausforderungen gestellt, die nur mit hohem bürokratischen Aufwand gemeistert werden konnten. Die beiden Verordnungsänderungen des Bundes haben diesen Aufwand nochmals verstärkt.

Gegenüber dem Verfahren von März bis September 2020 hat sich das Verfahren nun erheblich geändert. Dem eigentlichen Meldeverfahren der antragsberechtigten Krankenhäuser geht ein komplexes und vielschichtiges Bestimmungsverfahren voraus. Die besagten Änderungsverordnungen müssen entsprechend umgesetzt und nachvollzogen werden. Die ständige schiebchenweise Verlängerung der ohnehin komplexen Regelung schafft überdies weder für Verwaltung in Ansehung der Umsetzung noch für die Krankenhäuser Planungssicherheit. Aufgrund der Virusmutationen und der parallel nicht absehbaren Auswirkungen der anstehenden Lockerungen auf das Infektionsgeschehen sowie auf die Krankenhauskapazitäten wäre Planungssicherheit begrüßenswert, da die Situation zwar aktuell stabil aber gleichwohl fragil ist und jederzeit wieder kippen kann.

Für den Bereich der Krankenhausversorgung lässt sich als klare Erkenntnis aus dem bisherigen Krisengeschehen die Notwendigkeit feststellen, flächendeckende Strukturen und ein aufeinander abgestimmtes System sich ergänzender Krankenhäuser zu erhalten. Hierfür erweisen sich pauschale Qualitätsvorgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA), die oftmals nicht erfüllbar sind, und daran anknüpfende Vergütungs- oder andere Sanktionsmechanismen als demotivierend. Wie in der Stellungnahme angesprochen, ist es vielmehr notwendig, auch vorhaltende Leistungsaspekte ausreichend zu vergüten und landesrechtliche Ausnahmen von zentralen Vorgaben verstärkt zuzulassen, damit nicht im Ausgangspunkt wohlgemeinte Qualitätsanforderungen die konkrete Versorgung vor Ort gefährden.

Die Vorschläge zur Stärkung des Bundesamts für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe (BKK) werden entschieden abgelehnt. Eine Medizinische Task Force (MTF) ist ein Instrument zur Bewältigung kurzfristiger Bedarfe (Zugunglück, Flugzeugabsturz etc.). Dieses ist nicht zur Bewältigung einer Pandemie geeignet. Anstelle dessen muss die Bewältigung einer Pandemie durch hinreichend leistungsfähige Krankenhäuser sichergestellt werden.

5. Ambulante ärztliche Versorgung

Neben den wirksamen und anspruchsvollen Maßnahmen in der stationären Versorgung hat der ambulante Versorgungsbereich mit seinen vertragsärztlichen Praxisstrukturen rund 80 Prozent der mit dem SARS-CoV-2-Virus infizierten Patientinnen und Patienten versorgen können. Die vertragsärztlichen Einrichtungen haben flexibel und schnell spezifische Versorgungsstrukturen für an COVID-19 Erkrankte, z.B. besondere Fieberambulanzen oder Corona-Schwerpunktpraxen eingerichtet, um eine weitere Vermischung und Verbreitung des SARS-CoV-2-Virus in der Arztpraxis zu vermeiden. Zudem waren es die Arztpraxen und Strukturen der Kassenärztlichen Vereinigungen, die von Anfang an in die Einrichtung der wichtigen Teststrukturen einbezogen wurden und die Testungen zu einem Großteil durchgeführt haben.

So haben die Entscheidungen des G-BA über Erleichterungen in der Leistungserbringung und zur Etablierung von telemedizinischen Versorgungsangeboten (z. B. Video- oder Telefonsprechstunde, E-Rezept, elektronische Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung, telefonische Krankmeldung) wesentlich dazu beigetragen, die medizinische Versorgung und Behandlung der Patientinnen und Patienten auch unter Pandemiebedingungen sicherzustellen. Diese jeweils zeitlich befristeten Erleichterungen haben sich im Pandemiefall bewährt und sind daher in einer zukünftigen Regelversorgung nicht mehr wegzudenken. Zur Sicherstellung dieser telemedizinischen Angebote und Strukturen gehören hierzu neben der sicheren Vernetzung von Praxen (Datensicherheit, verbindliche Regelungen für die technische Ausstattung) auch zwangsläufig die notwendigen sowie angemessenen Abrechnungsmöglichkeiten für die Vertragsärztinnen und Vertragsärzte.

Die bereits oben beschriebene Weiterentwicklung sektorenübergreifender Strukturen inklusive der Schaffung rechtlicher Grundlagen ist auch aus Sicht der Leistungserbringer in der ambulanten Versorgung eine wesentliche Forderung zur Sicherstellung und zum Erhalt der ambulanten Strukturen. Damit die Strukturen auch nach einer Pandemie vorhanden sind, bedarf es der notwendigen Regelungen im Zusammenhang der Honorarvereinbarungen nach dem SGB V. Der Rettungsschirm für die ambulante vertragsärztliche wie im Übrigen auch für die vertrags-

zahnärztliche Versorgung in 2020 war und ist das richtige Signal, dass Bund und Länder die notwendigen Rechtsgrundlagen schaffen, damit im Verhältnis der Selbstverwaltungspartner die finanzielle Basis für den Fortbestand der Versorgungsstrukturen geschaffen werden konnte. Bund und Länder sollten daher nicht nachlassen, diese Vereinbarungsmöglichkeiten zu erhalten, denn auch nach einem Ende der Pandemie werden ambulante Versorgungseinrichtungen für die Patientinnen und Patienten dringend benötigt.

Das deutsche Gesundheitswesen genießt einen hervorragenden Ruf, so dass auch Bund und Länder in der Pflicht sind, die erforderlichen Rahmenbedingungen bereitzustellen. Die Digitalisierung im Gesundheitswesen wird hierzu sicher einen wichtigen Beitrag leisten, allerdings ist das persönliche Patienten-Arzt-Gespräch nicht ersetzbar. Telemedizinische Versorgungsformen können daher den Besuch und die Behandlung in der Haus- oder Facharztpraxis nicht ersetzen, sondern sie sollen entlasten und unterstützen, um die zwingend notwendigen persönlichen Kontakte zwischen Patientin/Patient und Ärztin/Arzt auch in Zukunft zu erhalten. Die Wege und Strecken zu einer fachärztlichen Versorgung werden schon heute länger, es sollte aber in Zukunft nicht ausschließlich über „Datenautobahnen“ eine ambulante fachärztliche Versorgung stattfinden.

6. Pflegerische Versorgung

Im Bericht wird die Langzeitpflege leider gar nicht erwähnt. Dies ist umso erstaunlicher, als dass geschätzt werden kann, dass bis Januar 2021 rund die Hälfte aller an oder mit SARS-CoV-2 Verstorbenen Bewohnerinnen und Bewohner von vollstationären Pflegeeinrichtungen waren. Hier lebt eine Personengruppe, die derart vulnerabel ist, dass von den Infizierten 20 bis 25 Prozent verstorben sind. Durch das enge Zusammenleben dieser Personengruppe und die Unmöglichkeit, dauerhaft Abstände einzuhalten, hat das Virus dort ideale Verbreitungsbedingungen gefunden. Zusätzlich sind in einigen Einrichtungen die Personalausstattung und die Versorgungsqualität schon vor der Pandemie an der Grenze des Tragbaren gewesen. Darüber hinaus sind in Pflegeeinrichtungen die infektionsprophylaktisch notwendigen Schutzmaßnahmen, insbesondere Kontakteinschränkungen und Abstände, besonders ambivalent und oft – bei vielen demenzkranken Bewohnerinnen und Bewohnern – nicht vermittelbar und Leid erzeugend.

In der häuslichen Pflege waren Pflegebedürftige und ihre Angehörigen durch die Schließung von Entlastungsangeboten auf viele Arten, auch finanziell betroffen und teilweise auf sich gestellt.

Auch für die pflegerische Versorgung müssen aus der Pandemie Schlussfolgerungen gezogen werden. Die Verletzlichkeit von Menschen in der institutionalisierten Pflege (Pflegebedürftige und Beschäftigte) muss im Blickfeld bleiben. Das beginnt mit der Vorhaltung von persönlicher Schutzausrüstung und dem Ausbau der Digitalisierung. Zu entwickeln sind auch kleinräumigere Versorgungsformen, zu verbessern ist die Personalausstattung. Pflegenden Angehörige müssen noch besser unterstützt werden. Wesentliche Fortschritte sind nur Rahmen einer Reform der Pflegeversicherung zu erreichen.

7. Versorgung mit Arzneimitteln, Medizinprodukten und Persönlicher Schutzausrüstung

Europa muss bei der Versorgung mit kritischen Arzneimitteln und Medizinprodukten sowie Persönlicher Schutzausrüstung (PSA) nicht nur souverän, sondern autark sein. Für eine krisensichere Versorgung bieten diversifizierte Lieferketten und erweiterte Vorrathaltung allein keine ausreichende Absicherung. Dies hat diese Pandemie mehrfach gezeigt. Die Bundesregierung sollte zusammen mit Wissenschaft und Wirtschaft einen regelmäßigen Dialog anstoßen, der relevante Versorgungsbereiche und Schlüsseltechnologien systematisch im Blick hat. Für die versorgungsrelevanten Arzneimittel, Medizinprodukte und Gegenstände der PSA sowie ggf. (Hände-)Desinfektionsmittel müssen in Europa ausreichende Produktionskapazitäten vorhanden sein, um die Abhängigkeit von China/Indien aufzulösen. Die Förderung nationaler Arzneimittelforschung und -produktion muss zwischen Bund und Ländern besser koordiniert und wirksamer/ergebnisorientierter umgesetzt werden. Gleiches gilt für die Entwicklung und/oder Produktion von (intensivmedizinischen) Medizinprodukten und PSA. Für die Vermeidung und Minimierung von Lieferengpässen müssen allen beteiligten Akteuren frühestmögliche und verlässliche Informationen bezüglich der Verfügbarkeit von Arzneimitteln, Medizinprodukten und PSA zur Verfügung stehen, um zeitnah reagieren zu können. Der Jour Fixe zum Thema „Liefer- und Versorgungsengpässe“ beim BfArM hat hierzu zahlreiche Lösungsansätze entwickelt, die umgesetzt werden müssen.

Die Corona-Krise hat die Verwundbarkeit der Arzneimittelversorgung insbesondere im Bereich der Intensivmedizin herausgestellt. Es existiert zwar beim BfArM eine Liste der versorgungsrelevanten Arzneimittel/Wirkstoffe, aber es gibt derzeit weder eine nationale noch eine einheitliche verfolgte europäische Strategie aller Mitgliedsstaaten, die die Versorgung wirksam sicherstellt.

Die Bedeutung der versorgungsrelevanten Arzneimittel wird einerseits politisch immer wieder betont, andererseits beeinflussen Kostendämpfungsmaßnahmen der GKV die Standortbedingungen der Pharmaindustrie und damit indirekt die Versorgungssicherheit in Deutschland negativ. Wenn Rabattverträge für versorgungsrelevante Arzneimittel ausgeschrieben werden, sollten immer mindestens drei Pharmaunternehmen unter Vertrag genommen werden und Unternehmen, die in Europa produzieren lassen, zwingend bevorzugt werden, wenn nachgewiesen wird, dass dadurch die Arzneimittelversorgung nachhaltig sichergestellt wird

Um im Falle von Versorgungsmängel zeitnah und adäquat reagieren zu können, müssen die zuständigen Behörden des Bundes und der Länder angemessen mit qualifiziertem Personal ausgestattet sein.

Zum Aufbau einer nationalen Reserve im Gesundheitswesen ist zu bemerken, dass die Initiativen auf Ebene des Bundes, der Länder und der Kommunen dringend koordiniert werden sollten.

