



Schriftliche Stellungnahme der Landesärztekammer Baden-Württemberg und Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg für die Enquetekommission "Krisenfeste Gesellschaft"

Mit Schreiben vom 4. Oktober 2022 wurden die Landesärztekammer Baden-Württemberg und die Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg zu einer schriftlichen Stellungnahme zum Thema „Krisenfeste Gesellschaft“ aufgefordert. Aufgrund der großen Expertise im Bereich der Gesundheitsversorgung und -vorsorge sollen Fragen des ersten Handlungsfelds der Enquetekommission (s. unten) beantwortet sowie konkrete Handlungsempfehlungen unterbreitet werden.

„Die Enquetekommission soll Handlungsempfehlungen entwickeln, die geeignet sind,

- a) unsere Gesundheitsversorgung und -infrastruktur im Land resilienter, d. h. vor allem belastbar, flexibel, reaktionsschnell und unabhängig aufzustellen;
- b) die Krisenvorsorge und -reaktion insbesondere bei Pandemien und bisher unbekanntem Krankheiten zu verbessern;
- c) Instrumentarien der Pandemiebekämpfung zu identifizieren oder weiterzuentwickeln, die im Rahmen einer Krisenvorsorge im Vorfeld konzipiert, getestet und für mögliche künftige Pandemien vorgehalten werden sollten;
- d) die Stärke und Reaktionsfähigkeit des Forschungsstandorts Baden-Württemberg in Medizin und Gesundheit zu erhalten und zu verbessern;
- e) die Unternehmen der Gesundheitswirtschaft in Baden-Württemberg zu stärken und zu vernetzen;
- f) dabei Verknüpfungen zwischen unterschiedlichen Krisenarten zu berücksichtigen;
- g) bevölkerungsbezogen die Gesundheitskompetenz zu verbessern und den Stellenwert von Gesundheitsförderung und Prävention weiter zu erhöhen, sodass auch bisher nicht erreichte Bevölkerungsgruppen über Gesundheitsförderung und Prävention informiert werden können.“

Beide zur Stellungnahme aufgeforderten Körperschaften haben auf verschiedenen Wegen ihren Beitrag zur Pandemiebekämpfung geleistet. Die Stellungnahmen werden im Folgenden nacheinander dargestellt.

1. Stellungnahme der Landesärztekammer Baden-Württemberg

a) unsere Gesundheitsversorgung und -infrastruktur im Land resilienter, d. h. vor allem belastbar, flexibel, reaktionsschnell und unabhängig aufzustellen;

Das Gesundheitswesen in Deutschland ist mit seinen Einrichtungen dem Grunde nach gut aufgestellt. ABER: Das Gesundheitswesen in Deutschland war und ist in der Corona-Pandemie enorm belastet. Auf diese Ausweitung war und ist das überwiegend auf Kosteneffizienz getrimmte System nicht vorbereitet.

Eine der wichtigsten Lehren aus der Pandemie ist, leistungsstarke Strukturen unseres Gesundheitswesens zu sichern, statt sie auszudünnen und auf reine Kosteneffizienz zu trimmen.

Das Sozialgesetzbuch V fordert „eine bedarfsgerechte und gleichmäßige, dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechende Versorgung“ (§ 70 Abs. 1 Satz 1 SGB V). Dieser Grundsatz basiert auf den Regeln der Daseinsvorsorge des Staates. Allerdings ist dies aktuell lediglich für die Regelversorgung umgesetzt, ohne Berücksichtigung von Sondersituationen wie einer Pandemie, Naturkatastrophen und anderen allgemeinen Notlagen mit Auswirkung auf größere Teile der Bevölkerung. Gut erkennbar war dies am Beispiel der Starkregenereignisse im Ahrtal. Bis zum Eintritt der Schadenlage konnte die Bevölkerung rettungsdienstlich durch den bodengebundenen Regelrettungsdienst versorgt werden. Ungeachtet der eigenen Betroffenheit ist es dem Regelrettungsdienst bis viele Wochen nach dem eigentlichen Ereignis nicht gelungen, in den Regelbetrieb überzugehen. Ähnliche Erfahrungen haben wir in der ambulanten Versorgung in den Arztpraxen und in anderen Bereichen, teilweise bis hin zur öffentlichen Verwaltung, gemacht.

Für die Vorhaltung von Behandlungsangeboten bedeutet dies: Sie müssen nach Anzahl, räumlicher Verteilung, fachlicher Ausrichtung und personeller wie technischer Ausstattung so bemessen sein, dass auch in Krisensituationen ein möglichst uneingeschränkter Zugang der Bevölkerung möglich ist.

Für künftige Krisen sind auch in der Gesundheitsversorgung entsprechende Reserven einzuplanen und vorzuhalten.

Ist eine derartige Planung und Vorhaltung gewährleistet, so kann der Gesundheitssektor auch Funktionen der erweiterten Daseinsvorsorge übernehmen durch eine schnelle Erreichbarkeit und damit Wohnortnähe der Versorgungseinrichtungen insbesondere in Notfällen und in Krisenzeiten.

Die Landesärztekammer hat als Körperschaft des öffentlichen Rechts selbst in der Corona-Krise neue Aufgaben in der Krisenbewältigung übernommen. Sie setzt sich im Zuge der Aufarbeitung und Bewertung der einzelnen Schritte mit den gemachten Erfahrungen, insbesondere aber auch mit den neuen Lösungsansätzen auseinander. Dies muss ein Prozess werden, der auch zwischen den beteiligten Körperschaften und Organisationen stattfindet.

Eine interdisziplinäre Beratung der Anforderungen an das Gesundheitswesen in verschiedenen Krisenszenarien ist notwendig.

Gern wollen wir uns als einzige ärztliche Organisation, in der alle Kolleginnen und Kollegen vertreten sind, hier einbringen.

Ein wichtiger Aspekt ist eine weitere Stärkung der Notfallversorgung. Hier muss bei der aktuell anstehenden Diskussion der Aufgabenverteilung für die Regelversorgung der Krisenfall stets mitgedacht werden. Dies gilt von der Disposition über die primäre ambulante ärztliche Notfallversorgung und den Rettungsdienst bis hin zu einer gestuften interdisziplinären Sichtung, Verteilung und schließlich der definitiven Versorgung in den ambulanten Strukturen und in unseren Kliniken.

Der Katastrophenschutz in Baden-Württemberg allein ist nicht in der Lage, in Krisenzeiten die Gesundheitsversorgung aufrecht zu erhalten. Er wirkt additiv zu den bestehenden Strukturen im Gesundheitswesen und stärkt diese.

Ärztliches Handeln ist ein wesentlicher Baustein der Gesundheitsversorgung.

In Deutschland existiert keine strukturierte und organisierte Erfassung von hilfswilligen Ärztinnen und Ärzten, die nicht in die Regelversorgung eingebunden sind.

Die Corona-Krise hat uns gezeigt, dass hier ein nicht zu unterschätzendes Potenzial besteht, das unter Umständen mobilisiert werden kann, ggf. sogar mobilisiert werden muss.

Anmerkung: Die Landesärztekammer Baden-Württemberg hat bereits zu Anfang der Pandemie einen Pool an nicht in die Regelversorgung eingebundenen Ärztinnen und Ärzten aufgebaut. Dieser hat nach kurzer Zeit eine Datei mit rund 7.000 Freiwilligen umfasst. Später wurde diese Datei durch ein passgenaues Vermittlungstool (IZmed) abgelöst, wodurch eine viele Ärztinnen und Ärzte an Test- und Impfzentren, Krankenhäuser, Gesundheitsämter etc. vermittelt werden konnten. Auch die kurzfristig eingerichtete Aufklärungs-Hotline der Landesärztekammer zur Unterstützung der Mobilen Impfteams konnte dadurch innerhalb weniger Stunden mit ausreichend ärztlichem Personal versorgt werden.

Im Bedarfsfall kann über die Ärztekammer schnell ein Pool an ungebundenen, nicht an der Regelversorgung teilnehmenden Ärztinnen und Ärzten abgerufen werden.

In Baden-Württemberg hatten wir eine gute und bewährte Tradition der Notfallversorgung mit einer gemeinsamen Annahme aller nichtpolizeilichen Hilfeersuchen bei den Integrierten Leitstellen. Aufgrund von Bundesvorgaben zur Vereinheitlichung des Ärztlichen Notfalldienstes als Teil des Sicherstellungsauftrags der Kassenärztlichen Vereinigungen wurde diese bewährte Praxis aufgegeben. Wir sind damit auf dem Weg zu einer Integrierten Notfallversorgung einen Schritt hinter das Erreichte zurückgefallen.

Medizinische Hilfeersuchen / „Notrufe“ sollen bei der Integrierten Leitstelle gebündelt angenommen und disponiert werden.

Das lässt sich sowohl rechtfertigen als auch finanzieren, da die Kosten für den Rettungsdienst in Baden-Württemberg deutlich unter denen anderer Bundesländer liegen. Ein Lösungsansatz könnte sein, dass die bundesweit eingeführte Servicenummer 116 117 für den Teilbereich der medizinischen Notfälle wieder primär bei der Leitstelle aufgeschaltet wird und dann nach einer schnellen Ersteinschätzung entweder in den Bereich der kassenärztlichen Versorgung oder an den Rettungsdienst übergeben wird. Schon im Regelbetrieb sind hier Probleme erkennbar, die im Krisenfall die Versorgung unter Umständen zum Erliegen bringen.

Krisenvorsorge bedeutet auch Einüben von Prozessen. Je ähnlicher die Abläufe der Regelversorgung denen in der Krise sind, desto besser werden sie greifen.

Dort, wo zusätzliche Prozesse außerhalb der Routine zuverlässig funktionieren müssen, bedarf es einer kontinuierlichen Übung und Überprüfung. Wie die Feuerwehr müssen auch Kliniken und Praxen auf entsprechende Krisenszenarien vorbereitet werden.

Krisenübungen sind übergreifend zu planen und zu finanzieren.

b) die Krisenvorsorge und -reaktion insbesondere bei Pandemien und bisher unbekanntem Krankheiten zu verbessern;

Auch für die Bewältigung einer pandemischen Lage bedarf es eingespielter Abläufe und ausreichender Ressourcen.

Die etablierten Mechanismen der Gefahrenabwehr sind anzuwenden.

- operativer Stab

- Verwaltungsstab mit Fachberatern und Experten

(vgl. Führungsvorgabe nach DV 100)

Seit Jahrzehnten werden alle Beteiligten in der Gefahrenabwehr nach derselben verbindlichen Dienstvorschrift (DV 100) ausgebildet und trainiert. Vom Polizeibeamten bis zum Leitenden Notarzt wird in derselben Sprache kommuniziert, sie wird von allen verstanden.

Die Corona-Pandemie war einerseits eine besondere medizinische Lage, eine medizinische Bedrohungslage ohne konkrete Schadenlage, andererseits in der Umsetzung, insbesondere vor Ort eine operative Lage.

Hierbei sind die Regelversorgung mit besonderen Maßnahmen und operativ-taktische Maßnahmen aus der Gefahrenabwehr aufeinandergetroffen, teils mit erheblichen Kommunikationsproblemen.

Positiv ausgewirkt hat sich dabei, dass sich vielerorts die jeweils Verantwortlichen aus anderen Kontexten bereits kannten, entsprechend dem Grundsatz „in Krisen Köpfe kennen“.

Grundsätzlich sind daher ärztliche Krisenverantwortliche auf Landes-, Bezirks- und Kreisebene und ggf. darunter bereits im Vorfeld einer Krise zu benennen und in die Informationskette und Stabsrahmenübungen einzubeziehen. Auch beim Ausfall digitaler Kommunikation muss eine ortsnahe Basiskommunikation gewährleistet sein (bspw. Ausfall von Mobilfunknetz, Internet, Stromversorgung). Dies kann nur auf kommunaler Ebene geleistet werden.

Verantwortliche aus Kommunen – Bürgermeister, Orts- oder Bezirksvorsteher etc. – müssen verlässlich ihre direkten Ansprechpartner aus der Ärzteschaft kennen und erreichen können.

Die Landesärztekammer hat Strukturen in Form der Kreisärzteschaften etabliert und kann auf dieser Basis eine ärztliche Informationskette aufbauen, die dann mit Kreisen, Bezirken und dem Land vernetzt werden muss. Dieses Verfahren ist zu institutionalisieren.

Diese Ärztinnen und Ärzte müssen wiederum ihre Kolleginnen und Kollegen kennen und erreichen können.

In jedem Fall müssen die Mitglieder der Informationskette, aber auch alle niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte sowie die Kliniken, über eine Bevorrechtigung nach dem Telekommunikationsgesetz verfügen.

Das ist bereits heute vorgesehen, muss aber konsequent umgesetzt werden. Darüber hinaus ist zu prüfen, wie eine möglichst zuverlässige Stromversorgung für alle Einrichtungen des Gesundheitswesens zu gewährleisten ist. Neben den Kliniken sollten auch niedergelassene Praxen bevorzugt mit elektrischer Energie versorgt werden.

Neben den organisatorischen und führungsbezogenen Themen gehören zu einer Krisenvorsorge und -reaktion auch die Themen Schutzausstattung, technische Ausrüstung und Verbrauchsmittel.

Schutzausstattung und weitere Ausrüstung und Verbrauchsmittel müssen verlässlich vorgehalten und finanziert sein.

c) Instrumentarien der Pandemiebekämpfung zu identifizieren oder weiterzuentwickeln, die im Rahmen einer Krisenvorsorge im Vorfeld konzipiert, getestet und für mögliche künftige Pandemien vorgehalten werden sollten;

Allgemein besteht die Notwendigkeit, den Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD) dauerhaft zu stärken. Zu den grundlegenden Aufgaben des ÖGD in Zeiten einer epidemischen Lage von

nationaler Tragweite gehören die Kontaktpersonennachverfolgung und das Quarantäne-Management von Infizierten und Verdachtsfällen.

Der Öffentliche Gesundheitsdienst (ÖGD) muss gestärkt werden.

Für diese Aufgaben muss der ÖGD ausgebaut und zunehmend digital vernetzt werden. Bereits im Vorfeld einer möglichen Pandemie muss aufgrund der Corona-Erfahrungen das Test- und Meldewesen, das Kontaktpersonenmanagement, die Quarantänebegleitung und die Vermittlung konkreter medizinischer Hilfe vorbereitet werden, auch bei einer großer Anzahl Betroffener und unter schwierigen Bedingungen.

In allen Einrichtungen des Gesundheitswesens muss ein Vorrat an persönlicher Schutzausrüstung vorgehalten werden, gestuft nach Infektiosität eines potenziellen Erregers.

In den Gesundheitsämtern müssen ebenso wie in den Versorgungseinrichtungen Vorentscheidungen getroffen werden, welche Aufgaben bei akuter Ressourcenknappheit zurückgestellt werden und welche Aufgaben Vorrang haben.

Das Aussetzen bestimmter Vorschriften kann im Vorfeld durchdacht und vorbereitet werden, so dass zumindest dadurch im Krisenfall nicht mehr Entscheidungsprozesse anfallen als unbedingt nötig. Die lange Zeit nicht geklärte Finanzierung zwischen Land und Landkreisen zur Beschäftigung von zusätzlichem Fachpersonal in den Kreisgesundheitsämtern war ein Hemmnis. Ein vorbereitetes „Krisenprogramm“ auch für die zahlreichen Überwachungspflichten ist wünschenswert.

Personalressourcen aus Bereichen, die in der Pandemie weniger beansprucht wurden – z.B. im Bereich individueller Dienstleistungen oder im Kulturbereich –, können bereits vorab disponiert werden. Während Friseurinnen und Friseure und Kulturschaffende im Lockdown zu Hause bleiben mussten, wurden z. B. im Klinikbereich oder in den Gesundheitsämtern Bundeswehrangehörige teils komplett fachfremd eingesetzt. Es sind Krisenszenarien denkbar, die keine Schwächung der militärischen Kräfte zulassen.

Eine Zuordnung der verschiedenen Berufsgruppen in solche, die in jedem Fall an ihrem Platz sein müssen, und in solche, die ggf. den Aufbau anderer Bereiche unterstützen können, gehört zu einer ernsthaften Krisenvorsorge.

Idealerweise kann vorab eine erste Zuordnung getroffen werden. Zumindest ist eine Zuordnung zu einem bestimmten „Krisenkontingent“ denkbar, sodass jede Bürgerin und jeder Bürger weiß, wo er im Bedarfsfall unterstützen könnte. Hier ist neben einer Fachplanung eine breite gesellschaftliche Diskussion erforderlich bis hin zur Frage einer Zuordnung der Bürgerinnen und Bürger nach den Fähigkeiten, die ggf. in einem sozialen / gesellschaftlichen Pflichtjahr erworben werden könnten.

d) die Stärke und Reaktionsfähigkeit des Forschungsstandorts Baden-Württemberg in Medizin und Gesundheit zu erhalten und zu verbessern;

Die Landesärztekammer Baden-Württemberg regt an, dass die Universitäten, insbesondere die medizinischen Fakultäten und Universitätskliniken, gemeinsam mit den ärztlichen Körperschaften und weiteren Partnern Grundsätze erarbeiten, die der Stärkung und Steigerung der Reaktionsfähigkeit des Forschungsstandorts Baden-Württemberg in Medizin und Gesundheit dienen.

Die Ethikkommission der Landesärztekammer Baden-Württemberg hat im Zusammenhang mit der Beurteilung verschiedener Corona-Impfstoffstudien einen Teilaspekt der Forschung zur Pandemiebewältigung beigetragen. Hier musste der Arbeitsanfall innerhalb kürzester Zeit vervielfacht werden.

Gern unterstützt die Landesärztekammer auch bei weiteren Überlegungen zur Vorbereitung einer schnellen Reaktionsfähigkeit der Forschung in Krisenzeiten.

e) die Unternehmen der Gesundheitswirtschaft in Baden-Württemberg zu stärken und zu vernetzen;

Als Kammer vertreten wir die Berufsträger, die in ganz verschiedenen Bereichen der Gesundheitswirtschaft arbeiten. Wir können – ebenso wie die Zahnärztekammer, die Apothekerkammer, die Tierärztekammer und die Psychotherapeutenkammer – unsere Mitglieder unterstützen, wenn es in unserem Fall um die Rolle der Ärztinnen und Ärzte in der Vorbereitung auf ein Krisenszenario geht. Die grundlegenden Anforderungen richten sich hier allerdings nach dem Auftrag des jeweiligen Unternehmens.

Mit der Initiative „Forum Gesundheitsstandort Baden-Württemberg“ wurde bereits von Jahren ein Grundstock für die Zusammenarbeit der Gesundheitswirtschaft in Baden-Württemberg gelegt.

f) dabei Verknüpfungen zwischen unterschiedlichen Krisenarten zu berücksichtigen;

In der Vergangenheit sind Planungen zu Krisen oft von einer eindimensionalen Krise ausgegangen. Dies trifft neuerdings und unter Berücksichtigung ganz neuer Ereignisse nicht mehr zu.

Krisen sind mehrdimensional, mit wechselseitigen Dynamiken, und entwickeln sich in einer zunehmend globaleren Welt schnell zur Multikrise.

Stromausfall, Pandemie, Sturm, innere Unruhen ... das Gesundheitswesen wird naturgemäß von allen auch nur denkbaren Katastrophenfällen mehr oder weniger getroffen. Umso wichtiger sind die vorbeugende Koordination und Kommunikation. Die Ärzteschaft steht bereit, medizinische Aufgaben zu erfüllen. Sie benötigt hierfür jedoch je nach Lage Unterstützung aus dem Katastrophenschutz-Bereich.

g) bevölkerungsbezogen die Gesundheitskompetenz zu verbessern und den Stellenwert von Gesundheitsförderung und Prävention weiter zu erhöhen, sodass auch bisher nicht erreichte Bevölkerungsgruppen über Gesundheitsförderung und Prävention informiert werden können.

Gesundheitskompetenz in Deutschland:

Bisherige Studien zeigen, dass die Gesundheitskompetenz der Bevölkerung in Deutschland nicht durchgängig gleich entwickelt ist. Dies hat insbesondere am Anfang der Pandemie die Probleme verstärkt.

Die Gesundheitskompetenz der Bevölkerung ist zu stärken.

Ärztliche Aufgabe ist es unter anderem, die Prävention zu fördern. Dies kann sehr konkret geschehen durch eine Mithilfe bei der Stärkung der Gesundheitskompetenz der Menschen.

Eine wiederholte Forderung der Ärztinnen und Ärzte ist die Einführung eines Schulfachs, das Inhalte der Gesundheitskompetenz sowie der „Ersten Hilfe“ in den Lehrplan der allgemeinbildenden Schulen aufnimmt.

Daneben sollen auch im Bereich der Erwachsenenbildung und der betrieblichen Fortbildung entsprechende Angebote gezielt gefördert werden. Die Ärztinnen und Ärzte können sich hier mit ihrer Kompetenz einbringen. So unterstützen traditionell Ärztinnen und Ärzte bereits aktive und etablierte (Selbsthilfe-) Gruppen.

2. Stellungnahme der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg

Insgesamt hat sich die Gesundheitsversorgung in der Pandemie als ausgesprochen resilient, belastbar, reaktionsschnell, flexibel und unabhängig gezeigt. Innerhalb von wenigen Wochen wurden

- flächendeckend Testzentren
- mehr als 1.000 Corona-Schwerpunktpraxen

aufgebaut. Ebenfalls konnten innerhalb kurzer Zeit Testmöglichkeiten für Reiserückkehrer in der Urlaubszeit im Sommer 2021 geschaffen werden. Die niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte hatten sofort ihr Behandlungsangebot auf die Pandemie angepasst, sodass auch unter Lockdown-Bedingungen die medizinische Versorgung aufrechterhalten werden konnte.

Durch das exzellente Zusammenspiel zwischen den ambulanten Praxen und den Krankenhäusern konnte ambulant die große Welle der Infektpatientinnen und -patienten oder deren mit einem entsprechenden Verdacht abgefangen werden. Das hatte zur Folge, dass die Krankenhäuser sich auf die schweren Fälle konzentrieren konnten und damit für die schwer kranken Patientinnen und Patienten eine adäquate Versorgung gewährleisten konnten. Die Sterblichkeitsraten waren daher in Deutschland relativ niedrig, Bilder wie aus anderen Ländern mit überfüllten Intensivstationen und Krankenhäusern konnten vermieden werden.

Es hat sich gezeigt, wie wichtig ein enges Netz an niedergelassenen Praxen ist, sowohl in Bezug auf die haus- und kinderärztliche als auch die fachärztliche Versorgung. Gerade einzelne Facharztgruppen hatten Sondersprechstunden an den Wochenenden und Feiertagen angeboten, um die Notaufnahmen der Krankenhäuser zu entlasten. Andere Facharztgruppen hatten vorübergehend den Krankenhäusern Ausrüstung zur Verfügung gestellt, beispielsweise Beatmungsgeräte aus den Reihen der Anästhesisten.

Klar ist, dass eine solche Pandemie besondere Anforderungen an einzelne Fachgruppen stellt. Das betrifft beispielsweise die Labore. Mehr oder weniger ohne Vorlaufzeit mussten enorme Kapazitäten aufgebaut werden. Auch hier hatten sich die Labore ausgesprochen resilient, leistungsfähig und flexibel gezeigt.

Sobald ausreichend Impfstoff zur Verfügung gestanden hatte, konnte die Impfkampagne in den Arztpraxen Fahrt aufnehmen. Auch hier wurden innerhalb kurzer Zeit Millionen an Impfdosen verabreicht.

Gezeigt haben sich während der Pandemie aber auch die strukturellen Schwächen:

- Koordination unter den Ländern: Unverständlich ist, warum nicht sofort nach Ausbruch der Pandemie ein gemeinsamer Krisenstab der Länder eingerichtet wurde. Solange die Länder für die Bewältigung solcher Krisenszenarien zuständig sind oder entscheidend an der Umsetzung beteiligt sind, muss sofort ein Stab eingerichtet werden, der die Koordination der Länder unternimmt. Als ausgesprochen wenig hilfreich wurden die gemeinsamen Sitzungen der Gesundheitsministerinnen und -Minister mit der Kanzlerin und den beteiligten Bundesministerinnen und -ministern empfunden. Es hemmt die Bewältigung einer derart schwierigen Situation, wenn nach stundenlangen Sitzungen die Kanzlerin vor die Presse tritt und parallel dazu bereits einer der Teilnehmer bekanntgibt, dass in seinem Bundesland eine andere Umsetzung vorgesehen ist.

- Ausnahmeregelungen: Ein Virus richtet sich nicht nach dem deutschen Verwaltungsrecht. Krisensituationen sind Sondersituationen. Entscheidend ist dabei die schnelle und zielgerichtete Reaktion auf die Situationen. Klar ist, dass es hierbei entsprechende rechtlich korrekte Regelungen geben muss. Die Frage ist aber, welche Ausnahmeregelungen zugelassen werden. Das zielt etwa auf die Pflicht zum Tragen einer Mund-Nasen-Bedeckung ab. Vielleicht von Kleinkindern abgesehen ist es jedem zuzumuten, für die Zeit, in der er/sie sich in einem engen Raum mit anderen befindet, eine solche Maske zu tragen. Ausnahmen davon sind schwer zu kontrollieren, führen zu Unmut und zu Missbrauch.

- Botsysteme: Eine Ausnahmesituation wie sie eine Pandemie darstellt, hat einen ungeheuren Informationsbedarf durch die Bevölkerung oder auch für einzelne Beteiligte zur Folge. Es ist ausgeschlossen, diesen Informationsbedarf durch Callcenter-basierte Hotlines zu decken. So viel qualifiziertes Personal ist in kurzer Zeit nicht aufzubauen. Die Folgen sind chronisch überlastete Leistungen, lange Wartezeiten und damit Unmut bei den Betroffenen – von den hohen Kosten einmal ganz abgesehen. Daher wäre es erforderlich, über Botsysteme nachzudenken. Charakteristisch sind weitgehend identische Anfragen, die in hoher Anzahl praktisch gleichzeitig auftauchen. Solche Botsysteme müssen frühzeitig eingeführt und „trainiert“ werden, dann können sie auch kurzfristig in einer Pandemie eingesetzt werden.

- Digitale Kommunikation: Berichte, die über Faxgeräte verschickt werden oder händisch verarbeitet werden müssen, lassen eine professionelle Bearbeitung der

Abläufe nicht zu. Wesentlich wäre es daher, sichere Kommunikationskanäle zwischen den Beteiligten zu etablieren, die dann in einer Pandemie eingesetzt werden können.

- Priorisierungen: Während der Pandemie ist es zu Mangelsituationen gekommen. Das hat sich besonders zu Beginn der Impfkampagne gezeigt, als nur wenig Impfstoff zur Verfügung stand, aber gleichzeitig etwa 1 Mio. Bürgerinnen und Bürger aus dem Land in der Impfpriorität 1 eingeordnet waren. Das führte zu einer unverhältnismäßig hohen Erwartungshaltung in der Bevölkerung, die durch gerade einmal 7.000 Impftermine pro Tag aber nicht im Ansatz erfüllt werden konnte. Hier wäre es wichtig gewesen, eine deutlich schärfere Priorisierung vorzunehmen. Auch bei künftigen Pandemien wird es schnell zu solchen Situationen / Anforderungen kommen.
- Plattformen / Kommunikation mit der Bevölkerung: Die Pandemie hat gezeigt, dass sehr schnell und überaus kurzfristig Maßnahmen gegenüber der Bevölkerung ergriffen werden müssen. Die Koordinierung solcher Maßnahmen wie etwa eine Impfkampagne erfordert gut funktionierende digitale Lösungen. Dafür müsste etwa eine Plattform geschaffen werden, über die eine solche Koordination vorgenommen werden kann. Dabei ist es wichtig, die Funktionalität für die User in den Vordergrund zu rücken – und nicht hohe Authentifizierungsanforderungen. Für die Kommunikation könnte auch eine „Krisen-App“ eine Alternative darstellen. Diese App könnte sich die Bevölkerung schon in „Nicht-Krisenzeiten“ runterladen, damit sie im Falle einer Krise zu erreichen ist.
- Datenschutz überprüfen: Für medizinische Berufe steht die Notwendigkeit des Datenschutzes außer Frage. Gleichwohl stellt sich die Frage, welchen Stellenwert der Datenschutz in einer Krisensituation einnehmen soll, also welche Rechtsgüter höher bewertet werden. Datenschutzvorgaben haben eine Reihe von Maßnahmen in der Pandemiebekämpfung erheblich erschwert. Also gilt es rechtlich zu bewerten, welchen Stellenwert datenschutzrechtliche Bestimmungen in einer Krisensituation einnehmen können. Diese rechtliche Bewertung könnte dann in einer Krisensituation herangezogen werden und zu schnelleren Lösungen / Entscheidungen führen.
- Parlamentarische Strukturen einbeziehen: Die Maßnahmen im Rahmen der Pandemiebekämpfung waren bisher beispiellos in der Geschichte des Landes und haben tief in die Rechte der Bevölkerung eingegriffen. Zur besseren Akzeptanz, aber auch um Fehler zu vermeiden, sollten die parlamentarischen Gremien künftig besser einbezogen werden.