

# 1. Beitrag aus der Politik



## Der Föderalismus in der Pandemie

*Jens Spahn*

### 1 Einleitung

Die Corona-Pandemie fordert Gesellschaft und Staat: Sie fordert jeden einzelnen Menschen, sie fordert unser Gemeinwesen, sie fordert die gesamte Welt. Insofern ist es unausweichlich, dass die Pandemie und ihre Folgewirkungen auch den Föderalismus, als eines der Grundprinzipien der politischen Ordnung in Deutschland, in besonderer Weise herausfordern. Wie sich der Föderalismus in dieser gesundheitspolitischen Krise, einer präzedenzlosen Ausnahmesituation, bewährt hat, ist die Ausgangsfrage dieses Beitrags.

Die nachfolgenden Überlegungen können dabei nur ein Zwischenfazit darstellen. Denn erstens ist die Pandemie zum gegenwärtigen Zeitpunkt (Anfang Juli 2021) nicht beendet. Zukünftige Entwicklungen des Pandemiegeschehens, insbesondere neue Virusvarianten, können Gesellschaft, Politik und Föderalismus abermals vor große Aufgaben stellen. Zweitens zieht die Pandemie für das tägliche Leben wie auch das politische Geschehen tiefgreifende Veränderungen nach sich. Sie vollständig zu erfassen und abschließende Lehren zu definieren wird einen umfassenden Prozess der Reflektion und anschließender politischer Weichenstellungen erfordern.

Gleichwohl muss dieser Prozess jetzt – auch während der Pandemie – begonnen werden, um künftige vergleichbare Herausforderungen meistern zu können. Dazu soll hier ein Beitrag geleistet werden. Beleuchtet werden sollen zunächst vor allem die drei wesentlichen Aufgabenfelder bei der akuten Pandemiebewältigung: der Infektions- und Bevölkerungsschutz (dazu 2.), der Erhalt der Funktionsfähigkeit des Gesundheitssystems (dazu 3.), sowie die staatlich organisierte Impfkampagne (dazu 4.). In allen Feldern ergeben sich bereits aus den unmittelbaren Aufgaben der Pandemiebewältigung Lehren für das künftige staatliche und speziell auch föderale Handeln.

### 2 Infektions- und Bevölkerungsschutz

Die Maßgabe für Regierungshandeln in der Pandemie war und ist: Je langsamer sich das Coronavirus ausbreitet, desto besser kann das Gesundheitssystem damit umgehen. Die erste Säule des Regierungshandelns in einer Pandemie besteht mithin aus Maßnahmen zur Verlangsamung des Infektionsgeschehens.

#### 2.1 Bundes- und Länderkompetenzen beim Infektionsschutz

Den Ausgangspunkt für diese staatlichen Maßnahmen bildet das Gesetz zur Verhütung und Bekämpfung von Infektionskrankheiten beim Menschen, oder kurz: Infektionsschutzgesetz (IfSG). Während die Gefahrenabwehr grundsätzlich in der Gesetzgebungskompetenz der Länder liegt, besteht im Hinblick auf Maßnahmen gegen gemeingefährliche

oder übertragbare Krankheiten eine konkurrierende Gesetzgebung (Art. 74 Abs. 1 Nr. 19 Grundgesetz). Dabei folgt diese Kompetenzregelung dem offensichtlichen Gedanken, dass Infektionskrankheiten nicht an Ländergrenzen Halt machen. Mit dem IfSG hat der Bund von seiner Kompetenz Gebrauch gemacht. Der Gesetzesvollzug obliegt den Ländern, die zudem zum Erlass von Verordnungen, die Maßnahmen zur Verhütung übertragbarer Krankheiten enthalten, ermächtigt sind. Insgesamt dient das IfSG dem Zweck, übertragbaren Krankheiten beim Menschen vorzubeugen, Infektionen frühzeitig zu erkennen und ihre Weiterverbreitung zu verhindern.

Diese Grundlage hat den Ländern zu Beginn der Pandemie ermöglicht, einzelne Maßnahmen zum Infektionsschutz zu beschließen. Welche Behörden dazu tätig werden und wie die Vorschriften im Einzelnen umgesetzt werden konnten, haben die Länder für ihr Gebiet im Detail geregelt. Konkrete Schutzmaßnahmen haben damit zumeist die rund 400 kreisfreien Städte und Landkreise getroffen. Das insoweit bestehende Prä der Länder bzw. Landkreise beruht auf dem Grundgedanken der Subsidiarität, dass eine effektive Umsetzung von Entscheidungen und einzelnen Maßnahmen in der Regel vor Ort erfolgen und dabei die jeweiligen lokalen Besonderheiten berücksichtigen sollte. Umgekehrt hat das IfSG damit zunächst wenige Ansatzpunkte für einzelne Maßnahmen und Koordinierungstätigkeiten des Bundes in einer konkreten Krisensituation enthalten.

## 2.2 Bundesweite Koordinierung während der Pandemie

Seit Beginn der Pandemie gab es angesichts der gemeinsamen Herausforderung die gesteigerte Notwendigkeit einer bundesweiten Koordinierung. Diese Notwendigkeit hat sich erstens in weiteren Regelungen niedergeschlagen. So hat der Bundesgesetzgeber mit dem Gesetz zum Schutz der Bevölkerung bei einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite (kurz: Bevölkerungsschutzgesetz) vom März 2020 Änderungen am IfSG vorgenommen, aufgrund der Ausbreitung des Coronavirus eine „epidemische Lage von nationaler Tragweite“ festgestellt und dabei Kompetenzen der Bundesregierung etwa für Vorschriften für den grenzüberschreitenden Reiseverkehr oder für Melde- und Untersuchungspflichten begründet. Zudem wurde die Koordinierungsfunktion des Robert Koch-Instituts (RKI), explizit auch für die Zusammenarbeit zwischen den Ländern sowie den Ländern und dem Bund unterstrichen. Mit dem zweiten Bevölkerungsschutzgesetz vom Mai 2020 wurden die Voraussetzungen für eine Stärkung des Testwesens geschaffen. Im dritten Bevölkerungsschutzgesetz vom November 2020 wurde das Bundeshandeln über Verordnungsermächtigungen an das Fortbestehen und die Feststellung einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite durch den Bundestag geknüpft. Zudem wurde der Einführung von Maßnahmen durch die Länder ein gemeinsamer Rahmen gegeben: Oberhalb eines Schwellenwertes von 50 Neuinfektionen je 100.000 Einwohner sind umfassende Schutzmaßnahmen zu ergreifen (mit dem Ziel der effektiven Eindämmung), oberhalb von 35 breit angelegte Schutzmaßnahmen (mit dem Ziel einer schnellen Abschwächung), unterhalb von 35 stabilisierende Schutzmaßnahmen (mit dem Ziel, die Kontrolle des Infektionsgeschehens zu unterstützen). Dieser Rahmen wurde im vierten Bevölke-

lungsschutzgesetz vom April 2021 schließlich ergänzt um eine bundeseinheitliche „Notbremse“, die ab einer stabilen Inzidenz von 100 greift und unterhalb derer weiterhin die Länder maßgeblich über Regelungen entscheiden.

Die Notwendigkeit zu einer bundesweiten Koordinierung von Maßnahmen im Bereich des Infektionsschutzes hat sich zweitens in einer Koordinierung des Handelns der Länder unter Beteiligung des Bundes niedergeschlagen. Im Zentrum der Entscheidungen hat die aus Vertretern der Bundesregierung und der Ministerpräsidentenkonferenz (MPK) zusammengesetzte Konferenz der Bundeskanzlerin mit den Regierungschefinnen und Regierungschefs der Länder (Bund-Länder-Konferenz) gestanden. Die dabei gefassten Beschlüsse stellten unter anderem die Grundlage für die von den Ländern bzw. Landkreisen zu fassenden Verordnungen dar. Mehr als 20 Konferenzen dieser Art haben seit Beginn der Pandemie stattgefunden. Häufig wurden diese Konferenzen von Besprechungen im Rahmen der Gesundheitsministerkonferenz (GMK) vor- oder nachbereitet. Insgesamt mehr als 60 Schalten dieser Art wurden durchgeführt. Diese Formate waren Ausdruck des gemeinsamen Bestrebens, die formal bestehenden, das Handeln von Bund und Ländern voneinander abgrenzenden und koordinierenden Gesetzgebungs-, Verordnungs-, und Vollzugskompetenzen um eine weitere – sich im Rahmen eben jener Kompetenzen bewegende – Ebene der fachlichen und politischen Koordinierung zu ergänzen. Dabei standen häufig vor allem Fragen des Infektionsschutzes im Vordergrund.

Beide vorgenannten Formen der bundesweiten Koordinierung bieten strukturelle Vor- und Nachteile. Bundesregelungen durch den Bundesgesetz- oder Verordnungsgeber zielen auf die höchstmögliche Kohärenz von Regelungen im Bundesgebiet. Es liegt in der Natur solcher Regelungen und des zugleich dynamischen Infektionsgeschehens, dass Bundesregelungen ein gewisses Abstraktionsniveau erfüllen. Die notwendigen parlamentarischen Abstimmungsprozesse führen zudem dazu, dass Bundesgesetze nicht eben die schnellsten Regelungswerkzeuge sind. Gleichwohl hat der Bundesgesetzgeber unter anderem mit den Bevölkerungsschutzgesetzen einen Mindestrahmen geschaffen und neue Handlungskompetenzen der Bundesregierung, geknüpft an das Bestehen einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite, begründet. Die Koordinierung mittels der Bund-Länder-Konferenz wiederum erlaubte aufgrund der Bund und Länder zustehenden Verordnungskompetenzen und des Formats der Konferenz ein verhältnismäßig dynamisches und spezifisches Handeln. Mit Blick auf die Vielzahl der Beteiligten ist es nicht verwunderlich, dass sich die Entscheidungsprozesse gelegentlich länger zogen – und damit Verzögerungen einhergingen. Die Vielzahl der Beteiligten standen zugleich aber auch für die Vielzahl unterschiedlicher Perspektiven, wissenschaftlicher Meinungen, Abwägungskriterien, die bei den Entscheidungen zu Maßnahmen des Infektionsschutzes zu berücksichtigen waren. Gerade in einer besonderen Krisen- und Drucksituation ist keiner der beteiligten Akteure allwissend. Demokratisch breite, auf unterschiedlichen föderalen Ebenen geführte Diskurse können etwa dazu beitragen, dass Freiheitseinschränkungen – zu Recht – immer in Frage gestellt und einem besonderen Rechtfertigungszwang ausgesetzt sind. Zusammenführende Abwägungsprozesse können dann im besten Fall das Risiko von Fehlentscheidungen verringern. Die Debatte muss dann aber jedenfalls in Lösungen und Entscheidungen münden, die anschließend umgesetzt werden. Eine Garantie fehlerfreier

Entscheidungen besteht gleichwohl nicht, das mussten alle Beteiligten etwa bei der Debatte über die sogenannte „Osterruhe“ erfahren. Besonders effektiv waren die Bund-Länder-Konferenzen dann, wenn sie im Geiste eines kooperativen, nicht eines kompetitiven Föderalismus geführt wurden.

### 2.3 *Zwischenfazit zu Maßnahmen des Infektionsschutzes im föderalen Staat*

Die auf diese Weise, durch eine bundesweite Koordinierung beschlossenen Maßnahmen zum Infektionsschutz haben eine Wirkung entfaltet. Die Ansteckungen und schweren Verläufe einer Erkrankung an COVID-19 in Deutschland zählen global gesehen sowie innerhalb der EU mit zu den niedrigsten. Verhältnismäßig weniger Fälle als in Deutschland hat es bis dato in der EU nur in Griechenland und in Finnland gegeben.

Vor dem Hintergrund dieser Resultate bietet sich mit Blick auf die Infektionsschutzmaßnahmen mindestens eine differenzierte Betrachtung in der Frage an, wie sich der Föderalismus in der Pandemie bewährt hat. Über weite Teile der Pandemie stand der Infektionsschutz mittels der Maßnahmen von Bund und Ländern in der Wahrnehmung des politischen Geschehens an erster Stelle. Deswegen ist es nur folgerichtig, dass die Föderalismus-Frage in der Pandemie primär in diesem Zusammenhang diskutiert wird. Jedenfalls der zur deutschen Staatsrealität gegenteilige Schluss, dass eine zentralistische Staatsstruktur, ein unitarischer Bundesstaat, zwangsläufig zu effektiveren Maßnahmen geführt hätte, drängt sich – auch im Vergleich zu anderen Staaten und deren Pandemiehandeln – nicht auf. Ein kooperativer Föderalismus hingegen bewegt sich immer in einem Spannungsfeld zwischen dem Bedürfnis nach einer möglichst kohärenten, weil somit leichter nachvollziehbaren, Regelungslage und nach zielgenauen, etwa lokalspezifischen, und im Einzelnen verhältnismäßigen Regelungen. Denn es ist richtig gewesen, dass unterschiedliche Entwicklungen nicht über einen Kamm geschoren wurden: Bei den Bürgerinnen und Bürgern in Schleswig-Holstein wäre das Vertrauen nicht größer geworden, hätte es dort trotz vergleichsweise niedriger Inzidenz so harte Beschränkungen gegeben wie in den zeitweiligen Hochinzidenzgebieten nahe der tschechischen Grenze in Sachsen, Thüringen und Bayern. Die Fähigkeit zu lokalen, zielgenauen Differenzierungen wird auch wichtig bleiben für das mittel- und langfristige Pandemiemanagement. Verbinden lassen sich die unterschiedlichen Enden des Spannungsfelds von Zielgenauigkeit und Kohärenz am besten durch einen kooperativen Föderalismus, in dem die Beteiligten voneinander lernen und Brücken zwischen einheitlicher Kommunikation und fachlicher Differenzierung schlagen. Eine politische Aufgabe – gerade aus Sicht der Bundesebene – bleibt es, je nach Bedarf Anreize zu setzen, damit dieser kooperative Föderalismus zur vollen Entfaltung kommt.

Auch für das vom föderalen Getriebe zu bewältigende Fachgebiet des Infektions- und Bevölkerungsschutzes lassen sich erste Schlüsse ziehen. Mit Beginn der Pandemie war die Gesundheitspolitik einer Perspektivänderung unterlegen: Sind die Strukturen des Gesundheitswesens unter normalen Umständen primär auf die Gesundheit eines jeden Individuums im Rahmen der sogenannten Individualmedizin ausgerichtet, reichen solche Maß-

nahmen zur Bewältigung einer Pandemie nicht aus. Vielmehr galt es verstärkt die Perspektive einzunehmen, als Kern von Gesundheitssicherheit die Allgemeinheit vor akuten Gesundheitsgefahren zu schützen. Gesundheitssicherheit bedeutet dabei, dass durch adäquate Bereitschaftsplanung, deren Evaluierung sowie durch Training und Übungen vorgesorgt wird. Sie bedeutet auch, dass die Gesundheitsgefahr erkannt, ihr Risiko für das Gesamtsystem bewertet und dann im Rahmen des Krisenmanagements bekämpft sowie vor ihr gewarnt werden soll. Einen Ausgangspunkt bildete insoweit die in einer Unterrichtung der Bundesregierung enthaltene Risikoanalyse „Pandemie durch Virus ModisARS“ von Ende 2012. Das Aufstellen von Risikoanalysen und darauf basierenden Plänen wird künftig dringend durch regelmäßige Übungen und Stresstests vervollständigt werden müssen.

In der Umsetzung befindlich ist dagegen bereits der Aufbau einer „Nationalen Reserve Gesundheitsschutz (NRGS)“. Diese nationale Reserve hat zum Ziel, in Gesundheitskrisen das deutsche Gesundheitssystem eigenständiger vom (außereuropäischen) Ausland zu machen, etwa in Bezug auf kritisches medizinisches Verbrauchsmaterial wie Atemschutzmasken und Schutzausrüstung. Damit soll die Gesundheitsversorgung für die Bevölkerung in Deutschland in Krisensituationen nachhaltig gestärkt werden.

### **3 Stärkung des Gesundheitssystems und des Öffentlichen Gesundheitsdienstes**

Mit Blick auf das Kernziel des Pandemiemanagements, eine Überlastung des Gesundheitssystems zu verhindern, galt es im Rahmen der zweiten Säule des Regierungshandelns, das Gesundheitssystem und den Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD) zu stärken. Neben den das Infektionsgeschehen eindämmenden – und insoweit gewissermaßen defensiven – Maßnahmen bildete dies die offensive Zielrichtung der Bemühungen von Bund und Ländern.

#### ***3.1 Entlastung und Kapazitätsaufbau bei den Krankenhäusern***

Bund und Länder teilen sich die Gesetzgebungskompetenz für den Krankenhausbereich und so zeigt sich in der Pandemie gerade hier das ganze Potential eines effektiven Ineinandergreifens der politischen Ebenen: Der Bund hat die Gesetzgebungszuständigkeit für die wirtschaftliche Sicherung der Krankenhäuser und für die Regelung der Krankenhauspflegesätze. Für die Planung und Sicherstellung einer flächendeckend qualitativ hochwertigen Versorgung der Bevölkerung mit Krankenhausleistungen sind hingegen die Länder zuständig. Gemeinsames Ziel war und ist es für Bund und Länder gewesen, ein ausreichendes Versorgungsangebot mit stationären, insbesondere intensivmedizinischen Behandlungskapazitäten sicherzustellen. Kapazitätsengpässe, wie sie als bedrohliches Szenario in anderen Ländern zu beobachten waren, sollten unbedingt vermieden werden.

In der Umsetzung bedeutete das: Auf der Grundlage des Krankenhausentlastungsgesetzes und Krankenhausfinanzierungsgesetzes wurden die finanziellen Voraussetzungen dafür geschaffen, dass Intensivbetten und Behandlungskapazitäten für Corona-Patientin-

nen und -patienten vorgehalten werden konnten. Bundesmittel wurden dabei auch zielgenau eingesetzt und auf Krankenhäuser in jenen Regionen konzentriert, die durch die Pandemie besonders belastet wurden und die zudem aufgrund ihrer Versorgungsstruktur in besonderer Weise für die Behandlung von COVID-19-Erkrankten mit schweren Krankheitsverläufen geeignet waren. Zugleich konnten die Intensivkapazitäten in Deutschland insgesamt um circa 6.000 Intensivbetten mit Beatmungsmöglichkeit vergrößert werden. Zusätzlich zu den circa 27.000 Intensivbetten mit Beatmungsmöglichkeit steht damit eine Reserve von ungefähr 10.000 Intensivbetten zur Verfügung. Die DIVI-Intensivregister-Verordnung erlaubt einen täglich aktualisierten Überblick über die intensivmedizinischen Behandlungskapazitäten, der zur Sicherstellung der Versorgung während der Pandemie von zentraler Bedeutung ist. Die jeweils zugrundeliegenden Kapazitätsmaßnahmen sind nicht überall direkt passgenau ausgefallen. Das beruhte weniger auf systemischen Defiziten des föderalen Zusammenwirkens, vielmehr wurde angesichts der ab- und zunehmenden Dynamik des pandemischen Geschehens jeweils zielorientiert nachjustiert. Dadurch konnten die deutschen Krankenhäuser einen wichtigen Beitrag dazu leisten, die Pandemie unter Kontrolle zu halten. Deutschland musste im internationalen Vergleich deutlich weniger Todesfälle bedauern, die Sterberate lag etwa halb so hoch wie zum Beispiel in Belgien, Großbritannien oder Italien (Stand Anfang Juli 2021). Die Krankenhäuser waren einmal mehr die tragende Säule unseres Gesundheitswesens.

Die stabilisierte Ausgangslage in Deutschland hat dem Bund und den Ländern auch ermöglicht, unseren europäischen Nachbarn beizustehen, wenn sie auf Hilfe angewiesen waren: So haben seit Beginn der Pandemie Frankreich, Italien, die Niederlande, Portugal und Tschechien Unterstützung aus oder in Deutschland erhalten, etwa durch die Versorgung von Krankenhaus- und Intensivpatientinnen und -patienten, durch medizinische Hilfslieferungen oder durch den Einsatz von medizinischem Personal der Bundeswehr.

Um die Leistungsfähigkeit zu erhalten, wird es abseits des akuten Krisenmanagements gelten, die bestehenden Herausforderungen in der deutschen Krankenhauslandschaft gemeinsam mit Bund und Ländern anzugehen. Das betrifft vor allem die verbesserungsfähige Bedarfsgerechtigkeit des stationären Versorgungsangebots. Sie schlägt sich in der – international verglichen – überdurchschnittlichen Zahl von insbesondere kleinen, wenig spezialisierten Krankenhäusern nieder. Gehemmt wird dieser Strukturwandel im Krankenhausbereich auch durch die unzureichende Investitionsfinanzierung seitens der Länder. Sie nötigt die Krankenhäuser, erforderliche Investitionen aus den für die Krankenbehandlung aufgebrauchten Mitteln der Kostenträger zu finanzieren. Die Unterstützung der Länder bei der Finanzierung gesundheitlicher Einrichtungen, zum Beispiel aus Mitteln des Krankenhausstrukturfonds, ist keine dauerhaft tragfähige Lösung. Um mittel- und langfristig gut erreichbare Angebote in der Fläche einerseits und Knotenpunkte spezialisierter Hochleistungsmedizin andererseits zu gewährleisten, wird es eines neuen Gleichgewichts zwischen Planungs- und Finanzierungsverantwortung bedürfen.



### 3.2 *Stärkung des Öffentlichen Gesundheitsdienstes*

Der Öffentliche Gesundheitsdienst (ÖGD) bildet ein Herzstück bei der Bewältigung der Pandemie in Deutschland. Der ÖGD ist dabei ein Paradebeispiel für einen starken Föderalismus: 16 Landesbehörden und rund 400 Gesundheitsämter setzen in eigener politischer Verantwortung vor Ort die geltenden Regeln um. Dazu zählen etwa die in einer Pandemie unverzichtbaren Aufgaben der Kontaktnachverfolgung und der Durchsetzung von Quarantäneregelungen.

Deswegen galt es, den ÖGD mit Blick auf die besonderen Aufgaben und Herausforderungen in der Pandemiesituation zu stärken. Mit dem zweiten Bevölkerungsschutzgesetz vom Mai 2020 wurde der ÖGD durch Maßnahmen des Bundes, insbesondere im Bereich der Digitalisierung, unterstützt. Dafür wurden unmittelbar rund 50 Millionen Euro bereitgestellt. Zudem haben Bund und Länder unter Einbeziehung der Kommunen einen „Pakt für den ÖGD“ geschlossen. Für die Stärkung der personellen und digitalen Ausstattung des ÖGD, unter normalen Umständen im Kern eine Aufgabe von Ländern und Kommunen, stellt der Bund in den Jahren 2021 bis 2026 insgesamt Finanzmittel in Höhe von vier Milliarden Euro zur Verfügung. So sollen mindestens 1.500 zusätzliche Stellen geschaffen werden.

Auch dadurch hat die gesamte Digitalisierung des Gesundheitswesens in der Pandemie einen Schub erhalten. So bietet die SORMAS-Anwendung eine bundeseinheitliche, vernetzte und sichere Lösung, um die Ermittlung von Kontaktketten schneller und effizienter zu gestalten. Alle 375 Gesundheitsämter wurden an das Deutsche Elektronische Melde- und Informationssystem für den Infektionsschutz (DEMIS) angebunden. Ein wichtiges Beispiel, wie digitale Tools wirksam hergebrachte Methoden ergänzen können, stellt zudem die Corona-Warn-App (CWA) dar. Wenngleich sie nicht strenggenommen Ergebnis föderaler Bemühungen ist, steht sie dennoch in dieser Pandemie exemplarisch für die Chancen eines effektiven Zusammenwirkens unterschiedlicher Akteure zum Wohle der Gesellschaft. Über 30 Millionen Mal wurde die App bis dato auf mobilen Geräten installiert. Damit verfügt mehr als ein Drittel der Bevölkerung über die Corona-Warn-App, was deutlich über dem europaweiten Schnitt installierter Warn-Apps liegt. Das RKI schätzt, dass mit Hilfe der CWA über 100.000 Infektionsketten unterbrochen wurden: Das sind 100.000 Infektionsketten, bei denen die Arbeit der Gesundheitsämter mittels digitaler Anwendungen erheblich erleichtert wurde.

Welche Erfolge das Zusammenwirken unterschiedlicher Akteure und verschiedener föderaler Ebenen im Bereich des Gesundheitsschutzes zudem bewirken kann, wurde auch bei Testwesen und Testlogistik deutlich. Beim Ausrollen des Bürgertests ist die Umsetzungsstärke der Länder und Kommunen in besonderer Weise zum Tragen gekommen. In Deutschland ist dadurch eine flächendeckende Schnelltest-Infrastruktur entstanden. Der Bürgertest, als intensives Testen in allen Lebenswelten, hat somit eine Brücke in den Sommer 2021 hinein bauen können. Heute wissen wir, dass diese Bürgertests eine erhebliche Rolle bei der Eindämmung des Infektionsgeschehens gespielt haben: Die breite Verfügbarkeit hat die Dunkelziffer der Infektionen deutlich gesenkt und auf diese Weise das Gesamtgeschehen kontrollierbarer gemacht.

Der Öffentliche Gesundheitsdienst hat sich als elementarer Bestandteil des Gesundheitssystems bewiesen. Das bedarf auch in der Breite der Bevölkerung größerer und nachhaltiger Anerkennung. Diese Anerkennung und die Lehren aus der Pandemie müssen genutzt werden: Der weitere Ausbau der IT, der Fachkräftebedarf, Fragen der Aufteilung und Finanzierung von stationären Angeboten – viele weitere Aufgaben erfordern fürderhin ein enges Zusammenwirken von Bund und Ländern im Sinne eines kooperativen, nicht eines kompetitiven Föderalismus.

#### 4 Organisation der staatlichen Impfkampagne

Neben die beiden Säulen des Pandemiemanagements, die vor allem darauf zielten, eine Überlastung des Gesundheitssystems zu verhindern, tritt als dritte Säule das Impfen: Es weist den Weg aus der Pandemie heraus.

Regulatorischer Ausgangspunkt für das Impfen, die Organisation, die Finanzierung und die Regelungen zur Priorisierung ist die Feststellung der epidemischen Lage von nationaler Tragweite. Zusammengeführt wurden die verschiedenen Komponenten der Impfkampagne in einer nationalen Impfstrategie gegen COVID-19. Sie listet die verschiedenen Elemente und Akteure der Impfkampagne auf. Die Nationale Impfstrategie wurde dabei von Bund und Ländern gemeinsam entwickelt. Daraus entstand zunächst vor allem folgende Aufgabenteilung: Der Bund setzt den rechtlichen Rahmen, er beschafft und finanziert alle Impfstoffe, die in Deutschland zum Einsatz kommen. Er organisiert die Verteilung der COVID-19-Vakzine an die von den Bundesländern eingerichteten Anlieferungsstellen. Die Länder wiederum sorgen für eine sichere Lagerung und Verteilung vor Ort. Sie organisieren und betreiben die Impfzentren und die mobilen Impfteams. All das sollte in einem föderalen Miteinander mit Unterschieden zwischen den Ländern geschehen, immer auch angepasst an die jeweilige geografische und demografische Situation. Dieses föderale Miteinander hat seit dem Beginn der Impfkampagne auch Diskussionen nach sich gezogen: etwa über Impfpriorisierungen und ihre Freigabe, über den Umfang von Lagerhaltungen für Zweitimpfungen wie auch – auf der Grundlage sich stetig aktualisierender wissenschaftlicher Erkenntnisse – über Empfehlungen zum Abstand zwischen Erst- und Zweitimpfungen, über Strategien zum Impfen bestimmter Zielgruppen, oder über die Koordinierung zwischen Impfzentren und Arztpraxen. Hier zeigte sich wiederum das Potential eines kooperativen Föderalismus, der sich gegenseitig unterstützt, auch in dem die verschiedenen Beteiligten voneinander lernen. Zu Beginn der Impfkampagne boten hier vor allem Modellprojekte, beispielsweise zum Impfen in Arztpraxen, in einzelnen Bundesländern gegenseitiges Anschauungsmaterial.

Neben dem beschriebenen organisatorischen Rahmen lieferte der Bund mittels der Impfkampagne auch verschiedene Unterstützungsleistungen an die Länder. So etwa entwickelte das Bundesministerium für Gesundheit zur Unterstützung des medizinischen Personals in den Impfzentren eine App für die COVID-19-Impfaufklärung von nicht-deutschsprachigen oder sehgeschädigten Personen sowie von Gehörlosen. Die App ermöglicht den kostenlosen Zugang zu relevanten Informationen über die verfügbaren Impfstoffe sowie eine rechtssichere Aufklärung und Anamneseerhebung auf dem Smartphone und

anderen mobilen Geräten. Es werden mehr als 35 Sprachen einschließlich Gebärdensprache abgedeckt. Damit wurde das Ziel verfolgt, nicht nur die Impfbereitschaft bei nicht-deutschsprachigen bzw. gehörlosen Menschen durch einen besseren Zugang zu den erforderlichen Informationen zu erhöhen. Zudem sollte das medizinische Personal in den Impfzentren der Länder bei Sprachbarrieren entlastet und somit ein wesentlicher Beitrag zur Erreichung der bundesweiten Impfziele geleistet werden: eine möglichst schnelle und breite Immunisierung der Bevölkerung.

Die Bemühungen von Bund und Ländern in der Impfkampagne haben Früchte getragen: So liegt Deutschland Anfang Juli 2021 im EU-weiten Vergleich bei den Erst- und Zweitimpfungen innerhalb der Spitzengruppe. Mittlerweile hat Deutschland auch die USA beim Bevölkerungsanteil der Erstimpfungen überholt und schließt zu den anderen internationalen Spitzenreitern auf. Es ist bereits erkennbar, dass das Impfen Wirkung erzielt und zur Kontrolle des Infektionsgeschehens beiträgt.

Nicht zu vergessen ist schließlich der Forschungserfolg, der den Weg geebnet hat. Hier zeigt sich das ganze Potential eines Zusammenwirkens von Staat und Wirtschaft: Der Staat produziert (technologieoffene) Nachfrage, er setzt – und, wo immer möglich, bestenfalls erleichtert – (regulatorische) Rahmenbedingungen, er fördert ergebnisoffen die Forschung. In der Pandemie ist dies konkret gemündet in Sonderprogrammen zur Beschleunigung von Forschung und Entwicklung dringend benötigter Impfstoffe, mit denen unter anderem das Biotechnologieunternehmen BioNTech gefördert wurde. Zudem wurde der Aufbau zusätzlicher Produktionskapazitäten, etwa für das BioNTech-Werk in Marburg, beschleunigt. So konnten im Zusammenspiel mit dem Staat Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler sowie Unternehmerinnen und Unternehmer ihre ganze Kraft entfalten, um dem Land mit effektiven und sicheren Impfstoffen den Weg aus der Pandemie zu weisen. Diesen Weg gilt es fortzusetzen.

## **5 Zusammenfassung: Vorläufige Lehren zum föderalen Handeln in der Pandemie**

Mit dem Beginn der Pandemie stand das Land mit einem Mal vor einer einzigartigen Herausforderung. In ihrer Art, in ihrem Ausmaß brachte die Pandemie eine besondere Form der Krise mit sich: Sie betraf jede einzelne Bürgerin, jeden einzelnen Bürger des Landes, und zugleich das Land im Gesamten. Damit unterscheidet sich diese Krise in gewisser Weise auch von den – fraglos vielfältigen und großen – Herausforderungen der vergangenen anderthalb Jahrzehnte. Umso wichtiger wird es sein, mit einem nüchternen Blick auf die Erfolge und Unzulänglichkeiten des (föderalen) Krisenmanagements die richtigen Schlüsse für die Zukunft zu ziehen. Für diesen Ausblick nachfolgend drei abschließende Gedanken:

Erstens: Ein starker Bund setzt sich aus starken Ländern zusammen. Vertrauen in politisches Handeln gewinnen staatliche Akteure, indem sie Lösungen miteinander finden. Dieser kooperative Föderalismus wird der Vertiefung benötigen. Aus Bundessicht stellt sich die Frage, welche Anreize dafür gesetzt werden können. Bei der Suche nach den besten Lösungen mag den Ländern ein kompetitiver Geist gelegentlich nicht ganz fern

sein. Dieser Wettbewerb im Team muss aber immer das bleiben: im Team, und damit kooperativ. Das sollte im Übrigen auch auf der Ebene des europäischen Föderalismus gelten.

Zweitens: Akutes Krisenhandeln verlangt ein Vorgehen der Exekutive, auch der Exekutive des Bundes, wesentliche Entscheidungen gehören aber immer auch in die Verantwortung der Legislative. Mit der Feststellung der epidemischen Lage von nationaler Tragweite durch den Deutschen Bundestag hat nunmehr erstmalig die deutsche Pandemiegesetzgebung eine feste Verankerung erhalten. Dies ist ein großer Schritt gewesen. Der Bundestag hat sich mit dem Gesetz selbst die Aufgabe gestellt, diese Rechtsgrundlage nach Ende der Pandemie gemeinsam mit der Bundesregierung weiterzuentwickeln. Darüber hinaus müssen weitere gesetzliche Grundlagen in Betracht gezogen werden, die bei Krisenlagen von nationalem Ausmaß einen effektiven Einsatz der Kapazitäten des Bundes in Zusammenarbeit mit den Ländern ermöglichen.

Drittens: Eine funktionierende Gesundheitsversorgung gibt uns als Gesellschaft Sicherheit. Die Pandemie hat vor Augen geführt, wo es Stärken gibt: Der erste weltweit zugelassene Impfstoff und der erste PCR-Labor-Test wurden in Deutschland entwickelt; mit den stationären Behandlungskapazitäten und mit einem flächendeckenden Netz ambulanter Versorgung war das deutsche Gesundheitssystem in dieser beispiellosen Gesundheitskrise – vor allem auch dank der hohen Einsatzbereitschaft der Menschen, die im Gesundheitswesen arbeiten – bisher zu keinem Zeitpunkt überfordert. Daneben steht die Erkenntnis, dass sich Bund und Länder dem Aufholbedarf widmen müssen: Es braucht Krisenvorhaltungen, eigene Produktionskapazitäten für kritische Produkte, Pandemiepläne müssen geübt, der Öffentliche Gesundheitsdienst und die Digitalisierung des Gesundheitswesens weiter gestärkt werden.

Die künftige Bundesregierung wird daher eine besondere Verantwortung haben, Nachbesserungen zu erörtern, die das föderale System des Bevölkerungsschutzes betreffen. Es wird auch künftig Krisen geben, die die ganze Nation und unter Umständen jeden einzelnen in ihr lebenden Menschen betreffen wird. Cybergefahren halten sich nicht an föderale (oder auch: nationale) Grenzen. Politische Verantwortungsträger im föderalen Getriebe werden sich in Fragen des Bevölkerungsschutzes weiter in dem Spannungsfeld zwischen der Kohärenz von Regelungen und ihrer Kommunikation auf der einen und der Zielgenauigkeit von Maßnahmen auf der anderen Seite bewegen. Dabei müssen politische Verantwortungsträger aller Ebenen trotz des bzw. gerade im Bewusstsein für das Paradox der Prävention handeln: Vor allem dann, wenn Prävention funktioniert, wird sie für überflüssig gehalten. Der Erfolg präventiver Maßnahmen ist nicht immer unmittelbar sichtbar. Das darf politische Verantwortungsträger in Bund und Ländern jedoch nicht davon abhalten, richtige Entscheidungen zu treffen, um Risiken vorzubeugen oder ihre Folgen abzumildern. „There is no glory in prevention“ – dieser hergebrachte politische Glaubenssatz mag die Realität treffend beschreiben. Und doch darf er das Handeln nicht leiten: Denn es geht darum, dem Land und den Menschen nach bestem Wissen und Gewissen zu dienen.