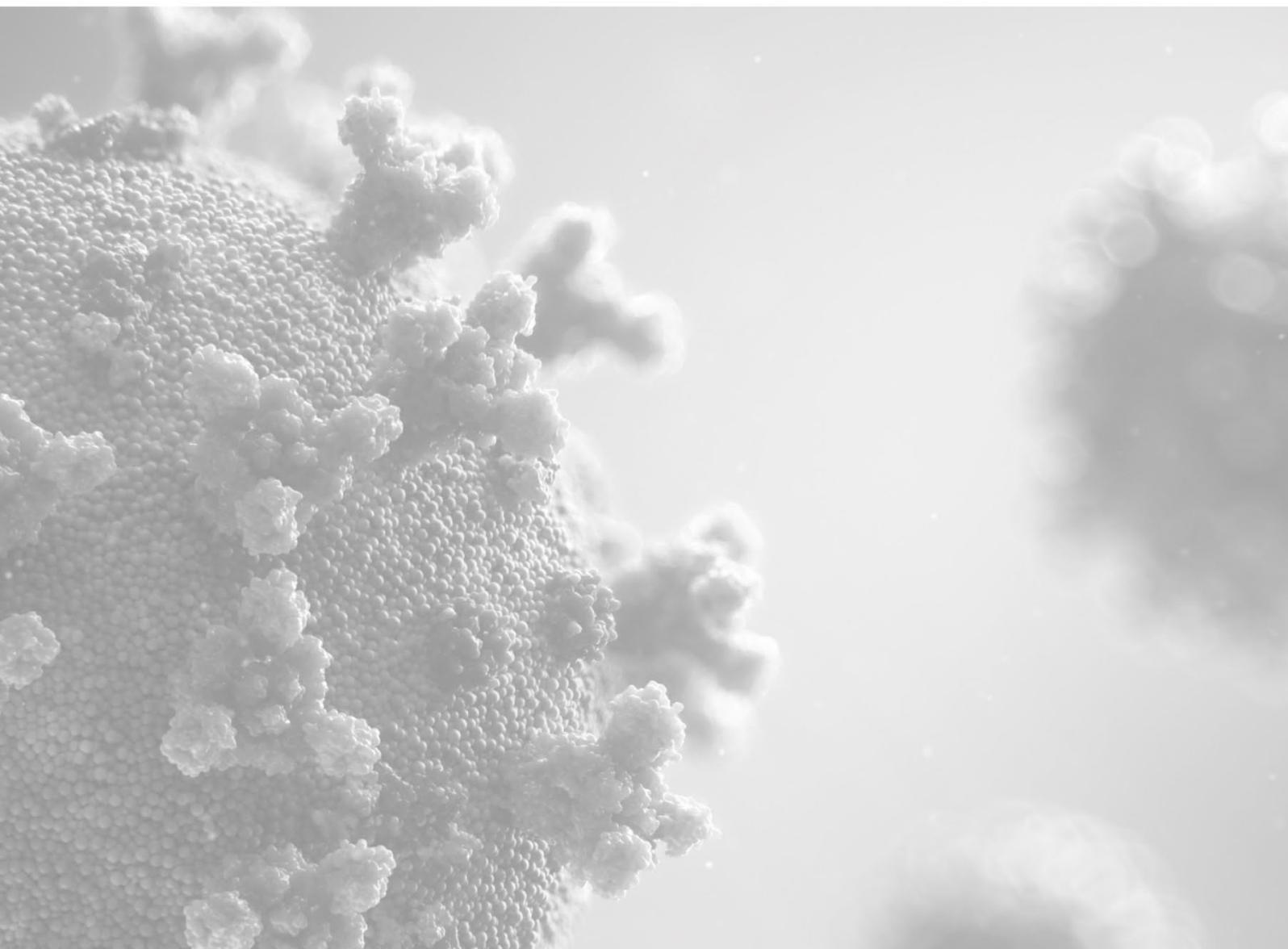




SACHSEN-ANHALT

#moderndenken



Für eine weitsichtige Pandemievorsorge in Sachsen-Anhalt

**Abschlussbericht der Regierungskommission
„Pandemievorsorge“ des Landes Sachsen-Anhalt**

Herausgeber:
Staatskanzlei und Ministerium für Kultur des Landes Sachsen-Anhalt
Hegelstraße 42
39104 Magdeburg

Verantwortlich:
Die Regierungskommission „Pandemievorsorge“ des Landes Sachsen-Anhalt
(Vorsitz: Prof. Dr. Winfried Kluth)

Redaktion und Gestaltung:
PD - Berater der öffentlichen Hand GmbH
Friedrichstraße 149
10117 Berlin

Erscheinungsjahr 2025
(Redaktionsschluss: 31.03.2025)

Inhalt

Abbildungsverzeichnis	2
Tabellenverzeichnis	3
Abkürzungsverzeichnis	4
Überblick über die Coronapandemie im Land Sachsen-Anhalt	6
Executive Summary	8
1 Einleitung	13
2 Grundlagen der Kommissionarbeit	16
2.1 Zielstellungen und methodisches Vorgehen	16
2.2 Arbeitsprozess und Gremien	18
2.3 Untersuchungszeitraum	19
2.4 Einordnung (inter-)nationaler Evaluationsvorhaben	22
3 Analysebereiche	25
3.1 Daten	26
3.2 Kommunikation	38
3.3 Rechtliche Aspekte	45
3.4 Maßnahmen	57
3.4.1 Bildung	58
3.4.2 Sport	65
3.4.3 Weitere Zivilgesellschaft	69
3.4.4 Kunst und Kultur	72
3.4.5 Wirtschaft	75
3.4.6 Gesundheitswesen	85
3.4.7 Langzeitpflege	93
3.4.8 Übergreifende Handlungsempfehlungen zu Maßnahmen	104
4 Fazit	108
5 Anhang	113
5.1 Übersicht der Kommissionsmitglieder	113
5.2 Übersicht der mitwirkenden Akteurinnen und Akteure	114
5.3 Detailübersichten des Pandemieverlaufs in Sachsen-Anhalt	117
5.4 Übersicht der Kompetenzverteilung zwischen Bund und dem Land Sachsen-Anhalt	123
5.5 Übersicht der Governance im Pandemiefall in Sachsen-Anhalt	126
5.6 Auflistung der Zulieferungen durch die Landesregierung	127
5.7 Darstellung ausgewählter Daten und Statistiken („Basisdatenpaket“)	129
5.8 Auswertung zentraler Daten und Statistiken („Datenmatrix“)	143
5.9 Forschungsüberblick zum Thema Bildung	148

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1:	Daten und Fakten zum Verlauf der Coronapandemie im Land Sachsen-Anhalt	6
Abbildung 2:	Übersterblichkeit, Impfquote und BIP im Land Sachsen-Anhalt im bundesweiten Vergleich	7
Abbildung 3:	Darstellung Zielbild Pandemievorsorge Sachsen-Anhalt	9
Abbildung 4:	Steuerungs- und Akteursstruktur der Regierungskommission	19
Abbildung 5:	Indikative Übersicht der Inzidenz und Übersterblichkeit im LSA	21
Abbildung 6:	Indikative Übersicht des Pandemieverlaufs im LSA	21
Abbildung 7:	AGen der Regierungskommission	25
Abbildung 8:	Bewertung der Datenverfügbarkeit und -qualität politisch relevanter Daten nach hoch, ausreichend, gering, unbekannt	27
Abbildung 9:	Beispiele wesentlicher Zielkonflikte in der Pandemiebewältigung	110
Abbildung 10:	Verlauf der Inzidenz im Vergleich zu den Beschlüssen und Verordnungen auf Landes- und Bundesebene	117
Abbildung 11:	Geltende Beschlüsse und Verordnungen im Betrachtungszeitraum im LSA	119
Abbildung 12:	Beteiligte Institutionen und Kommunikations- sowie Datenflüsse während der Coronapandemie im LSA	126
Abbildung 13:	COVID-19 Fallzahlen pro Woche im Verlauf für Deutschland und im LSA	133
Abbildung 14:	Sterbefälle an COVID-19 pro Woche im Verlauf für Deutschland und im LSA	133
Abbildung 15:	Exemplarischer Screenshot des Dashboards zu den COVID-19 Sequenzierungen	134
Abbildung 16:	Fallzahlen und Hospitalisierung im Verlauf nach Altersgruppen im LSA	136
Abbildung 17:	Hospitalisierungsinzidenz und Impfstatus im Verlauf nach Altersgruppen im LSA	138
Abbildung 18:	DIVI-Intensivregister im LSA	139

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1:	Übersicht der Kommissionsmitglieder	113
Tabelle 2:	Übersicht der Interview- und Gesprächspartnerinnen und -partner	114
Tabelle 3:	Übersicht Kompetenzverteilung zwischen Bund und dem Land Sachsen-Anhalt	123
Tabelle 4:	Vier Phasen des Pandemieverlaufs	130
Tabelle 5:	COVID-19-Fälle gemäß IfSG im LSA	131
Tabelle 6:	COVID-19-Fälle, Genesene, Sterbefälle nach Landkreisen im LSA	132
Tabelle 7:	Altersbezogene Fallzahlen im LSA	135
Tabelle 8:	Hospitalisierungen aufgrund von COVID-19 nach Altersgruppe im LSA	135
Tabelle 9:	Impfungen: Grundimmunisierung und Auffrischimpfungen im LSA	137
Tabelle 10:	Hospitalisierungsinzidenz unter Geimpften im LSA	137
Tabelle 11:	Hospitalisierungsinzidenz unter Ungeimpften im LSA	138
Tabelle 12:	Kennzahlen zur Corona-Soforthilfe im LSA	139
Tabelle 13:	Zurückgegebene Corona-Soforthilfen im LSA	140
Tabelle 14:	Kennzahlen zu Arbeitslosen im LSA	141
Tabelle 15:	Belegung von Frauenhäusern im Jahresvergleich im LSA	142

Abkürzungsverzeichnis

AG/AGen	Arbeitsgruppe/Arbeitsgruppen
BBK	Bundesamt für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe
BfArM	Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte
BfR	Bundesinstitut für Risikobewertung
BIP	Bruttoinlandsprodukt
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
BVerfG	Bundesverfassungsgerichts
Corona	Coronavirus, COVID-19, SARS-CoV-2
CoronaVO	Coronaverordnung
DIVI	Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin
EindV	Eindämmungsverordnung
GDG LSA	Gesetz über den öffentlichen Gesundheitsdienst und die Berufsausübung im Gesundheitswesen im Land Sachsen-Anhalt (Gesundheitsdienstgesetz)
HBSC	Health Behaviour in School-aged Children
HiAP	Health in All Policies (Gesundheit in allen Politikfeldern)
IfSG	Infektionsschutzgesetz
IHK	Industrie- und Handelskammer
KI	Künstliche Intelligenz
KRITIS	Kritische Infrastrukturen
KV	Kassenärztliche Vereinigungen
LAV	Landesamt für Verbraucherschutz des Landes Sachsen-Anhalt
LSA	Land Sachsen-Anhalt
LSB	Landessportbund Sachsen-Anhalt e. V.
LV	Landesverfassung
LVG	Landesverfassungsgericht
MB	Ministerium für Bildung des Landes Sachsen-Anhalt
MDR	Mitteldeutscher Rundfunk
MI	Ministerium für Inneres und Sport des Landes Sachsen-Anhalt
MPK	Ministerpräsidentenkonferenz
MS	Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Gleichstellung des Landes Sachsen-Anhalt
NEPS	Nationales Bildungspanel
NPI	Nicht-medikamentöse Interventionen
ÖGD	Öffentlicher Gesundheitsdienst
OVG	Oberverwaltungsgericht
PCR	Polymerase-Kettenreaktion, engl. Polymerase Chain Reaction

Für eine weitsichtige Pandemievorsorge in Sachsen-Anhalt

Abschlussbericht der Regierungskommission „Pandemievorsorge“ des Landes Sachsen-Anhalt

PEI	Paul-Ehrlich-Institut
PK	Pressekonferenz
RKI	Robert-Koch-Institut
R-Wert	Reproduktionszahl
SARS-CoV	Severe acute respiratory syndrome coronavirus
SORMAS	Surveillance Outbreak Response Management and Analysis System
STIKO	Ständige Impfkommission
StK	Staatskanzlei und Ministerium für Kultur des Landes Sachsen-Anhalt
WHO	Weltgesundheitsorganisation

Überblick über die Coronapandemie im Land Sachsen-Anhalt

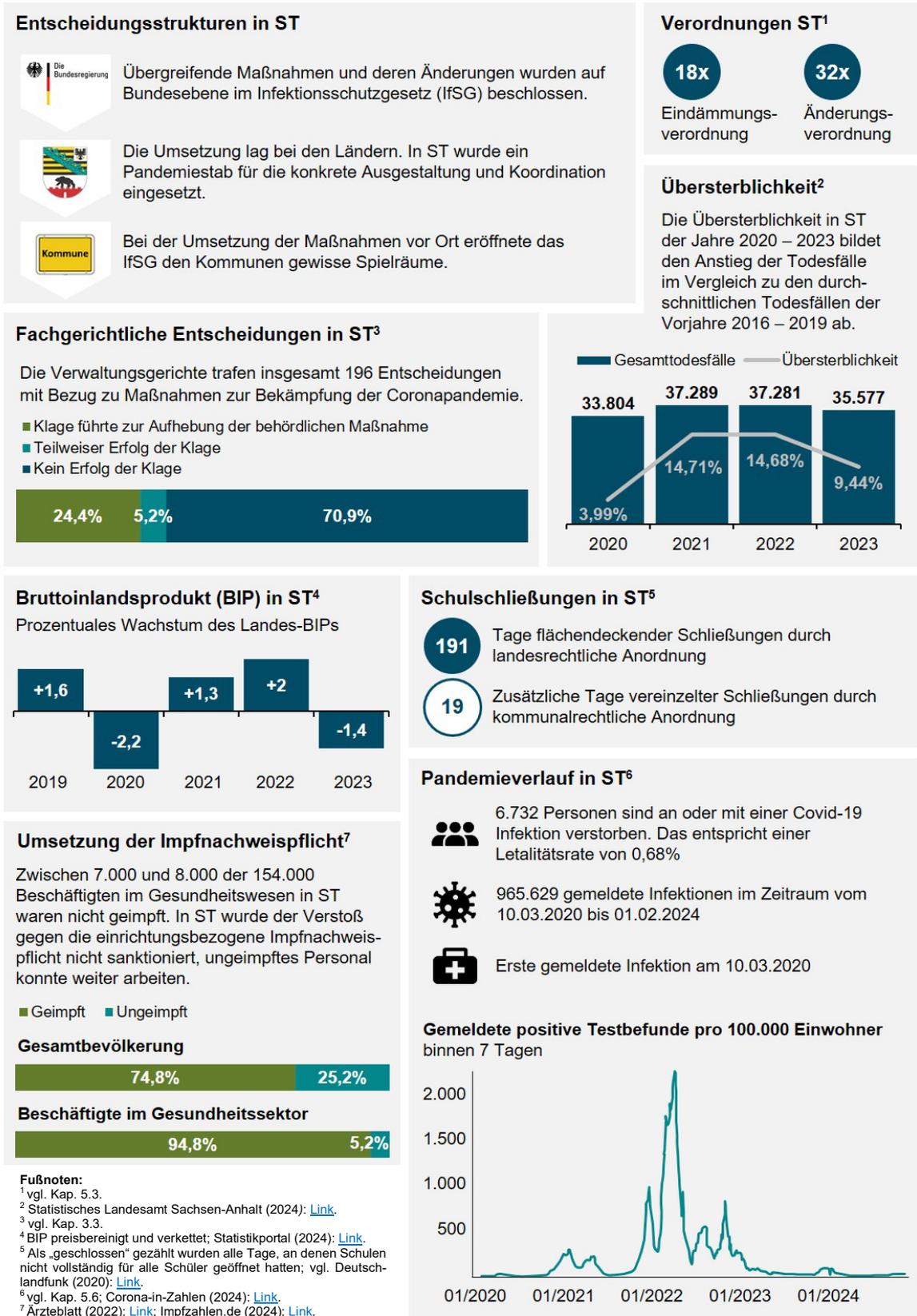
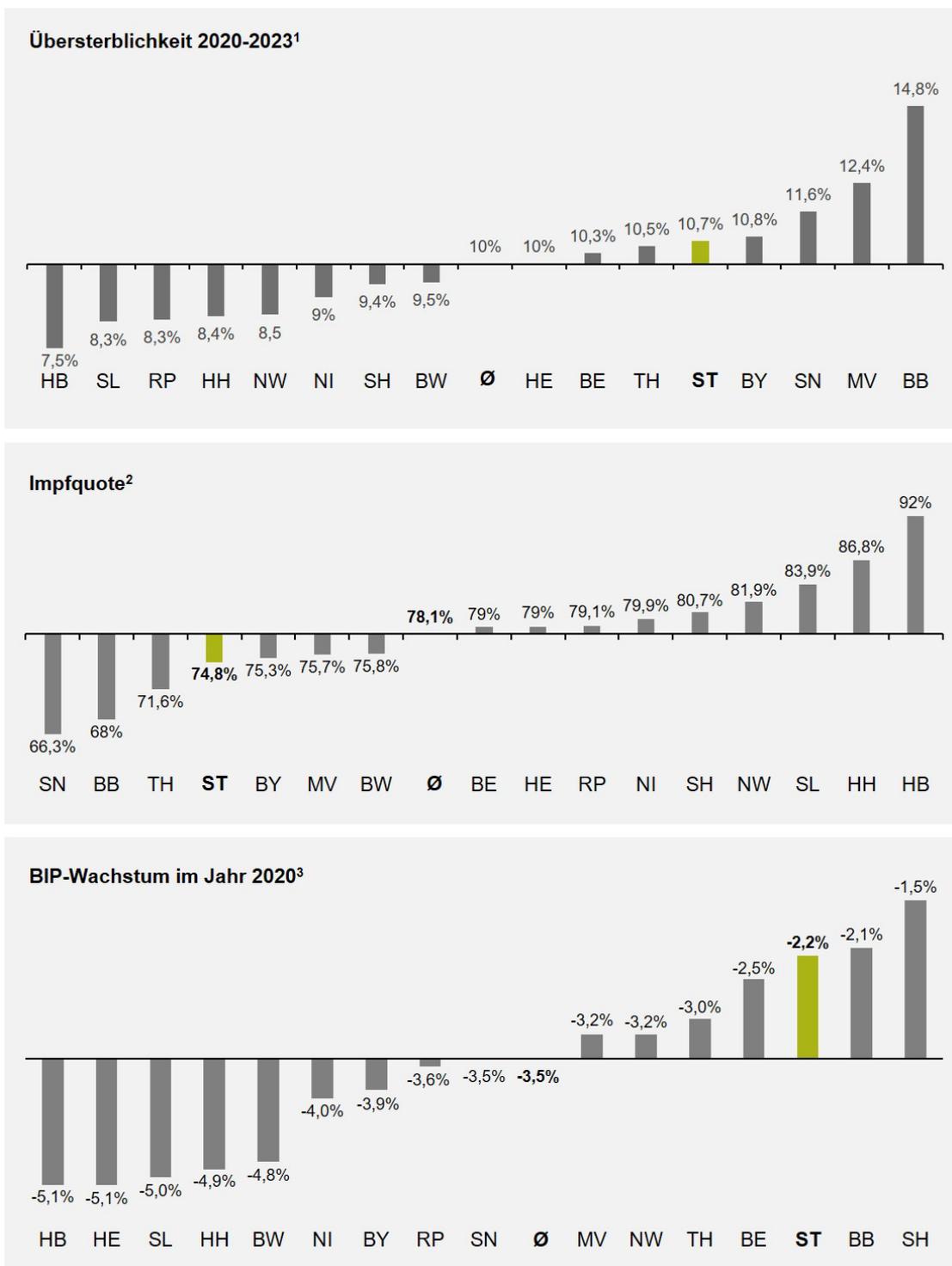


Abbildung 1: Daten und Fakten zum Verlauf der Coronapandemie im Land Sachsen-Anhalt

Für eine weitsichtige Pandemievorsorge in Sachsen-Anhalt

Abschlussbericht der Regierungskommission „Pandemievorsorge“ des Landes Sachsen-Anhalt



Fußnoten:

¹ Darstellung der Abweichungen der gemeldeten positiven Testbefunde je 100.000 Einwohner im Gesamtzeitraum der Pandemie gegenüber dem Durchschnittswert (= 45.053); vgl. Corona-in-Zahlen (2024): [Link](#); Zeit Online (2024): [Link](#).

² Die Impfquote ist nur bezogen auf 1. Impfungen in den Bundesländern, Stand: 29.10.2024; vgl. Corona-in-Zahlen (2024): [Link](#).

³ BIP ist hier preisbereinigt und verkettet; Statistische Ämter des Bundes und der Länder (2024): [Link](#).

Abbildung 2: Übersterblichkeit, Impfquote und BIP im Land Sachsen-Anhalt im bundesweiten Vergleich

Executive Summary

Die Coronapandemie war eine Ausnahmesituation, auf die die Verantwortlichen unter hohem Zeitdruck und bei sich stetig verändernden Bedingungen reagieren mussten. Die zuständigen Stellen mussten zwischen Gesundheit und Freiheit abwägen. Der Staat hat die verfassungsrechtliche Pflicht, das Leben und die körperliche Unversehrtheit der Bevölkerung wirksam zu schützen. Gleichzeitig griffen die dazu beschlossenen Maßnahmen zum Teil tief in die Grundrechte und Freiheit der Menschen ein und hatten weitreichende Auswirkungen auf alle Bereiche des Zusammenlebens.

Die Regierungskommission hat im untersuchten Zeitraum (2020 - 2023) auf allen staatlichen Ebenen und in der Zivilgesellschaft ein sehr hohes Engagement und Verantwortungsbewusstsein festgestellt, das auch die Bereitschaft zu Korrekturen umfasst hat. Die politische Leitungsebene ergriff Maßnahmen, die nach dem jeweiligen Informationsstand angemessen und zielführend erschienen, und warb bei der Bevölkerung um Verständnis und Mitwirkung. Kommunen nutzten ihren Entscheidungsspielraum gezielt, um Regelungen wie die einrichtungsbezogene Impfpflicht an lokale Bedürfnisse anzupassen. Sie entwickelten zeitnah neue Methoden wie Erklärvideos in den sozialen Medien, um mit den Einwohnerinnen und Einwohnern zu kommunizieren. Behörden, Institutionen der Kritischen Infrastruktur (KRITIS), Einrichtungen wie Pflegeheime und Schulen sowie Unternehmen reagierten flexibel und trugen dazu bei, das Infektionsgeschehen einzudämmen, ihren Betrieb soweit wie möglich aufrechtzuerhalten und personelle Ausfälle auszugleichen. Mit Kreativität wurden an vielen Stellen innovative Lösungen entwickelt – von virtuellen Pausenhöfen bis hin zu kleinen Konzerten in Gärten von Pflegeheimen –, um die Auswirkungen der Regelungen abzufedern. Der Großteil der Bevölkerung folgte den Regelungen.

Wie mit wachsendem Kenntnisstand und zeitlicher Distanz deutlich geworden ist, wurden auch Fehler gemacht. Obwohl es den Pandemierahmenplan gab, traf die Pandemie auf einen Staat und eine Gesellschaft, die für eine solche Ausnahmesituation nicht ausreichend vorbereitet waren. An vielen Stellen fehlte es an Konzepten, Ausstattung, Wissen und Standards. Das führte dazu, dass bei der Umsetzung von Maßnahmen zur Pandemiebekämpfung Unterschiede gemacht wurden, die schwer nachzuvollziehen waren. So durften beispielsweise Gartenmärkte weitestgehend weiterbetrieben werden, während viele andere Einzelhandelsgeschäfte schließen mussten. Kinder hatten am Vormittag in der Grundschule andere Regeln zu befolgen wie am Nachmittag im Hort. Dazu halfen die finanziellen Hilfeleistungen, die Bund und Länder zum Ausgleich der Restriktionen aufgesetzt hatten, nicht immer zielgerichtet denjenigen, die Unterstützung am dringendsten brauchten. Insgesamt entstand bei vielen Menschen Misstrauen in die staatliche Handlungsfähigkeit und das Gefühl, ungleich behandelt und nicht hinreichend wertgeschätzt zu werden.

Aufgrund der mangelnden Vorbereitung gab es kaum Richtlinien oder angemessene Orientierungen für das Verhalten in einer Pandemie. Hygienekonzepte für Institutionen wie Schulen, Behörden und Erstaufnahmeeinrichtungen mussten bei Ausbruch der Pandemie einzeln erstellt, Hygienepraktiken wie „richtiges“ Händewaschen und Abstandhalten erklärt sowie grundlegende Begriffe wie „Inzidenz“ und „Übersterblichkeit“ vermittelt werden. Weder öffentliche Behörden noch die Fachwissenschaft verfügten über anwendungsfähige Strategien zur verständlichen Kommunikation dieser komplexen Zusammenhänge an die breite Bevölkerung. Oft wurden Erkenntnisse und aktuelle Regelungen nicht adressatinnen- beziehungsweise adressatengerecht formuliert

und zielgerichtet verbreitet. Als Konsequenz war den Menschen in Sachsen-Anhalt nicht immer bekannt, welche Regelungen wann und wo galten und warum sie notwendig waren. Die entstandenen Interpretationsspielräume wurden von manchen Medienschaffenden und Mediennutzenden für Spekulationen genutzt. Wissenschaftliche Erkenntnisse gingen oft unter, während Halbwissen und sogar Unwahrheiten bewusst sowie unbewusst gestreut wurden.

Die mangelnde Vorbereitung auf den Ausnahmefall zeigte sich auch in der unzureichenden Ausstattung öffentlicher Institutionen. Zu Beginn der Pandemie fehlte es an Masken und anderer Schutzausstattung. Die digitale Infrastruktur an Schulen und Gesundheitsämtern war nicht ausreichend für die Herausforderungen aufgestellt. Ferner fehlte es an systematischer Datenerhebung beispielsweise zur Verfügbarkeit von Schutzausrüstung, zur Stabilität von Lieferketten oder zur Wirkung von Maßnahmen in Pflegeheimen, die für eine evidenzbasierte Bewertung notwendig gewesen wären.

Es gab keine Leitlinien und Routinen für den Pandemiefall. So wurden neue Maßnahmen nicht präventiv und geregelt erlassen, sondern oft ad hoc und ohne viel Vorlauf angekündigt. Schulleitungen und Unternehmensführungen mussten innerhalb kürzester Zeit neue Regelungen umsetzen und auf die vielen Rückfragen der Betroffenen Antworten entwickeln. Auch fehlte es an Möglichkeiten, Erfahrungen aus der Praxis beziehungsweise die Perspektiven der Zielgruppen in die politische Entscheidungsfindung einzubringen.

Die Regierungskommission Pandemievorsorge des Landes Sachsen-Anhalt (LSA) legt mit diesem Abschlussbericht 75 fachbezogene Handlungsempfehlungen vor, die zeitnah umzusetzen sind. Die vorgeschlagenen Maßnahmen tragen dazu bei, dass Sachsen-Anhalt bei einer zukünftigen Pandemie besser vorbereitet ist und auf die dafür notwendigen Strukturen und Abläufe sofort zugreifen kann.

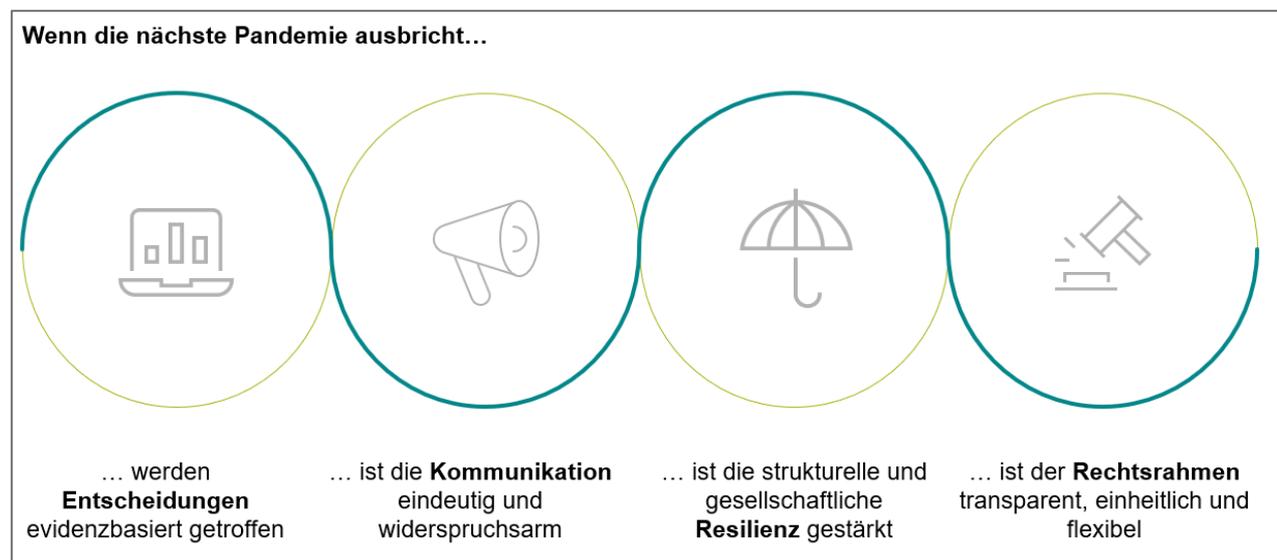


Abbildung 3: Darstellung Zielbild Pandemievorsorge Sachsen-Anhalt

Damit das skizzierte Zielbild beim Ausbruch einer künftigen Pandemie umgesetzt werden kann, hat die Regierungskommission vier Ansatzpunkte für Entscheidungsträgerinnen und -träger der öffentlichen Hand identifiziert: die Entscheidungsfindung, die Kommunikation, die Resilienz und den Rechtsrahmen. Für jeden Ansatzpunkt wurden aus den Ergebnissen der Analysekapitel

übergreifende Handlungsempfehlungen abgeleitet, die im Folgenden vorgestellt werden. Grundvoraussetzung für den Erfolg der Empfehlungen und die Stärkung der Pandemievorsorge ist die zeitnahe Institutionalisierung einer Stabsstelle, die für die Umsetzung verantwortlich ist und über die notwendigen finanziellen und personellen Ressourcen verfügt.

Mit einem verbesserten Datenmanagement werden **Entscheidungen** auf allen Ebenen soweit wie möglich auf Basis der besten verfügbaren Evidenz getroffen. Hierfür sind folgende Maßnahmen umzusetzen:

1. Generierung und Austausch von Wissen verbessern

Die Wissensgrundlage sowohl der Gesetzgebung als auch der Verwaltungsentscheidungen soll verbessert werden, indem

- die Generierung und Bereitstellung der relevanten Daten unter anderem durch den Aufbau einer digitalen Plattform für alle beteiligten Akteurinnen und Akteure verbessert und vereinheitlicht wird,
- die Schnittstellen für die digitale Kommunikation einheitlich definiert werden und
- die Forschung in diesem Bereich gefördert wird, wie dies im Rahmen der Weiterentwicklung des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (ÖGD) geplant ist.

2. Ein effektives Beratungsnetzwerk schaffen

Wissenschaft und Betroffene sollen die Vorbereitung von Gesetzen und Rechtsverordnungen beratend unterstützen. Hierfür sind repräsentative Vertreterinnen und Vertreter der Wissenschaft und Betroffener mit den für die Gesetzgebung verantwortlichen Stellen zu vernetzen. Es sind strukturelle Voraussetzungen für ein solches Netzwerk zu schaffen, damit die Beratung dem Gesetzgebungsverfahren im Pandemiefall schnell zur Verfügung steht.

3. Nachvollziehbarkeit steigern

Zur Erhöhung der Transparenz sollen die Sitzungen aller beteiligten Gremien protokolliert und die Ergebnisprotokolle veröffentlicht werden, um die getroffenen Entscheidungen nachvollziehbar zu machen.

Die Entwicklung und Umsetzung einer **Kommunikationsstrategie** steigert Eindeutigkeit und Kohärenz der Informationsvermittlung. Hierfür sind folgende Maßnahmen umzusetzen:

4. Kommunikation strategisch steuern

Es soll eine Kommunikationsstrategie für die Risikokommunikation und die Kommunikation in Pandemiesituationen entwickelt werden. Als Basis dafür kann das Handbuch „Risikokommunikation“ des Bundesinstituts für Risikobewertung (BfR) und des Bundesamts für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe (BBK) dienen. Dieses schließt die systematische Betrachtung aller in Frage kommenden klassischen sowie digitalen Medien beziehungsweise Plattformen ein. Ziel ist es, Informationsasymmetrien, Verzerrungen und uneinheitliche Botschaften von verschiedenen föderalen Ebenen zu vermeiden.

5. Verständlichkeit verbessern

Informationen der Behörden sollen gezielt, verständlich, einheitlich und transparent sein. Dabei sind die unterschiedlichen Informations- und Kommunikationsbedürfnisse verschiedener

Bevölkerungsgruppen zu berücksichtigen und die Mündigkeit der Einwohnerinnen und Einwohner zu respektieren. Parteipolitische Interessen müssen ausgeblendet werden und die Kommunikation der föderalen Ebenen abgestimmt erfolgen.

6. Transparenz stärken

Unsicherheiten in Bezug auf Entscheidungen sollen offen benannt werden. Es soll vermittelt werden, zu welchem Zeitpunkt weitere Informationen, die die Unsicherheit reduzieren, zu erwarten sind. Wichtig ist die Orientierung an öffentlicher Teilhabe und Partizipation.

Eine gezielte Weiterentwicklung der Governance, der Ressourcen und Institutionen stärkt die gesamtgesellschaftliche **Resilienz**. Hierfür sind folgende Maßnahmen umzusetzen:

7. Gremienstruktur weiterentwickeln

Ein interdisziplinäres Steuerungsgremium soll eingerichtet werden, das alle zentralen Weisungen und Entscheidungen, für die nicht der Landtag zuständig ist, gebündelt verantwortet und kommuniziert. Zur Beratung wird ein ausgewogener Beirat eingerichtet, der relevante Zielgruppen und Perspektiven repräsentiert. Abstimmung und Einsatzfähigkeit sind durch regelmäßige Übungen und Fortbildungen zu gewährleisten. Der Aufbau dieser Struktur und die Durchführung der Übungen sind durch eine einzurichtende Stabsstelle zu verantworten.

8. Sach- und Personalressourcen erhöhen

Die Personal- und Infrastruktur des ÖGD ist zu stärken. Im Bereich der anderen Felder des Gesundheitswesens einschließlich der Pflege sind entsprechende Bedarfe zu ermitteln. In allen Bereichen der allgemeinen, beruflichen und sonstigen Bildung ist zu prüfen, wo und wie Kenntnisse zur Pandemiebekämpfung einzubeziehen sind. Entsprechende Angebote zur Auffrischung von Wissensbeständen und praktischen Fähigkeiten sind einzuführen.

9. Gemeinsinn fördern

Die Bedeutung von Bildungs- und Kultureinrichtungen, Sportvereinen und Arbeitsstätten als Stätten der sozialen Begegnung und Verständigung ist von der Regierung anzuerkennen. Anreize zur Stärkung der Resilienz und der Vorsorge sind beispielsweise durch Verankerung von Hygieneschutz in Lehrplänen zu schaffen.

Eine gezielte Weiterentwicklung des **Rechtsrahmens** stärkt die Transparenz, Einheitlichkeit und Flexibilität. Der gezielte Einsatz für eine bundesweite Aufarbeitung verbessert die Abstimmung, ermöglicht gemeinsames Lernen und stärkt die Forschung. Dazu sind folgende Maßnahmen umzusetzen:

10. Über den Bundesrat Reformprozesse auf Bundesebene anstoßen

Die Landesregierung soll sich auf Bundesebene für eine Reform des Infektionsschutzgesetzes (IfSG) sowie für eine zeitnahe systematische Aufarbeitung der Coronapandemie und der ergriffenen Maßnahmen einsetzen. Der Schwerpunkt der Untersuchung ist auf das Handeln des Bundesgesetzgebers, der Bunderegierung und der Bundesbehörden zu legen.

11. Den Rechtsrahmen weiterentwickeln

Sowohl das IfSG des Bundes als auch die weiteren Fachgesetze des Bundes und des Landes sollen auf der Grundlage der Erfahrungen in der Coronapandemie fortgeschrieben und

so verallgemeinert werden, dass sie auch bei neuen Erregern eine geeignete Handlungsgrundlage bilden.

12. Abwägungen anleiten

Ein überarbeitetes IfSG sollte den Ländern die Möglichkeit eröffnen, ein breites Spektrum an Maßnahmen zu erlassen, um in den verschiedenen Phasen einer neuen Pandemie angemessen reagieren zu können. Die gesetzlichen Regelungen sollen allerdings sehr viel genauere Anleitungen für die Abwägung bei der Anwendung der Maßnahmen enthalten, in denen die Erfahrungen über deren Auswirkungen transparent und im Sinne einer strengen Verhältnismäßigkeitskontrolle zum Ausdruck kommen. Lock-Down-Maßnahmen und Schulschließungen sind nur als letztes Mittel zuzulassen (sog. *ultima-ratio*).

13. Handlungsspielräume gewährleisten

Ein neues IfSG sollte den Ländern und Kommunen Handlungsspielräume eröffnen, um die Maßnahmen auf die regionalen Lagen anpassen zu können.

14. Gesetze anpassen

Im Bereich betrieblicher und sonstiger Schutz- und Fördermaßnahmen sollten die Gesetze ebenfalls fortgeschrieben, konsistenter ausgestaltet und in der Anwendung vereinfacht werden. Ein Digitalcheck, der Gesetzesvorhaben anhand von bestimmten Grundsätzen auf ihre Digitalfähigkeit prüft, soll durchgeführt werden.

15. Ländervergleich ermöglichen

Vergleichspunkte könnten beispielsweise der Umgang bei Verstößen gegen das IfSG oder die Durchsetzung von Beschäftigungsverboten bei einrichtungsbezogener Impfverpflichtung sein. Außerdem könnten Auffälligkeiten im Pandemiegeschehen wie überdurchschnittlich hohe registrierte Infektionszahlen, erhebliche Variation im Infektionsgeschehen, auffällige Übersterblichkeit im Land, ausgeprägte gesellschaftliche Unmutsbekundungen sowie der (Nicht-)Einbezug von Perspektiven bei Entscheidungen untersucht werden. Der Ländervergleich kann föderales Lernen und Teilen von „Gute-Praxis-Strategien“ ermöglichen und gleichzeitig die psychosozialen Langzeitfolgen untersuchbar machen.

1 Einleitung

SARS-COV-2 und die Erkrankung COVID-19

Das Virus wird vorrangig über die Atemluft übertragen und verursacht ein breites Spektrum von Symptomen und Verläufen. Während manche Infizierte keine Symptome haben, erleiden andere beispielsweise schwere Lungenentzündungen, die zum Tod führen können, oder sind langfristig vom Post-COVID-Syndrom betroffen.

Die erste Infektion mit dem Corona-Virus in Sachsen-Anhalt wurde am 10. März 2020 festgestellt. Damit war es das letzte Bundesland, in dem erstmals ein Infektionsfall bestätigt wurde. Die Infektionskrankheit war zu diesem Zeitpunkt unbekannt und neuartig. Aufgrund der hohen Übertragbarkeit und teilweise lebensbedrohlichen Infektionsverläufen des Virus entstand in sehr kurzer Zeit eine Pandemie, in der sich Regierungen weltweit zum Handeln genötigt sahen. In Deutschland wurden die übergreifenden Eindämmungsmaßnahmen von der Bundesregierung im IfSG beschlossen. Für die Umsetzung waren die Länder verantwortlich, die Vorgaben beispielweise zu Kontaktbeschränkungen oder Quarantäne über Verordnungen an regionale Umstände anpassten. Die Umsetzung der Maßnahmen vor Ort wie das Schließen von Kitas oder die

Überwachung von lokalen Ausbrüchen fiel in den Verantwortungsbereich der Kommunen.

Vor allem zu Beginn der Pandemie zielten die beschlossenen Maßnahmen darauf ab, die Bevölkerung vor Infektion zu schützen und eine Überlastung des Gesundheitssystems zu vermeiden. Um auch den besonders vulnerablen Personengruppen wirksamen Schutz zu bieten, griffen die Maßnahmen zum Teil massiv in die Grundrechte der Bevölkerung sowie in das Wirken von Unternehmen, Vereinen und öffentlichen oder privaten Einrichtungen ein. Zentrale Herausforderung für die Politik war es, den potentiellen Nutzen der Maßnahmen und die Schäden ihrer Auswirkungen abzuwägen. Es galt, trotz eines dynamischen Infektionsgeschehens und stetig fortschreitender Erkenntnis über das Virus, frühzeitig weitreichende Entscheidungen zu treffen.

Wie die Pandemie erfahren und bewältigt wurde, unterscheidet sich von Bundesland zu Bundesland, aber auch je nach Lebenslage und sozialer Stellung. Wie die meisten Länder und Kommunen rief Sachsen-Anhalt den Krisenfall und nicht den Katastrophenfall aus. Als Krisenstab setzte die Landesregierung einen Pandemiestab im Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Gleichstellung (MS) ein und holte sich Expertise von Fachberaterinnen und Fachberatern und externen Sachverständigen ein. Zur Nutzung des vorhandenen Spielraums in der Umsetzung von Maßnahmen entwickelte die Landesregierung 2020 und 2021 Konzepte, mit dem Ziel, das Land möglichst verantwortungsvoll und gerecht wieder zu öffnen, wenn das Infektionsgeschehen es zuließ.¹ Bei Anzahl und Strenge der umgesetzten Eindämmungs- und Lockerungsmaßnahmen, beispielsweise bei der Beschränkung der Zahl der Teilnehmenden von Veranstaltungen, bewegte sich Sachsen-Anhalt weitestgehend im Mittelfeld der Bundesländer.²

¹ Die beschlossenen Maßnahmen sind in [Anhang 5.3](#), dargestellt. Vgl. Landesregierung Sachsen-Anhalt (2020): Verantwortliche Rückführung der Covid19-Eindämmungsmaßnahmen – Der Sachsen-Anhalt-Plan. 19.05.2020. [Link](#) (zuletzt abgerufen am 12.03.2025). Landesregierung Sachsen-Anhalt (2021): Eine sichere und gerechte Öffnung mit Verantwortung und Augenmaß – Der Sachsen-Anhalt-Plan 2021. [Link](#) (zuletzt abgerufen am 12.03.2025).

² Die Angabe bezieht sich allein auf die Quantität und Intensität der Maßnahmen, nicht auf ihre Wirkungen beziehungsweise Wirksamkeit. Vgl. Sachverständigenausschuss nach § 5 Absatz 9 IfSG (2022): Evaluation der Rechtsgrundlagen und Maßnahmen der Pandemiepolitik. [Link](#) (zuletzt abgerufen am 12.03.2025), S. 69 und Reus (2024): Expertise externer Sachverständiger für die

Um die Realisierung von Maßnahmen mit Bezug auf die Coronapandemie mittelfristig zu unterstützen, hat der Landtag im Dezember 2021 ein Sondervermögen von knapp zwei Milliarden Euro beschlossen. Daraus sollen bis 2027 beispielweise die Pandemieforschung gestärkt, die Digitalisierung von Rettungsmitteln vorangetrieben und der Ausgleich von Bildungslücken ermöglicht werden.³

Eine Regierungskommission ermöglicht eine umfassende und interdisziplinäre Analyse zu spezifischen Themen, indem sie Mitglieder mit unterschiedlichen Interessen und Perspektiven einbindet. Sie ist in ihrer Arbeit inhaltlich und formell unabhängig. Ihre Handlungsempfehlungen dienen als Orientierungshilfe für politische Entscheidungen.

Um die landesspezifischen Erkenntnisse aufzuarbeiten und hierauf aufbauend Implikationen für das Vorgehen bei künftigen pandemischen Situationen abzuleiten, beschloss das Landeskabinett am 21. November 2023, eine Regierungskommission einzurichten. Bei der Besetzung wurde auf eine ausgewogene und unabhängige Perspektive geachtet und es konnten externe Expertinnen und Experten unterschiedlicher Fach- und Erfahrungshintergründe, die einen klaren Bezug zum Thema und zum Land aufweisen, für die Arbeit gewonnen werden. Die Kommission konstituierte sich am 04. April 2024, erarbeitete daraufhin bis zum 10. Dezember 2024 einen Zwischenbericht und legte der Landesregierung am 31. März 2025 ihre finalen Arbeitsergebnisse in Form des vorliegenden Abschlussberichts vor.

Erste Bestandsaufnahmen und Evaluationen fanden schon während der Pandemie statt ([Einordnung \(inter-\)nationaler Evaluationsvorhaben](#)). Seit die globale Gesundheitskrise nach über drei Jahren von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) 2023 für beendet erklärt wurde, wurden vermehrt Anstrengungen zur Aufarbeitung unternommen. Mehrere Bundesländer setzten Enquete-Kommissionen und parlamentarische Untersuchungsausschüsse ein. Mit der systematischen Aufarbeitung und zukunftsorientierten Ableitung von Handlungsempfehlungen ist Sachsen-Anhalt jedoch Vorreiter im deutschen Ländervergleich. Einen vergleichbar regierungsunabhängigen Evaluationsprozess durch externe Expertinnen und Experten gab es bislang lediglich auf Bundesebene im Sommer 2022.

Übergreifendes Ziel der Kommission ist es, die Vergangenheit zu bewerten (*Rückschau* bzw. „*ex post*“-Prinzip), um daraus Erkenntnisse für die Zukunft zu gewinnen (*Vorausschau* bzw. „*ex ante*“-Prinzip). Der vorliegende Bericht verfolgt damit zwei zentrale Ziele. Zum einen unterstützt die retrospektive Beurteilung staatlicher Maßnahmen zur Eindämmung und Bekämpfung von Pandemien die demokratische und sachliche Kontrolle staatlichen Handelns und unterstützt so die Legitimation künftiger Maßnahmen. Zum anderen soll die Kommissionsarbeit dazu beitragen, präventiv, effizient und zielgenau auf künftige Gesundheitsrisiken reagieren zu können.

Die Relevanz einer unabhängigen Aufarbeitung fünf Jahre nach der ersten bestätigten Corona-Infektion in Deutschland zeigt sich auch in den aktuellen Diskussionen auf Bundes- und Landesebene – von der Rolle des Robert-Koch-Instituts (RKI)⁴ und geforderten und teilweise

Regierungskommission „Pandemievorsorge“ des Landes Sachsen-Anhalt: ‚Mit Maß und Mitte‘? Vergleichende Analyse der Regelungen in ausgewählten Politikbereichen während der COVID-19 Pandemie 2020-2022. [Link](#) (zuletzt abgerufen am 12.03.2025).

³ Landtag von Sachsen-Anhalt (2021): GVB1. LSA Nr. 44/2021, ausgegeben am 21.12.2021. Begleitgesetz zum Zweiten Nachtrags Haushaltsgesetz 2020/2021. [Link](#) (zuletzt abgerufen am 12.03.2025).

⁴ Vgl. Tagesschau (2024): Corona-Aufarbeitung: Wie unabhängig ist das RKI? [Link](#) (zuletzt abgerufen am 12.03.2025).

eingesetzten Untersuchungsausschüssen⁵ bis hin zu den gesellschaftlichen Auswirkungen der Pandemie⁶ und dem partiellen Verlust von Vertrauen in staatliches Handeln⁷.

⁵ Vgl. Tagesspiegel (2024): Corona-Untersuchungsausschuss – Brandenburgs Landtag scheidert bei der Debatte über die Folgen der Pandemie. [Link](#) (zuletzt abgerufen am 12.03.2025) und ZDF heute (2025): Bundespräsident Steinmeier fordert rasche Corona-Aufarbeitung. [Link](#) (zuletzt abgerufen am 12.03.2025).

⁶ Vgl. Deutschlandfunk (2024): Gassen: Ungeimpfte während Coronapandemie zu sehr stigmatisiert. [Link](#) (zuletzt abgerufen am 12.03.2025).

⁷ Vgl. Die Zeit (2024): Was hat der Staat da angerichtet? [Link](#) (zuletzt abgerufen am 12.03.2025).

2 Grundlagen der Kommissionarbeit

Um Maßnahmen zur Bekämpfung der Coronapandemie zu bewerten und Rückschlüsse für eine wirksame Pandemievorsorge treffen zu können, hat die Regierungskommission zwischen April 2024 und März 2025 in vier Arbeitsgruppen (AGen) ausgewählte Aspekte untersucht. Im folgenden Abschnitt werden die Ziele und die dafür verwendeten Methoden erläutert, der Erarbeitungsprozess und die genutzten Gremien vorgestellt, der Untersuchungszeitraum definiert und die Arbeit der Regierungskommission in Sachsen-Anhalt in vergleichbare Evaluationsvorhaben eingeordnet.

2.1 Zielstellungen und methodisches Vorgehen

Ziel der Kommission war es, Lehren aus der Vergangenheit zu ziehen und praxisorientierte Empfehlungen für die Zukunft auszuarbeiten. Dazu evaluierte die Kommission die Pandemiebewältigung interdisziplinär und unabhängig. Der Untersuchungsgegenstand und die Zusammensetzung der Kommission orientierten sich an dem 2013 von der WHO beschlossenen Leitbild „Gesundheit in allen Politikfeldern“ / „Health in All Policies“ (HiAP)⁸. Der für die landesspezifische Untersuchung gewählte Ansatz basierte zudem auf der im Sommer 2022 durchgeführten Bundesevaluation des Sachverständigenausschusses nach § 5 Abs. 9 IfSG. Der Ausschuss kam zu dem Schluss, dass eine systematische und evidenzbasierte Evaluation aufgrund eines Mangels an verfügbaren Daten und belastbaren Studien noch nicht möglich war. Es wurden keine Aufträge zur systematischen Forschung erteilt, wodurch sich die Datenlage trotz zwischenzeitlich durchgeführter einzelner Studien nicht grundlegend geändert hat. Daher war es nicht Auftrag der Kommission, die Wirksamkeit der getroffenen Maßnahmen wissenschaftlich zu evaluieren oder medizinische Analysen zur Wirksamkeit von Impfungen und Tests vorzunehmen. Sie vereinte vielmehr Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler sowie Praktikerinnen und Praktiker, um lösungs- und handlungsorientierte Empfehlungen zu entwickeln, die – soweit wie möglich – evidenzgeleitet (aufgrund wissenschaftlich erhobener und damit belastbarer qualitativer oder quantitativer Empirie) und/oder argumentativ (aufgrund geteilter Erfahrungswerte und Fachpositionen der Kommissionsmitglieder) fundiert sind.

Um das bisherige Pandemiemanagement zu evaluieren, analysierte die Regierungskommission die Qualität und Wirkung der umgesetzten Maßnahmen der Landesregierung. Der Schwerpunkt lag hierbei auf den landesspezifischen Maßnahmen mit hoher Eingriffsintensität oder besonders langfristigen Nachwirkungen, für die – angesichts der in der Kommission vertretenen Expertise und der vorliegenden Evidenz – ein informationeller Mehrwert und fachliche Substanz zu erwarten war. Bestimmte Untersuchungsgegenstände, die beispielsweise in dem Verantwortungsbereich des Bundes lagen oder bei denen die Kommission annahm, aufgrund der vorhandenen Studienlage keine neuen Erkenntnisse beitragen zu können, wurden nach gewissenhafter Prüfung nicht untersucht. Dazu gehören unter anderem die Corona-Impfungen, für die das RKI und die

⁸ Vgl. WHO (2024): Promoting Health in all Policies and intersectoral action capabilities. [Link](#) (zuletzt abgerufen am 12.03.2025).

Ständige Impfkommission (STIKO) verantwortlich sind, die Meldung von Impfschäden, für die das Paul-Ehrlich-Institut (PEI) zuständig ist, und der Bereich Kinder und Jugendliche.⁹

Die Kommission hat für ihre Arbeit folgende Leitfragen formuliert:

- Wie effizient, effektiv und angemessen waren die ergriffenen Maßnahmen zur Pandemiebekämpfung in Sachsen-Anhalt?
- Welche Folgen hatte die Pandemie(-bekämpfung) für unterschiedliche Sektoren und Zielgruppen in Sachsen-Anhalt?
- Worin unterschied sich das Pandemiemanagement in Sachsen-Anhalt nennenswert von anderen Bundesländern? Wie wirkte sich dies im Vergleich aus?

Aufgrund der gesellschaftlichen Implikationen der Pandemie hat sich die Kommission folgende erweiterte Leitfragen gesetzt:

- Fanden kritische Gegenstimmen zur Regierungspolitik genügend Gehör? Wie partizipativ und gesellschaftlich legitimiert waren die Entwicklung und kontinuierliche Adaption der Maßnahmen?
- Wie kann es gelingen, bei künftigen Pandemien gesellschaftliche Spaltungen dieses Ausmaßes zu verringern?

Aus den gewonnenen Erkenntnissen leitet die Kommission Handlungsempfehlungen für eine wirksame Pandemievorsorge ab. Empfohlen werden unter anderem kommunikative, rechtliche und politische Maßnahmen für das künftige Pandemiemanagement in Sachsen-Anhalt. Die empirische Grundlage wird jeweils referenziert. Wissenschaftliche Unsicherheiten, Risiken und noch offene Forschungsbedarfe werden transparent benannt.

Die soweit wie möglich evidenzgeleitete¹⁰ Kommissionsarbeit baut grundsätzlich auf bereits veröffentlichten Studien, Berichten und Stellungnahmen wissenschaftlicher und öffentlichen Institutionen aller föderalen Ebenen auf und prüft, ob die Befunde auf Sachsen-Anhalt übertragbar sind. Insbesondere die bestehenden Evaluationen im Bund und anderen Ländern werden berücksichtigt und in Relation gesetzt (siehe [Abschnitt 2.4.](#)). Der Fokus liegt darauf, landesspezifische Charakteristika zu identifizieren sowie strukturelle Lücken sowie Handlungsbedarfe auf Landesebene aufzuzeigen.

Die Untersuchung basiert des Weiteren auf den durch die Fachressorts zur Verfügung gestellten Dokumenten sowie auf den durch die Mitglieder der Kommission zusätzlich angefragten Informationen (vgl. Auflistung der Zulieferungen durch die Landesregierung siehe [Anhang 5.6.](#)). Neun

⁹ Es gab mehr als 30 Antworten auf Kleine Anfragen der Opposition an die Landesregierung Sachsen-Anhalt zu diversen Themen des Infektionsgeschehens und der Pandemiekontrollmaßnahmen, die Kinder und Jugendliche sowie die Institutionen, in denen sie begleitet werden, betreffen. Diese sind über PADOKA, das Informationssystem des Landtags von Sachsen-Anhalt, zugänglich. [Link](#) (zuletzt abgerufen am 12.03.2025). Die thematischen Schwerpunkte liegen auf dem Mund-Nasenschutz in der Schule; Testpflicht und Testverfahren in der Schule; Unterrichtsausfall und Lehrkräftesicherung; Schwimmunterricht an Grundschulen; Schuleingangsstunden; gesundheitliche Auswirkungen und Langzeitwirkungen der Pandemie, der Infektion und der Pandemiekontrollmaßnahmen; Impfung; Aufholen nach Corona; schulpsychologische Unterstützung; Pandemiegerechte bauliche Maßnahmen und Ausstattung der Schulen; Einflussnahme von partikularen Interessengruppen auf Schulen und Kindertagesstätten; häusliche Gewalt; Notbetreuung in Kindertagesstätten, Horten und Schulen; Gesundmeldungen in Kindertagesstätten.

¹⁰ „Sozialpolitische Interventionen können [...] zahlreiche unbeabsichtigte Effekte nach sich ziehen, weil die an der Intervention Beteiligten und von ihr Betroffenen entscheidungs- und handlungsfähige Subjekte sind, die zudem in lokale kulturelle und institutionelle Kontexte eingebunden sind, die sie mit Handlungszielen und Handlungswissen ausstatten, die Planern und Evaluatoren oftmals nicht bekannt sind.“, Kelle, U. / Metje, B. (2010): Mixed Methods in der Evaluationsforschung. Das Verhältnis zwischen Qualität und Quantität in der Wirkungsanalyse. In: Knolle, N. (Hrsg.): Evaluationsforschung in der Musikpädagogik. Essen: Die blaue Eule, S. 9-39.

Ministerien lieferten der Kommission umfangreiche Daten- und Informationspakete zu, bestehend aus unter anderem Lageberichten, Erlassen, Beschlüssen, Großen und Kleinen Anfragen, Umsetzungsplänen, Rundschreiben und Pressemitteilungen. Darunter waren auch zwei Konzepte zur Lockerung der Eindämmungsmaßnahmen, „Der Sachsen-Anhalt-Plan 2020“ und „Der Sachsen-Anhalt-Plan 2021“¹¹, sowie die Antworten der Landesregierung auf eine Große Anfrage zu den Regierungs- und Behördenentscheidungen und eine Große Anfrage zur Bewertung der Coronamaßnahmen in Sachsen-Anhalt.¹² Die zur Verfügung gestellten Dokumente beziehen sich teilweise auf den Gesamtzeitraum der Pandemie, teilweise auf einzelne Perioden beziehungsweise inhaltliche Aspekte. Insgesamt wurden mehrere hundert Seiten von Hintergrunddokumenten durch die Kommission gesichtet, analysiert und ausgewertet.

Darüber hinaus wurden über 40 Interviews mit Wissens-, Erfahrungs- und Entscheidungsträgerinnen und -trägern aus Politik, Wirtschaft und Wissenschaft durchgeführt (siehe [Anhang 5.2](#)). Neben diesen Befragungen und Anhörungen waren zudem mehrere unterstützende Akteurinnen und Akteure fortlaufend in die Kommissions- und Arbeitsgruppen-Arbeit (AG-Arbeit) eingebunden, insbesondere Mitarbeitende der Kommissionsmitglieder, eine beauftragte Geschäftsstelle und ein beauftragtes Forschungsinstitut. Einzelne Schreiben von Einwohnerinnen und Einwohnern sowie Sachverständigen, die nach Ankündigung der Kommission eingingen, wurden gesichtet und sind in das Stimmungsbild der Kommission eingeflossen.

Die inhaltliche Ergebnisverantwortung für den Abschlussbericht trägt die Regierungskommission Pandemievorsorge als Ganzes. Dazu wurde mit dem *Konsentprinzip* gearbeitet: Ein Beschluss wurde gefasst, solange kein Kommissionsmitglied einen schwerwiegenden und begründeten Einwand vorgebracht hat. Allfällige Abweichungen und Dissens werden transparent aufgezeigt. Die Staatskanzlei des Landes Sachsen-Anhalt (StK) und die involvierten Fachressorts haben keinen Einfluss auf die inhaltliche Berichterstellung genommen und gaben lediglich bei Bedarf unterstützende fachliche Hinweise. Eine Freigabe, Korrektur oder Exklusion von Inhalten oder Handlungsempfehlungen von Stellen außerhalb der Regierungskommission erfolgte nicht.

2.2 Arbeitsprozess und Gremien

Zur Konstituierung und Sicherung der Arbeitsfähigkeit der Kommission hat die StK die prozeduralen Leitplanken sowie die formal-personellen Rahmenbedingungen geschaffen. Dazu gehörte insbesondere die Benennung und Mandatierung des Kommissionsvorsitzes sowie der -mitglieder und die Benennung und Beauftragung unterstützender Stellen. Die Regierungskommission wurde aus 16 externen Expertinnen und Experten gebildet (siehe [Anhang 5.1](#)), die verschiedene Tätigkeits- und Evaluationsbereiche repräsentieren (u. a. Gesundheit, Schulen und Kommunen) und in zehn Kommissionssitzungen zusammenkamen. Um zu gewährleisten, dass keine

¹¹ Die beschlossenen Maßnahmen sind in [Anhang 5.3](#) dargestellt. Vgl. Landesregierung Sachsen-Anhalt (2020): Verantwortliche Rückführung der Covid19-Eindämmungsmaßnahmen – Der Sachsen-Anhalt-Plan. 19.05.2020. [Link](#) (zuletzt abgerufen am 12.03.2025). Landesregierung Sachsen-Anhalt (2021): Eine sichere und gerechte Öffnung mit Verantwortung und Augenmaß – Der Sachsen-Anhalt-Plan 2021. [Link](#) (zuletzt abgerufen am 12.03.2025).

¹² Vgl. Landesregierung Sachsen-Anhalt (2022): Antwort der Landesregierung auf die Große Anfrage „Evaluation der Regierungs- und Behördenentscheidungen während der Corona-Krise“. Drucksache 8/1970. [Link](#) (zuletzt abgerufen am 12.03.2025). Landesregierung Sachsen-Anhalt (2024): Antwort der Landesregierung auf die Große Anfrage „Bewertung der Corona-Maßnahmen in Sachsen-Anhalt“. Drucksache 8/4881. [Link](#) (zuletzt abgerufen am 12.03.2025).

begründete Besorgnis der Befangenheit oder Interessenkonflikte vorliegen, gaben alle Kommissionsmitglieder Transparenzerklärungen ab.

Für die inhaltliche Vertiefung wurde die Kommission entlang der fachlichen Perspektiven und Expertisen ihrer Mitglieder in vier fachliche AGen aufgeteilt:

- Daten,
- Kommunikation,
- Recht und
- Maßnahmen.

Die AGen haben insgesamt über 60 AG-Sitzungen durchgeführt und wurden jeweils von einer Sprecherin oder einem Sprecher geleitet, die beziehungsweise der für die Federführung der AG, die (Qualitäts-)Sicherung der Ergebnisse und die Berichterstattung innerhalb der Kommission verantwortlich war. Die inhaltliche Steuerung der Gesamtergebnisse und die Repräsentation der Kommission nach außen oblag dem Kommissionsvorsitz.

Für die übergreifende Prozesssteuerung, Koordination und Unterstützung der Kommission fungierte die Inhouse-Beratung PD – Berater der öffentlichen Hand GmbH unter anderem als Geschäftsstelle. Die Ressorts begleiteten bei Bedarf fachlich und stellten relevante Dokumente und Daten bereit. Bei der Konsolidierung und Auswertung der Daten unterstützte das Institut für Medizinische Mikrobiologie und Krankenhaushygiene der Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg.

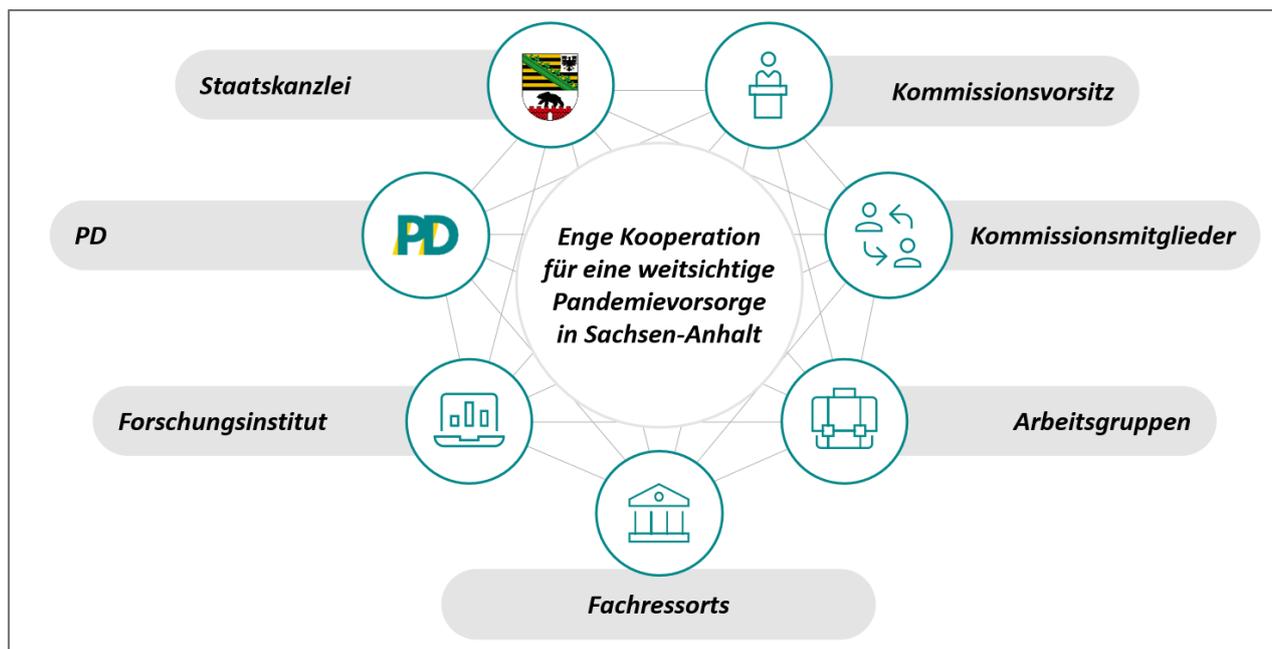


Abbildung 4: Steuerungs- und Akteursstruktur der Regierungskommission

2.3 Untersuchungszeitraum

Mit dem Untersuchungszeitraum von 2020 bis 2023 evaluiert die Kommission die gesamte Dauer der Pandemie. Die Erklärung des Coronavirus (SARS-CoV-2-Virus) zu einer weltweiten Pandemie erfolgte am 11. Februar 2020 durch die WHO. Der Bundestag stellte daraufhin eine

7-Tage-Inzidenz

beschreibt die Melderate pro 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner innerhalb von sieben Tagen. Das Ergebnis ist abhängig von der Teststrategie sowie der tatsächlichen Meldung von positiven Tests und gibt keine Auskunft über die Dunkelziffer.

Die Übersterblichkeit

zeigt quantitativ an, inwieweit sich die wöchentlichen Sterberaten von den Mittelwerten der letzten Jahre unterscheidet. Sie wird von vielen Faktoren beeinflusst und gibt keinen Aufschluss über die Ursachen.

epidemische Notlage von nationaler Tragweite gemäß § 5 Abs. 1 IfSG fest. Seitdem entwickelte sich das Infektionsgeschehen abhängig von der jeweils vorherrschenden Virusvariante wellenförmig und erreichte seinen Höhepunkt zwischen Ende 2021 und Mitte 2022. Zur Bewältigung der Pandemie beschloss der Gesetzgeber weitreichende Maßnahmen. Insgesamt setzte das LSA 36 auf das Coronavirus bezogene Beschlüsse der Ministerpräsidentenkonferenz (MPK) um. Verordnungen zum Tragen von Masken, Kontaktbeschränkungen und zur Schließung von Lokalitäten zielten darauf ab, das Infektionsgeschehen einzudämmen (vgl. Abb. 4, ausführlicher in [Anhang 5.3.](#)).

Nachdem sich die weitreichenden Auswirkungen des Virus deutlich abschwächten, wurden die Einschränkungen schrittweise aufgehoben. Das Ziel der Maßnahmen verschob sich von der Eindämmung des Infektionsgeschehens hin zur Abmilderung der Folgen einer Infektion und der Protektion von besonders vulnerablen Gruppen.

Im Mai 2023 erklärte die WHO die gesundheitliche Notlage internationaler Tragweite für beendet. Zugleich hielt

sie fest, dass das Virus auch weiterhin gefährlich bleibe und eine globale Gesundheitsbedrohung darstelle. Das Ende der Notlage sei nicht gleichzusetzen mit dem Ende der Pandemie, die weiterhin andauere.

Insgesamt werden vier übergreifende Phasen der Pandemie differenziert:

- *Phase 1* (ab dem 1. Januar 2020) wird als „präpandemische Phase“ bezeichnet und umfasst den Zeitraum kurz vor Beginn der Pandemie.
- *Phase 2* (ab 9. März 2020) wird als „Alarmphase“ bezeichnet. In dieser Phase traten bei Menschen Erkrankungen durch ein neuartiges Virus auf und erste Eindämmungsmaßnahmen wurden ergriffen.
- *Phase 3* (ab 1. Januar 2021) wird als „pandemische Phase“ oder „Belastungsphase“ bezeichnet, in der sich das neue Virus zunehmend und anhaltend weltweit in der Bevölkerung ausbreitete.
- *Phase 4* (ab 1. Januar 2023) wird als „postpandemische Phase“ oder Übergangsphase bezeichnet, in der sich die globale Situation entspannte und Aktivitäten zur Eindämmung auf globaler und regionaler Ebene zurückgefahren wurden.

Für eine weitsichtige Pandemievorsorge in Sachsen-Anhalt

Abschlussbericht der Regierungskommission „Pandemievorsorge“ des Landes Sachsen-Anhalt

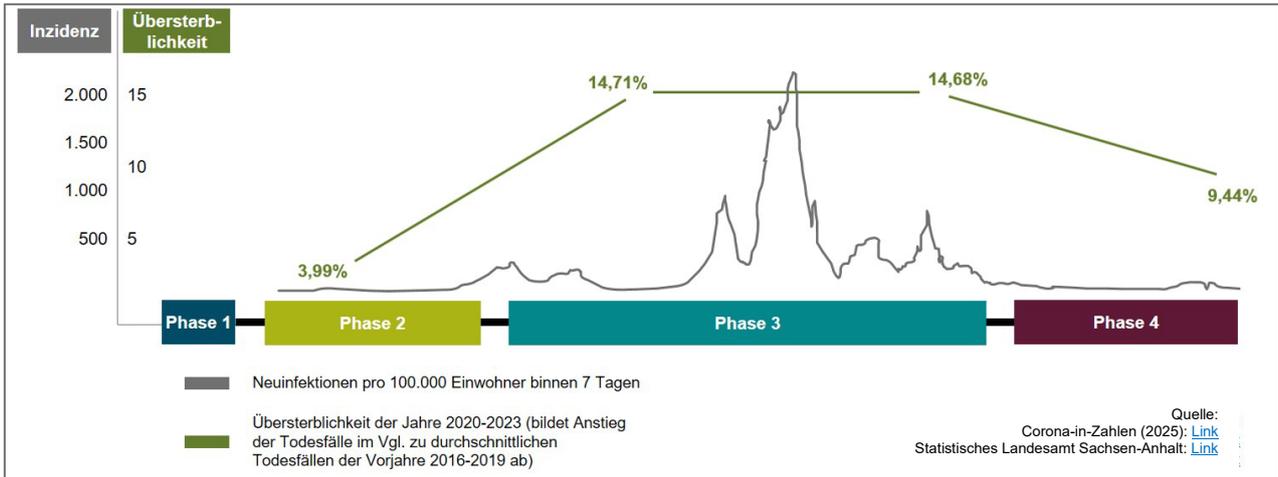


Abbildung 5: Indikative Übersicht der Inzidenz und Übersterblichkeit im LSA

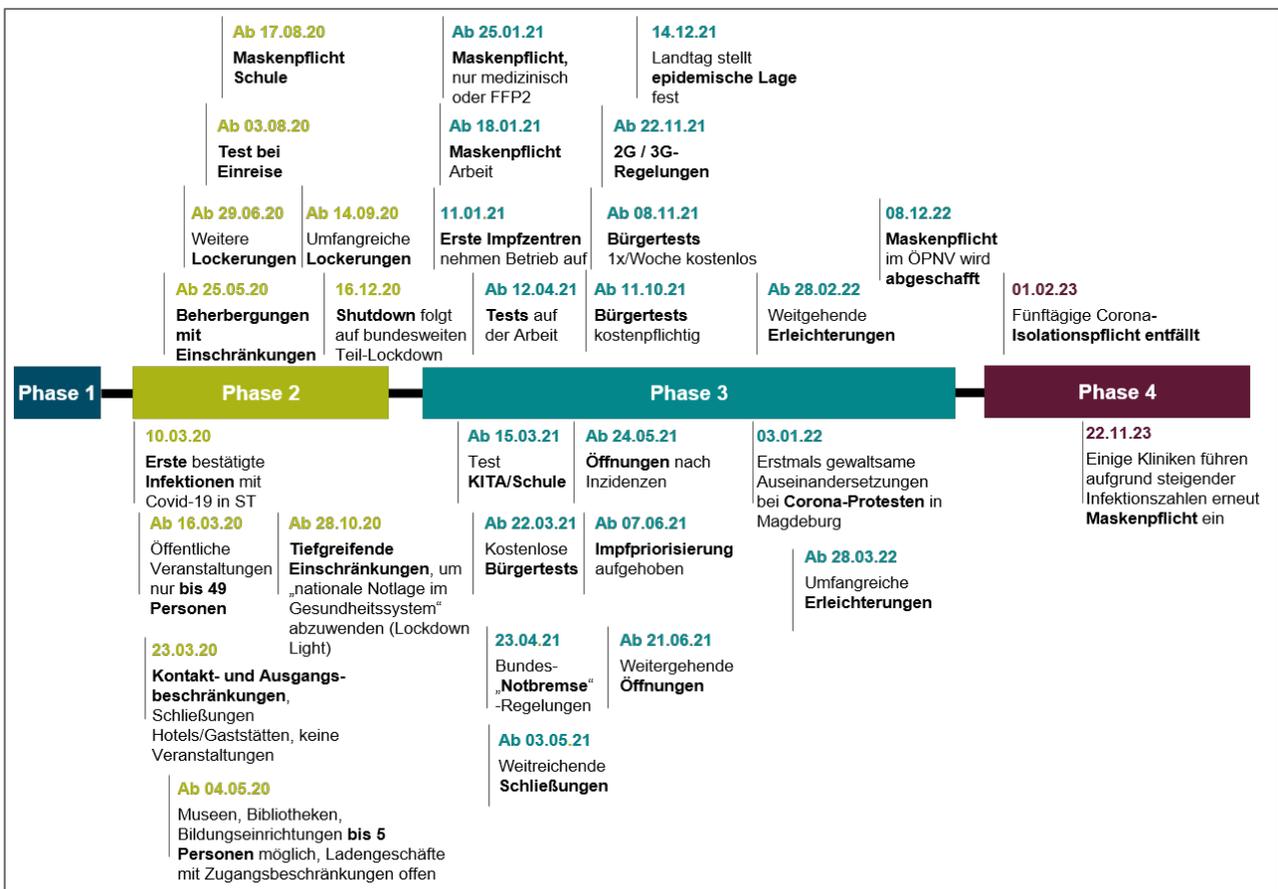


Abbildung 6: Indikative Übersicht des Pandemieverlaufs im LSA

2.4 Einordnung (inter-)nationaler Evaluationsvorhaben

Resilienz

bezeichnet die Fähigkeit, Ausnahmesituationen wie eine Krise, Katastrophe oder Pandemie ohne langfristig anhaltende Beeinträchtigung zu überstehen. Resilienz ist gerade in Zeiten, in denen Gefahren immer komplexer werden, äußerst relevant und hängt eng mit Widerstandskraft und Vorsorge zusammen.

Sowohl die Bundesregierung als auch eine Reihe von Bundesländern haben bereits Evaluationen zur Pandemiebewältigung durchgeführt. Auf Bundesebene gab es zunächst einen Zwischenstandbericht des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) in Zusammenarbeit mit den Ländern und einer wissenschaftlichen Einordnung. Dieser wurde bereits im März 2021 veröffentlicht. Er hatte die Konsolidierung eines Sachstandes der bisher vorliegenden Erkenntnisse über die Epidemie sowie erste Vorschläge zur Verbesserung der Resilienz zum Ziel.¹³

Daneben fand eine weitaus umfangreichere Evaluation mit einem Untersuchungszeitraum von Januar 2020 bis Juni 2022 durch den Sachverständigenausschuss nach § 5

Abs. 9 IfSG statt. Dieser bestand aus 19 unabhängigen Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftlern und erarbeitete, inwieweit die jeweils geltenden Rechtsgrundlagen es ermöglichten, in verfassungsmäßiger, geeigneter und effektiver Weise auf die Pandemie zu reagieren. Der Ausschuss prüfte die Anwendbarkeit der getroffenen Maßnahmen bei künftigen Pandemien, um somit zukünftig eine Grundlage für Entscheidungsträgerinnen und -träger zu bieten. Inhaltlich wurden dabei vier große Themenblöcke behandelt: Datenmanagement, Risikokommunikation, Maßnahmen zur Bekämpfung der Pandemie und rechtliche Aspekte.¹⁴ Darüber hinaus formulierte ein vom Bundeskanzleramt eingesetzter „Corona-ExpertInnenrat“ auf Grundlage aktueller wissenschaftlicher Erkenntnisse zur Pandemie Empfehlungen an die Bundesregierung, die in die politischen Entscheidungen eingeflossen sind.¹⁵

Neben Sachsen-Anhalt haben fünf Bundesländer methodisch vergleichbare Evaluationsprozesse bereits durchgeführt. Baden-Württemberg¹⁶, Mecklenburg-Vorpommern¹⁷, Niedersachsen¹⁸, Rheinland-Pfalz¹⁹ und Brandenburg²⁰ haben Enquete-Kommissionen beziehungsweise

¹³ Vgl. Bundesregierung (2021): Bericht zu den Erkenntnissen aus der durch das neuartige Coronavirus SARS-CoV-2 verursachten Epidemie. Deutscher Bundestag. Drucksache 19/31175. [Link](#) (zuletzt abgerufen am 12.03.2025).

¹⁴ Vgl. Allmendinger et al. (2022): Evaluation der Rechtsgrundlagen und Maßnahmen der Pandemiepolitik. Bericht des Sachverständigenausschusses nach § 5 ABS. 9 IfSG. [Link](#) (zuletzt abgerufen am 12.03.2025).

¹⁵ Das Nachfolgegremium in Form des „ExpertInnenrats ‚Gesundheit und Resilienz‘“ beschäftigt sich seit März 2024 mit dem Umgang mit allgemeinen Gesundheitskrisen, ohne Bezug auf die Corona-Pandemie. Vgl. Bundesregierung (2024): ExpertInnenrat „Gesundheit und Resilienz“. [Link](#) (zuletzt abgerufen am 12.03.2025).

¹⁶ Vgl. Landtag von Baden-Württemberg (2024): Bericht und Empfehlungen der Enquetekommission „Krisenfeste Gesellschaft“. Drucksache 17/7000. [Link](#) (zuletzt abgerufen am 12.03.2025).

¹⁷ Vgl. Landtag Mecklenburg-Vorpommern (2021): Die Enquete-Kommission „Zukunft der medizinischen Versorgung in Mecklenburg-Vorpommern“ in der 7. Wahlperiode 2016-2021. [Link](#) (zuletzt abgerufen am 12.03.2025).

¹⁸ Vgl. Niedersächsischer Landtag (2021): Bericht. Enquetekommission „Sicherstellung der ambulanten und stationären medizinischen Versorgung in Niedersachsen – für eine qualitativ hochwertige und wohnortnahe medizinische Versorgung“. Drucksache 18/8650. [Link](#) (zuletzt abgerufen 12.03.2025). Niedersächsischer Landtag (2022): Bericht. Sonderausschuss zur Aufarbeitung der bisher gewonnenen Erkenntnisse aus der Bekämpfung der COVID-19-Pandemie und - daraus schlussfolgernd - zur Vorbereitung auf künftige pandemiebedingte Gesundheits- und Wirtschaftskrisen. Drucksache 18/10525. [Link](#) (zuletzt abgerufen am 12.03.2025).

¹⁹ Vgl. Landtag Rheinland-Pfalz (2020): Bericht der Enquete-Kommission 17/2 „Vorsorge- und Bekämpfungsmaßnahmen gegen die Ausbreitung des Coronavirus in Rheinland-Pfalz und Konsequenzen für die Pandemiepolitik“. Drucksache 17/13900. [Link](#) (zuletzt abgerufen 12.03.2025). Landtag Rheinland-Pfalz (2024): Corona: Abgeordnete hören Experten an. [Link](#) (zuletzt abgerufen 12.03.2025).

²⁰ Vgl. Landtag Brandenburg (2024): Beschlussempfehlung und Bericht des Untersuchungsausschusses zur Untersuchung der Krisenpolitik der Landesregierung im Zusammenhang mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 und der Erkrankung Covid-19. Drucksache 7/9770. [Link](#) (zuletzt abgerufen 12.03.2025). Landtag Brandenburg (2023): Beschlussempfehlung und Bericht des Untersuchungsausschusses zur Untersuchung der Krisenpolitik der Landesregierung im Zusammenhang mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 und der Erkrankung COVID-19. Drucksache 7/8552. [Link](#) (zuletzt abgerufen 12.03.2025).

Untersuchungsausschüsse eingesetzt. Zwei weitere Länder haben jüngst entsprechende Aufar-

Enquete-Kommissionen setzen sich aus Abgeordneten des Parlaments und Sachverständigen zusammen und erarbeiten unverbindliche Empfehlungen.

Parlamentarische Untersuchungsausschüsse bestehen aus Abgeordneten des Parlaments und erarbeiten verbindliche Empfehlungen.

beitungen beschlossen. Thüringen²¹ setzt eine Enquete-Kommission ein, Sachsen²² sowohl eine Enquete-Kommission als auch einen Untersuchungsausschuss. Im Unterschied zu einer Regierungskommission sind dabei Mitglieder des jeweiligen Landtages für die Untersuchung verantwortlich, die umfangreiche Anhörungsverfahren von Sachverständigen durchführen sowie bestehende Forschungsergebnisse systematisch auswerten. In einzelnen Bundesländern wurden zudem schriftliche Stellungnahmen von Einwohnerinnen und Einwohnern, Verbänden und weiteren Organisationen analysiert, Forschungsinstitute mit Grundlagenexpertisen beauftragt oder Bürgerforen eingerichtet.

Sieben weitere Bundesländer haben bedingt vergleichbare Evaluationen durchgeführt. Das jeweilige Vorgehen in Hessen²³, Nordrhein-Westfalen²⁴, Sachsen²⁵, Schleswig-Holstein²⁶, Saarland²⁷ und Thüringen²⁸ variiert stark in Format, beteiligten Akteurinnen und Akteuren, inhaltlicher Schwerpunktsetzung und Umfang. Maßnahmen waren Enquete-Kommissionen, wie sie auch in Sachsen-Anhalt eingesetzt wurden,²⁹ die sich mit generellen Gesundheitsthemen und nicht dezidiert mit der Pandemiepolitik auseinandersetzten, Analysen, die von Ministerien in Zusammenarbeit mit Meinungsforschungsinstituten oder Universitäten durchgeführt wurden, spezifische Einzelthemen, Bürgerinnen- beziehungsweise Bürgergutachten, aber auch beispielsweise ein Symposium.

²¹ Vgl. Thüringer Landtag (2025): Beschlussempfehlung des Ausschusses für Soziales, Gesundheit, Arbeit und Familie. Drucksache 8/575. [Link](#) (zuletzt abgerufen am 12.03.2025). Thüringer Landtag (2024): Antrag der Fraktion Die Linke. Einsetzung einer Enquete-Kommission „Lehren aus der SARS-CoV-2-Pandemie in Thüringen: Handlungsempfehlungen für künftige Endemie-, Pandemie- und sonstige Gesundheits-Krisenlagen“. Drucksache 8/64. [Link](#) (zuletzt abgerufen am 12.03.2025).

²² Vgl. Sächsischer Landtag (2024): 5. Plenarsitzung 19.12.2024. TOP 3: Enquete-Kommission zur Corona-Pandemie eingesetzt. [Link](#) (zuletzt abgerufen am 12.03.2025). Unter demselben TOP wurde auch die Einrichtung eines Untersuchungsausschusses entschieden. Die Abstimmung erfolgte auf Grundlage eines Antrags, eingereicht durch die Fraktionen CDU und SPD, vgl. Sächsischer Landtag (2024): Antrag der Fraktionen CDU und SPD. Drucksache 8/253. [Link](#) (zuletzt abgerufen am 12.03.2025).

²³ Vgl. Hessisches Ministerium für Soziales und Integration (2022): Gesellschaftliche Folgen der Corona-Pandemie II. Neue Ergebnisse einer repräsentativen Befragung mit dem Fokus auf die Bevölkerung mit Migrationshintergrund. [Link](#) (zuletzt abgerufen am 12.03.2025); Zudem wird ein Untersuchungsausschuss durch den Hessischen Landtag eingesetzt werden (vgl. Hessischer Landtag (2024): Antrag Fraktion CDU, Fraktion SPD, Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN, Fraktion der Freien Demokraten. Drucksache 21/684. [Link](#) (zuletzt abgerufen am 12.03.2025).

²⁴ Vgl. Landtag Nordrhein-Westfalen (2022): Abschlussbericht der Enquetekommission zum Thema „Einsamkeit“ – Bekämpfung sozialer Isolation in Nordrhein-Westfalen und der daraus resultierenden physischen und psychischen Folgen auf die Gesundheit. Drucksache 17/16750. [Link](#) (zuletzt abgerufen 12.03.2025); Eine weitere Enquetekommission beschäftigt sich seit 2023 mit der Corona-Politik des Landes (vgl. Landtag Nordrhein-Westfalen (2023): Antrag. Drucksache 18/4346. [Link](#) (zuletzt abgerufen am 12.03.2025).

²⁵ Vgl. Hesse, M. / Bender, C. / Mengers, C. (2021): Auswirkungen der Corona-Pandemie auf den Freistaat Sachsen. Zwischenstand nach einem Jahr Pandemie. KOMKIS Report Nr. 08, Leipzig: Universität Leipzig.

²⁶ Vgl. Landesregierung und Landtag Schleswig-Holstein (2024): Corona-Symposium von Landesregierung und Landtag. [Link](#) (zuletzt abgerufen am 12.03.2025).

²⁷ Vgl. Saarländischer Rundfunk (2024): Corona-Aufarbeitung: Forscher fordern Förderung des Gesundheitsdienstes. [Link](#) (zuletzt abgerufen am 12.03.2025).

²⁸ Vgl. Freistaat Thüringen Ministerium für Justiz, Migration und Verbraucherschutz (2021): Thüringer BürgerForum Covid-19: Bürgergutachten an Landesregierung übergeben. [Link](#) (zuletzt abgerufen am 12.03.2025). Reischer, M. / Küppers, A. / Hebenstreit, J. / Salheiser, A. / Vogel, L. (2021): Politische Kultur im Freistaat Thüringen. Die Corona-Pandemie in Thüringen. Ergebnisse des THÜRINGEN-MONITORS 2020. Jena: Friedrich-Schiller-Universität Jena, KomRex – Zentrum für Rechtsextremismusforschung, Demokratiebildung und gesellschaftliche Integration.

²⁹ Vgl. Landtag von Sachsen-Anhalt (2021): Bericht – Enquete-Kommission „Die Gesundheitsversorgung und Pflege in Sachsen-Anhalt konsequent und nachhaltig absichern!“. Drucksache 7/7574. [Link](#) (zuletzt abgerufen am 12.03.2025).

Der Ansatz der Regierungskommission Pandemievorsorge in Sachsen-Anhalt unterscheidet sich also von den Evaluationen der anderen Bundesländer. Die Kommission arbeitet regierungsunabhängig sowie ohne direkten parteipolitischen Einfluss und führt die Perspektiven mehrerer betroffener Sektoren und zahlreicher Akteurinnen und Akteure aus Wissenschaft und Praxis zusammen. Mit dem gewählten Untersuchungszeitraum von 2020 bis 2023 wurde die gesamte Pandemiedauer evaluiert. Zudem ermöglichte die Begleitung durch ein Forschungsinstitut eine evidenz- und datengeleitete Evaluation. Einen prozessual, methodisch und personell vergleichbaren Evaluationsprozess durch externe Expertinnen und Experten gab es demnach bislang lediglich auf Bundesebene.

Der internationale Vergleich zeigt, dass andere Staaten nicht nur unterschiedliche Strategien im unmittelbaren Umgang mit der Pandemie entwickelt haben – von äußerst restriktiv, wie es in Frankreich der Fall war, bis wie in Schweden in hohem Maße tolerant –, sondern auch unterschiedlichste Formate für die Aufarbeitung genutzt haben. Schweden setzte etwa eine Expertinnen- beziehungsweise Expertenkommission zur Analyse und Bewertung der Resilienz des Gesundheitssystems ein.³⁰ Italien und die Schweiz richteten einen parlamentarischen Untersuchungsausschuss beziehungsweise eine Kommission ein, um das Handeln von Regierung und Gesundheitsbehörden kritisch zu überprüfen.³¹ Aufgrund der sehr hohen Todeszahlen und dem Druck von Angehörigen leitete Großbritannien mit der „UK COVID-19 Inquiry“ eine gesetzlich verankerte, öffentliche und äußerst umfangreiche Untersuchung ein. Dafür wurden unter anderem Zeuginnen und Zeugen unter Eid befragt, Beweismaterialien angefordert und Vertretungen der Zivilgesellschaft angehört.³²

³⁰ Vgl. Borraz, O. / Jacobsson, B. (2023): Organizing Expertise During a Crisis. France and Sweden in the Fight Against Covid-19. In: Journal of Organizational Sociology 1 (1), S. 73-107. [Link](#) (zuletzt abgerufen am 12.03.2025).

³¹ Vgl. Frankfurter Allgemeine Zeitung (2024): Italien setzt Corona-Untersuchungsausschuss ein. [Link](#) (zuletzt abgerufen am 12.03.2025); Bundesversammlung (2024): Inspektion zur Bewältigung der Covid-19-Pandemie. [Link](#) (zuletzt abgerufen am 12.03.2025).

³² Vgl. UK Covid-19 Inquiry (2024): What is the UK Covid-19 Inquiry? [Link](#) (zuletzt abgerufen am 12.03.2025).

3 Analysebereiche



Abbildung 7: AGen der Regierungskommission

Der Untersuchungsgegenstand der Regierungskommission ist gemäß dem HiAP-Ansatz der WHO ganzheitlich. Um eine ausgewogene Evaluation sicherstellen zu können, wurden vier abgrenzbare fachliche Themengebiete definiert und durch vier AGen und deren Mitglieder bearbeitet. Die unabdingbaren Pfadabhängigkeiten und Schnittstellen zwischen den AGen wurden im Rahmen des fortlaufenden AG-übergreifenden Austauschs, insbesondere zwischen den Sprecherinnen und Sprechern, berücksichtigt. Die vier Analysebereiche strukturieren die Evaluation und werden in den folgenden Abschnitten detailliert behandelt:

Die **AG Daten** untersuchte die empirische Grundlage, die den politischen Entscheidungen zur Pandemiebewältigung zugrunde lagen. Dazu analysierte sie, welche Daten wann in welcher Qualität zur Verfügung standen und identifizierte strukturelle Hindernisse bei der Erhebung, Verknüpfung und Auswertung relevanter Daten. Dies umfasste sowohl medizinische als auch beispielsweise Daten zur Belastung des Gesundheitssystems und einzelner Bevölkerungsgruppen. Daraus leitete die AG Empfehlungen für eine belastbare Dateninfrastruktur ab, damit auch in einer dynamischen Infektionslage evidenzbasierte Entscheidungen getroffen werden können.

Die **AG Kommunikation** analysierte, inwieweit entscheidungsrelevante Informationen und darauf aufbauende politische Entscheidungen transparent, partizipativ und wirksam vermittelt und kommuniziert wurden. Sie bewertete die öffentlichen Kommunikationsprozesse und -strategien und erarbeitete Empfehlungen, die zur Legitimität und Akzeptanz der beschlossenen Maßnahmen beitragen können.

Die **AG Rechtliche Aspekte** evaluierte die juristischen Grundlagen, auf der politische Entscheidungen zur Pandemiebewältigung getroffen wurden. Sie analysierte, wie die föderalen Ebenen ihren jeweiligen Handlungsspielraum nutzten und bewertete die zugrundeliegenden rechtlichen Normen, Verordnungen und Ermächtigungsgrundlagen. Daraus leitete sie Empfehlungen für Reformen ab, um eine zukünftige Pandemie gesetzes- und verfassungskonform sowie wirksam bekämpfen zu können.

Die **AG Maßnahmen** sichtete und bewertete die beschlossenen Maßnahmen an sich sowie deren Zielsetzung, Wirkung und Verhältnismäßigkeit. Analysiert wurden priorisierte Maßnahmen(-bündel) in den Bereichen Bildung, Sport, Kunst und Kultur, Zivilgesellschaft, Wirtschaft sowie pflegerische und medizinische Versorgung. Hieraus ableitend erarbeitete die AG Empfehlungen, wie Maßnahmen zur Pandemiebekämpfung künftig beschlossen und durchgeführt werden können.

3.1 Daten

Um fundierte Entscheidungen zur Bekämpfung der Pandemie treffen zu können, ist der Zugang zu aussagekräftigen Daten unerlässlich. Während der Coronapandemie wurden Daten durch verschiedene Stellen erhoben und auf verschiedenen Plattformen der Bundes- und Landesebene verwaltet (siehe Abb. 10 [Anhang 5.5](#)).

Die Landesregierung erhielt täglich vom Pandemiestab erstellte vertrauliche Lageberichte, die wöchentlich in einem Überblick zusammengefasst wurden. Die Lageberichte enthielten umfangreiche deskriptive und visualisierte Auswertungen zum Infektionsgeschehen in Sachsen-Anhalt, zum aktuellen Stand der Forschung und der Beschlüsse auf Bundes- und Landesebene, zu den Kapazitäten im Gesundheitssystem sowie zum Testen und Impfen. In diese Lageberichte flossen folglich Daten aus einer Vielzahl verschiedener Quellen ein. Zusätzlich hat die Landesregierung wissenschaftliche Stellungnahmen beispielsweise der Leopoldina und des RKI ausgewertet und bei Entscheidungen berücksichtigt.

Das Kapitel gibt einen Überblick über verschiedene Datenquellen, die zur Entscheidungsfindung herangezogen wurden oder in Zukunft herangezogen werden könnten, sowie über deren Verfügbarkeit und Relevanz, insbesondere für die politische Entscheidungsfindung und die Information der Öffentlichkeit.

Für diese Bewertung hat die AG eine „Datenmatrix“ erarbeitet, die einen umfassenden Überblick über die Verfügbarkeit, die Qualität und die Relevanz von Daten zur Coronapandemie ermöglicht. Ziele der Datenmatrix sind die Identifizierung und Bewertung verfügbarer Daten(-quellen) als empirische Grundlage für politische Entscheidungen sowie die Identifizierung struktureller Lücken und Ableitung von Optimierungsmaßnahmen für eine belastbare Forschungsdateninfrastruktur zur Pandemievorsorge in Sachsen-Anhalt.

Die AG hat die Verfügbarkeit der Daten für die politischen Entscheiderinnen und Entscheider in Sachsen-Anhalt während der Pandemie erfasst, um zu bestimmen, inwiefern diese für Entscheidungsprozesse in Sachsen-Anhalt genutzt wurden und zukünftig genutzt werden können. Zudem hat die AG ihre Qualität bewertet. Sie hat ebenfalls die Zuständigkeit der Datenerhebung und -speicherung dokumentiert. Diese Verantwortlichkeiten sind gesetzlich geregelt und liegen bei unterschiedlichen Institutionen wie dem ÖGD, dem Landesamt für Verbraucherschutz und den Fachressorts auf Landes- und Bundesebene. Die Gesundheitsämter hatten hierbei eine Schlüsselposition in der Datenverarbeitung, Kommunikation, Anordnung von Maßnahmen und damit auch in der Umsetzung von geltenden Regeln. Auch heute erfolgen bei Krankheitsausbrüchen in den Gesundheitsämtern Ermittlung, Kontaktpersonennachverfolgung, Quarantäneanordnungen und Management einer gesundheitlichen Notlage. Die vollständige Matrix ist in tabellarischer Form im [Anhang 5.8](#) dargestellt.

Kategorie	Parameter	
Biologische / Medizinische Daten	Infektionen	●
	Erkrankungsbezogene Sterblichkeit	●
	Virusvarianten / R-Wert	●
Belastung des Gesundheitssystems	Hospitalisierungsrate / Arztbesuche	●
	Laborkapazitäten	●
	Testkapazitäten	●
	Screening von Patienten in der Notaufnahme	●
Belastung des ÖGD	Digitalisierungsstand der Gesundheitsämter	●
Belastung der kritischen Infrastruktur (KRITIS)	Infektionsausfälle	●
	Verfügbarkeit von Gesundheitsbedarf	●
	Verfügbarkeit von Schnelltests	●
Maßnahmenbewertung	Ausbruchsgeschehen bei z.B. Großveranstaltungen	●
	Corona-Soforthilfen	●
	Versorgungslage / Lieferketten	●
Impfung	Verfügbarkeit von Impfstoffen	●
	Impfquoten	●
Belastung für einzelne Bevölkerungsgruppen	Belastung Schüler- und Lehrerschaft	●
	Belastung Pflegebedürftige	●
	Belastung Kinderbetreuung	●
Sonstige Daten	Gesellschaftlicher Zusammenhalt	●
	Krankenkassendaten	●

Abbildung 8: Bewertung der Datenverfügbarkeit und -qualität politisch relevanter Daten nach hoch, ausreichend, gering, unbekannt³³

Analyse und Erkenntnisse

Die Einstufung der Qualitätsmerkmale erfolgte aufgrund der allgemeinen Messbarkeit. Die Datenverfügbarkeit wurde durch den Grad der Digitalisierung und der Möglichkeiten eines problemlosen Austausches zwischen Institutionen und Behörden bestimmt.

Die Datenqualität beschreibt in diesem Zusammenhang lediglich, in welchem Umfang die vorliegenden Daten als verlässliche Grundlage für politische Entscheidungsprozesse herangezogen werden können. Damit ist nicht die Datenqualität im Sinne wissenschaftlicher Studien gemeint, die aufgrund der unzureichenden Infrastruktur überwiegend nicht gegeben war.

Zusätzlich hat die AG Daten eine Einstufung der politischen Relevanz vorgenommen. Die Einstufung trifft keine Aussage darüber, inwieweit dies der Einschätzung der Landesregierung entspricht.

³³ Die Übersicht bildet in stark aggregierter Form die Datenmatrix aus [Anhang 5.8](#). ab und fasst deren wichtigste Erkenntnisse zusammen. Sie zeigt nur jene Parameter, die mit „A“ oder „B“ in der Kategorie „Relevanz für politische Entscheidungen“ kodiert wurden. In der Spalte „Bewertung“ symbolisiert eine „grüne Ampel“ eine hohe, eine „gelbe Ampel“ eine ausreichende und eine „rote Ampel“ eine geringe Datenverfügbarkeit und -qualität. Sofern die Ampel nicht leuchtet, repräsentiert dies einen der Kommission unbekannt Status der Daten.

Biologische beziehungsweise medizinische Daten

Die Erfassung von Infektionszahlen ist das wichtigste Instrument, um das Pandemiegeschehen abzubilden. Diese Zahlen werden über das Meldewesen (gemäß IfSG) bundesweit erhoben. Die Zuständigkeit für die Erhebung und Speicherung liegt bei den Landes- und Kommunalverwaltungen, insbesondere beim ÖGD sowie dem RKI. Sie dienen als Grundlage für eine informierte und wissensbasierte Entscheidungsfindung auf politischer Ebene. Diese Daten sollen kontinuierlich vorliegen und in allen Phasen einer Pandemie verfügbar sein. Dies war im Betrachtungszeitraum der Fall. Die Datenqualität der Infektionszahlen stuft die AG als ausreichend ein. Die Inzidenzzahlen waren eindeutig, weil eine positive Polymerase-Kettenreaktion-Untersuchung (PCR-Untersuchung) einer Meldepflicht unterlag. Der AG ist bewusst, dass nur die Infektionen nachgewiesen werden konnten, die auch einen PCR-Test als Grundlage hatten. Da eine unbestimmte Zahl von infizierten Personen keinen PCR-Test bekam, besteht hier eine Dunkelziffer. Die Inzidenz war ein wichtiger, aber nicht immer präziser Indikator. Sie konnte Trends aufzeigen, war aber durch Teststrategien, Meldeverzögerungen und die Dunkelziffer beeinflusst. Deshalb wurde sie im späteren Verlauf der Pandemie durch andere Kennzahlen wie die Hospitalisierungsrate und die Belegung der Intensivstationen ergänzt. Eine Kombination aus repräsentativen Stichproben in der Bevölkerung, Abwassermonitoring und Antikörper-Studien hätte ein realistischeres Bild der tatsächlichen Infektionszahlen geliefert als die reine Inzidenzberechnung basierend auf Testmeldungen. Die Relevanz der Daten für politische Entscheidungen ist ebenso wie ihre Bedeutung für informierte Einwohnerinnen und Einwohner hoch.

Die infektionsbedingte Sterblichkeit ist ein wichtiger Parameter für die Schwere der Infektionserkrankung. Für das SARS-CoV-2-Virus (Severe acute respiratory syndrome coronavirus) besteht eine Meldepflicht nach § 6 IfSG zu Verdacht, Erkrankung und Tod. Weiterhin werden Todesursachen über die Gesundheitsämter (Todesbescheinigung) erfasst. Diskrepanzen zwischen diesen Zahlen sind darauf zurückzuführen, dass die Angaben auf der Todesbescheinigung von unzureichender Qualität sind und eine eindeutige Zuordnung der Todesursache nicht immer möglich ist. Dies wurde insbesondere in der Diskussion um das Versterben „an“ oder „mit“ Corona deutlich. Hier hat sich der Auswertungsmodus des RKI, der alle Todesfälle mit Infektionsnachweis einbezieht, jedoch als pragmatisch erwiesen. Die Erhebung der Daten hat zum Ziel, die Dynamik der Fallzahlen abzuschätzen, ein digitales Echtzeitlagebild zu erstellen und Vorhersagen zu treffen. Dabei sollte nach Möglichkeit eine Stratifizierung nach Alter, sozioökonomischen Faktoren, Vorerkrankungen und dem Besuch von Gemeinschaftseinrichtungen (z. B. Kindergärten) sowie medizinischen Einrichtungen (z. B. stationäre Pflegeeinrichtungen) erfolgen.

Die Anzahl der Genesenen bildet die Personen ab, bei denen eine Infektion nachgewiesen wurde. Die Zahlen waren im Betrachtungszeitraum für Sachsen-Anhalt verfügbar, ihre Qualität ausreichend. Die Relevanz jener Zahlen für politische Entscheidungen wird als gering eingestuft. Für informierte Einwohnerinnen und Einwohner hingegen haben sie eine hohe Bedeutung.

R-Wert (Reproduktionszahl)
beschreibt, wie viele Menschen eine infizierte Person im Mittel ansteckt.

Die Bestimmung der Virusvarianten und des Wertes der Reproduktionszahl (R-Wert) haben eine hohe epidemiologische und medizinische Bedeutung. Er ist entscheidend für die Modellierung zur Vorhersage des Pandemieverlaufs, insbesondere in Bezug auf die Ausbreitung des Virus in der Bevölkerung. Damit lässt sich die Belastung be-

sonders vulnerabler Gruppen, der Mitarbeitenden des Gesundheitswesens und der KRITIS

einschätzen. Virusvarianten sind oft mit der Schwere der Erkrankung assoziiert. Sie bestimmen, welche Impfungen oder Medikamente geeignet sind. Die Relevanz für politische Entscheidungen liegt im mittleren Bereich. Für informierte Einwohnerinnen und Einwohner haben die Daten zu den Virusvarianten jedoch eine hohe Bedeutung.

Die Übersterblichkeit im Jahresverlauf liefert wertvolle Einblicke in die Auswirkungen der Pandemie. Dabei werden wöchentliche Sterbezahlen mit den Mittelwerten der letzten Jahre verglichen. In diesen Zahlen spiegeln sich zum Beispiel extreme Hitze, aber auch Infektionswellen wider. Die Datenqualität während der Coronapandemie wird als hoch bewertet. Die Verfügbarkeit der Daten ist auf nationaler und europäischer Ebene gewährleistet. Die Interpretation der Daten kann schwierig sein.

Eine Möglichkeit der Infektionsüberwachung ist die Untersuchung von Abwasser. Seit Oktober 2022 führt das Landesamt für Umweltschutz entsprechende Untersuchungen durch. Die Relevanz für politische Entscheidungen sieht die AG als gering an. Jedoch können sie ein wichtiges Frühwarnsystem auch für andere Infektionserreger darstellen. Daher sollen die Erhebung und Analyse der Daten fortgeführt und der Nutzen evaluiert werden.

In Sachsen-Anhalt ist bereits eine virologische Überwachung (Surveillance³⁴) akuter Atemwegserkrankungen etabliert. Ausgewählte Kinderarztpraxen (Sentinel-Praxen) senden regelmäßig Proben von Kindern mit akuten Atemwegsinfektionen an das Landesamt für Verbraucherschutz des Landes Sachsen-Anhalt (LAV), wo eine virologische Diagnostik erfolgt. Dies gibt auch außerhalb einer Pandemie einen Überblick über das Infektionsgeschehen respiratorischer Erkrankungen in Sachsen-Anhalt.

Der Landesregierung Sachsen-Anhalt lagen im Betrachtungszeitraum die Lageberichte des Pandemiestabs vor, in denen tagesaktuell Daten zu Infektionsgeschehen, Todesfällen, Sonderfällen / Hotspots aufgearbeitet wurden, ergänzt um das Geschehen in Schulen und Kitas, Test- und Impfstatistik, Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin-Statistik (DIVI-Statistik) zur Krankenhausauslastung sowie Aktuelles aus dem Bund und dem RKI.

Belastung des Gesundheitssystems

Die Belastung des Gesundheitssystems ist ein kritischer Faktor bei der Bewertung und Steuerung von Pandemie-Maßnahmen. Wichtige Indikatoren sind die Hospitalisierungsrate, die Anzahl der Arztbesuche und die Belegung von Intensivstationen. Diese Parameter sind in allen Phasen von entscheidender Bedeutung, mit Zuständigkeiten bei Universitätskliniken, weiteren somatischen Kliniken und der Kassenärztlichen Vereinigung (KV). Besonders wichtig sind die Belegungsdaten der Intensivstationen, die tagesaktuell beispielsweise über das DIVI-Intensivregister verfügbar sind und dementsprechend der Landesregierung in Sachsen-Anhalt als mögliche Entscheidungsgrundlage für oder gegen Maßnahmen vorlagen.

Daten der KV (wie die Anzahl der Arztbesuche) sind regulär quartalsweise verfügbar, was eine verzögerte Bewertung der Situation ermöglicht.

³⁴ „Surveillance“ wird als fortlaufende Erfassung, Analyse und Interpretation von Daten definiert.

Die Laborkapazitäten insbesondere für die Durchführung von PCR-Tests spielen besonders in der Alarm- und frühen Belastungsphase eine zentrale Rolle. Die Datenqualität ist auch hier hoch, mit Zuständigkeiten unter anderem beim RKI und dem BMG.

Öffentliche Testmöglichkeiten, insbesondere kommunale Fieberambulanzen, sind besonders in den Alarm- und Belastungsphasen von zentraler Bedeutung. Die Datenqualität war während der Coronapandemie hoch und die Verfügbarkeit der Daten sichergestellt. Die Relevanz dieser Daten ist sowohl für politische Entscheidungen als auch für Einwohnerinnen und Einwohner hoch. Es wird empfohlen, den Zugang zu Testmöglichkeiten für die Bevölkerung zu erweitern. Die privaten Testzentren haben sowohl medizinische als auch wirtschaftliche Auswirkungen gehabt, jedoch mit positiven wie negativen Aspekten.

Das Screening von Patientinnen und Patienten bei Krankenhausaufnahme dient primär dem Infektionsschutz im Krankenhaus, kann aber ein wichtiger Indikator zur Beurteilung der Lage sein, wenn aufgrund der Vielzahl der Fälle keine flächendeckende Diagnostik mehr durchgeführt wird. Die so erhobenen Daten fließen in das Meldewesen ein.

Das Screening von medizinischem Personal hinsichtlich des Infektionsstatus dient dem Schutz des Personals und der Patientinnen und Patienten vor Ansteckung. Dies ist vor allem in der „Belastungsphase“ wichtig, um vermeidbare Infektionen und Belastungen vorzubeugen. Die Datenqualität in diesem Bereich ist unzureichend und die Verfügbarkeit der Daten nicht gegeben.

Daten zur Belastung des Gesundheitssystems, insbesondere zur Belastung der Intensivstationen, waren von essentieller Bedeutung. Sämtliche Maßnahmen, die durch die Landesregierung verfügt und auch durch Bundesgesetze festgeschrieben wurden, hatten neben der Eindämmung der Infektion ein vorrangiges Ziel: den Schutz der Ressourcen im Krankenhaus. Es zwingend verhindert werden, dass Maßnahmen einer Priorisierung von Patientinnen und Patienten nach Dringlichkeit ihrer Behandlung, insbesondere bei begrenzten medizinischen Ressourcen (Triage), notwendig wurden. Davon zu trennen ist zum Beispiel die Verschiebung von elektiven Operationen.

Belastung des ÖGD

Die Kontaktpersonen-Nachverfolgung ist eine zentrale Aufgabe des ÖGD zur Eindämmung der Virusausbreitung. Sie ist sehr personalintensiv und kann nur bis zu einer gewissen Inzidenzschwelle aufrechterhalten werden. Wird diese überschritten, können sich Infektionsketten rascher ausbreiten und weniger gezielte Maßnahmen (z. B. Lockdowns) notwendig werden.

Bisher ist die Kontaktpersonen-Nachverfolgung in den Gesundheitsämtern nicht standardisiert. Es werden teils unterschiedliche Softwareprodukte genutzt. Durch Standardisierung und Erhöhung der verfügbaren Ressourcen für die Gesundheitsämter durch eine Nachrekrutierung von Personal können auch bei höheren Inzidenzen Infektionsketten nachverfolgt werden. Der Digitalisierungsstand der Gesundheitsämter ist ein kritischer Faktor, der sich in allen Phasen, von der „Präpandemie“ bis zur „Postpandemie“, auswirkt, da er einen Großteil der internen und externen Kommunikation beeinflusst, ist der Digitalisierungsstand der Gesundheitsämter. Hier sind nicht nur die Weitergabe von medizinischen Befunden, sondern auch die Kommunikation zwischen politischen Entscheidungsträgerinnen und -trägern und Kommunalverwaltungen gemeint. Die Modernisierung innerhalb der Abläufe in den Gesundheitsämtern wurde in den letzten Jahren

vernachlässigt. Ohne eine angemessene technische Ausstattung und fortschrittliche digitale Prozesse kann der ÖGD seine Aufgaben, insbesondere in Krisenzeiten, nur unzureichend erfüllen.

Aufgrund der Erfahrungen aus der Pandemie haben Bund und Länder 2020 den „Pakt für den Öffentlichen Gesundheitsdienst“ mit dem Ziel geschlossen, den ÖGD auf allen Verwaltungsebenen zu stärken und zu modernisieren. Im Zuge von dessen Umsetzung bis 2026 sind in Sachsen-Anhalt eine Reihe von Prozessen zur Digitalisierung bereits abgeschlossen worden oder befinden sich noch in der Umsetzung. Die Zwischenergebnisse der Umsetzung wurden im November 2024 im Kabinett vorgestellt und diskutiert.³⁵ Die Relevanz dieser Daten für politische Entscheidungen ist hoch, während sie für informierte Einwohnerinnen und Einwohner eine geringere Bedeutung hat. Die technische Ausstattung und Digitalisierung sind grundlegende Voraussetzungen für die Datenerfassung, funktionierende Meldekettensysteme und den Zugang zu unterstützenden Technologien wie zum Beispiel Kuvertiermaschinen.

Da sich die Geschwindigkeit der Ausbreitung zukünftiger pandemischer Ereignisse erhöhen wird, ist es unabdingbar, den ÖGD mit hochmoderner Technik und einer zukunftsfähigen Digitalisierung auszustatten. Dazu sind auch nach Auslaufen des Pakts für den ÖGD deutliche finanzielle Mittel bereitzustellen. Es erscheint nicht mehr vermittelbar, dass sich durch die Arbeitsweise mit veralteten Methoden das Risiko der Ausbreitung von Infektionskrankheiten für die Menschen erhöhen kann.

Belastung der KRITIS

Die Aufrechterhaltung der KRITIS während einer Pandemie ist von höchster Bedeutung, um die Grundversorgung der Bevölkerung sicherzustellen. Besonders relevant sind dabei Ausfälle durch Erkrankungen im Bereich der KRITIS, wie zum Beispiel bei der Feuerwehr, bei Kraftwerken, Trink- und Abwasserentsorgung sowie bei der Polizei. Die Verfügbarkeit der Daten ist unbekannt. Die Zuständigkeit liegt bei kommunalen und Landesbehörden. Aufgrund der potenziell gravierenden Folgen für die öffentliche Sicherheit und Ordnung ist die Relevanz dieser Daten für politische Entscheidungen sowie für informierte Einwohnerinnen und Einwohner als hoch einzustufen.

Durch eine Reihe von organisatorischen Maßnahmen sowie Sonderregelungen, die mit den Gesundheitsämtern abgestimmt wurden, ließen sich Ausfälle innerhalb der kritischen Infrastrukturen in Grenzen halten beziehungsweise in den Hochrisikobereichen (Stromversorgung, Trinkwasser) gänzlich verhindern. Dies verhinderte zusätzliche Restriktionen, die durch Verfügungen und Rechtsgrundlagen des Gesetzgebers notwendig geworden wären.

Die Verfügbarkeit von Gesundheitsbedarf wie Schutzausrüstung und Beatmungsgeräte ist ein weiterer wichtiger Faktor in den Phasen „Alarm“ und „Belastung“. Die Datenqualität in diesem Bereich wird als gering eingeschätzt, die Verfügbarkeit dieser Daten ist ebenfalls unbekannt. Zuständig sind das BMG, das MS sowie die Hersteller und Nutzenden wie beispielsweise Krankenhäuser, die entsprechende Vorräte vorhalten müssen. Die Relevanz für politische Entscheidungen ist hoch, da die Verfügbarkeit dieser Materialien direkten Einfluss darauf hat, ob eine Pandemie effektiv bekämpft werden kann. Für informierte Einwohnerinnen und Einwohner ist die Relevanz als ausreichend zu bewerten. Es muss kritisch angemerkt werden, dass durch

³⁵ Vgl. Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Gleichstellung des Landes Sachsen-Anhalt (2024): Land stärkt Öffentlichen Gesundheitsdienst. [Link](#) (zuletzt abgerufen am 12.03.2025).

medizinische Einrichtungen derzeit eine Vorratshaltung über den typischen Bedarf hinaus immer noch nicht erfolgt.

Die Verfügbarkeit von Antigen-Schnelltests spielte phasenweise eine wichtige Rolle. Die Relevanz für politische Entscheidungen ist hoch, da Schnelltests die Möglichkeit eines raschen Infektionsnachweises eröffnen.

Daten zur Maßnahmenbewertung

Während der Pandemie wurden vielfältige Maßnahmen ergriffen, um die Infektionsausbreitung zu reduzieren und die Auswirkungen abzumildern. Die Bewertung dieser Maßnahmen ist entscheidend, um die Effektivität von Interventionen zu untersuchen und deren Folgen für die Gesellschaft zu verstehen. In den Phasen „Alarm“ und „Belastung“ ist die Überwachung von Ausbruchsgeschehen bei öffentlichen Veranstaltungen, Sport, in Gemeinschaftseinrichtungen und der Gastronomie von hoher Bedeutung. Hierfür zuständig ist der ÖGD und das LAV. Diese Daten sind für politische Entscheidungen von hoher Relevanz, allerdings haben sie zumeist keine direkte Bedeutung für informierte Einwohnerinnen und Einwohner. Einen wichtigen Beitrag können sie bezüglich der Auswirkungen auf das Infektionsgeschehen von Schulschließungen, Spielplatzsperrungen, Sport- und Kulturveranstaltungen, Großraumbüros sowie Aktivitäten wie Restaurantbesuche und Einkaufen liefern. Aufgrund datenschutzrechtlicher Bedenken erfolgt keine Veröffentlichung der Einzeldaten zu einzelnen Ausbruchsgeschehen.

In der Belastungsphase können Mobilitätsdaten eine wichtige Rolle der Bewertung von Kontaktbeschränkungen spielen. Anonymisierte Funkzellennutzungsdaten und kleine Freiwilligenkohorten standen während der Pandemie zur Verfügung. Allerdings sind die Datenqualität und die Verfügbarkeit dieser Daten unklar. Sie haben eine niedrige Relevanz für politische Entscheidungen und sind für informierte Einwohnerinnen und Einwohner von geringer Bedeutung.

Interessierte Einwohnerinnen und Einwohner konnten positive PCR-Tests über die App gestützte individuelle Kontaktnachverfolgung über die Corona-Warn-App melden und andere Nutzerinnen und Nutzer der App automatisch warnen. Weite beinhaltete die App ein Kontakttagebuch sowie integrierte Impf- und Testzertifikate und ermöglichte eine Datenspende. Die App verlor bei den hohen Infektionszahlen im Laufe der Pandemie an Bedeutung. Die Relevanz für politische Entscheidungen in Sachsen-Anhalt wird eher als gering eingeschätzt. Es bestehen Bedenken hinsichtlich der Vollständigkeit freiwilliger Meldungen. Die Nutzerinnen und Nutzer sollten darüber informiert sein, dass eine App dem Schutz anderer dient und weniger dem eigenen, da nicht angenommen werden kann, dass Meldungen, die auf Freiwilligkeit beruhen, eine vollständige Datenlage darstellen. Anwesenheitslisten bei Veranstaltungen wurden genutzt, um die Nachverfolgung von Kontakten zu erleichtern. Als elektronische Versionen wurde zum Beispiel die Luca-App bei Gaststättenbesuchen eingesetzt. Die Version 2.0 der Corona-Warn-App enthielt ab 2021 ebenfalls die Möglichkeit zur Veranstaltungsregistrierung. Die in der App gesammelten Daten wurden nicht für Analysen genutzt. Der Nutzen der App für die Kontaktnachverfolgung war gering. Darüber hinaus gab es Datenschutzbedenken. Die geringe Verbindlichkeit der Nutzung der App, insbesondere bei der Funktion „Check-out“, werden als Probleme genannt.

In den Phasen „Belastung“ und „Postpandemie“ liefern Bevölkerungsbefragungen wie das DigiHero-Projekt der Universität Halle³⁶ oder das COSMO-Projekt der Universität Erfurt³⁷ aussagekräftige Daten. Die Befragungen bilden verschiedene Themen (Risikowahrnehmung, Zufriedenheit, Wissensstand, Akzeptanz politischer Maßnahmen etc.) ab. Die Befragungen sind teilweise nach Unterschieden zwischen Stadt und Land, Alter, sozioökonomischen Faktoren und weiteren Kriterien stratifiziert. Die Zuständigkeit liegt bei den durchführenden wissenschaftlichen Institutionen. Diese Daten haben eine mittlere Relevanz für politische Entscheidungen.

Die wirtschaftliche Leistung, gemessen zum Beispiel am Bruttoinlandsprodukt (BIP), ist in den Phasen „Belastung“ und „Postpandemie“ ein wichtiger Indikator. In Sachsen-Anhalt schrumpfte das preisbereinigte BIP, jeweils im Vergleich zum Vorjahr gemessen, im Jahr 2020 um 2,2 Prozent, während es in den Folgejahren 2021 um 1,3 und 2022 um 2,0 Prozent wuchs. Im Jahr 2023 ging es wiederum um 1,4 Prozent zurück.³⁸ Eine nachträgliche Bewertung der Maßnahmen der Landesregierung Sachsen-Anhalts anhand des BIPs ist nicht möglich. Es können keine monokausalen Zusammenhänge zwischen dessen Entwicklung und einzelnen Maßnahmen der Landesregierung in Sachsen-Anhalt nachgewiesen werden. Die Relevanz für politische Entscheidungen und informierte Einwohnerinnen und Einwohner ist aufgrund der Verzögerung bis zur Vorlage der Daten gering (für eine detaillierte Betrachtung der Auswirkungen der Maßnahmen auf die Wirtschaft siehe [Abschnitt 3.4.5](#)).

Die Versorgungslage und die Stabilität von Lieferketten sind in der Belastungsphase von zentraler Bedeutung. Die Datenqualität und Verfügbarkeit sind jedoch unbekannt. Sie haben eine hohe Relevanz für politische Entscheidungen.

Impfung

Impfungen spielen eine zentrale Rolle in der Bewältigung einer Pandemie. Die Verfügbarkeit von Impfstoffen ist von entscheidender Bedeutung, um eine flächendeckende Impfung der Bevölkerung sicherzustellen. Die Relevanz dieser Daten für politische Entscheidungen und für informierte Einwohnerinnen und Einwohner wird als hoch eingestuft. Eine lückenlose Überwachung und Berichterstattung zur Impfstoff-Verfügbarkeit sind notwendig, um Engpässe frühzeitig zu erkennen und zu beheben.

Das Monitoring der Impfquoten ist wichtig, um den Fortschritt einer Impfkampagne zu verfolgen und Anpassungen vorzunehmen. Die Datenqualität wird als hoch bewertet, die Verfügbarkeit der Daten ist gewährleistet. Während der Coronapandemie wurden in Sachsen-Anhalt die Impfquoten durch das digitale Impfquotenmonitoring des RKI erfasst. Dieses System sammelte täglich aktualisierte Daten zu den durchgeführten Impfungen und stellte sie der Öffentlichkeit zur Verfügung. Die Impfungen wurden in Impfzentren, durch mobile Impfteams sowie ab April 2021 auch in Arzt- und ab Juni 2021 in Betriebsarztpraxen durchgeführt. Die gesammelten Daten ermöglichten es, den Fortschritt der Impfkampagne zu überwachen und entsprechend zu reagieren.

³⁶ Vgl. Medizinische Fakultät der Martin-Luther-Universität Halle-Witteberg (2024): Herzlich Willkommen zur DigiHero-Studie. Eine Studie zur digitalen Gesundheitsforschung – mit Ihnen im Mittelpunkt. [Link](#) (zuletzt abgerufen am 12.03.2025).

³⁷ Vgl. Universität Erfurt (2022): COSMO — COVID-19 Snapshot Monitoring. Ergebnisse aus dem wiederholten querschnittlichen Monitoring von Wissen, Risikowahrnehmung, Schutzverhalten und Vertrauen während des aktuellen COVID-19 Ausbruchsgeschehens. [Link](#) (zuletzt abgerufen am 12.03.2025).

³⁸ Vgl. Arbeitskreis „Volkswirtschaftliche Gesamtrechnung der Länder“ (2024): Bruttoinlandsprodukt bis 2023 – preisbereinigt, verkettet – vorläufige Ergebnisse nach Bundesländern (Wirtschaftswachstum), Berechnungsstand August 2023/Februar 2024. [Link](#) (zuletzt abgerufen am 12.03.2025).

Die Erfassung von Impfnebenwirkungen und -komplika­tionen (Impfschäden) ist ein wichtiger Aspekt, um die Sicherheit und Wirksamkeit der Impfstoffe zu überwachen. In Deutschland gibt es mehrere Wege, um Nebenwirkungen und Komplikationen zu melden. Die Zusammenführung der Meldungen erfolgt bundesweit beim PEI. Die Datenqualität wird als hoch bewertet. Die Relevanz dieser Daten für politische Entscheidungen in Sachsen-Anhalt wird als gering eingestuft, da sie bundesweit erfasst werden, während sie für informierte Einwohnerinnen und Einwohner von hoher Bedeutung sind.

Belastung für einzelne Bevölkerungsgruppen

Verschiedene Bevölkerungsgruppen werden in einer Pandemie unterschiedlich belastet und sind daher getrennt zu betrachten. In der Belastungsphase spielt die Beanspruchung von Arbeitgeberinnen und Arbeitgebern sowie Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern eine wichtige Rolle. Die Verfügbarkeit und Qualität der Daten sind unklar. Es fehlen eindeutige Zuständigkeiten für die Erhebung und Speicherung dieser Daten. Eine sichtbare Maßnahme zur Entlastung beider Gruppen ist die Einführung des Homeoffice. [Abschnitt 3.4.5](#) zum Thema Auswirkungen der Maßnahmen auf die Wirtschaft beschreibt und bewertet die Situation von Arbeitgeberinnen und Arbeitgebern sowie Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern ausführlicher.

Zur Beanspruchung von Schülerinnen und Schülern sowie von Lehrerinnen und Lehrern sind wenige Daten in Sachsen-Anhalt verfügbar. Zuständig für die Datenerhebung und -speicherung ist das Landesschulamt. Diese Daten haben eine hohe Relevanz sowohl für politische Entscheidungen als auch für informierte Einwohnerinnen und Einwohner. Wichtige Aspekte umfassen die Auslastung der Schulen, Klassenschließungen, die Gesundheit der Lehrerinnen und Lehrern und den Unterrichtsausfall. [Abschnitt 3.4.1](#) zu Bildung enthält eine detaillierte Betrachtung der Auswirkung der Maßnahmen auf Schülerinnen und Schüler sowie Lehrerinnen und Lehrer.

Zum Digitalisierungsgrad an Schulen (z. B. die technische Ausstattung) fehlen derzeit verlässliche Daten.

Auch Universitäten und Hochschulen sind in der „Belastungsphase“ erheblichen Herausforderungen ausgesetzt. Ob hierzu genaue Daten vorliegen, ist derzeit unklar.

Die Beanspruchung der Kinderbetreuungseinrichtungen ist in der „Belastungsphase“ von großer Bedeutung. Die AG Daten hat weitere Informationen zur Verfügbarkeit und Qualität von Daten in diesem Bereich nicht weiter recherchiert, weil diese Daten in diesem Kapitel nicht im Fokus stehen.

In der Belastungsphase einer Pandemie sind Seniorinnen und Senioren, Pflegebedürftige und Personal in stationären Pflegeeinrichtungen besonders gefährdet. Die Relevanz dieser Daten ist sowohl für politische Entscheidungen als auch für informierte Einwohnerinnen und Einwohner als hoch einzustufen. Die Tages- und Wochenberichte des Pandemiestabs in Sachsen-Anhalt enthielten jeweils Angaben zu vulnerablen Gruppen / Betroffenen im Betrachtungszeitraum. Diese beschrieben unter anderem die Situation und enthielten aktuelle Regelungen und Maßnahmen zum Schutz.

Die individuelle Beanspruchung von Arbeitgeberinnen und Arbeitgebern, Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern, Kindern, Schülerinnen und Schülern, Lehrerinnen und Lehrern, Studierenden, Seniorinnen und Senioren, Pflegebedürftigen und dem Personal in stationären

Pflegeeinrichtungen kann nicht tagesaktuell in Daten erhoben werden. Diese Betrachtungen können nicht in Daten erhoben werden, da sie vielfältigen Kriterien unterliegen.

Sonstige Daten

Hierzu zählen sowohl direkte Gesundheitsdaten als auch soziale und gesellschaftliche Indikatoren, die die Auswirkungen der Maßnahmen der Pandemie beschreiben. Diese Daten können erst nach der Entscheidung für eine Maßnahme erhoben werden und sind daher von Bedeutung für zukünftige Regierungsentscheidungen in der nächsten Pandemie.

Die Krankenkassendaten sind in den Phasen „Belastung“ und „Postpandemie“ von Bedeutung. Sie bieten wertvolle Einblicke in die gesundheitliche Versorgung der Bevölkerung und können für Forschungszwecke herangezogen werden. Die Datenqualität wird als hoch bewertet, die Verfügbarkeit der Daten ist für Forschungszwecke gegeben.

Daten zum gesellschaftlichen Zusammenhalt – von Wahlergebnissen über Befragungen zu politischen Meinungen und Grundsatzfragen bis hin zu Demonstrationen beispielsweise zum Thema Impfen – sind wichtige Grundlagen für politisches Handeln. Die Datenqualität und -verfügbarkeit sind jedoch heterogen.

Daten zur häuslichen Gewalt sind besonders in der Belastungsphase, vor allem während eines Lockdowns, relevant. Eine steigende Belegung von Frauenhäusern ist, obwohl nur ein Teil der Betroffenen diese Unterstützung in Anspruch nimmt beziehungsweise nehmen kann, ein Indikator für einen Anstieg an häuslicher Gewalt.

Handlungsempfehlungen der AG Daten

1. Virologische Surveillance ausbauen und gesetzlich regeln

Die Strukturen und die Expertise zur Erhebung (inkl. virologischer Surveillance), Erfassung und Bewertung der genannten biologischen und medizinischen Daten sind auszubauen und gesetzlich zu regeln. Dies sollte innerhalb der ÖGD-Strukturen erfolgen (ergänzt um Expertise der Unikliniken bzw. dort ausgewählter Institute) und hätte eine Strukturänderung im Bereich Infektionsschutz in den GA sowie im Landesamt für Verbraucherschutz zur Folge.

2. Datenprozessierung und -aufbereitung in digitaler Form ermöglichen

Lücken in der Datenerhebung sollen verringert, Prozesse dokumentiert und archiviert werden (bspw. an Schulen), um die Datenqualität und deren Vollständigkeitsgrad zu erhöhen. So können auch während einer Pandemie Daten erhoben, in Studien ausgewertet und das Regierungshandeln evidenzbasiert angepasst werden. Fragen zum Datenschutz außerhalb der Regelungen des IfSG müssen beantwortet werden.

3. Eine zentrale Plattform zur allgemeinen Verfügbarkeit und Zugänglichkeit einrichten

Eine digitale Plattform, die relevante Daten bündelt, auswertet und aufbereitet, sollte beim Pandemiestab des Landes angesiedelt sein, da dort Entscheidungen getroffen werden und Kommunikation gesteuert wird. Sie sollte allgemein verfügbar und zugänglich sein. Eine dazu notwendige Rechtsgrundlage muss erörtert werden. Es sollte dabei geprüft werden, wie Synergien mit dem Elektronischen Melde- und Informationssystem für Gesundheitsämter

(EMIGA)³⁹ als zentrale Anwendung der geplanten modularen IT-Plattform ÖGDnet geschaffen werden können.

Ziel von ÖGDnet ist es, die Digitalisierung im Bereich Infektionsschutz und Meldewesen zu fördern, indem IT-Systeme miteinander verknüpft und standardisierte Schnittstellen bereitgestellt werden. ÖGDnet dient als zentralisierte Plattform, die die Vielzahl unterschiedlicher IT-Systeme reduziert und den Datenaustausch effizienter gestaltet.⁴⁰

4. Surveillance von (Atemwegs)Infektionen stärken

Die Surveillance (bspw. Sentinelpraxen) von (Atemwegs-)Infektionen sollte gestärkt werden.

5. Den Zugang zu Testmöglichkeiten für die Bevölkerung erweitern

Der Zugang sollte auch außerhalb der regulären Strukturen der KV gewährleistet sein.

6. Daten über die Belastung des Gesundheitssystems sicherstellen

Die Verfügbarkeit der Daten sollte sichergestellt und bestehende Strukturen dahingehend gestärkt werden.

7. Screenings im Krankenhaus ermöglichen

Insbesondere wird empfohlen, die Finanzierung eines Screenings von Patientinnen und Patienten bei Krankenhausaufnahme und von erkranktem und verfügbarem Personal während Infektionswellen sicherzustellen.

8. Personal zur Kontaktpersonen-Nachverfolgung bereithalten

Es sollte zusätzliches Personal für den Einsatz in der Kontaktpersonen-Nachverfolgung auf kommunaler Ebene fortgebildet und bereitgehalten werden.

9. ÖGD langfristig stärken

Der Ausbau des ÖGD ist weiter zu unterstützen. Die Kommunen sollen die zusätzlichen Personalstellen über das Jahr 2026 hinaus (nach dem Auslaufen des Pakts für den ÖGD) sicherstellen, um eine nachhaltige Verbesserung zu gewährleisten.

10. Personalausstattung und Digitalisierungsstand in Gesundheitsämtern erheben

Daten zur Personalausstattung und zum Digitalisierungsgrad in den Gesundheitsämtern im LSA sind regelmäßig zu erfassen, um Handlungsfelder hieraus abzuleiten. Diese Daten sollen im Rahmen der jährlichen Evaluation der digitalen Reife mithilfe des Reifegradmodells des Pakts für den ÖGD⁴¹ erhoben werden. Die AG regt an, die Entscheidungskompetenz hierfür auf Landesebene anzusiedeln, falls die Kommunen keine Notwendigkeit darin erkennen.

11. Landeseigene Produktionskapazitäten vorhalten

Es sind landeseigene Produktionskapazitäten vorzuhalten, um im Pandemiefall ausreichend schnell den Bedarf an Schutzausrüstung (wie Handschuhe, Kittel, Masken oder Brillen) produzieren zu können.

³⁹ Die Ziele von EMIGA sind, den Infektionsschutz in Deutschland durch eine nutzendenfreundliche, interoperable und datenschutzkonforme Software zu stärken, die Zusammenarbeit ÖGD zu optimieren, eine einheitliche Datenerfassung zu gewährleisten und den digitalen Wandel des ÖGD voranzutreiben. Vgl. Robert Koch-Institut (2025): EMIGA – Elektronisches Melde- und Informationssystem für Gesundheitsämter. [Link](#) (zuletzt aufgerufen am 17.03.2025).

⁴⁰ Vgl. Gesundheitsamt 2025 (2025): Digitalisierung: IT-Plattform ÖGD. [Link](#) (zuletzt aufgerufen am 17.03.2025).

⁴¹ Vgl. Bundesministerium für Gesundheit (2025): Digitales Gesundheitsamt: Downloads. [Link](#) (zuletzt aufgerufen am 17.03.2025).

12. Zuständigkeiten der KRITIS für Pandemiebewältigung klar definieren

Das LSA sollte bezüglich der Belastung der KRITIS die Zuständigkeiten für eine effektive Pandemiebewältigung klar definieren und die Datenerhebung systematisch verfolgen, um diese abfordern zu können.

13. Verfügbarkeit und Impfquote systematisch erfassen

Daten zur Impfung sind systematisch und zeitnah zu erfassen, um eine fundierte Entscheidungsfindung zu ermöglichen. Besondere Aufmerksamkeit sollte der Transparenz und der Kommunikation gegenüber der Öffentlichkeit gewidmet werden, um Vertrauen in Impfkampagnen zu fördern.

14. Beeinträchtigung der Aufgaben einer Universität oder Fachhochschule untersuchen

Die Beeinträchtigung der Aufgaben einer Universität oder Fachhochschule als Bildungseinrichtung durch die Pandemie sollte genauer untersucht werden, um geeignete Gegenmaßnahmen zu entwickeln.

15. Beanspruchung in Kinderbetreuungseinrichtungen erheben und analysieren

Eine Erhebung und Analyse der Beanspruchung in Kinderbetreuungseinrichtungen (Krippen und Kindergärten) ist notwendig, um die Betreuungssituation in Pandemiezeiten zu stabilisieren.

3.2 Kommunikation

Gerade in Ausnahmesituationen ist eine zielgerichtete und wirksame Kommunikation essentiell. Die Regierung sollte die Bevölkerung beziehungsweise einzelne Zielgruppen offen und transparent über die Gefahr informieren und davon überzeugen, sich an die erlassenen Maßnahmen zu halten. Die Coronapandemie stellte die Landesregierung dabei vor große Herausforderungen. Bei COVID-19 handelte sich um eine neuartige Infektionserkrankung. Die Erkenntnisse zum Virus und seinen Auswirkungen, zur Behandlung und zur Prävention und damit auch die Regelungen, die beinahe alle Lebensbereiche betrafen, änderten sich ständig. Erschwerend kam hinzu, dass die Coronapandemie von einer Vielzahl an Falschinformationen über das Virus sowie über die ergriffenen Schutzmaßnahmen begleitet wurde. Alle interviewten Expertinnen und Expertinnen beschreiben eine außerordentlich hohe Anforderung und Belastung während der Pandemie und ein ebenso außerordentlich hohes persönliches Verantwortungsgefühl und Engagement bei den Verantwortlichen für eine bestmögliche Krisenkommunikation. Handlungsbedarf besteht vorrangig am Ablauf der Kommunikation und bei der Verständlichkeit der Inhalte.

Die Bundesebene hat die Risiko- beziehungsweise Krisenkommunikation in der Aufarbeitung der Pandemie aufgegriffen. Der Sachverständigenausschuss nach § 5 Abs. 9 IfSG, das BfR und das BBK haben die Kommunikation von staatlichen Behörden und Institutionen auf Bundesebene analysiert und Empfehlungen zu Verbesserung abgegeben. Für das LSA fehlt bislang eine entsprechende Aufarbeitung und Erkenntnissicherung. Auch der Aufbau eines Informationsnetzwerkes, das schon vor dem Ausbruch der nächsten Pandemie geschaffen sein sollte, wurde bisher nicht beschlossen und initiiert. Der AG Kommunikation liegen keine entsprechenden Dokumente oder Analysen vor. Ebenfalls fehlen repräsentative und wiederkehrende Umfragen der Bevölkerung in Sachsen-Anhalt zur Wirksamkeit und Qualität der Kommunikation. Anhaltspunkte dazu liefert lediglich die nichtrepräsentative Rubrik „MDRfragt“ des Mitteldeutschen Rundfunks (MDR). Dieser hat vor einigen Jahren eine Community aufgebaut, die regelmäßig an MDR-Umfragen teilnimmt und auch zum Thema Pandemie ihre Meinung geäußert hat.⁴² Die AG Kommunikation trägt zum Schließen dieser Erkenntnislücke bei, indem sie analysiert, wie umfangreich, verständlich, transparent und erfolgreich staatliche Behörden beziehungsweise Institutionen in Sachsen-Anhalt während der Pandemie kommuniziert haben.

Um relevante Erfahrungswerte zu erheben, hat die AG Interviews mit „Sendenden“ von Kommunikation (z. B. Behörden) und „Empfangenden“ beziehungsweise „Adressatinnen und Adressaten“ von Kommunikation (z. B. Verbände) geführt. Für die Interviews wurden repräsentative Stakeholder aus unterschiedlichen Bereichen ausgewählt (Liste der Gesprächspartnerinnen und -partner siehe [Anhang 5.2.](#)). Im Fokus waren dabei Behörden auf Landesebene wie die StK, das MS und das Ministerium für Bildung des Landes Sachsen-Anhalt (MB) sowie die entsprechenden Adressatinnen und Adressaten auf Ebene der Landkreise und kreisfreien Städte und in den Bereichen Bildung und Wirtschaft. Im Vorfeld der Gespräche erhielten die Teilnehmenden einen Fragebogen zu ihrer Vorbereitung, der sich an den Anforderungen von BfR und BBK für eine erfolgreiche Kommunikation in Krisenfällen orientiert hat. Gerade für die Einordnung regionaler

⁴² Der MDR befragt seine „MDRfragt-Gemeinschaft“ aus Sachsen, Sachsen-Anhalt und Thüringen im Rahmen eines Meinungsbarometer-Formats regelmäßig zu gesellschaftlichen und wirtschaftlichen Themen. Die Befragung findet online statt und ist nicht repräsentativ. Die Ergebnisse werden jedoch nach soziodemografischen Merkmalen gewichtet, um sich der Repräsentativität anzunähern, und regelmäßig wissenschaftlich validiert; vgl. Mitteldeutscher Rundfunk (2024): MDRfragt – das Meinungsbarometer für Mitteldeutschland. [Link](#) (zuletzt abgerufen am 12.03.2025).

Besonderheiten spielen Kommunen, indem sie während der Coronapandemie unter anderem über Pressekonferenzen (PK) regelmäßig mit den lokalen Medien kommuniziert haben, eine wichtige Rolle. Eine systematische Aufarbeitung der Kommunikation auf Landkreis- und kommunaler Ebene war jedoch aus Kapazitätsgründen nicht möglich. Ebenfalls konnte keine inhaltliche Bewertung der zahlreichen Pressemitteilungen, Posts und Tweets auf Landesebene erfolgen.

Analyse und Erkenntnisse

Alle für die Kommunikation in der StK, Ministerien und anderen Landesbehörden zuständigen und verantwortlichen Mitarbeitenden leisteten von Beginn der Pandemie an eine außerordentlich engagierte Arbeit. Dies zeigt alleine die Anzahl an Pressemitteilungen und PK. Im Jahr 2020 wurden seitens der Staatskanzlei 62 Pressemitteilungen veröffentlicht und 39 PK organisiert. Ein Jahr später waren es 27 Pressemitteilungen und 36 PK. Im Jahr 2022 gingen die Zahlen auf 17 Pressemitteilungen und drei PK zurück. Die Interviewpartnerinnen und Interviewpartner haben immer wieder das besondere Engagement des Ministerpräsidenten und der Gesundheitsministerin hervorgehoben. Beide bemühten sich in ihrer Kommunikation mit viel persönlichen Einsatz um Verständnis für die Einschränkungen während der Pandemie bei der Bevölkerung im Land. Auch hat sich der Ministerpräsident neben den offiziellen Schaltkonferenzen regelmäßig mit Expertinnen und Experten sowie Umsetzungsverantwortlichen beispielsweise aus den Impfbetrieben ausgetauscht und die Landesregierung nach eigener Angabe eingehende Schreiben von Einwohnerinnen und Einwohnern und Unternehmen aus-gewertet.⁴³ Die Interviewpartnerinnen und -partner berichteten übereinstimmend, dass sie die Kommunikation seitens der staatlichen Institutionen als offen und transparent empfunden haben.

Zu kritisieren ist mehr der Ablauf der Kommunikation und die Verständlichkeit der Informationen. Insgesamt blieb die Informationsbeschaffung ineffizient und die Kommunikation hinter den Erwartungen der Bevölkerung zurück. Ferner haben die Ministerien beziehungsweise Behörden zu kei-

Risikokommunikation

dient dazu, den Menschen informierte Entscheidungen zu ermöglichen, indem sie gezielt über Größe, Eigenschaften und Bedeutung des Risikos aufgeklärt werden. Sie trägt dazu bei, Vertrauen in staatliche Institutionen und den sozialen Zusammenhalt zu stärken.

nem Zeitpunkt der Pandemie eigene Fehler in der Beurteilung der Lage oder den getroffenen Maßnahmen eingeräumt⁴⁴ – was für eine vertrauensbildende Kommunikation notwendig ist – oder innerhalb der staatlichen Institutionen im Nachhinein eine Aufarbeitung der Kommunikation angestoßen.

Die Pandemie und damit die Notwendigkeit, einen solchen Ausnahmefall zu kommunizieren, traf das Land unvorbereitet. Weder in den Landesbehörden noch auf kommunaler Ebene gab es wirkungsvolle Kommunikationspläne oder eingespielte Routinen. Bis heute fehlt in den

⁴³ Die institutionalisierten Beratungen sind im [Anhang 5.5](#) dargestellt und werden erläutert in der Antwort der Landesregierung eine Kleine Anfrage (vgl. Landtag von Sachsen-Anhalt (2021): Antwort der Landesregierung auf eine Kleine Anfrage zur schriftlichen Beantwortung. Drucksache 8/549. [Link](#) (zuletzt abgerufen am 12.03.2025)) und auf eine Große Anfrage (vgl. Landtag von Sachsen-Anhalt (2024): Antwort der Landesregierung auf die Große Anfrage. Drucksache 8/4881, S. 31-42. [Link](#) (zuletzt abgerufen am 12.03.2025)).

⁴⁴ Kritik wurde lediglich an Maßnahmen des Bundes und an Verständigungen von Bund von Ländern geübt. Vgl. Mitteldeutsche Zeitung (2020): Land Sachsen-Anhalt geht Sonderweg. [Link](#) (zuletzt abgerufen am 28.03.2025). Die Zeit (2021): Haseloff sieht bei Corona „gravierenden Fehler“. [Link](#) (zuletzt abgerufen am 28.03.2025).

Ministerien beziehungsweise Behörden des Landes eine effektive Strategie für die Risikokommunikation, wie vom BfR und BBK gefordert.⁴⁵

Daher basierte die Kommunikation während der Coronapandemie vor allem auf den bis dahin erfolgreichen und eingespielten Top-down-Kommunikationswegen: Ministerien beziehungsweise Behörden informierten Medien, die ihrerseits die Bevölkerung als Leserinnen und Leser, Hörerinnen und Hörer sowie Zuschauerinnen und Zuschauer auf verschiedenen Kanälen informieren. Die Ministerien beziehungsweise Behörden selbst nutzten Social-Media-Kanäle anfangs nur rudimentär, später häufiger, erzielten allerdings nie die nötige Reichweite, um den Kommunikationsauftrag effektiv erfüllen zu können.

Das etablierte Kommunikationssystem stieß nach Beginn der Pandemie und dem Verbot von öffentlichen Zusammenkünften schnell an seine Grenzen. Die Landesregierung reagierte umgehend und verlegte die Unterrichtung der Journalistinnen und Journalisten auf digitale Kanäle. Zunächst mussten sie ihre Fragen schriftlich einreichen. Dadurch wurden ihre Nachfrage- und Reaktionsmöglichkeiten eingeschränkt, während es gleichzeitig zu Umformulierungen der Nachfragen durch den Regierungssprecher und in Folge zu Ungenauigkeiten und Veränderungen der Fragen kam. Der Deutschlandfunk griff dieses Problem auf und sendete einen Bericht, in dem der Vorwurf der "Einschränkung der Pressefreiheit" erhoben wurde.⁴⁶ Die Landesregierung reagierte und verlegte die PK nach einigen Wochen in die Staatskanzlei und ermöglichte Fragen via der Plattform Skype. Durch die digitale Übertragung der PK ergab sich zum ersten Mal die Möglichkeit, sich in dem Format einem größeren Publikum zu öffnen. Einzelne PK hatten mehr als 100.000 Zuschauerinnen und Zuschauer. Seither werden die wöchentlichen PK im Anschluss an die Sitzungen der Landesregierung auch digital übertragen. Ein weiterer neuer Weg der Kommunikation war die verstärkte Nutzung sozialer Medien. Mit Ausbruch der Pandemie stieg im Frühjahr 2020 die Zahl der direkten Anfragen aus der Bevölkerung an die Ministerien beziehungsweise Behörden explosionsartig. Um diese beantworten zu können, beauftragte die StK kurzfristig eine externe Firma damit, mittels der Plattform Facebook die direkte Kommunikation mit der Bevölkerung zu übernehmen. Ministerien beziehungsweise Behörden lieferten Informationen, die dann via Facebook weitergegeben wurden. Parallel dazu entwickelten Ministerien und Behörden sowie Interessenvertretungen wie die gewerblichen Kammern eigene und neue Kommunikationswege, um die große Nachfrage in der Bevölkerung nach Informationen befriedigen zu können. Gesundheitsämter und Landesministerien schalteten Telefon-Hotlines. Die Social-Media-Präsenz vor allem auf Facebook und X, ehemals Twitter, wurde erhöht,⁴⁷ blieb jedoch bis zum Schluss sehr textlastig und erreichte nur eine eingeschränkte Zielgruppe. Der Einsatz moderner Formen wie Video und Grafiken erfolgte kaum. Um diese zusätzlichen Aufgaben erfüllen zu können, wurde mehr Personal benötigt und Behörden-Mitarbeitende mit wenig Vorlauf von ihrem bisherigen Arbeitsplatz frei- und für die Öffentlichkeitsarbeit abgestellt, teilweise gegen den Widerstand der Personalvertretungen. Die Einarbeitung in die neue Aufgabe „Kommunikation“ erfolgte für die auf diesem Gebiet nicht ausgebildeten Kräfte nach dem Motto „learning by doing“.

⁴⁵ Vgl. Loss, J. et al. (2021): Risikokommunikation bei der Eindämmung der COVID-19-Pandemie: Herausforderungen und Erfolg versprechende Ansätze. In: Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz 64 (3), S. 294-303.

⁴⁶ Deutschlandfunk (2020): Kritisch Fragen unerwünscht? Sachsen-Anhalts Landespolitik in der Coronakrise. [Link](#) (zuletzt abgerufen am 12.03.2025).

⁴⁷ Zur Notwendigkeit, Online-Hass und Fake News während der Coronapandemie auf Social Media Plattformen aktiv zu moderieren vgl. Volksstimme (2022): Social-Media-Redakteure berichten. Kommentare bei Facebook während der Pandemie: Der Hass kommt in Wellen. [Link](#) (zuletzt abgerufen am 12.03.2025).

Als zusätzliche Herausforderung kam hinzu, dass es kaum eingespielte Abläufe für den Informationsaustausch zwischen Ministerien beziehungsweise Behörden und Interessenvertretungen gab. Teilweise mussten zu Beginn der Pandemie Ansprechpersonen erst ermittelt und Kontaktdaten zwischen Behörden ausgetauscht werden. Informationen konnten zeitnah oft nur mit informeller Netzwerkkennntnis auf Basis von individuellem Erfahrungswissen eingeholt werden. Ein gemeinsames, abgestimmtes und gut strukturiertes Informationsnetzwerk von Ministerien, Behörden und Interessenvertretungen gab es bis zum Ende der Pandemie nicht und wurde auch bis jetzt nicht initiiert.

Weil ein koordiniertes Informationsnetzwerk fehlte, kam es immer wieder zu widersprüchlichen Aussagen in der Kommunikation. Dies lässt sich am Beispiel der so genannten täglichen Inzidenz darstellen. Dieser Wert zeigt, wie viele Menschen innerhalb eines Tages neu positiv getestet gemeldet wurden. Zeitweilig hatte dieser Wert eine große Bedeutung, weil damit Verschärfungen oder Lockerungen der Pandemiemaßnahmen verbunden waren. Aufgrund unterschiedlicher Meldefristen in Landkreisen, im MS und beim RKI zirkulierten in der Öffentlichkeit an einem Tag oft unterschiedliche Werte und sorgten für Verwirrung. Zahlendiskrepanzen wie diese haben die Glaubwürdigkeit von Entscheidungen zweifelhaft erscheinen lassen.

Neben der Vermittlung von Informationen über das Virus diente Krisenkommunikation dazu, die zum Schutz der Bevölkerung erlassenen Regeln zu erklären und für ihre Umsetzung und Einhaltung zu werben. Wichtige Termin-Eckpunkte für die Kommunikation auf Landesebene waren die wöchentlichen Sitzungen der Landesregierung und die Treffen der Ministerpräsidentinnen und -präsidenten mit dem Bundeskanzleramt. Daran schlossen sich jeweils PK an, um die Beschlüsse und Verordnungen auf Bundes- und auf Landesebene zu verkünden. Von März 2020 bis November 2022 gab es auf Landesebene zahlreiche Eindämmungs- einschließlich Änderungsverordnungen.⁴⁸ Für die durchschnittliche Bevölkerung waren die stark juristisch formulierten Informationen oftmals schwer verständlich. Die insgesamt 18 Verordnungen des Landes waren auch für die Kommunen teilweise schwer zu verstehen und unklar. Die Fülle an Ausnahmen, Sonderformen und Abweichungen von der Regel erzeugten eine Komplexität, die die Allgemeinverständlichkeit und Handhabbarkeit sehr erschwerten. Zudem kritisierte die Wirtschaft, dass Verbände und Expertinnen und Experten nicht genügend in die Verordnungs- und Entscheidungsprozesse eingebunden waren. Die Kultur bemängelte, dass Begriffe wie „besondere kulturelle Einrichtungen“ oder „systemrelevante Berufe“ nicht eindeutig definiert wurden.

Die Uneindeutigkeit der Regelungen zeigt sich auch daran, dass Bund und Länder die Beschlüsse teilweise unterschiedlich interpretierten. In den Interviews wurde auf das Bundesland Bayern verwiesen, das die Berliner Beschlüsse häufiger eigenwillig interpretierte. Die öffentliche Verunsicherung wurde noch gesteigert, wenn die Bundesregierung vorschnell Informationen verbreitete und beispielsweise zum Impfen aufforderte, obwohl der Impfstoff noch nicht verfügbar war.⁴⁹ Die geringe Allgemeinverständlichkeit verursachte in Folge einen enormen Klärungs- und Erklärungsaufwand und es dauerte oft Tage, bis die Regierung die praktische Bedeutung und Umsetzung der neuen Beschlüsse beziehungsweise Verordnungen konkret erklärte. Die Folge war, dass die zahlreichen Anfragen aus der Bevölkerung in der Zwischenzeit nicht korrekt

⁴⁸ Vgl. Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Gleichstellung des Landes Sachsen-Anhalt (2023): Verordnungen, Erlasse und Empfehlungen. [Link](#) (zuletzt abgerufen am 12.03.2025); MDR (2023): Das Coronavirus in Sachsen-Anhalt – eine Chronologie. [Link](#) (zuletzt abgerufen am 12.03.2025).

⁴⁹ Vgl. Stockel, A.-M. (2022): Gesundheitliche Aufklärung in Krisenzeiten: Kommunikationsstrategie der Bundesregierung zur Covid-19 Impfung. In: Journal für korporative Kommunikation 12 (1), S. 12-22.

beantwortet werden konnten. Diese Vorgehensweise schwächte das Vermögen und die anfängliche Bereitschaft, die Vorschriften rechtskonform umzusetzen, was die Beispiele der Schulen und Unternehmen illustrieren. Oft wurde Freitagnachmittag kommuniziert, was am Montagmorgen umgesetzt sein sollte. Fragen der Beteiligten vor Ort wie der Lehrerinnen und Lehrer, Eltern, Schülerinnen und Schüler, Unternehmerinnen und Unternehmer sowie Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer blieben offen. Die Kurzfristigkeit und Uneindeutigkeit erschwerte ein abgestimmtes Handeln und die Umsetzung konkreter Maßnahmen massiv und rief Unverständnis sowie Unzufriedenheit bei den Umsetzungsverantwortlichen und Zielgruppen hervor (siehe [Abschnitt 3.4. Maßnahmen](#)).

Falschmeldungen (Fake News)

sind unwahre Tatsachenbehauptungen, die bewusst verbreitet werden, insbesondere über soziale Netzwerke.

Die Coronapandemie polarisierte in den Jahren 2020 bis 2022 wie kein anderes Thema die Gesellschaft in Sachsen-Anhalt. Während am Anfang innerhalb der Bevölkerung ein großes Verständnis für die teils drastischen Einschränkungen des Lebens vorhanden waren, nahm die Bereitschaft, die Restriktionen zu akzeptieren, mit der Zeit ab. Immer öfter wurde der Sinn von Maßnahmen in Frage gestellt oder sich offen gegenüber den Maßnahmen gewehrt.

Dieser Umstand lässt sich auch darauf zurückführen, dass im Laufe der Pandemie immer mehr Falschmeldungen in sozialen Netzwerken kursierten. Diesem Phänomen wurde seitens der Landesregierung und nachgeordneter Behörden zu wenig Aufmerksamkeit geschenkt. Zwar berichtete der Pandemiestab im MS der Landesregierung in den täglichen Lageberichten gelegentlich über Anfragen, die in den sozialen Medien gestellt wurden. Einen strukturierten „Rundblick“ gab es bis zum Ende der Pandemie jedoch nicht.

Aufgrund des fehlenden Monitorings konnten die Handelnden nicht reagieren und wurden von bestimmten Entwicklungen überrascht. Inzwischen scheint dieses Defizit behoben worden zu sein. Die StK stellt für Fachressorts einen Medienspiegel inklusive der sozialen Medien bereit. Nutzende beschreiben diese Neuerung, die ein Resultat der Coronapandemie ist und eine wachsende Sensibilität für das Thema Falschmeldungen zeigt, als einen deutlichen Qualitätssprung.

Handlungsempfehlungen der AG Kommunikation

1. Erfahrungen aufarbeiten

Die Kommunikation staatlicher Institutionen während der Pandemie sollte im Spiegel der Ergebnisse der Regierungskommission kritisch aufgearbeitet werden. Jede Institution sollte intern reflektieren, welche Aspekte gelungen und welche änderungsbedürftig sind, und daraus institutionsspezifische Handlungsbedarfe ableiten und umsetzen.

2. Kommunikation strategisch neuausrichten

Es sollte eine Kommunikationsstrategie für die Risikokommunikation und die Kommunikation in Krisensituationen für den Bereich Gesundheit entwickelt werden, die auch auf andere Großschadensereignisse übertragbar ist. Als Basis dafür sollte das Handbuch „Risikokommunikation“ des BfR und des BBK dienen. Dieses schließt die systematische Betrachtung aller in Frage kommenden klassischen sowie digitalen Medien beziehungsweise Plattformen ein. Ziel

ist, Informationsasymmetrien, Verzerrungen und uneinheitliche Botschaften von verschiedenen föderalen Ebenen zu vermeiden.

3. Kommunikation bedarfsgerecht anpassen

Informationen der Behörden sollten grundsätzlich gezielt, verständlich, einheitlich und transparent sein. Dabei ist die Unterschiedlichkeit der Bedürfnisse verschiedener Bevölkerungsgruppen zu berücksichtigen und die Mündigkeit der Einwohnerinnen und Einwohner zu respektieren. Parteipolitik sollte außen vor bleiben und die föderalen Ebenen abgestimmt kommunizieren.

4. Offen mit Unsicherheiten umgehen

Informationsunsicherheiten sollten offen benannt und es sollte vermittelt werden, zu welchem Zeitpunkt weitere Informationen zu erwarten sind. Wichtig ist die Orientierung am moderneren Kommunikationsparadigma der öffentlichen Teilhabe und Partizipation.

5. Vernetzung der Beteiligten stärken

Es sollte ein digitales Informationsnetzwerk für den Pandemiefall aufgebaut und gepflegt werden. Zentraler Bestandteil sollte eine Plattform sein, die es Kommunen, Landkreisen, Landesbehörden und weiteren systemrelevanten Institutionen ermöglicht, Informationen jeweils aktuell zu beschaffen, auszuwerten und zu verteilen sowie die aktuellen Kontaktdaten aller relevanten Ansprechpersonen aufzuführen. Es ist klar zu regeln, wer im Pandemiefall was über welche Kanäle kommuniziert. Die Funktionsfähigkeit des Netzwerkes sollte turnusmäßig überprüft werden.

6. Interföderale Kommunikation besser abstimmen

Die Landesregierung sollte sich auf Bundesebene für eine einheitliche Regelung in der Kommunikation einsetzen beziehungsweise unterschiedliche Regelungen auf der Basis regionaler Spezifika transparent machen. Damit soll der in der Pandemie erzeugte Eindruck vermieden werden, dass die MPK unter der Leitung des Kanzleramtes verbindliche Beschlüsse für alle Bürgerinnen und Bürger treffen könne. Es muss vielmehr kommuniziert werden, dass nur die Rahmengesetzgebung beim Bund, der Vollzug jedoch zu 90 Prozent bei Ländern und Kommunen, liegt.

7. Präsenz in sozialen Netzwerken ausbauen

Die Reichweite von Ministerien und Behörden in sozialen Netzwerken (Facebook, X, ehemals Twitter, Instagram, LinkedIn, WhatsApp, etc.) sollte auf- und ausgebaut werden. Hierbei sind auch Medien zu nutzen, die eine jüngere Zielgruppe ansprechen, und vorrangig kurze Erklärvideos zu erstellen, um die Betroffenen über umzusetzende Maßnahmen zu informieren. Die Kanäle sind rund um die Uhr zu betreuen sowie ein dauerhaftes Monitoring von Falschmeldungen durchzuführen.

8. Expertise aufbauen und verstetigen

Um die vorgenannten Maßnahmen umsetzen zu können, sollte ein permanenter Expertinnen- und Expertenstab „Kommunikation“ eingerichtet werden, der bei der StK angesiedelt ist. Dieser sollte die für Pandemiekommunikation verantwortlichen Akteurinnen und Akteure der Behörden beziehungsweise Institutionen umfassen und seine Arbeit an den Empfehlungen zur Risikokommunikation und Krisenkommunikation des BBK orientieren. Es wird weiterhin

empfohlen, den Stab „Kommunikation“ mit dem empfohlenen Expertinnen- und Expertenrat für die wissenschaftliche Pandemieberatung bezüglich der Gesundheitspolitikberatung zu vernetzen.

9. Übergreifende Kommunikation ermöglichen

Die für die übergreifende Kommunikation notwendigen technischen und personellen Voraussetzungen in den zuständigen Behörden sollten grundsätzlich überprüft und angepasst werden. Die Flexibilität im Pandemiefall beim Einsatz von Personal in staatlichen Behörden von Landes- auf kommunaler Ebene sollte erhöht werden.

3.3 Rechtliche Aspekte

Struktur und Dynamik der rechtlichen Steuerung

Das Grundgesetz setzt den Rahmen, wie Maßnahmen im föderalen Deutschland zur Pandemiebekämpfung politisch beschlossen und rechtlich umgesetzt werden. Aufgrund der Dynamik und Präzedenzlosigkeit wurde der rechtliche Rahmen im Laufe der Coronapandemie immer wieder angepasst. Damit waren teilweise auch Veränderungen in den Zuständigkeiten verbunden.

Für den gesetzlichen Rahmen sind die Regelungen des IfSG, für die der Bund zuständig ist, von größter Bedeutung. Die größte politische Verantwortung ist folglich auf der Bundesebene zu verorten. In der Anfangsphase der Coronapandemie konnten Maßnahmen nur auf die Generalklausel des § 28 IfSG gestützt werden. Auf dieser Grundlage wurden zunächst Allgemeinverfügungen durch die Kommunen erlassen.⁵⁰ Dies ließ den Ländern großen Spielraum für regionale Maßnahmen. Daher waren in der Anfangsphase die regionalen Unterschiede am größten und die politischen Verantwortlichkeiten der Länder und Kommunen am höchsten. Dieser Spielraum wurde zunächst politisch eingeschränkt, da die Ministerpräsidentinnen und -präsidenten sowie das Bundeskanzleramt begannen, ihre Maßnahmen politisch zu koordinieren. Zudem wurden die gesetzlichen Grundlagen schrittweise präzisiert. Um bundesweit einheitlich intensivste Grundrechtsbeschränkungen verfügen zu können, wurde durch das Gesetz vom 18. November 2020 (BGBl. I S. 2397) die Bundesnotbremse in den § 28a ff. IfSG⁵¹ eingeführt und durch Beschluss des Deutschen Bundestags aktiviert. Diese weitreichenden Maßnahmen waren angesichts des damaligen Erkenntnisstandes und der Verfügbarkeit von Schutzinstrumenten vor der Impfung nach den Feststellungen in zwei grundlegenden Beschlüssen des Bundesverfassungsgerichts (BVerfG) mit dem Grundgesetz vereinbar.⁵²

Die auf Bundesebene getroffenen Entscheidungen und umgesetzten Maßnahmen werden trotz der klaren Aussagen des BVerfG bis in die Gegenwart rechtlich und politisch kritisiert.⁵³ Diese Kritik wird im Folgenden jedoch nicht weiter vertieft, da die Regierungskommission in erster Linie den Auftrag hat, die Entscheidungen und Maßnahmen im LSA zu untersuchen und für diesen Bereich Handlungsvorschläge für die Vorsorge in Bezug auf künftige Pandemien zu erarbeiten. In Bezug auf die Bundesebene werden deshalb nur Handlungsbedarfe thematisiert, die Grundlage dafür sind, dass das Land seine eigene Verantwortung wirksam wahrnehmen kann (zur Übersicht der Kompetenzverteilung zwischen Bund und dem LSA siehe [Anhang 5.4.](#)).

⁵⁰ Vgl. Hildebrandt, U. (2021): Die Allgemeinverfügung als zulässiges Steuerungsinstrument in der Corona-Pandemie, in: Frevel, B./Heinicke, T. (Hrsg.), *Managing Corona*. S. 23-36, Baden-Baden: Nomos.

⁵¹ Die Regelungen wurden in der Folgezeit mehrfach geändert und teilweise aufgehoben.

⁵² Vgl. Bundesverfassungsgericht (2021): Beschluss vom 19. November 2021. Bundesnotbremse I (Ausgangs- und Kontaktbeschränkungen), Band 159, S. 223 f. [Link](#) (zuletzt abgerufen am 12.03.2025); Bundesverfassungsgericht (2021): Beschluss vom 19. November 2021. Bundesnotbremse II (Schulschließungen), Band 159, S. 355 ff. [Link](#) (zuletzt abgerufen am 12.03.2025); Bundesverfassungsgericht (2022): Beschluss vom 10. Februar 2022. Impfnachweis (Covid-19) – eA, Band 161, S. 336 ff. [Link](#) (zuletzt abgerufen am 12.03.2025); Siehe näher Kießling, A. (2024), in: Kahl, W. / Ludwigs, M. (Hrsg.): *Handbuch des Verwaltungsrechts*. Band VI, §184. Würzburg: C.F. Müller, Rn. S. 12 ff; Zu den relevanten Verfassungsfragen siehe im Überblick auch Gärditz, K. F. (2021): Grundrechtsschutz in der Pandemie. In: NJW, S. 2761 ff.; Kingreen, T. (2021): Der demokratische Rechtsstaat in der Corona-Pandemie. In: NJW, S. 2766 ff. sowie umfassend Kersten, J. / Rixen, S. (2022): *Der Verfassungsstaat in der Corona-Krise*. 3. Auflage. C.H. Beck.

⁵³ Vgl. Degenhart, C. (2022): Entscheidung unter Unsicherheit – die Pandemiebeschlüsse des BVerfG. In: NJW 2022, S. 123 ff.

Die Steuerungsstruktur auf Landesebene

Für die Bekämpfung der Coronapandemie im LSA waren neben den Rechtsgrundlagen für den Erlass von Rechtsverordnungen im IfSG⁵⁴ die Regelungen im Gesetz über den öffentlichen Gesundheitsdienst relevant.

Die Entscheidungen auf Landesebene wurden auf der Grundlage des am 21. März 2006 durch das Kabinett beschlossenen Pandemierahmenplans⁵⁵ getroffen, der regelmäßig fortgeschrieben und zuletzt am 05. März 2020 aktualisiert wurde. Hierin sind Zuständigkeiten, rechtliche Grundlagen und Aufgaben zwischen Bund und dem LSA sowie innerhalb des Bundeslandes ausgeführt.

Der [Abschnitt 2.2.](#) verweist für das Handeln in Pandemielagen auf den Beschluss der Landesregierung über die Regelung zur Bewältigung von Krisenlagen⁵⁶ auf Landesebene vom 19. Mai 2009. Der Pandemierahmenplan legt die Vorgehensweise fest, dass bei Krisenlagen die Aufgabe der Krisenbewältigung dem jeweiligen Ressort obliegt. Die Ressorts können zudem Expertinnenbeziehungsweise Experten oder Arbeitsgremien in eigener Zuständigkeit bilden. Wenn eine Krisenlage die Kooperation mehrerer Ressorts erfordert, wird auf Weisung der Ministerpräsidentin oder des Ministerpräsidenten ein Krisenstab gebildet, der der Leitung und Geschäftsführung des Ministeriums für Inneres und Sport (MI) obliegt. Die Einberufung des Krisenstabs erfolgt durch das MI im Einvernehmen mit den zuständigen Ressorts. Die betroffenen Ressorts tragen die Führungsverantwortung für den Einsatz des Personals und die ihm nachgeordneten Bereiche. Die Fachressorts arbeiten dem Krisenstab zu, der die Presse- und Öffentlichkeitsarbeit übernimmt. Zudem regelt der Pandemierahmenplan, dass in besonderen Lagen (z. B. Influenzapanemie) ein Einsatzstab Pandemie im MS gebildet wird, der auch im Krisenfall aktiv bleibt und dem Krisenstab der Landesregierung zuarbeitet.⁵⁷

Im konkreten Fall wurde von den Vorgaben zur Verankerung und Aufgabenverteilung innerhalb des rechtlichen Rahmens abgewichen. Die Leitung, Geschäftsführung und der Vorsitz des Krisenstabs wurde nicht dem MI zugewiesen, sondern der StK und dem MS. Er wurde zunächst durch den Ministerpräsidenten und die Ministerin für Soziales wahrgenommen, später durch einen Staatssekretär des MS.⁵⁸ Anstatt alle vorgesehenen Aufgaben wahrzunehmen, konzentrierte sich der Krisenstab auf die Koordination und die vorbereitende Beratung. Dies war rechtlich unproblematisch, da die Abweichung durch die Landesregierung beschlossen wurde, die jederzeit befugt ist, eigene Beschlüsse zu modifizieren. Die rechtsförmlichen Maßnahmen wurden jeweils durch die gesetzlich zuständigen Stellen getroffen.⁵⁹

Prägend für die Pandemiebekämpfung auf der Landesebene war somit die enge Zusammenarbeit zwischen der Landesregierung beziehungsweise dem Pandemiestab, den Fachressorts, den

⁵⁴ Nach Art. 80 Abs. 4 GG kann an die Stelle der Rechtsverordnung auch ein Landesgesetz treten. Von dieser Möglichkeit wurde jedoch kein Gebrauch gemacht, vgl. Hömig, D. / Wolff, H. A. / Kluth, W. (2024): Grundgesetz für die Bundesrepublik Deutschland. Handkommentar. 14. Auflage. Nomos, Art. 80 Rn.

⁵⁵ Ministerium für Arbeit, Soziales und Integration des Landes Sachsen-Anhalt (2020): Empfehlungen zur Umsetzung des nationalen Influenzapanemieplans in Sachsen-Anhalt (Pandemierahmenplan). [Link](#) (zuletzt abgerufen am 13.03.2025).

⁵⁶ Damit ist nicht der Katastrophenfall gemeint, der gesondert geregelt ist. Vgl. Ministerialblatt Sachsen-Anhalt (2009): Ziffer 3, S. 475.

⁵⁷ Vgl. Ministerium für Arbeit, Soziales und Integration des Landes Sachsen-Anhalt (2020): Empfehlungen zur Umsetzung des nationalen Influenzapanemieplans in Sachsen-Anhalt (Pandemierahmenplan), S. 11. [Link](#) (zuletzt abgerufen am 13.03.2025).

⁵⁸ Da dem Beschluss vom 19.05.2009 keine höhere Normenhierarchie zukommt, konnte diese Regelung durch Beschluss der Landesregierung durchbrochen werden, sodass damit kein Rechtsverstoß verbunden war.

⁵⁹ Dabei wurde teilweise auch von gesetzlichen Fachweisungsrechten Gebrauch gemacht. Es wurde innerhalb des etablierten rechtlichen Rahmens vorgegangen. Das zeigt auch die Auswertung der fachgerichtlichen Rechtsprechung, die keine Zuständigkeits- und Verfahrensmängel aufgezeigt hat. Zu den im Beschluss festgelegten Aufgaben des Krisenstabes gehören: die Koordination des Verwaltungshandelns auf der Ebene der obersten Landesbehörden, das Treffen von wichtigen Grundsatzentscheidungen, die laufende und einheitliche Information des Kabinetts, die laufende und einheitliche Information der Öffentlichkeit und der Presse sowie die Koordination der Zusammenarbeit mit anderen Ländern und dem Bund.

Kommunen und den weiteren Fachbehörden. Eine besondere Bedeutung kam der Kooperation mit den Gesundheitsämtern, den Schulbehörden und den Organisationen des Gesundheitswesens zu.

Der erste Teil des Pandemierahmenplans legt die fachliche Ausrichtung der Vorgehensweise fest. Diese verlangt vor allem ein intensives Monitoring und eine aktuelle Risikobewertung, auf deren Grundlage die einzelnen Maßnahmen getroffen werden sollen. Von Beginn an waren die Bemühungen zur bestmöglichen Datengewinnung und -auswertung sehr intensiv, um die Entscheidungen auf der Grundlage dieser Erkenntnisse zu treffen und immer wieder anzupassen. In den zahlreichen Rechtsänderungen zeigt sich (siehe Abb. 9 Geltende Beschlüsse und Verordnungen im Betrachtungszeitraum im LSA im [Anhang 5.3.](#)), dass den jeweils neuen Erkenntnissen Rechnung getragen wurde.

Thematische Schwerpunkte

Die AG Rechtliche Aspekte untersucht die Rechtsgrundlagen auf Bundes-, Landes- und kommunaler Ebene, um festzustellen, welche Handlungsspielräume auf den verschiedenen Ebenen bestanden und ob beziehungsweise wie diese ausgestaltet wurden. Angesichts der Fülle von Vorschriften wurden folgende Schwerpunktbereiche als Untersuchungsgegenstand festgelegt:

- Schule/Bildung,
- Pflegeheime und Sterbebegleitung,
- Versammlungen und
- Erstaufnahmeeinrichtungen.

Zur Analyse der praktischen Umsetzung hat die AG Expertinnen und Experten befragt. Ihre Expertise und Erfahrungen sind in die Arbeit der AG eingeflossen. Es wurde klargestellt, dass die WHO bereits Anfang Mai 2023 den internationalen Gesundheitsnotstand aufgrund der Pandemie für beendet erklärt hat, obwohl die Pandemie bis heute weiterhin besteht.

Der rechtliche Rahmen für die bundesweiten Coronamaßnahmen ist am 7. April 2023 gem. § 28b IfSG ausgelaufen. Die Mitglieder der AG betonen, dass die Diskussionen um die rechtlichen und gesetzlichen Grundlagen während der Pandemie in der Aufarbeitung sichtbar werden. Über die retrospektive Auswertung hinaus will die AG einen strukturell-institutionellen Rahmen für zukünftige Pandemien entwerfen. Dabei soll insbesondere untersucht werden, ob die gesetzlichen Bestimmungen auf Landesebene alle potenziellen Eindämmungsmaßnahmen ausreichend abdecken.

Ein zentraler Untersuchungsgegenstand der AG war die Analyse von Grundrechtseingriffen. Dazu wurden die Eingriffe im Einzelnen betrachtet und im Hinblick auf ihre Eingriffstiefe und -intensität bewertet. Dabei wurden sowohl die Verhältnis- und Zweckmäßigkeit sowie die Verständlichkeit und Umsetzbarkeit der Rechtsvorschriften bewertet. Der Fokus der Arbeit der AG liegt auf den rechtlichen Maßnahmen, die besonders belastende Auswirkungen auf die Gesellschaft hatten. Dafür hat die AG die Bereiche Schule/Bildung, Pflegeheime und Sterbebegleitung, Versammlungsrecht und Erstaufnahmeeinrichtungen exemplarisch ausgewählt.

Leitfragen

- Wie sind die Grundrechtseingriffe und deren Intensität, Verhältnismäßigkeit, Zweckmäßigkeit der Gesetzgebung sowie Verständlichkeit und Umsetzbarkeit zu bewerten? Waren die rechtlichen Grundlagen für alle Maßnahmen hinreichend bestimmt?
- Haben die bestehenden gesetzlichen Bestimmungen sowohl auf Landes- wie auch der kommunalen Ebene alle potenziellen Eindämmungsmaßnahmen ausreichend abgedeckt, die besonders belastende Auswirkungen auf die Gesellschaft hatten?
- Inwieweit waren eine hinreichende Bestimmtheit, Klarheit und Verständlichkeit der Rechtsnormen gegeben?
- An welchen Stellen beziehungsweise für welche Bereiche sollte das Land zusätzlich eigene Regelungen schaffen?
- Welche Handlungsspielräume hatten die Kommunen bei der Umsetzung der bundes- und landesgesetzlichen Aufgaben und wie haben sie jene Spielräume genutzt?
- In welchen Bereichen waren die Maßnahmen wegen der Grundrechtsbetroffenheit besonders belastend?

Die AG hat die Landesebene und die kommunale Ebene als Analyseebenen festgelegt. Maßnahmen auf Bundesebene sind nicht Gegenstand der Untersuchung. Dennoch wurde als Ausgangspunkt für die Arbeit eine Übersicht über die Rechtsvorschriften auf Bundes- und Landesebene erstellt (siehe [Anhang 5.3](#). Detailübersichten des Pandemieverlaufs in Sachsen-Anhalt). Aufgrund des Umfangs für die kommunale Ebene wurden zwei Referenzkommunen ausgewählt, an deren Beispiel Gemeinsamkeiten und Unterschiede bei der Umsetzung der Coronamaßnahmen betrachtet werden sollen.

Die AG ist nach der juristischen Methode vorgegangen, bei der die Bindung der Verwaltung und der Rechtsprechung an das Gesetz maßgeblich ist.⁶⁰

Analyse und Erkenntnisse

Auswertung der Rechtsprechung des Landesverfassungsgerichtes Sachsen-Anhalt

Das Landesverfassungsgericht (LVG) hat in den Verfahren LVG 25/20 und LVG 4/21 mehrere Coronaverordnungen (CoronaVO) des LSA auf ihre Verfassungsmäßigkeit hin überprüft.

Im Verfahren LVG 25/20 stand die Frage im Raum, ob für die Regelungen der 8. CoronaVO des Landes ausreichende Ermächtigungsgrundlagen vorhanden waren. Mit dem Urteil vom 26. März 2021 hat das LVG entschieden, dass für Beschränkungen privater Feiern, für ein Beherbergungsverbot und für die Schließungen von Gaststätten in der 8. CoronaVO des Landes keine Ermächtigungsgrundlagen vorhanden waren.

Nachdem die Ermächtigungsproblematik mit der Schaffung des neuen § 28a IfSG im November 2020 entschärft worden war, hatte sich das LVG im Urteil vom 26. März 2021 – LVG 4/21 – mit den Fragen der Grundrechtbeeinträchtigungen durch die 9. CoronaVO des Landes zu befassen. Das LVG hat hier entschieden, dass die durch die 9. CoronaVO bewirkten Eingriffe in die Grundrechte der Landesverfassung (LV) überwiegend verfassungsrechtlich gerechtfertigt waren.

⁶⁰ Im Gegensatz zu den anderen AGen liegt hier kein evidenzbasierter Ansatz im Sinne der Natur- und Sozialwissenschaften vor.

Die verordnete Beschränkung privater Zusammenkünfte auf eine Höchstzahl von Personen oder auf Angehörige eines einzelnen Hausstandes und eine Höchstzahl haushaltsfremder Personen bedeutete einen Eingriff in das Grundrecht der allgemeinen Handlungsfreiheit (Art. 5 LV). Die verordnete Untersagung von Veranstaltungen aus geschäftlichen, beruflichen oder dienstlichen Gründen sowie das verordnete Beherbergungsverbot griff in das Grundrecht der Berufsfreiheit (Art. 16 LV) ein. Das Verbot des Alkoholausschanks und -konsums in der Öffentlichkeit, die Schließung von Gaststätten für den Publikumsverkehr und die Beschränkung gastronomischer Angebote in Beherbergungsbetrieben auf Übernachtungsgäste griffen in das Grundrecht der Berufsfreiheit (Art. 16 LV) der Unternehmen und in das Grundrecht der allgemeinen Handlungsfreiheit (Art. 5 LV) der potenziellen Nutzerinnen und Nutzer ein. Die Untersagung von Veranstaltungen von Vereinen, insbesondere von Mitgliederversammlungen, war ein Eingriff in die Vereinigungsfreiheit (Art. 13 LV). Die verordnete Beschränkung der Teilnahme an Hochzeiten und Trauerfeiern berührte, soweit sie weitere Familienangehörige davon ausschloss, die Einrichtungsgarantie (Art. 24 LV). Die verordnete Anzeigepflicht für Versammlungen und die besondere Befugnis der zuständigen Versammlungsbehörde, eine Versammlung zur Eindämmung des Coronavirus zu verbieten, zu beschränken oder mit Auflagen zu versehen, griff in das Grundrecht der Versammlungsfreiheit ein (Art. 12 LV). Auch kritische Meinungen zu den Grundrechtseingriffen wurden in die Analyse einbezogen, um der gesamten Debatte Raum zu geben. Die vorerwähnten Eingriffe wurden vom LVG als verfassungsrechtlich gerechtfertigt angesehen.

Bei der Überprüfung der verschiedenen Maßnahmen auf ihre Vereinbarkeit mit den Grundrechten der LV und des Grundgesetzes hatte das LVG zu berücksichtigen, dass die verschiedenen betroffenen Handlungsbereiche unterschiedlich stark vor staatlichen Eingriffen geschützt sind. So kann eine Beschränkung der Freiheit der Berufsausübung leichter gerechtfertigt werden als die Versammlungsfreiheit oder das Familienleben. Beschränkungen können nicht nur mit öffentlichen Interessen, sondern damit gerechtfertigt werden, dass andere, vor allem besonders vulnerable, Personen wirksam geschützt werden sollen. Aus diesem Blickwinkel war lediglich das Verbot des Alkoholausschanks nicht ausreichend gerechtfertigt und damit verfassungswidrig. Bei den übrigen Maßnahmen konnte das LVG eine ausreichende Rechtfertigung feststellen.

Allerdings waren nicht alle Regelungen in den Rechtsverordnungen von vorneherein hinreichend klar und eindeutig. Sie mussten deshalb unter Berücksichtigung des Verfassungsrechts einschränkend ausgelegt werden, um den Anforderungen der Verfassung zu genügen. Das LVG wies deshalb ausdrücklich darauf hin, dass Regelungen, die zu Grundrechtseingriffen berechtigen, den zuständigen Behörden sowie den davon betroffenen Einwohnerinnen und Einwohner hinreichend klar vermitteln müssen, was unter welchen Voraussetzungen erlaubt und verboten ist. Der Ordnungsgeber müsse Rechtsunsicherheit soweit wie möglich vermeiden. Auch der Erlass verbindlicher hoheitlicher Anordnungen einerseits und der Einsatz aufklärender und werbender Öffentlichkeitsarbeit andererseits müssen für die Adressatinnen und Adressaten leicht unterscheidbar sein.

Im Rahmen seines Ermessens durfte der Ordnungsgeber berechtigterweise annehmen, dass ein Ursachenzusammenhang zwischen der Häufigkeit, Dauer und Intensität aller Kontakte zwischen Menschen, dem Infektionsrisiko, den unter Umständen schweren gesundheitlichen bis hin zu tödlichen Folgen einer Infektion sowie einer bei ungebremstem Verlauf des Infektionsgeschehens drohenden Überforderung des Gesundheitssystems besteht. Selbst die Einschränkung der allgemeinen Handlungsfreiheit und der Persönlichkeitsentfaltung in einem bisher ungekannten

Ausmaß wurde durch das dringende Interesse an der Eindämmung der Coronapandemie aufgewogen.

Ohne eine wirksame Eindämmung des dynamischen Infektionsgeschehens hätte sich die Coronapandemie ungebremsst ausgebreitet. Entsprechend mehr Menschen hätten daran sterben oder unter Umständen lange andauernde Gesundheitsschäden davongetragen.

Zu weiteren Ge- und Verboten, die in der 9. CoronaVO des LSA enthalten waren, hat sich das LVG nicht geäußert, da diese im Verfahren nicht angegriffen waren.

Auswertung der fachgerichtlichen Rechtsprechung

Eine Auswertung der Datenbanken Beck-Online und juris hat zu 196 Entscheidungen der Verwaltungsgerichte im Zusammenhang mit Maßnahmen zur Bekämpfung der Coronapandemie geführt. Davon führten 47 und damit fast jede vierte zu einer Aufhebung der behördlichen Maßnahmen. In zehn weiteren Fällen waren die Klagen teilweise erfolgreich.

Unterscheidet man nach den Themenfeldern, ergibt sich das folgende Bild:

- Im Bereich des Infektionsschutzes wurde in acht von 63 Verfahren die Maßnahmen aufgehoben oder abgeändert.
- Im Bereich des Versammlungsrechts waren sieben von zehn Anträgen erfolgreich.
- Bei den Maßnahmen im Bereich der Wirtschaft hatten drei von 21 Anträgen Erfolg.
- Im Bereich des Kommunalwahlrechts war keine der fünf Klagen erfolgreich.
- Im Bereich des öffentlichen Dienstrechts hatten vier von 24 Anträgen Erfolg, davon einer teilweise.
- Aus dem Bereich des Migrationsrechts wurden 26 von 49 Klagen ganz oder teilweise stattgegeben.
- In den übrigen Fällen waren neun von 24 Klagen erfolgreich.

Damit zeigt sich, dass im sensiblen Bereich des Versammlungsrechts prozentual die meisten Anträge erfolgreich waren und die Gerichte den Grundrechtsschutz gewährleistet haben. Dieser Befund ist jedoch nicht ungewöhnlich, da auch außerhalb der Pandemiezeit im Versammlungsrecht prozentual mehr Klagen erfolgreich waren als in anderen Rechtsbereichen.

Im zentralen Bereich des Infektionsschutzes sowie im Kommunalrecht waren die Klagen am wenigsten erfolgreich.

Handlungsspielräume auf kommunaler Ebene

Unter Berücksichtigung der föderalen Zuständigkeiten hat die AG analysiert, welche Handlungsspielräume die Kommunen bei der Umsetzung der bundes- und landesgesetzlichen Aufgaben tatsächlich hatten. Dazu wurden als Referenzkommunen

- der Burgenlandkreis und
- die kreisfreie Stadt Halle (Saale) ausgewählt.

Beide Kommunen haben festgestellt, dass das Landesverwaltungsamt während der Pandemie nicht in die Entscheidungsstrukturen eingebunden war. Die gesamte Kommunikation (Gespräche, Video- und Telefonkonferenzen) fand ohne das Landesverwaltungsamt statt. Stattdessen habe

es einen unmittelbaren Kontakt mit der Landesregierung gegeben, der als zielführend betrachtet wurde.

Riegelungsimpfungen

werden bei Ausbruch einer Infektionskrankheit zur Unterbrechung einer großflächigen Erregerzirkulation durchgeführt.

Auch der Ministerpräsident sei sehr aktiv gewesen und habe beispielsweise für den Burgenlandkreis 10.000 zusätzliche Impfdosen organisiert, um angesichts der sehr hohen Inzidenz eine Riegelungsimpfung durchzuführen und die Ausbreitung des Virus auf andere Landkreise zu verlangsamen. Dadurch habe der Burgenlandkreis eine der höchsten Durchimpfungsraten erreicht. Die Aufgabe

des Landesverwaltungsamtes während der Pandemie war den Kommunen nicht bekannt und insoweit nicht transparent.

Während der Coronapandemie lag ein erheblicher Druck auf den Kommunen, die im Rahmen der MPK beschlossenen Maßnahmen sofort umzusetzen. Die größte Belastung erzeugten die schnellen Änderungen der Rechtsverordnungen, die Masse an zu bearbeitenden Fällen sowie die Kürze der zur Verfügung stehenden Zeit. Das Rechtsamt des Burgenlandkreises hat in der Zeit der Pandemie eine Vielzahl an Verfügungen getroffen, darunter 35 Allgemeinverfügungen und neun Schutzverordnungen mit zahlreichen Änderungsverordnungen.

Der Lolli-Test

ist ein kinderfreundlicher COVID-19-Schnelltest, der in Schulen gemeinsam durchgeführt wurde. Die Testperson lutscht auf einem Schaumstoff-Stäbchen, das Ergebnis wird wie bei anderen Schnelltests angezeigt. Die Methode ist schmerzfrei, schnell und zuverlässig.

Während die Kritik an den Maßnahmen einerseits wegen der Eingriffe in die persönliche Freiheit geübt wurde, gingen sie anderen nicht weit genug. Ferner wurde kritisiert, dass bestimmte Maßnahmen wie Einschränkungen von Veranstaltungen von Inzidenzwerten abhängig waren, da diese auch von der Anzahl durchgeführter Tests abhängen. Positiv aufgenommen wurde die Möglichkeit der vorzeitigen Schulöffnung, nachdem funktionierende Teststrukturen geschaffen wurden. Diese hat der Burgenlandkreis durch die Einführung eines „Lolli-Tests“ genutzt. Die dazu erstellten Erklärvideos erreichten hohe Aufrufzahlen. Die Einführung einer verschärften Testpflicht in Schulen

ermöglichte so die vorzeitige Wiederaufnahme des Schulbetriebes. Eine wissenschaftliche Begleitung erfolgte im Rahmen des Pilotprojekts „Sicherer Schulbetrieb unter Hochinzidenz“ in Kooperation mit der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg.

Durch die AG kann eine ausschließlich rechtlich fundierte Beurteilung der Maßnahmen vorgenommen werden, da keine Bewertung hinsichtlich der notwendigen Ausstattung oder der Praktikabilität der Umsetzung (z. B. Zugang zu Computern und Internet) möglich ist (zur Akzeptanz der Maßnahmen seitens der Schülerinnen und Schüler siehe [Abschnitt 3.4.1](#)).

Im Bereich Krankenhäuser und Pflege war während der Pandemie ein enormer sozialer Druck spürbar. Das betraf insbesondere die Sterbebegleitung von Angehörigen. Menschen wurde verwehrt, ihre Familienangehörigen am Sterbebett zu besuchen und sich von ihnen zu verabschieden. Dennoch gibt es in diesem Bereich keine Rechtsprechung. Inwieweit die fehlende Klagebereitschaft im Zusammenhang mit der Akzeptanz der Maßnahmen steht, lässt sich nicht eindeutig ermitteln.

Zur besseren Verständlichkeit und Erhöhung der Akzeptanz der Maßnahmen sind im Burgenlandkreis in wöchentlichen Videokonferenzen Erläuterungen gegeben worden, die auf der Homepage des Landkreises veröffentlicht wurden. Zu den Änderungsverordnungen sind zudem Lesefassungen erstellt worden, die auch in Tageszeitungen veröffentlicht wurden.

Exemplarisch soll am Beispiel des Burgenlandkreises die große Zahl der Rechtsanpassungen verdeutlicht werden:

- Im Jahr 2020 wurden 24 Allgemeinverfügungen erlassen, davon: drei Änderungen/Verlängerungen und zwei Aufhebungen.
- Im Jahr 2021 wurden fünf Allgemeinverfügungen (davon: zwei Aufhebungen) und 38 Rechtsverordnungen 38 (davon: 26 Änderungen/Verlängerungen und drei Aufhebungen) erlassen.
- Im Jahr 2022 wurden acht Rechtsverordnungen (davon sieben Änderungen/Verlängerungen) und sieben Allgemeinverfügungen (davon: drei Änderungen/ Verlängerungen) erlassen.
- Im Jahr 2023 wurde eine Allgemeinverfügung aufgehoben.

Insgesamt wurden somit zur Pandemiebekämpfung im Zeitraum von 2020 bis 2023 37 Allgemeinverfügungen und 46 Rechtsverordnungen erlassen.

Insgesamt kann eine positive Bilanz gezogen werden, da nur zwei Verfahren vor dem Oberverwaltungsgericht (OVG) anhängig waren, die nicht zu einer Aufhebung der beschlossenen Maßnahmen geführt haben. Diese betrafen die obligatorischen Tests in den Schulen und die Ausgangssperre.

Die Möglichkeit, eigene Regelungen zu treffen, ist im Burgenland in großem Umfang ausgeschöpft worden, um regionale Besonderheiten zu berücksichtigen. Beispielsweise wurde bei Besuchen von Alten- und Pflegeheimen die Testpflicht auch für voll geimpfte Personen und die Pflicht zum Tragen von FFP2-Masken eingeführt. Nach Einschätzung des Landrates sei die Akzeptanz der Maßnahmen in Bezug auf Pflegeheime im Burgenlandkreis stets hoch gewesen, auch weil die Menschen den Zusammenhang dieser mit dem Schutz vulnerabler Bevölkerungsgruppe gesehen haben.

Darüber hinaus stand den Einwohnerinnen und Einwohnern des Burgenlandkreises an sieben Tagen in der Woche ein Bürgerinnen- und Bürgertelefon zur Verfügung, um Fragen beantwortet zu bekommen und Rückmeldungen einzuholen. Dies sei ein wichtiger Faktor bei der Bewältigung der Herausforderungen durch die Pandemie gewesen. Mit der Hotline konnte insbesondere eine Überlastung der Fachbehörden durch Anfragen verhindert werden. Gleichzeitig sind jedoch auch zusätzliche Kosten entstanden, da Mitarbeitende erst in der Gesamtheit der Verordnungen und Regelungen geschult werden mussten, um Fragen fachgerecht beantworten zu können.

Zur Kontrolle der Einhaltung der Pandemiemaßnahmen ist ein Ordnungsdienst aus allen Teilen der Verwaltung zusammengestellt worden. Die Einschätzung der AG ist, dass die Verordnungen ohne Überwachung keine Wirkung entfalten hätten. Die Mitarbeitenden des Ordnungsdienstes haben mit den Ordnungsdienstfahrten das Gespräch mit den Menschen gesucht und versucht, die Notwendigkeit bestimmter Maßnahmen zu erklären.

In den Pflegeheimen ist die Einhaltung der Vorschriften durch eine gemeinsame Gruppe des Gesundheitsamts mit der Heimaufsicht kontrolliert worden. Der medizinische Dienst hat in dieser Zeit für vermehrte Anlassprüfungen in den Pflegeeinrichtungen Ressourcen zur Verfügung gestellt, während Routinebesuche des medizinischen Dienstes entfallen mussten. Auf der anderen

Seite sind Regelungen, die als Risiko für die medizinische Versorgung eingeschätzt wurden, nicht umgesetzt worden. Das betrifft die mit der einrichtungsbezogenen Impfpflicht verbundenen Betretungsverbote, die nach Abstimmung der Landräte nicht angewandt worden sind.

Die Pandemiebekämpfung war mit einer großen Belastung für die gesamte Verwaltung verbunden. Die Erarbeitung und Umsetzung zahlreicher Verordnungen und Änderungsverordnungen haben im Burgenland dazu geführt, dass andere Aufgaben teilweise nicht wahrgenommen werden konnten. Beispielsweise fehlten die Bediensteten, die am Telefon für Bürgerinnen und Bürger arbeiteten, in anderen Bereichen. Darüber hinaus waren Mitarbeitende des Rechts- und Ordnungsamtes mit der Überwachung der Einhaltung von Vorschriften betraut (z. B. Einhaltung der Quarantänevorschriften oder der Regeln im Außenbereich). Angesichts der Überforderung durch die Vielzahl der Infektionsfälle wurde von Einzelbescheiden für die Quarantäne Abstand genommen, da die individuelle Ausstellung und Überwachung personell nicht zu bewältigen gewesen wäre. Ab dem 23. November 2020 galt im Burgenlandkreis zunächst die 17. Allgemeinverfügung⁶¹, die Regelungen zur Quarantäne traf und damit die Einzelbescheidung ablöste.

Die Verordnungsermächtigung hat das Land zum Jahreswechsel 2020/2021 mit seiner 9. Eindämmungsverordnung (EindV) vom 15. Dezember 2020⁶² den Landkreisen als Subdelegation übertragen. In der Folge wurden die bisher geltenden Allgemeinverfügungen des Burgenlandkreises im Januar 2021 aufgehoben⁶³ und die Quarantäne erstmalig per Kreisverordnung⁶⁴ geregelt. Der durch die Verordnungsermächtigung eröffnete Spielraum ist genutzt worden, um beispielsweise in Gebieten mit höchsten Infektionszahlen die Maskenpflicht auf Teile des Außenbereiches auszuweiten. Durch die besondere Bedeutung der Versammlungsfreiheit erfolgten auch während der Geltung der Ausgangssperre Verbote nur ausnahmsweise. So wurden beispielsweise Autokorsos genehmigt, obwohl formalrechtlich ein Verbot möglich gewesen wäre. Der Ermessensspielraum kam hier zum Tragen, da diese Art von Versammlungen mit einem geringen Infektionsrisiko verbunden war.

Mobile Abstrichteam

stellten Schnelltests zur Verfügung und testeten auch die Schülerinnen und Schüler in den Schulen.

Auch in der kreisfreien Stadt Halle (Saale) wurden die Beschlüsse der MPK und die EindV des Landes auf die besonderen Bedingungen und Strukturen der Stadt heruntergebrochen. Es sind sehr stringente Regelungen getroffen worden, um der hohen Verantwortung für fünf Kliniken und eine Vielzahl von Pflegeeinrichtungen gerecht zu werden.

Insbesondere der Umgang mit ungetestetem Personal sowie die Koordinierung der hohen Dichte an Schnelltestzentren und der mobilen Abstrichteam war eine Herausforderung. Alle strategischen Maßnahmen wurden im Team „Hygiene“ in enger Abstimmung mit den betroffenen Einrichtungen getroffen. Die Letztentscheidung lag bei dem Krisenstab und wurde protokolliert. Bei der Umsetzung war die Kommunikation der entscheidende Faktor. Dies ist anfangs unterschätzt worden. Auch von der Stadt Halle (Saale) werden kurze, einfache und präzise Vorgaben als

⁶¹ Vgl. Landrat Burgenlandkreis (2020): Amtliche Bekanntmachung. Allgemeinverfügung Nr. 17 vom 23.11.2020. [Link](#) (zuletzt abgerufen am 13.03.2025).

⁶² Vgl. Gesetz- und Verordnungsblatt für das Land Sachsen-Anhalt (2020): Neunte SARS-CoV-2-Eindämmungsverordnung. [Link](#) (zuletzt abgerufen am 13.03.2025).

⁶³ Vgl. Landrat Burgenlandkreis (2021): Amtliche Bekanntmachung. Allgemeinverfügung Nr. 26 vom 05.01.2021, [Link](#) (zuletzt abgerufen am 13.03.2025).

⁶⁴ Vgl. Landrat Burgenlandkreis (2021): Amtliche Bekanntmachung. Erste Verordnung des Burgenlandkreises zum Schutz vor dem Coronavirus SARS-CoV-2 und zur Bekämpfung der Coronavirus-Krankheit COVID-19 (Erste Corona-Schutz-Verordnung Burgenlandkreis – 1. CoronaSchVO BLK) vom 4. Januar 2021, [Link](#) (zuletzt abgerufen am 13.03.2025).

entscheidend für eine wirksame Umsetzung angesehen. Dazu bedarf es auch einer guten Personalausstattung. Das Team „Hygiene“ ist infolge der Pandemiemaßnahmen bis heute in seiner Personalstärke verdoppelt worden.

Schlussfolgerungen

Insgesamt wird die Umsetzung der Coronamaßnahmen positiv bewertet. Die AG stellt fest, dass während der Pandemie Erfahrungen gemacht wurden, die bis heute nachwirken. So hat man gelernt, unter Zeitdruck juristische Entscheidungen zu treffen. In bestimmten Bereichen wie zum Beispiel den Erstaufnahmeeinrichtungen sind diese insoweit nachhaltig, als dort etwa die Instrumente des Eindämmungskonzeptes in den Hygieneplan aufgenommen worden sind. Diese können auch in zukünftigen Krisensituationen angewandt werden.

Im Ergebnis der Untersuchung trifft die AG folgende Feststellungen:

- Gesetze und Rechtsverordnungen müssen sowohl für die Einwohnerinnen und Einwohner als auch für die Mitarbeitenden in der Verwaltung, die die entsprechenden Maßnahmen umsetzen, verständlich sein.
- Die Frage, wer zu den vulnerablen Gruppen, die geschützt werden müssen, gehört, und welcher Teil der Bevölkerung von den Maßnahmen unbehelligt bleiben kann, muss transparent und nachvollziehbar beantwortet werden.
- Alle Sitzungen, die zu Entscheidungen geführt haben, müssen protokolliert und öffentlich zugänglich gemacht werden.
- Es muss eine stärkere Gewichtung der Menschenwürde bei der Grundrechtsabwägung sichergestellt werden, um zum Beispiel Sterbebegleitung durch Angehörige zu ermöglichen. Die Rechte Sterbender und ihrer Angehörigen sind während der Pandemie zu stark missachtet worden.
- Es darf zukünftig nicht erneut der Eindruck erweckt werden, dass politische Entscheidungen der MPK Rechtswirkung entfalten. Die getroffenen Entscheidungen müssen auf der Ebene kommuniziert werden, die dafür zuständig ist.
- Es muss eine zuständigkeitsbezogene Kommunikation von Beschlüssen, Gesetzen und Maßnahmen auf denjenigen Ebenen geben, die für die Umsetzung der Maßnahmen zuständig sind.

Handlungsempfehlungen der AG Recht

1. Ermächtigungsgrundlagen schaffen

Soweit sich die Ermächtigungsgrundlagen nicht aus dem Bundesrecht ergeben und weitere Regelungen erforderlich sind, sind diese in das Landesgesetz über den ÖGD zu integrieren. Sie sollen für Bürgerinnen und Bürger möglichst verständlich verfasst werden und online zugänglich sein. Bei Änderungen sind amtliche Lesefassungen bereitzustellen. Die gleichen Kriterien gelten auch für kommunale Verordnung und Maßnahmen. Es bedarf klarer und verständlicher Formulierungen in Gesetzen und Rechtsverordnungen, damit diese sowohl für die Einwohnerinnen und Einwohner als auch für die Mitarbeitende in der Verwaltung verständlich und umsetzbar sind. Es muss eine zuständigkeitsbezogene Kommunikation von Beschlüssen, Gesetzen und Maßnahmen auf denjenigen Ebenen geben, die auch für deren Erlass zuständig sind.

2. Weiterentwicklung des IfSG anstoßen

Der Bundesgesetzgeber sollte aufgefordert werden, das IfSG so weiterzuentwickeln, dass es auch für andere Viren als das Virus SARS-CoV-2 anwendbar ist. Dabei sollte das breite Spektrum an Maßnahmen beibehalten werden, damit dieses den Landesbehörden zu Beginn einer neuen Pandemie vor allem in der Frühphase, in der das neue Virus in seiner Gefährlichkeit und Wirkweise noch nicht genau eingeschätzt werden kann, zur Verfügung steht. Die Neuregelung sollte den Ländern gefahrenlagen- und regionspezifische Maßnahmen ermöglichen.

3. Eine digitale Datenplattform für Rechtsanwendende zum Bundes-, Landes- und Kommunalrecht auf Landesebene etablieren

Die Plattform soll alle für eine Krisenlage geltenden Regelungen systematisch erfassen und stets auf dem aktuellen Stand halten. Zugleich sollen die für die Rechtsunterworfenen geltenden Regelungen nachvollziehbar erklärt und außerhalb juristischer Texte verständlich gemacht werden. Künstliche Intelligenz (KI) sollte genutzt werden, um beispielsweise Lesefassungen der aktuellen Gesetze und Rechtsverordnungen ohne großen Aufwand erstellen zu können.

4. Eine transparente Behördenstruktur schaffen

Dazu sollte ein zentrales Gremium eingerichtet werden, das auf einer klaren Rechtsgrundlage beruht. Ein solcher institutionell-organisatorischer Rahmen muss sowohl auf Bundesebene (Epidemiegesetz) als auch auf Landesebene geschaffen werden. Dabei sind die föderalen Strukturen beizubehalten und Vorschläge zur Entbürokratisierung und Vereinfachung zu nutzen. Innerhalb des Landes sollte nur eine zweistufige Zuständigkeit – auf zentraler (Land) und kommunaler (kreisfreie Städte/Landkreise) Ebene– vorgesehen werden. Dem Landesverwaltungsamt sollte keine Zuständigkeiten zugewiesen werden.

5. Ein besonderes Steuerungsgremiums auf Landesebene schaffen

Im Rahmen des Gesetzes für den ÖGD sollte ein interdisziplinär besetztes Steuerungsorgan (Pandemiestab) eingerichtet werden, das alle verbindlichen Entscheidungen trifft, soweit nicht der Landtag dafür zuständig ist, und diese Entscheidungen auch kommuniziert. Die Zuständigkeit des Pandemiestabs wird durch Landtagsbeschluss festgestellt. Hier reicht die Anpassung des Beschlusses über die Bewältigung von Krisenlagen.

6. Ein niedrighschwelliges Beschwerdemanagement einrichten

Bei besonders schwerwiegenden Grundrechtseingriffen (z. B. bei der Sterbebegleitung) bedarf es auch unter Pandemiebedingungen einfacher und zugänglicher Beschwerde- und Überprüfungsmöglichkeiten.

7. Distanzunterricht in Notsituationen ermöglichen

Neben der Ermöglichung von Distanzunterricht aus pädagogischen Motiven sollte im Schulgesetz auch eine Fallgruppe für Distanzunterricht in Notsituationen geregelt werden.

8. Transparenz und Offenheit schaffen

Zur Bewältigung von Krisen bedarf es einer offenen und lernenden Verwaltung, die bereit ist, die Anliegen der Einwohnerinnen und Einwohner zu berücksichtigen und den Zugang zu allen Dokumenten, die Grundlage ihrer Entscheidungen sind, zu gewährleisten. Dazu gehört auch die Entwicklung einer Fehlerkultur.

9. Gesetz über den öffentlichen Gesundheitsdienst in Sachsen-Anhalt (GDG LSA) ergänzen

In § 1 Abs. 1 GDG LSA soll in Nr. 5 hinter Katastrophenschutz „Pandemiebekämpfung“ ergänzt werden.

In § 3 wird ein Satz 3 GDG LSA ergänzt: „Er konzipiert und organisiert regelmäßige Übungen zum Pandemieschutz.“

In Abschnitt 2 soll ein Unterabschnitt 1a „Pandemiebekämpfung“ ergänzt werden.

Es soll eine neue Regelung zur Einrichtung eines „Pandemiestabs“ in § 9a GDG LSA eingeführt werden, die die Zusammensetzung, Zuständigkeiten und Verfahren bestimmt.

In einem neuen § 9b GDG LSA sollen die Information und Übungen zur Pandemiebekämpfung eingeführt werden.

Ein neuer § 9c GDG LSA soll grundlegende Regelungen zur Einrichtung einer Informationsplattform enthalten, die alle wesentlichen Informationen zu den Rechtsgrundlagen, dem Verfahren zum Zustandekommen der Maßnahmen und Informationen zu deren Umsetzung enthalten.

In einem § 9d GDG LSA könnte eine Rechtsgrundlage für die Einrichtung einer „Pandemie-App“ geschaffen werden, die mit dem KATWARN-System gekoppelt wird, sodass die Einwohnerinnen und Einwohner schnell über Änderungen informiert werden können. KATWARN wird eingesetzt, um offizielle Warnungen an die Mobiltelefone von Betroffenen weiterzuleiten.

3.4 Maßnahmen

Die Bundes- und Landesregierungen haben zur Bekämpfung der Coronapandemie zwischen 2020 und 2022 eine Vielzahl von Maßnahmen erlassen, die teilweise die Freiheitsrechte der Menschen sehr stark einschränkten (eine detaillierte Auflistung findet sich im [Anhang 5.3.](#)). Die Maßnahmen dienten, je nach Phase der Pandemie,

- dem Schutz vor Infektion, insbesondere von besonders gefährdeten Personengruppen,
- der Aufrechterhaltung der medizinischen Versorgung oder
- dem Management der Pandemie und der Abschwächung von Konsequenzen.

Die AG Maßnahmen untersuchte die während der Coronapandemie erlassenen Anordnungen, Maßnahmen sowie Ver- und Gebote auf ihre Wirkungen. Diese Untersuchung kann aufgrund des Zeitpunktes des Einsetzens der Regierungskommission, der personellen und zeitlichen Ressourcen sowie der Studien- und Datenlage nur eine summative, also eine ergebnisbewertende, Evaluation sein. Aussagekräftige, methodisch belastbare Erhebungen zur Wirksamkeit und zu den Auswirkungen der Maßnahmen auf das Infektionsgeschehen fehlen. So kann nicht beantwortet werden, ob beispielsweise das Schließen der Salons von Friseurinnen und Friseurs zur Eindämmung des Infektionsgeschehens beigetragen hat. Ferner steht die Diskussion zu den Beurteilungskriterien aus, die einer Aus- und Bewertung von Maßnahmen zugrunde gelegt werden könnten. Diese Kriterien hängen nicht zuletzt vom Werteverständnis, dem Alter, dem Geschlecht, gegebenenfalls der Religion oder dem Kulturkreis, der gesellschaftlichen Gruppe, der man sich zugehörig fühlt, und vielen anderen Faktoren ab. Wo sich Maßnahmen kurzfristig positiv auf das Infektionsgeschehen ausgewirkt haben können, dürfen die womöglich langfristig negativen Folgen der Maßnahmen wie die Folgen für die Entwicklung der Wirtschaft, die psychische Gesundheit der Menschen oder den gesellschaftlichen Zusammenhalt nicht außer Acht gelassen werden. Die Bewertung von Maßnahmen würde und müsste sich sogar während des Pandemieverlaufs und mit wissenschaftlichem Erkenntnisfortschritt ändern.⁶⁵

Die AG Maßnahmen kann keine umfassende Evaluation aller während der Coronapandemie ergriffenen Einzelmaßnahmen leisten, jedoch auf Grundlage von Befragungen während der Pandemie, Expertinnen- und Experteninterviews, ex-post-Studien und der Auswertung von Daten (z. B. zu den Coronahilfen) Einschätzungen treffen. Diese ersetzen keine umfassenden Studien und bleiben daher aus wissenschaftlicher Sicht angreifbar. Es werden besonders relevante Themenbereiche untersucht, die durch die Zusammensetzung der Kommission mit ausreichend Expertise bewertet werden können. Diese sind Bildung, Sport, Zivilgesellschaft, Kunst und Kultur, Wirtschaft, Gesundheitswesen sowie Langzeitpflege. Handlungsempfehlungen werden für jeden dieser Bereiche abgeleitet sowie einige übergreifende Vorschläge gemacht.

⁶⁵ Die Evaluation des Sachverständigenausschuss nach § 5 Abs. 9 IfSG hat einen Vorschlag zu einem passenden Evaluationsdesign der Maßnahmen zur Bekämpfung der Coronapandemie erarbeitet, Vgl. Sachverständigenausschuss nach § 5 Absatz 9 IfSG (2022): Evaluation der Rechtsgrundlagen und Maßnahmen der Pandemiepolitik. [Link](#) (zuletzt abgerufen am 12.03.2025), S. 25-39.

3.4.1 Bildung

Schulen sind nicht nur Orte des Lernens im traditionellen Sinne, sondern auch Stätten des sozialen Zusammenhaltes, an denen Werte gelebt und weitergegeben werden. Die zur Bekämpfung der Coronapandemie beschlossenen Maßnahmen im Bildungsbereich waren bislang unvergleichbar: Schulen wurden geschlossen, Unterricht ins Digitale verlagert, die Rückkehr ins Schulgebäude erfolgte nur mit Einschränkungen wie Wechselunterricht und Maskenpflicht. Durch die soziale Funktion von Schulen wirkten sich die Maßnahmen nicht nur auf die Lern- und Bildungserfolge von Schülerinnen und Schülern aus, sondern auch auf ihre psychosoziale Gesundheit und ihr familiäres Umfeld. Auch Lehrerinnen und Lehrer waren von den Maßnahmen in vielfältiger Weise betroffen.

Das vorliegende Kapitel untersucht diese Effekte auf Grundlage von Studien zu Bildungseinrichtungen, die sich explizit mit Schulen und Hochschulen befassen, und von Studien zu Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen, die einen expliziten Bezug zur Bildungsinstitution aufweisen. So wurden allgemeine Studien zu beispielsweise der Lebenszufriedenheit von Schülerinnen und Schülern oder Eltern-Kind-Beziehungen nicht miteinbezogen, wenn kein direkter Bezug zu den Institutionen gegeben war (für eine Übersicht des Vorgehens siehe [Anhang 5.9.](#)).⁶⁶

Der Großteil der vorliegenden Studien zu den Auswirkungen der Coronapandemie auf den Bildungsbereich nimmt Deutschland als Ganzes in den Blick.⁶⁷ Es gibt jedoch einige Detailstudien zu einzelnen Bereichen in Sachsen-Anhalt, die zusammen mit Interviews mit Expertinnen und Experten genutzt wurden, um Landesspezifika herauszuarbeiten.

Auswirkungen der Maßnahmen auf Schülerinnen und Schüler

Die Coronapandemie und die zur Bekämpfung ergriffenen Maßnahmen hatten erhebliche Effekte auf Schülerinnen und Schüler. Zum einen lassen sich Lernlücken feststellen, die bereits bestehende Bildungsungleichheiten sichtbar machen und verstärken, zum anderen war eine negative Entwicklung des Wohlbefindens und der psychosozialen Gesundheit von Schülerinnen und Schülern zu beobachten.

Deutschlandweit haben die Coronapandemie und die damit verbundenen Schulschließungen Lernlücken bei Schülerinnen und Schülern verursacht, wovon bestimmte Gruppen stärker betroffen waren. Besonders bei Grundschulkindern sowie Schülerinnen und Schülern mit sonderpädagogischem Förderbedarf wurden signifikante Lernrückstände festgestellt.⁶⁸ Diese Gruppen zeigten eine stärkere Anfälligkeit für die durch die Pandemie ausgelösten Einschränkungen im Bildungsprozess. Eine detaillierte Analyse der Fächer zeigte, dass sich die Mathematikkompetenzen stärker verschlechterten als die Lesekompetenzen. Insbesondere Schülerinnen und Schüler aus benachteiligten sozialen Schichten sowie Kinder, deren Eltern

⁶⁶ Ein Beispiel hierfür ist die Untersuchung von Neugebauer et al., die einen Rückgang der allgemeinen Lebenszufriedenheit von Schülerinnen und Schülern dokumentiert. Vgl. Neugebauer, M. et al. (2023): Two pandemic years greatly reduced young people's life satisfaction: evidence from a comparison with pre-COVID-19 panel data. In: *European Sociological Review* 40 (5), S. 872–886. [Link](#) (zuletzt abgerufen am 13.03.2025).

⁶⁷ Die Kommission dankt Pauline Sobiecki (Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg) für die Durchführung der systematischen Literaturanalyse und hat diese in ihrer Arbeit berücksichtigt (siehe [Anhang 5.9.](#)).

⁶⁸ Vgl. Hammerstein, S. et al. (2021): Effects of COVID-19-Related School Closures on Student Achievement-A Systematic Review. In: *Frontiers in Psychology* 12. [Link](#) (zuletzt abgerufen am 13.03.2025).

berufsbedingt kein Homeoffice nutzen konnten, zeigten signifikante Rückgänge in ihren mathematischen Fähigkeiten.⁶⁹ Die Coronapandemie hat bestehende soziale Ungleichheiten im Bildungsbereich weiter verstärkt. Dieser sogenannte „Schereneffekt“, bei dem die Kluft zwischen privilegierten und benachteiligten Schülerinnen und Schülern wächst, wurde in mehreren Studien dokumentiert.⁷⁰

Für Sachsen-Anhalt liegen keine repräsentativen Studien zum Effekt der Maßnahmen auf den Lernerfolg von Schülerinnen und Schülern vor. Die für das Land erhobenen Erfahrungswerte verdeutlichen, dass das Alter der Schülerinnen und Schüler einen Einfluss auf die Effekte der getroffenen Maßnahmen hatte und heben die besonders gravierenden Auswirkungen auf die Grundschulen hervor.⁷¹ Es gab große Unterschiede, wie eng Klassenlehrerinnen und -lehrer mit den Schülerinnen und Schülern Kontakt gehalten und sich engagiert haben. Die Unterstützung vor allem in den ersten und zweiten Klassen war auch für die Eltern sehr schwierig. Die Interviewpartnerinnen und Interviewpartner weisen darauf hin, dass die Kinder, die während Corona eingeschult wurden, jetzt in der fünften Klasse seien und Lehrerinnen und Lehrer an Gymnasien berichten, dass dieser Jahrgang unruhiger sei und über weniger ausgeprägte Schreib- und Lesekompetenzen verfüge. Mitverantwortlich für diesen Unterschied ist der Umstand, dass Grundschülerinnen und -schüler aufgrund ihres Alters während der Pandemie sehr stark auf ihre Eltern angewiesen waren. Ältere Schülerinnen und Schüler hingegen profitierten teilweise vom autonomen Lernen und nutzen auch heute noch digitale Tools wie zum Beispiel Videokonferenzen.

Deutschlandweit lässt sich feststellen, dass der soziale Hintergrund der Schülerinnen und Schüler sowie ihre digitale Ausstattung einen Einfluss darauf hatten, wie stark ihr Lernen von den Maßnahmen zur Bekämpfung der Coronapandemie eingeschränkt wurde. Bereits vor der Pandemie waren bei Schülerinnen und Schülern mit Migrationshintergrund größere Lerndifferenzen im Vergleich zu ihren Mitschülerinnen und -schülern ohne Migrationshintergrund erkennbar. Diese haben sich während der Schulschließungen weiter verstärkt, was die bestehenden Bildungsungleichheiten zusätzlich verschärft hat.⁷² Besonders auffällig ist, dass Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund nicht pauschal schlechtere schulische Ergebnisse erzielten, sondern ihre schlechtere schulische Leistung stark von sozioökonomischen Faktoren wie Armut und vorhandenen Ressourcen abhing.⁷³

Die Bewältigung der pandemiebedingten Herausforderungen im Bildungsbereich hing auch maßgeblich von der digitalen Ausstattung und der sozialen Vernetzung der Schülerinnen und Schüler ab. Schulen, die bereits vor der Pandemie über eine bessere digitale Infrastruktur verfügten, konnten potenzielle Lerndefizite ihrer Schülerinnen und Schülern besser auffangen. Diese Schulen waren in der Lage, schneller auf digitale Lernformate umzusteigen und ihre Schülerinnen und

⁶⁹ Vgl. Förster, N. et al. (2022): Effects of the COVID-19 pandemic on reading performance of second grade children in Germany. In: Reading and Writing 36 (2), S. 289–315. [Link](#) (zuletzt abgerufen am 13.03.2025).

⁷⁰ Vgl. Koopmann, J. et al. (2023): The impact of COVID-19 on social inequalities in German higher education. An analysis of dropout intentions of vulnerable student groups. In: European Journal of Higher Education 14 (2), S. 290–307. [Link](#) (zuletzt abgerufen am 13.03.2025); Sari, E. et al. (2023): Explaining inequalities of homeschooling in Germany during the first COVID-19 lockdown. In: Frontiers in Education 8. [Link](#) (zuletzt abgerufen am 13.03.2025); Bremm, N. (2021): Bildungsbenachteiligung in der Coronapandemie: Erste Ergebnisse einer multiperspektivischen Fragebogenstudie. In: PraxisForschungLehrer*innenBildung : PFLB : Zeitschrift für Schul- und Professionsentwicklung 3 (1), S. 54–70. [Link](#) (zuletzt abgerufen am 13.03.2025).

⁷¹ Interview mit dem Landeselternrat, siehe Übersicht der mitwirkenden Akteurinnen und Akteure im [Anhang 5.2.](#)

⁷² Vgl. Hammerstein, S. et al. (2021): Effects of COVID-19-Related School Closures on Student Achievement-A Systematic Review. In: Frontiers in Psychology 12. [Link](#) (zuletzt abgerufen am 13.03.2025).

⁷³ Vgl. Förster, N. et al. (2022): Effects of the COVID-19 pandemic on reading performance of second grade children in Germany. In: Reading and Writing 36 (2), S. 289–315. [Link](#) (zuletzt abgerufen am 13.03.2025).

Schülern kontinuierlich zu unterstützen.⁷⁴ Förderschulen waren besonders stark von den Einschränkungen betroffen. Ihre Funktionsfähigkeit war während der Pandemie erheblich eingeschränkt.⁷⁵ Mit dem „DigitalPakt Schule“ zielen Bund und Länder auf eine Verbesserung der digitalen Infrastruktur ab. Endgeräte und Internetzugang allein reichen jedoch nicht. Die Pandemie hat gezeigt, dass Lehrerinnen und Lehrer, die durch hybride oder gelegentliche Präsenzangebote eine soziale Vernetzung innerhalb der Schule ermöglichten, dazu beitrugen, dass die schulischen Leistungen ihrer Schülerinnen und Schüler weniger sanken.⁷⁶

Auf gesellschaftlicher Ebene führte die Erkenntnis, dass Bildungsungleichheiten während der Schulschließungen verschärft wurden, zu einer kritischeren Wahrnehmung dieser Maßnahme.⁷⁷ Jugendliche bemängelten, dass sie nicht in die Entscheidungen zur Pandemiebekämpfung einbezogen wurden.⁷⁸ Der Landesschülerrat Sachsen-Anhalt fordert sogar, dass Schulschließungen keine Optionen sein dürfen.⁷⁹ Die Schülerinnen und Schüler sollten nicht alleine gelassen werden. Langfristige Auswirkungen zeigten sich in sozialen Bereichen wie dem Verlust von Freundschaften und mangelndem Kontakt nach der Rückkehr in den Präsenzunterricht. Allerdings wird eingeschätzt, dass diese Auswirkungen auf die psychosoziale Gesundheit während der Zeit der Schulschließungen keine langfristigen Folgen haben. Schülerinnen und Schüler berichten, dass die Schule während der Pandemie oft weniger Freude bereitete, jedoch ihre Selbstorganisation und Problemlösefähigkeit gefördert habe.

Über den Effekt auf das Lernen hinaus hatte die Pandemie Folgen auf psychosoziale Faktoren wie das Wohlbefinden, die Selbstwirksamkeit und die Einsamkeit junger Menschen.⁸⁰ Studien zeigen, dass in ganz Deutschland die Lebenszufriedenheit von Schülerinnen und Schülern während der Pandemie abgenommen hat.⁸¹ Allerdings ist der Zusammenhang zwischen dieser Folge und den Schulschließungen bisher nicht hinreichend erforscht. Es fehlen spezifische Studien, die die Rolle von Schulschließungen als kausalen Faktor beleuchten. Auch die Langzeitfolgen der Pandemie auf Bildung und das Wohlbefinden von Kindern und Jugendlichen sind bislang noch unklar, da entsprechende Längsschnittstudien fehlen. Um diese Auswirkungen vollständig zu verstehen, sind längere Beobachtungszeiträume und Vergleiche zwischen verschiedenen Bundesländern erforderlich.

Besondere Beachtung verdienen Daten zu der gesundheitsbezogenen Lebensqualität von Schülerinnen und Schülern in Ostdeutschland und im Besonderen in Sachsen-Anhalt. Das

⁷⁴ Vgl. Grommé, E. et al. (2023): Prädikatoren des schulischen Wohlbefindens während der COVID-19 Pandemie. Empirische Befunde einer Befragung von Kindern und Jugendlichen in zwei deutschen Großstädten. In: Zeitschrift für Bildungsforschung 13 (2), S. 297-313. [Link](#) (zuletzt abgerufen am 13.03.2025).

⁷⁵ Vgl. Lange-Küttner, C. (2024): COVID-stressed schools struggled to teach mathematics. In: Acta Psychologica 244. [Link](#) (zuletzt abgerufen am 28.03.2025); Gillé, V. et al. (2023): Well-being in children and adolescents with hearing/listening impairment from a special needs school during the Covid-19 pandemic: associations with stressful situations and self-efficacy. In: Health Psychology and Behavioral Medicine 12 (1). [Link](#). (zuletzt abgerufen am 28.03.2025).

⁷⁶ Vgl. Förster, N. et al. (2022): Effects of the COVID-19 pandemic on reading performance of second grade children in Germany. In: Reading and Writing 36 (2), S. 289-315. [Link](#) (zuletzt abgerufen am 13.03.2025).

⁷⁷ Vgl. Bellani, L. et al. (2024): Does raising awareness about inequality decrease support for school closures? An information treatment survey experiment during the COVID-19 pandemic. In: Genus 80 (1). [Link](#) (zuletzt abgerufen am 13.03.2025).

⁷⁸ Vgl. Wilmes, J. et al. (2020): Datenhandbuch zur bundesweiten Studie JuCo [Dataset]. Hildesheim: Universitätsverlag Hildesheim. [Link](#) (zuletzt abgerufen am 13.03.2025).

⁷⁹ Interview mit dem Landesschülerrat Sachsen-Anhalt, siehe Übersicht der mitwirkenden Akteurinnen und Akteure im [Anhang 5.2](#).

⁸⁰ Vgl. Ohlbrecht, H. et al. (2020): Zu den Auswirkungen der Corona-Pandemie auf das subjektive Wohlbefinden und die Alltagsbewältigung: Ergebnisse einer Online-Befragung. Arbeitsbericht Nr. 78. Institut für Soziologie der Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg, 2020, 32 Seiten (Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg, Fakultät für Humanwissenschaften, Institut für Soziologie) [Link](#) (zuletzt abgerufen am 28.03.2025).

⁸¹ Vgl. Neugebauer, M. et al. (2023): Two pandemic years greatly reduced young people's life satisfaction: evidence from a comparison with pre-COVID-19 panel data. In: European Sociological Review 40 (5), S. 872–886. [Link](#) (zuletzt abgerufen am 13.03.2025).

Gesundheitsbezogene Lebensqualität

beschreibt das subjektiv wahrgenommene Wohlbefinden und umfasst körperliche, psychologische, soziale, familiäre und schulische bzw. arbeitsbezogene Faktoren.

Schulbarometer der Robert-Bosch-Stiftung gibt darüber Aufschluss und wurde für Ostdeutschland gesondert ausgewertet.⁸² Es zeigt sich, dass in den ostdeutschen Bundesländern die gesundheitsbezogene Lebensqualität, die emotionale, mentale, soziale und verhaltensbezogene Komponenten des Wohlbefindens beinhaltet, geringer als in Westdeutschland ist. Knapp ein Drittel der ostdeutschen Schülerinnen und Schüler weist eine geringe gesundheitsbezogene Lebensqualität vor, während es unter den westdeutschen Schülerinnen und Schülern nur etwas mehr als

ein Viertel ist. In Sachsen-Anhalt ist der Schülerinnen- und Schüleranteil mit einer geringen gesundheitsbezogenen Lebensqualität bundesweit am größten und weicht teilweise sehr stark von den Ergebnissen anderer Länder ab.⁸³

Inwieweit sich die psychische Gesundheit und das Wohlbefinden von Schülerinnen und Schülern in Sachsen-Anhalt über die Jahre verändert und seit Ende der Pandemie entwickelt hat, lässt sich auf Basis der aktuellen Datenlage nicht pauschal sagen. Die COPSY-Längsschnittstudie bewertet seit 2020 die Auswirkungen und Folgen der Coronapandemie sowie weiterer globaler Krisen auf die psychische Gesundheit und das Wohlbefinden von Kindern und Jugendlichen in Deutschland.⁸⁴ Die Fallzahlen für Sachsen-Anhalt in den COPSY-Studien sind zu gering, als dass fundierte und repräsentative Aussagen möglich sind.⁸⁵ Dennoch lassen sich erste Tendenzen im Zeitverlauf erkennen. Ein wichtiges Ergebnis ist, dass die gesundheitliche Lebensqualität sich von einem niedrigen Niveau in 2020 seither insgesamt verbessert hat (mehr mittlere/hohe, weniger niedrige Lebensqualität). Insgesamt zeigt sich somit seit 2020 eine positive Entwicklung für die gesundheitliche Lebensqualität in Sachsen-Anhalt.

Nuancierte Erkenntnisse verspricht die repräsentative Studie „Health Behaviour in School-aged Children“ (HBSC). Die HBSC-Studie erhebt turnusmäßig alle vier Jahre Daten – erstmals seit 2018 repräsentativ für das Bundesland Sachsen-Anhalt. Die Veröffentlichung der Daten von 2022 ist für Juni 2025 vorgesehen, allerdings konnte die Regierungskommission durch ein Interview mit der Studienleiterin für Sachsen-Anhalt erste Einblicke erhalten.⁸⁶ Die Studie befragte Kinder und Jugendliche zu Bereichen der Gesundheit, des Gesundheitsverhaltens und ihren Lebenswelten, zu ihrer Wahrnehmung zu den Auswirkungen der Pandemie in zehn Bereichen ihres Lebens (u. a. psychische Gesundheit, Beziehung zu Familie und Freunden, schulische Leistungen, Ernährungs- und Bewegungsverhalten). Als positiv verändert nehmen Schülerinnen und Schüler folgende Bereiche wahr: die Beziehung zu Eltern und Freundinnen und Freunden sowie teils auch die körperliche Aktivität. Am häufigsten negativ haben Schülerinnen und Schüler die Bereiche mentale Gesundheit, schulische Leistung sowie auch teils die körperliche Aktivität

⁸² Wir danken der Robert-Bosch-Stiftung GmbH für die Bereitstellung der Rohdaten und Christopher Grobys (Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg) für die Datenauswertung.

⁸³ 38,82 Prozent. Zum Vergleich waren es in Hamburg 10,53 Prozent, in Thüringen 12,73 Prozent.

⁸⁴ Vgl. Kaman, A., Erhart, M., Devine, J., Napp, A.K., Reiss, F., Behn, S. & Ravens-Sieberer, U. (2024). Mental Health of Children and Adolescents in Times of Global Crises: Findings from the Longitudinal COPSY Study from 2020 to 2024. [Link](#) (zuletzt abgerufen am 13.03.2025).

⁸⁵ Für Sachsen-Anhalt ist die Anzahl der befragten Familien N=40-48. Wir danken Prof. Dr. Ulrike Ravens-Sieberer, Dr. Anne Kaman und dem Team der COPSY-Studie für die Bereitstellung der Rohdaten aus Sachsen-Anhalt und Christopher Grobys (Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg) für die Datenauswertung.

⁸⁶ Frau Vertr. Prof. Dr. Irene Moor (Leitung der HBSC-Studie Sachsen-Anhalt, Institut für Medizinische Soziologie, Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg). Im Jahr 2022 nahmen über 4.500 Schülerinnen und Schüler im Alter von durchschnittlich 11, 13 und 15 Jahren aus 29 Prozent der Schulen des Landes teil.

wahrgenommen. Die Einschätzung der Schulleitungen zu den negativen Veränderungen decken sich mit denen der Jugendlichen. Aus Sicht der Schulleitungen habe sich die schulische Leistung verschlechtert, die Motivation der Schülerinnen und Schüler verringert und die mentale Belastung erhöht. Im Zeitraum von 2018 zu 2022 habe sich auch insgesamt die mentale Gesundheit von Kindern und Jugendlichen signifikant verschlechtert. Negativ verändert haben sich zudem der Substanzkonsum. Vor allem der Alkohol- und Tabakkonsum hat sich erhöht, ebenso wie die Indikatoren im schulischen und sozialen Umfeld, unter anderem die Kommunikation mit Eltern, Unterstützung von Eltern, Lehrerinnen, Lehrern und Mitschülerinnen und Mitschülern. Die Daten weisen darauf hin, dass Mädchen deutlich stärker von der negativen Entwicklung betroffen sind. Die Jugendlichen, die sich erstmals in der Erhebung 2022 auch als genderdivers in der Frage zum Geschlecht identifizieren konnten (ca. 1,7 Prozent der Stichprobe), haben auf alle Fragen merklich negativer geantwortet. Außerdem schätzen ältere Schülerinnen und Schüler viele Indikatoren deutlich negativer ein als jüngere.⁸⁷

Auswirkung der Maßnahmen auf das familiäre Umfeld von Schülerinnen und Schülern

Die Einschränkungen des Schulbetriebs betrafen nicht nur Kinder und Jugendliche, sondern auch ihre Eltern und das erweiterte Umfeld. Deutschlandweite Studien zeigen, dass die Einführung hybrider Unterrichtsformen in der Grundschule während der Pandemie von vielen Eltern als vorteilhaft wahrgenommen wurde.⁸⁸ Sie ermöglichten es ihnen, intensiver über den Lernfortschritt ihrer Kinder informiert zu sein und einen besseren Einblick in den Schulalltag zu erhalten. Insbesondere Eltern, die aufgrund ihrer eigenen beruflichen Erfahrung über pädagogisch-didaktisches Wissen verfügten, fühlten sich weniger belastet – unabhängig davon, ob sie im Homeoffice arbeiteten oder anderen beruflichen Verpflichtungen nachgingen. Gleichzeitig empfanden viele Eltern es als problematisch, dass sie aufgrund des oft unzureichenden Kontaktes mit den Lehrerinnen und Lehrern den Lernfortschritt ihrer Kinder schwerer beurteilen konnten.

Eine weitere Folge des Distanzunterrichts war, dass familiäre und individuelle Risikofaktoren für einen frühzeitigen Schulabbruch besonders stark in den Vordergrund traten.⁸⁹ Auf individueller Ebene war das fehlende Selbstregulierungsvermögen der Schülerinnen und Schüler ein entscheidender Faktor. In Familien, in denen keine ausreichende Fremdregulation durch die Eltern gewährleistet werden konnte, verschärfte sich dieses Problem weiter. Auch auf schulischer Ebene kamen Herausforderungen hinzu. Die eingeschränkten Möglichkeiten der Lehrkräfte, regelmäßig mit den Schülerinnen und Schülern in Kontakt zu treten, ihre Fortschritte zu überwachen und unterstützend eingreifen zu können, stellten ein zusätzliches Risiko dar. Gleichzeitig zeigte sich, dass eine funktionierende Kommunikation zwischen Schülerinnen und Schülern, Eltern und Lehrerinnen und Lehrern einen potentiellen Schulabbruch verhindern konnte.

⁸⁷ Die Ergebnisse werden im Juni 2025 im Rahmen eines Symposiums erscheinen. Die HBSC-Studie Sachsen-Anhalt wird von der IKK gesund plus gefördert. Moor I, Böhm M, Bargholz KS, Markert J, Winter K (2025): Die Kinder- und Jugendgesundheitsstudie HBSC in Sachsen-Anhalt – Ergebnisse von 2018 und 2022 im Vergleich.

⁸⁸ Vgl. Porsch, R. / Porsch, T. (2020): Fernunterricht als Ausnahmesituation. Befunde einer bundesweiten Befragung von Eltern mit Kindern in der Grundschule. In: Die Deutsche Schule: Zeitschrift für Erziehungswissenschaft, Bildungspolitik und Pädagogische Praxis., S. 61-78. [Link](#) (zuletzt abgerufen am 13.03.2025).

⁸⁹ Vgl. Rübber, R. et al. (2023): Distanz- und Wechselunterricht als Katalysator für schulischen Dropout? Erfahrungen und Wahrnehmungen von Schulleitungen zur Entwicklung und Bearbeitung von Dropout. In: DDS – die Deutsche Schule 2023 (4), S. 353-368. [Link](#) (zuletzt abgerufen am 13.03.2025).

Ergänzende Erfahrungswerte für Sachsen-Anhalt machen deutlich, wie unterschiedlich Eltern die Bedrohungslage wahrgenommen haben. Für die Schulen war es schwer zu kommunizieren, dass nicht jede Person vor einer Infektion geschützt werden könne.⁹⁰ Besondere Beachtung sollte finden, dass sowohl der befragte Landeselternrat Sachsen-Anhalt als auch andere interviewte Expertinnen und Experten von Anfeindungen und Morddrohungen berichteten, die sie während der Coronapandemie erhalten haben. Die Verfahren wurden laut Aussagen oft eingestellt. Diese Beispiele zeigen auf, dass es keinen Schutz von Akteurinnen und Akteuren im (halb-)öffentlichen Raum gab.

Auswirkungen der Maßnahmen auf Lehrerinnen und Lehrer

Studien zu der besonderen Beanspruchung von Lehrerinnen und Lehrern während der Coronapandemie in Deutschland zeigen ein gemischtes Bild.⁹¹ Das Stresserleben unter Lehrerinnen und Lehrern variierte je nach Geschlecht, Alter und Schulform. Weibliche Lehrpersonen an Grundschulen erfuhren mehr Stress als ihre männlichen Kollegen an Sekundarschulen. Jüngere weibliche Lehrerinnen berichteten zudem von höherer Erschöpfung im Vergleich zu älteren männlichen Lehrpersonen. Gleichzeitig wiesen sie jedoch eine höhere Arbeitszufriedenheit auf.

Die Pandemie verstärkte das Stressempfinden insbesondere in Situationen, in denen Lehrerinnen und Lehrer auf Hindernisse stießen wie zum Beispiel fehlende Kommunikationsstrategien, Kurzfristigkeit der Maßnahmen oder unklare Hygieneregeln. Ein stressmindernder Faktor war die kollegiale Vernetzung und Beratung, die als wichtige Unterstützung diente. Zudem fühlten sich Lehrerinnen und Lehrer, die sich in der digitalen Lehre selbstwirksam erlebten, weniger erschöpft.

Ähnliche Befunde gelten für angehende Lehrerinnen und Lehrer. Insgesamt lässt sich für Studierende feststellen, dass soziale Unterstützung und Selbstwirksamkeit einen positiven Einfluss auf den Umgang mit Stress während der Pandemie hatten und dabei halfen, die Herausforderungen der Pandemie besser zu bewältigen.⁹² Befunde für Sachsen-Anhalt zeigen, dass Lehramtsstudierende einem stärkeren Belastungsempfinden ausgesetzt waren als beispielsweise Medizinstudierende.⁹³ Dieses erhöhte Belastungserleben spielte eine zentrale Rolle bei der Absicht, das Studium abzubrechen. Zu den institutionellen Faktoren, die zu dieser Belastung beitrugen, gehörten eine unzureichende Kommunikation mit Dozierenden, unklare Lehrabläufe und die verstärkte Nutzung des Selbststudiums als Lernform.

Handlungsempfehlungen zum Bildungsbereich

1. (Längere) Lockdowns vermeiden

Die Coronapandemie hat das Bewusstsein dafür geschärft, dass Schulen weit mehr sind als reine Bildungseinrichtungen – sie sind zentrale Orte, an denen soziale Beziehungen und

⁹⁰ Wichtig hierfür war das Expertengespräch mit dem Landeselternrat Sachsen-Anhalt.

⁹¹ Vgl. Stang-Rabrig, J. et al. (2022): Teachers' occupational well-being during the COVID-19 pandemic: The role of resources and demands. In: Teaching and Teacher Education 117. [Link](#) (zuletzt abgerufen am 13.03.2025).

⁹² Vgl. Reichel, J. L. et al. (2023): Predictors of resilience of university students to educational stressors during the COVID-19 pandemic: A longitudinal study in Germany. In: International Journal Of Stress Management 30 (2), S. 172-183. [Link](#) (zuletzt abgerufen am 13.03.2025).

⁹³ Vgl. Hahn, E. et al. (2021): Institutionelle und individuelle Einflussfaktoren des Belastungserlebens von Lehramtsstudierenden in der Corona-Pandemie. In: Reintjes, C. / Porsch, R. / im Brahm, G. (Hrsg.): Das Bildungssystem in Zeiten der Krise. Empirische Befunde, Konsequenzen und Potenziale für das Lehren und Lernen. Münster: Waxmann, S. 221-237. [Link](#) (zuletzt abgerufen am 13.03.2025).

Gemeinschaft gefördert werden. Es ist daher unerlässlich, geeignete Rahmenbedingungen zu schaffen, die dieser Rolle gerecht werden. Ein Lockdown mit Distanzunterricht über einen langen Zeitraum hinweg gefährdet nicht nur den schulischen Lernerfolg, sondern droht soziale Ungleichheit (Schereneffekt) weiter zu verstärken und die psychosoziale Entwicklung von Schülerinnen und Schülern negativ zu beeinflussen.

2. Gezielte Maßnahmen bevorzugen

Das „Gießkannenprinzip“ im Bildungsbereich erweist sich als wenig förderlich. Stattdessen werden systematische und konzentrierte Maßnahmen benötigt, die gezielt auf die unterschiedlichen Bedürfnisse eingehen. Schulen und andere Bildungseinrichtungen sollen als Instanzen der Verteilung von Chancen verstanden werden, die eine zentrale Rolle bei der Minimierung sozialer Ungleichheiten spielen. Dies erfordert eine gezielte Förderung, insbesondere wenn es darum geht, finanzielle und rechtliche Unterschiede zwischen Privat- und Stadtteilschulen auszugleichen. Um einen Beitrag zur Vereinbarkeit von Familie und Beruf leisten zu können, müssen Schulen und Kitas besser darauf vorbereitet werden, mit den Herausforderungen zukünftiger Gesundheitskrisen umgehen zu können. Eine einheitliche Definition der Systemrelevanz ist dabei hilfreich.

3. Bildungslücken vermeiden und schließen

Die durch die Pandemie entstandenen Bildungslücken erfordern wirksame Strategien, diese zu schließen und künftige zu verhindern. Hierbei können Best-Practice-Studien Orientierungshilfen bieten. Solche Erfolgsmodelle können als Vorbilder dienen, um bewährte Methoden zu identifizieren und auf andere Schulen zu übertragen. So können die Bildungschancen und das Wohlbefinden von allen Schülerinnen und Schülern nachhaltig verbessert werden. Die Ausstattung und die Infrastruktur für alle Bildungseinrichtungen muss dabei deutlich verstärkt werden.

4. Erkenntnislage verbessern

Die Forschung zur langfristigen Entwicklung der psychosozialen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen im WHO-Verständnis sollte intensiviert werden. Nur wenn belastbare Daten für Sachsen-Anhalt zu den Veränderungen von Stress und Wohlbefinden im Längsschnitt erhoben werden, können die Auswirkungen von Pandemien und Maßnahmen zu deren Bewältigung belastbar untersucht werden.

5. Betroffene einbinden

Die betroffenen Zielgruppen sollten in die Expertinnen- und Expertenräte einbezogen werden. Hierbei sind Schülerinnen und Schüler aller Bildungsstufen zu berücksichtigen – von der Grundschule über den Sekundarbereich bis hin zur Kita und zum Studium. Ebenso wichtig ist die Einbindung von Eltern und Sorgeberechtigten, die als zentrale Unterstützung der Schülerinnen und Schüler fungieren. Darüber hinaus sind Lehrerinnen und Lehrer, (sozial-)pädagogisches Personal, Schulleitungen sowie Verbände und Vertretungen, darunter Eltern- und Schülerbeiräte, aktiv in Partizipations- und Entscheidungsprozesse zu integrieren.

3.4.2 Sport

Die Maßnahmen im Zusammenhang mit der Coronapandemie haben den Sport in Sachsen-Anhalt als Querschnittsthema in verschiedenen Dimensionen betroffen. Sport ist nachweislich ein zentrales Mittel der allgemeinen Gesunderhaltung. Bewegung hilft dabei, dem Anstieg von Krankheiten der sogenannten „sitzenden Gesellschaft“ wie Diabetes, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Krebs und Atemwegserkrankungen entgegenzusteuern.⁹⁴ Bezogen auf die Coronapandemie lässt sich belegen, dass Sport und Bewegung schweren beziehungsweise tödlichen Verläufen vorbeugen können.⁹⁵ Gleichzeitig sind Sportvereine Orte des Austausches und des sozialen Zusammenhaltes.

Im Folgenden werden anhand der Statistiken und des Erfahrungswissens des Landessportbundes Sachsen-Anhalt e. V. (LSB) sowie Studienmaterials die verschiedenen Themenfelder beleuchtet. Das sich ausschließlich auf Sachsen-Anhalt beziehende Studienmaterial fällt mit dem Länderbericht des Sportentwicklungsberichts zu Sachsen-Anhalt⁹⁶ gering aus, weshalb auch nationale Forschung oder in Einzelfällen auch Erhebungen aus anderen Ländern einbezogen wurden, wenn es sich um Sachverhalte handelte, die auf Sachsen-Anhalt übertragen werden können.

Auswirkungen der Maßnahmen auf Kinder und Jugendliche

Die Beschränkungen hatten Auswirkungen auf die sportmotorische Leistungsfähigkeit bei Kindern und Jugendlichen.⁹⁷ Je jünger die Kinder waren, umso größer fielen die Einschnitte in diesem Bereich aus.⁹⁸ Neben dem Faktor Alter spielte der soziale Hintergrund eine zentrale Rolle.⁹⁹ Auch hatten die Einschränkungen der Pandemie zur Folge, dass Kinder und Jugendliche weniger

⁹⁴ Vgl. Deutscher Olympischer Sportbund (2022): Auswirkungen der Corona-Pandemie auf den Sport mit dem Fokus auf Long-COVID und die Potenziale des (Rehabilitations-)Sports und der Vereine für die Bekämpfung der Folgen der Corona-Pandemie. Stellungnahme des Deutschen Olympischen Sportbundes (DOSB) im Rahmen der Sitzung des Sportausschusses des Deutschen Bundestages am 27. April 2022, S. 20-25. [Link](#) (zuletzt abgerufen am 13.03.2025).

⁹⁵ Vgl. Sallis, R. et al. (2021): Physical inactivity is associated with a higher risk for severe COVID-19 outcomes: a study in 48 440 adult patients: In: Br J Sports Med 55 (19), S. 1-24. [Link](#) (zuletzt abgerufen am 13.03.2025).

⁹⁶ Vgl. Breuer, C. / Feiler, S. (2022): Sportvereine in Sachsen-Anhalt: Ergebnisse aus der 8. Welle des Sportentwicklungsberichts. Sportentwicklungsbericht für Deutschland 2020-2022. Köln: Deutsche Sporthochschule Köln, Institut für Sportökonomie und Sportmanagement. [Link](#) (zuletzt abgerufen am 13.03.2025).

⁹⁷ Vgl. u. a. Schoser, D. S. et al. (2024): Einfluss der Covid-19-Pandemie auf die sportmotorische Leistungsfähigkeit und den BMI von Grundschulkindern der 2. Klasse: Identifikation des Einflusses von sozioökonomisch ungleichen Schulstandorten. In: Bewegungstherapie und Gesundheitssport 40 (1), S. 11-17. [Link](#) (zuletzt abgerufen am 13.03.2025); Dahl, S. et al. (2024): Auswirkungen der COVID-19-Pandemie auf die körperliche Entwicklung, die Gesundheit und das Wohlbefinden. In: Sportunterricht 73(2), S. 65-70. [Link](#) (zuletzt abgerufen am 13.03.2025); Dreiskämper, D. et al. (2022): Und die soziale Schere wird größer? – Eine Längsschnittstudie zur Entwicklung von Fitness und Motorik im Kindesalter während der Corona-Pandemie. In: Wegner, M. / Jürgensen, J. (Hrsg.): Sport, Mehr & Meer – Sportwissenschaft in gesellschaftlicher Verantwortung, Feldhaus. [Link](#) (zuletzt abgerufen am 13.03.2025); Wessely, S. et al. (2022): Changes in motor performance and BMI of primary school children over time-influence of the COVID-19 confinement and social burdens. In: International journal of environmental research and public health 19 (8), S. 1-32. [Link](#) (zuletzt abgerufen am 13.03.2025).

⁹⁸ Vgl. Dahl, S. et al. (2024): Auswirkungen der COVID-19-Pandemie auf die körperliche Entwicklung, die Gesundheit und das Wohlbefinden. In: Sportunterricht 73(2), S. 65-70. [Link](#) (zuletzt abgerufen am 13.03.2025).

⁹⁹ Vgl. Dahl, S. et al. (2024): Auswirkungen der COVID-19-Pandemie auf die körperliche Entwicklung, die Gesundheit und das Wohlbefinden. In: Sportunterricht 73(2), S. 65-70. [Link](#) (zuletzt abgerufen am 13.03.2025); Dreiskämper, D. et al. (2022): Und die soziale Schere wird größer? – Eine Längsschnittstudie zur Entwicklung von Fitness und Motorik im Kindesalter während der Corona-Pandemie. In: Wegner, M. / Jürgensen, J. (Hrsg.): Sport, Mehr & Meer – Sportwissenschaft in gesellschaftlicher Verantwortung, Feldhaus. [Link](#) (zuletzt abgerufen am 13.03.2025); Schoser, D. S. et al. (2024): Einfluss der Covid-19-Pandemie auf die sportmotorische Leistungsfähigkeit und den BMI von Grundschulkindern der 2. Klasse: Identifikation des Einflusses von sozioökonomisch ungleichen Schulstandorten. In: Bewegungstherapie und Gesundheitssport 40 (1), S. 11-17. [Link](#) (zuletzt abgerufen am 13.03.2025); Wessely, S. et al. (2022): Changes in motor performance and BMI of primary school children over time-influence of the COVID-19 confinement and social burdens. In: International journal of environmental research and public health 19 (8), S. 1-32. [Link](#) (zuletzt abgerufen am 13.03.2025).

körperlich-sportlich aktiv waren.¹⁰⁰ In sozioökonomisch prekären Schulstandorten ist der Body-Mass-Index (BMI) während der Pandemie signifikant höher ausgefallen.¹⁰¹ Darüber hinaus lassen sich Unterschiede zwischen Stadt und Land feststellen.¹⁰²

Mit der Abnahme von Bewegung nahm auch der Umfang der Bildschirmzeit zu. Die Schulschließungen und Verbote sonstiger Bewegungsangebote wie Vereinssport führten zur deutlichen Reduzierung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität und des Wohlbefindens. Dies zeigte sich in der Form von psychischen Belastungen wie beispielsweise Angst, Stress oder Einsamkeit. Auch dies trifft insbesondere auf Kinder und Jugendliche aus sozioökonomisch benachteiligten Familien zu.¹⁰³

Auswirkungen der Maßnahmen auf die Sportstrukturen

Die Frage, ob Sportvereine aufgrund der Coronapandemie zukünftig existenzielle finanzielle Probleme bekommen könnten, wurde in Sachsen-Anhalt bei einer Erhebung im Herbst 2020 im Schnitt mit einer Wahrscheinlichkeit von 22 Prozent eingeschätzt und liegt damit leicht über dem Bundesdurchschnitt. Noch höher wurde die Wahrscheinlichkeit eingeschätzt, dass existenzielle Probleme bei dem Halten und Gewinnen von Ehrenamtlichen und der Mitgliederbindung und -gewinnung eintreten.¹⁰⁴

Tatsächlich folgten auf die Beschränkungen hohe Mitgliederverluste: Hatten die Sportvereine zu Beginn 2020 insgesamt knapp 360.000 Mitglieder, sank die Zahl zum Jahresbeginn 2022 hin kontinuierlich auf 345.000 Mitglieder. Auch die Anzahl der Sportvereine nahm ab. Dieser Rückgang konnte im Nachgang der Pandemie über verschiedene Maßnahmen wieder ausgeglichen werden, sodass im Vergleich zum Zeitpunkt vor der Pandemie ein Zuwachs entstand. Vor dem Hintergrund der wirtschaftlichen Auswirkungen der Einschränkungen mangelte es in der Wahrnehmung der Vereine in Deutschland an ausreichend Unterstützungsmaßnahmen aus Politik und Verwaltung, flankiert von anhaltenden großen bürokratischen Belastungen.¹⁰⁵

¹⁰⁰ Dahl, S. et al. (2024): Auswirkungen der COVID-19-Pandemie auf die körperliche Entwicklung, die Gesundheit und das Wohlbefinden. In: Sportunterricht 73(2), S. 65-70. [Link](#) (zuletzt abgerufen am 13.03.2025); Schoser, D. S. et al. (2024): Einfluss der Covid-19-Pandemie auf die sportmotorische Leistungsfähigkeit und den BMI von Grundschulkindern der 2. Klasse: Identifikation des Einflusses von sozioökonomisch ungleichen Schulstandorten. In: Bewegungstherapie und Gesundheitssport 40 (1), S. 11-17. [Link](#) (zuletzt abgerufen am 13.03.2025).

¹⁰¹ Vgl. Piesch, L. et al. (2024): Effect of COVID-19 pandemic lockdowns on body mass index of primary school children from different socioeconomic backgrounds. In: Sports medicine - open, 10 (20), S. 1-13. [Link](#) (zuletzt abgerufen am 13.03.2025); Schoser, D. S. et al. (2024): Einfluss der Covid-19-Pandemie auf die sportmotorische Leistungsfähigkeit und den BMI von Grundschulkindern der 2. Klasse: Identifikation des Einflusses von sozioökonomisch ungleichen Schulstandorten. In: Bewegungstherapie und Gesundheitssport 40 (1), S. 11-17. [Link](#) (zuletzt abgerufen am 13.03.2025).

¹⁰² Vgl. Nigg, C. et al. (2021): Population density predicts youth's physical activity changes during COVID-19 – Results from the MoMo study. In: Health & Place 70, S. 1-4. [Link](#) (zuletzt abgerufen am 13.03.2025); Schmidt, S. C. E. et al. (2020): Physical activity and screen time of children and adolescents before and during the COVID-19 lockdown in Germany: A natural experiment. In: Scientific Reports 10(1), S. 1-12. [Link](#) (zuletzt abgerufen am 13.03.2025); Wunsch, K. et al. (2024): Körperlich-sportliche Aktivität von Kindern und Jugendlichen während und nach der COVID-19-Pandemie. In: Sportunterricht 73(2), S. 52-58. [Link](#) (zuletzt abgerufen am 13.03.2025).

¹⁰³ Vgl. u. a. Dahl, S. et al. (2024): Auswirkungen der COVID-19-Pandemie auf die körperliche Entwicklung, die Gesundheit und das Wohlbefinden. In: Sportunterricht 73(2), S. 65-70. [Link](#) (zuletzt abgerufen am 13.03.2025).

¹⁰⁴ Der Bundesdurchschnitt lag bei 20,8 Prozent. Die Einschätzung zu Problemen bei Ehrenamtlichen drückten 26,3 Prozent aus, die Sorge bezüglich der Mitglieder lag bei 34,2 Prozent. Vgl. Breuer, C. / Feiler, S. (2022): Sportvereine in Sachsen-Anhalt: Ergebnisse aus der 8. Welle des Sportentwicklungsberichts. Sportentwicklungsbericht für Deutschland 2020-2022. Köln: Deutsche Sporthochschule Köln, Institut für Sportökonomie und Sportmanagement. [Link](#) (zuletzt abgerufen am 13.03.2025).

¹⁰⁵ Vgl. Breuer, C. et al. (2021): Auswirkungen der Covid-19-Pandemie auf die Sportvereine in Deutschland: Ergebnisse der COVID-Zusatzbefragung im Rahmen der 8. Welle des Sportentwicklungsberichts. Bundesinstitut für Sportwissenschaft. [Link](#) (zuletzt abgerufen am 30.09.2024). [Link](#) (zuletzt abgerufen am 13.03.2025).

Auswirkungen der Maßnahmen auf den Sportbetrieb

Für die Athletinnen und Athleten im Nachwuchsleistungs- und Spitzensport in Deutschland hatten die durch die Einschränkungen verursachten finanziellen Einschnitte zur Folge, dass die Lebenszufriedenheit zurückging und somit direkte Auswirkungen auf die Psyche hatte. Dies traf insbesondere auf Athletinnen und Athleten aus geringeren Einkommensklassen zu. Weiter trug signifikant zu einer Abnahme der Lebenszufriedenheit bei, dass der Trainings- und Wettkampfbetrieb nicht oder nur unter eingeschränkten Bedingungen stattfinden konnte, wodurch mit Verlusten im zentralen Lebensbestandteil beziehungsweise Beruf umgegangen werden musste.¹⁰⁶ Hier ist Sachsen-Anhalt positiv vorangegangen: Der Leistungssport konnte schnell handeln, da die Politik die Priorität frühzeitig erkannt hat. Dies wurde in anderen Bundesländern als Positivbeispiel wahrgenommen und eingesetzt, um ähnliche Bedingungen zu erzielen.

Anhand der Studienlage lässt sich erkennen, dass Schwimmbäder hätten geöffnet bleiben können. Die Schließungen sind demnach als kontraproduktiv zu betrachten.¹⁰⁷ Studien aus dem englischsprachigen Raum zeigen, dass die Ansteckungsgefahr mit Corona durch den Chlorgehalt des Wassers verhindert werden kann.¹⁰⁸

Im Rahmen des Forschungsprojektes RESTART-19 im Auftrag der Länder Sachsen und Sachsen-Anhalt wurde die Ansteckungsgefahr bei Großveranstaltungen während der Coronapandemie mit der Einhaltung bestimmter Hygiene-Vorkehrungen anhand eines wissenschaftlich begleiteten Konzepts mittels Kontaktpersonennachverfolgung untersucht. Im Ergebnis zeigte sich, dass die Anzahl der Kontakte unter Anwendung von Hygienemaßnahmen erheblich reduziert werden kann, sodass derartige Events, falls dies überhaupt der Fall ist, nur einen sehr kleinen Effekt auf die Ausbreitung der Pandemie haben können.¹⁰⁹

Handlungsempfehlungen für den Sportbereich

1. Verbote soweit wie möglich vermeiden

Die Einschränkungen beziehungsweise zeitweise das Verbot von Sportangeboten der Vereine waren angesichts der vielschichtigen Bedeutung des Sports für die physische und mentale Gesundheit ein zu drastisches Mittel. Künftig ist dies durch die inzwischen vorliegende Forschung nicht mehr als verhältnismäßig zu betrachten. Angesichts der wissenschaftlich abgesicherten Möglichkeiten, Zusammenkünfte mittels Hygienemaßnahmen möglichst sicher zu gestalten, sollen Sportverbote der letzte Lösungsweg sein.

2. Gezielte Förderung anbieten

Insbesondere sozioökonomisch benachteiligte Menschen sollten mit gezielten Maßnahmen gefördert werden, um die gesundheitsfördernden Aspekte und die mit Sport verbundene Sozialisation zu gewährleisten.

¹⁰⁶ Vgl. Breuer, C. et al. (2021): Die ökonomischen Auswirkungen von COVID-19 für Nachwuchsleistungs- und Spitzensportler: Innen in Deutschland. Deutsche Sporthochschule Köln. [Link](#) (zuletzt abgerufen am 13.03.2025).

¹⁰⁷ Vgl. Klotti-Franz, P. (2021): Die Rolle von Schwimmbädern in der Corona-Pandemie. Schwimmverband Württemberg e. V. [Link](#) (zuletzt abgerufen am 13.03.2025).

¹⁰⁸ Vgl. ebd.

¹⁰⁹ Vgl. Moritz, S. et al. (2021): The risk of indoor sports and culture events for the transmission of COVID-19. In: Nature Communications 2021 (12), S. 1-9. [Link](#) (zuletzt abgerufen am 13.03.2025).

3. Beschlussgremien anpassen

Krisengremien sind künftig auch während einer Pandemie sportfachlich zu besetzen. So können sie zu diesem Querschnittsthema Expertise in Entscheidungen einfließen lassen, um Folgeschäden zu minimieren.

3.4.3 Weitere Zivilgesellschaft

Das Ehrenamt gewinnt in Deutschland immer stärker an Bedeutung. Viele Aufgaben, gerade in Kommunen und Landkreisen, wären ohne zivilgesellschaftliches Engagement nicht zu erfüllen. Die Coronapandemie hat sehr deutlich gezeigt, wie wichtig ein kreativer ehrenamtlicher Einsatz der Zivilgesellschaft vor allem in einer Ausnahmesituation wie der einer Pandemie ist. Viele Einwohnerinnen und Einwohner Sachsen-Anhalts setzten sich in der Nachbarschaftshilfe, mit Unterstützungsleistungen für vulnerable Gruppen und in lokalen Organisationen ein und trugen somit zur Abschwächung negativer Effekte der Pandemie und zum sozialen Zusammenhalt bei. Die zur Bekämpfung der Coronapandemie erlassenen und sich ständig ändernden Maßnahmen wie Kontaktverbote erforderten von den organisierten Ehrenamtlichen und den Spontanhelferinnen und -helfern viel Flexibilität, Spontaneität und Kreativität.

Die Landesregierung Sachsen-Anhalt ist sich der Bedeutung des Ehrenamts bewusst und hat 2019 beschlossen, eine Engagementstrategie zu entwickeln, um den zivilgesellschaftlichen Einsatz zielgerichtet zu unterstützen. Unter Beteiligung von ehrenamtlich Tätigen, Vereinen und Verbänden wurde eine Engagementstrategie des LSA erarbeitet und im September 2022 beschlossen.¹¹⁰ Ziel ist insbesondere die Verbesserung der Wertschätzungs- und Anerkennungskultur sowie der Rahmenbedingungen. Eine explizite Aufarbeitung der Coronapandemie und ihrer Folgen für das Ehrenamt in Sachsen-Anhalt fand weder in Rahmen der Engagementstrategie noch an anderer Stelle statt. Daher basiert die vorliegende Untersuchung auf bundesweiten Studien zu den Auswirkungen der Pandemie auf den zivilgesellschaftlichen Einsatz und ergänzt die Perspektive Sachsen-Anhalts durch Erfahrungswerte.¹¹¹

Auswirkungen der Maßnahmen auf das zivilgesellschaftliche Engagement

Die Restriktionen und Kontaktbeschränkungen, die zur Eindämmung des Infektionsgeschehens zwischen 2020 und 2023 erlassen wurden, haben das zivilgesellschaftliche Engagement nachhaltig verändert. Besonders betroffen von den Maßnahmen waren Angebote für vulnerable Gruppen, die Tafeln, Jugend-Treffs, die Hilfe für Geflüchtete und die psychosoziale Unterstützung. So mussten zum Beispiel die Besuchsdienste für alleinlebende ältere Menschen und die Begleitung von Menschen mit Fluchterfahrung bei Behördengängen eingestellt werden. Organisationen waren gezwungen, innerhalb kurzer Zeit neue Verordnungen umzusetzen und ihre Tätigkeiten zu digitalisieren. In Sachsen-Anhalt, wie in ganz Deutschland, reagierten die Ehrenamtlichen flexibel und kreativ. Vereine entwickelten neue Angebote wie virtuelle Gymnastik-Kurse. Nachbarinnen und Nachbarn halfen Senioren bei Einkäufen und der digitalen Organisation von Impfterminen. Gabenzäune mit Lebensmitteln versuchten die Schließung der Tafeln auszugleichen. Der Freiwilligentag in Halle (Saale) aus 2020 illustriert beispielhaft, wie neue Formen von Kreativität entstanden. Die Veranstaltung war für den Mai von der Freiwilligen-Agentur geplant und vorbereitet worden. Anstatt den Freiwilligentag aufgrund der zum Schutz vor Corona erlassenen Maßnahmen abzusagen, wurde kurzfristig ein neues Programm entwickelt und beispielsweise Kuchen für

¹¹⁰ Vgl. Landesregierung Sachsen-Anhalt (2022): Engagementstrategie des Landes Sachsen-Anhalt. Drs. 8/1698. [Link](#) (zuletzt abgerufen am 13.03.2025).

¹¹¹ Exemplarisch sei hier genannt Schubert, P. et al (2023): ZiviZ-Survey 2023 Zivilgesellschaftliche Organisationen im Wandel - Gestaltungspotenzial erkennen. Resilienz und Vielfalt stärken. (Stifterverband). [Link](#) (zuletzt abgerufen am 13.03.2025). Als Interviewpartnerin stand mit Christine Sattler die Geschäftsführerin der Freiwilligenagentur Halle (Saale) zur Verfügung. Die gestellten Fragen orientierten sich am ZIVIZ-Survey.

Krankenhäuser gebacken sowie Hoffungsbriefe an Bewohnerinnen und Bewohner von Pflegeheimen geschrieben.

Insgesamt war es für viele Organisationen und Vereine in der Pandemie und mit eingeschränkten Aktivitäten herausfordernd, ihre Mitglieder und Engagierten zu binden. Sachsen-Anhalt weist eine überdurchschnittlich hohe Vereinsdichte auf, jedoch verzeichneten die Sportvereine während der Coronapandemie einen Mitgliederrückgang sowie das Land einen leichten Rückgang in der Anzahl von Vereinen (siehe [Abschnitt 3.4.2 Sport](#)). Daneben gab es strukturelle Verschiebungen innerhalb der Organisationen und Vereine. Ehrenamtliche mit Leitungsaufgaben ließen ihre Ämter vermehrt ruhen oder traten ganz aus. Vor allem Engagierte, die einer vulnerablen Gruppe angehörten, gaben ihre Tätigkeiten aus Selbstschutz auf. Nach der Pandemie bleibt es herausfordernd, diese Personen wieder für ein aktives Engagement zu begeistern, auch da sie oft weniger Zugang zu den digitalen Werkzeugen haben. Auf der anderen Seite bietet die durch die Pandemie beschleunigte Digitalisierung des Ehrenamtes neue Chancen. Sehr viele junge Menschen bringen sich seit der Coronapandemie verstärkt ein. Sie trugen dazu bei, dass Vereine neue digitale Werkzeuge nutzen konnten und bestehende Angebote wie Nachhilfe auch digital zugänglich wurde. Deutschlandweit hat eine knappe Mehrheit der Organisationen ihre Aktivitäten und Prozesse erfolgreich an die Pandemiebedingungen angepasst, mehr als ein Drittel neue Angebote entwickelt und ein kleiner Anteil neue, digitale Geschäftsmodelle etabliert.¹¹²

Die Maßnahmen, die zur Bekämpfung der Coronapandemie erlassen wurden, hatten auch finanzielle Auswirkungen auf das ehrenamtliche Engagement, da private Spenden zurückgingen. In Sachsen-Anhalt liegen die Effekte allerdings unter dem Bundesdurchschnitt. Da die Spendenbereitschaft von Privatpersonen in den östlichen Bundesländern insgesamt niedriger ist als im Westen Deutschlands, sind die Organisationen stärker auf öffentliche Fördermittel angewiesen.¹¹³ In Bezug auf öffentliche Förderungen hatten zivilgesellschaftliche Organisationen zu Beginn der Pandemie Sorge, dass zugesagte Mittel zurückgerufen werden, wenn Angebote nicht wie geplant durchgeführt werden können. Eine solche Streichung von Fördermitteln ist, soweit dies im Zuge der Möglichkeiten der Regierungskommission nachvollzogen werden konnte, in Sachsen-Anhalt nicht vorgekommen. Finanzielle Schwierigkeiten erfuhr vorrangig die freie Kreativszene, da Kulturschaffende ihre Auftritte absagen mussten und dadurch Einnahmen verloren gingen (siehe [Abschnitt 3.4.4 Kunst und Kultur](#)). Die Landesregierung hat die Unterstützung des zivilgesellschaftlichen Engagements in den letzten Jahren zwar ausgebaut, die eingesetzten finanziellen Mittel und die Anzahl engagementunterstützender Einrichtungen bleiben allerdings unter dem Bundesdurchschnitt.¹¹⁴

¹¹² Vgl. Schubert, P. et al (2023): ZiviZ-Survey 2023 Zivilgesellschaftliche Organisationen im Wandel - Gestaltungspotenzial erkennen. Resilienz und Vielfalt stärken, S. 52-53. [Link](#) (zuletzt abgerufen am 13.03.2025).

¹¹³ Vgl. Kuhn, D. / Schubert, P. / Tahmaz, B. (2022): Vielfältig. Lokal. Vernetzt. Unternehmerisches und zivilgesellschaftliches Engagement in Ostdeutschland (ZiviZ im Stiferverband), S. 20. [Link](#) (zuletzt abgerufen am 13.03.2025).

¹¹⁴ Vgl. Krimmer, H. et al. (2021): Engagementförderung in Ostdeutschland (Stiftung Bürger für Bürger und ZiviZ), S. 6, 11. [Link](#) (zuletzt abgerufen am 13.03.2025).

Spontanhelferinnen und Spontanhelfer

sind freiwillige Helfende in Krisen- oder Katastrophen-situationen, die schnell und unabhängig von einer Organisation bei der Bewältigung der Schäden unterstützen.

Wie in früheren Krisen gab es auch während der Coronapandemie neben den organisierten Ehrenamtlichen sehr schnell eine sehr große Zahl von Spontanhelferinnen und -helfern, die sich solidarisierten und engagieren. Ihre Bereitschaft zu helfen und ihr Wert für den sozialen Zusammenhalt werden von der Öffentlichkeit zunehmend erkannt.

In Halle (Saale) wurde die Vermittlung zwischen dem Angebot der Spontanhelferinnen und -helfern und der Nachfrage von Zielgruppen beispielsweise zielgerichtet über

eine digitale Plattform organisiert. Dies war möglich, da die Freiwilligen-Agentur die notwendigen Voraussetzungen bereits geschaffen hatte und sehr gut mit der Stadt beziehungsweise dem kommunalen Krisenmanagement und den Blaulichtorganisationen vernetzt war.

Handlungsempfehlungen zum Bereich Zivilgesellschaft

1. Die Erfahrungen der Pandemie aufarbeiten

Sachsen-Anhalt sollte es anderen Bundesländern gleichtun und das Thema Zivilgesellschaft während der Coronapandemie grundsätzlich aufarbeiten. Spontanhelferinnen und -helfer sind als eigenständige Akteurinnen- und Akteursgruppe besser wahrzunehmen, ihre Erfahrungen auszuwerten und ihre Ideen für Verbesserungen aufzunehmen.

2. Die Resilienz durch eine bessere Vorbereitung stärken

Die Koordination zwischen zivilgesellschaftlichem Engagement und dem professionellen Katastrophenschutz sowie den Kommunen ist zu stärken. Um die Arbeit der Freiwilligenagenturen zu ergänzen, sollen kommunale Resilienznetzwerke, die auch Spontanengagierte einbinden und beständig aktivierbar sind, aufgebaut werden. Dabei sollte auf bestehende Initiativen, wie der digitalen Plattform Mach-halt.de der Landesarbeitsgemeinschaft der Freiwilligenagenturen Sachsen-Anhalt, aufgebaut werden.

3.4.4 Kunst und Kultur

Gerade in Krisenzeiten können Kunst, Theater und Literatur dazu beitragen, Menschen zu verbinden, die Solidarität zu stärken und die Gesellschaft zusammenzuhalten. Dennoch wurde der Sektor Kunst und Kultur als nicht „systemrelevant“, teilweise sogar als „Pandemietreiber“ begriffen und in den Verordnungen äußerst restriktiv behandelt. Konzert-, Kultur- und Open Air-Veranstaltungen wie Theater, Oper und Kino, aber auch Events wie Messen und Laufveranstaltungen, wurden mit Beginn der Pandemie stark eingeschränkt. Die Festlegung der Zahl der erlaubten Besucherinnen und Besucher bei Veranstaltungen sowie die Sicherheitsmaßnahmen wirkten oft willkürlich. Die Auflagen trieben die Kosten für die Veranstalter hoch und führten gleichzeitig zu einem Einbruch der Einnahmen, der nur zum Teil durch finanzielle Unterstützung aufgefangen wurde. Die Restriktionen des Kultursektors wurden – als einer der letzten – erst zum Ende der Pandemie wieder vollständig aufgehoben. Obwohl die meisten Maßnahmen und Ausgleichsprogramme vom Bund gesetzt wurden, hatte die Landesregierung Spielräume. So wurden in Sachsen-Anhalt beispielsweise im Frühjahr 2021 Modellprojekte ermöglicht, bei denen zeitlich begrenzt Veranstaltungen mit Testkonzepten und Schutzmaßnahmen durchgeführt werden konnten. Buchläden wurden von den Schließungen des Einzelhandels ausgenommen. Die vorliegende Untersuchung des Kunst- und Kultursektors erfolgt auf Grundlage bundesweiter Studien sowie Erfahrungswerten aus Sachsen-Anhalt.¹¹⁵

Auswirkungen der Maßnahmen auf den Kunst- und Kultursektor

Die zur Bekämpfung der Coronapandemie ergriffenen Maßnahmen trafen den Sektor Kunst und Kultur hart. Zum einen förderte der Umstand, dass der Kulturbereich von der Bundesregierung nicht unter den systemrelevanten Bereichen aufgeführt wurde, eine gewisse Empörungshaltung in der Kulturszene und ein Gefühl der mangelnden Wertschätzung. Zum anderen führten die Maßnahmen auch zu finanziellen Schäden. Die Einnahmeverluste in der deutschen Kunst- und Kulturbranche beliefen sich insgesamt auf 20 bis 40 Prozent, was im europäischen Durchschnitt liegt.¹¹⁶ Bei der Bewertung der finanziellen Auswirkungen ist zwischen institutionalisierter und freier Kunst- und Kulturszene zu unterscheiden. Gerade die freie Szene ist sehr kleinteilig und

Freie Szene

beschreibt die Initiativen von Kunst- und Kulturschaffenden, die sich unabhängig von Organisationen in öffentlicher Trägerschaft organisieren.

durch viele Selbstständige wie Dienstleister in der Veranstaltungstechnik geprägt, die aufgrund unterdurchschnittlicher finanzieller Rücklagen von den Restriktionen finanziell stark getroffen wurden. In der staatlich getragenen Kulturszene etwa den Stadt- und Staatstheatern waren die Einnahmen zwar auch deutlich rückläufig, jedoch konnte die Beantragung von Kurzarbeitergeld den Kostendruck zumindest teilweise ausgleichen.¹¹⁷

Um die finanziellen Auswirkungen der Maßnahmen abzumildern, legten Bund und Länder schnell Hilfsprogramme auf. Diese Programme untermauerten zwar grundsätzlich die Bedeutung des

¹¹⁵ Für die Erfahrungswerte in Sachsen-Anhalt wurde am 12. August 2024 ein Interview mit Vertretungen des Kulturbereiches in Magdeburg zu den Auswirkungen der Maßnahmen zur Bekämpfung der Coronapandemie geführt.

¹¹⁶ Nach Berechnungen des Deutschen Kulturrats betrug der Umsatzverlust der Kultur- und Kreativwirtschaft in Europa 2020 31 Prozent.

¹¹⁷ Prof. Dr. Puhle, Zuarbeit zu Interview und Fragenkatalog der AG Maßnahmen.

Kulturbereichs, waren in ihrer Umsetzung jedoch zu langsam und zu komplex. Der Bund konzipierte unter anderem das Programm „Pandemiebedingte Förderung von Kultureinrichtungen und Kulturschaffenden durch das Rettungs- und Zukunftspaket NEUSTART KULTUR“, „um die kulturelle Infrastruktur unter Pandemiebedingungen zu erhalten, sie weiterzuentwickeln sowie Schäden abzumildern“¹¹⁸. Für die freie Kulturszene waren diese Hilfen in der Regel zu großkalibrig. So partizipierten daran beispielsweise keine kleinen Ensembles mit Solokünstlerinnen und -künstlern. Dass von den zwei Milliarden Euro in diesem größten Hilfsprogramm letztendlich die Hälfte nicht abgeflossen ist, weist darauf hin, dass die Förderung nicht zielgerichtet aufgesetzt war. So kritisierte auch der Bericht des Bundesrechnungshofs vom September 2023 an mehreren Stellen, dass die Förderanträge zu komplex waren und die Antragstellenden häufig überforderten. „Die starke Zergliederung des Programms NEUSTART KULTUR eröffnete das [Bundeskulturministerium] BKM zwar eine (teil-)spartengerechte Programmsteuerung. Um diese komplexe Struktur zu konzipieren und zu administrieren, bedurfte und bedarf es jedoch zeitintensiver, arbeitsaufwendiger und abstimmungsintensiver Prozesse.“¹¹⁹ Um die Kunst- und Kulturszene finanziell während der Coronapandemie zu unterstützen, legten Kommunen zusätzliche Förderprogramme auf. Das Hilfsprogramm der Stadt Magdeburg hatte beispielsweise einen Umfang von 150.000 Euro. Doch auch hier flossen nur etwa zwei Drittel ab. Inwieweit die Modellprojekte des Landes zur Ermöglichung von Veranstaltungen unter strengen Schutzmaßnahmen wirksam waren und den Kunst- und Kultursektor unterstützten, kann mit der aktuellen Datenlage und den vorhandenen Ressourcen der Regierungskommission nicht beurteilt werden.

Ein Grund dafür, dass die finanziellen Angebote vor allem den freien Kunst- und Kultursektor effektiv wenig unterstützte, war die zu Beginn der Coronapandemie geringe Vernetzung der freien Kulturschaffenden untereinander. Dadurch wurde die Kommunikation, der Informationsaustausch und eine Hilfestellung erschwert. In Magdeburg etablierte sich auf Initiative einzelner Kunst- und Kulturschaffender schnell ein Netzwerk mit dem Namen „Freie Kultur“. Dieses ermöglichte einen direkten Kommunikationskanal zwischen Politik, Verwaltung sowie Kunst- und Kulturschaffenden, den es in dieser Form zuvor nicht gab. Das Netzwerk erleichterte die Zusammenarbeit und half, Verordnungen gemeinsam zu interpretieren und umzusetzen. In Magdeburg entstand so ein Vertrauensverhältnis zwischen Kultur, Politik und Verwaltung. Initiativen wie „Kultur auf die Plätze“ und Kulturpicknicks zeigten, dass pragmatische Lösungen möglich waren, wenn der Nutzen von Kultur erkannt und entsprechend gehandelt wurde.

Die verbesserte Organisation der freien Kultur, die nun enger vernetzt ist und effektiver mit der Politik und Verwaltung kommuniziert, ist als ein positiver Effekt der Coronapandemie zu bewerten. Jedoch muss klar zwischen den Kunst- und Kulturschaffenden in einem Oberzentrum wie Magdeburg und den Landkreisen unterschieden werden, von denen Sachsen-Anhalt als Flächenbundesland mit einer relativ niedrigen Bevölkerungsdichte vergleichsweise viele hat. Wenn deutlich weniger Akteurinnen und Akteure auf größerem Raum verteilt agieren, wird eine Vernetzung erheblich erschwert.

¹¹⁸ Bundesrechnungshof (2023): Bericht nach § 88 Absatz 2 BHO an den Haushaltsausschuss des Deutschen Bundestages über die Pandemiebedingte Förderung von Kultureinrichtungen und Kulturschaffenden durch das Rettungs- und Zukunftsprogramm NEUSTART KULTUR, S. 2. [Link](#) (zuletzt abgerufen am 13.03.2025).

¹¹⁹ Bundesrechnungshof (2023): Bericht nach § 88 Absatz 2 BHO an den Haushaltsausschuss des Deutschen Bundestages über die Pandemiebedingte Förderung von Kultureinrichtungen und Kulturschaffenden durch das Rettungs- und Zukunftsprogramm NEUSTART KULTUR, S. 22. [Link](#) (zuletzt abgerufen am 13.03.2025).

Insgesamt hallen die finanziellen Auswirkungen der Pandemie in der Kulturlandschaft bis heute nach. Besucherinnen und Besucher bleiben zurückhaltend. Obwohl die Besuchszahlen besonders in den klassischen Kultursparten wie Theater und Konzerte signifikant angestiegen sind, erreicht die Auslastung nicht das Ausmaß der Zeit vor der Pandemie. Neben der anhaltenden Inflation dürfte auch die Erfahrung, dass Kultur auch über das Internet oder andere Medien konsumiert werden kann („Cocooning-Effekt“¹²⁰), verantwortlich sein.

Handlungsempfehlungen zu Kunst und Kultur

1. Vernetzung zwischen Kultur und Politik fördern

Die weitere Vernetzung Kunst- und Kulturschaffender sollte von Politik und Verwaltung unabhängig von einer Pandemie unterstützt werden, um Interessenskonflikte zu minimieren und der Kultur zu ermöglichen, nicht nur „Bittstellerin“ zu sein.

2. Zugang zu finanzieller Förderung vereinfachen

Auf der Grundlage der Erfahrungen mit den Förderprogrammen während der Coronapandemie sollte bereits jetzt überlegt werden, wie der Zugang zu Fördergeldern für eher kleinteilige Adressatinnen und Adressaten in der Kunst- und Kulturlandschaft leicht und unbürokratisch ermöglicht wird. In Antizipation vergleichbarer Krisensituationen sollten aktuell Überlegungen angestellt werden, wie die Kunst- und Kulturwirtschaft insgesamt krisenfester aufgestellt werden kann. Die vorangestellten Empfehlungen sollten im LSA diskutiert und durch die Landesregierung auch an den Bund adressiert werden.

3. Rolle von Kunst und Kultur in Krisen stärken

Die „Systemrelevanz“ von Kulturangeboten und ihr Potenzial, insbesondere in Krisenzeiten ausgleichend in die Gesellschaft hineinzuwirken und einen Raum für demokratische Prozesse und Diskussionen zu eröffnen, müssen in kommenden Krisen dringend Beachtung finden. Der aktuelle Entwurf des Kulturfördergesetzes geht dafür einen Schritt in die richtige Richtung.¹²¹

¹²⁰ „Cocooning“ bezeichnet den Rückzug aus der Zivilgesellschaft und Öffentlichkeit in das häusliche Privatleben, der von einer bedrohlich wirkenden und komplexen Umwelt verursacht werden kann und häufig in Krisenzeiten auftritt. Vgl. Stangl, W. (2025): Online Lexikon für Psychologie & Pädagogik. [Link](#) (zuletzt abgerufen am 13.03.2025).

¹²¹ Staatskanzlei Sachsen-Anhalt: Pressemitteilung 085/2025, 4.03.2025. [Link](#) (zuletzt abgerufen am 13.03.2025).

3.4.5 Wirtschaft

Aufgrund der Coronapandemie kam es in sehr vielen Wirtschaftsbereichen zu einer massiven Beeinträchtigung der Geschäftslage bis hin zu temporären Betriebsschließungen, die mehrere Monate andauerten.¹²² Insgesamt brach das Wachstum des BIP in Sachsen-Anhalt weniger stark ein als im Bundesdurchschnitt. Im Besonderen betroffen von den Maßnahmen zur Bekämpfung der Pandemie waren in Sachsen-Anhalt die Unternehmen der Tourismus- und Freizeitbranche, stationäre Einzelhandelsbetriebe inklusive einzelhandelsrelevantem Handwerk (ohne Lebensmittel und Vollsortiment) sowie die körpernahen Dienstleistungen. Die Zahl der Arbeitslosen nahm entsprechend während der Pandemie zu (siehe Abbildung 26 in [Anhang 5.7.](#)). Bund und Land machten vielzählige Unterstützungsangebote, um die wirtschaftlichen Effekte der zur Pandemiebekämpfung ergriffenen Maßnahmen abzufedern. Hierzu zählen unter anderem Corona-Soforthilfen (siehe Tabelle 12 in [Anhang 5.7.](#)), das Kurzarbeitergeld und die Ermöglichung eines steuerfreien Corona-Zuschusses für Arbeitnehmende. Zusätzlich vergab die Investitionsbank Sachsen-Anhalt zinsbegünstigte Darlehen. Das Wirtschaftsministerium ermöglichte 2021 Modellprojekte beispielsweise zur Öffnung des Tourismus. Das Finanzministerium stellte in einem Frequently Asked Questions (FAQ) Informationen zu den steuerlichen Implikationen bereit.

Wie in der Einleitung des Kapitels dargelegt, kann hier keine Analyse der Wirksamkeit aller Einzelmaßnahmen erfolgen. Der vorliegende Abschnitt untersucht stattdessen die Auswirkungen der Maßnahmen auf die Unternehmen sowie die Beschäftigten und konzentriert sich dabei auf Themen, die besonders relevant sind und die aufgrund der Evidenzlage und der in der Kommission vertretenen Expertise aussagekräftig untersucht werden können.

Auswirkungen der Maßnahmen auf die Unternehmen

Die Unternehmen in Sachsen-Anhalt leisteten einen wesentlichen Beitrag zur Krisen- und Pandemiebewältigung. Die Wirtschaft investierte seit Beginn der Coronapandemie massiv in den Schutz ihrer Mitarbeitenden gegen Gesundheitsgefährdungen durch COVID-19 und reagierte bereits vor dem Inkrafttreten erster gesetzlicher Regelungen mit der Entwicklung und Umsetzung betriebsspezifischer Infektionsschutzkonzepte. Insbesondere in den ersten Monaten der Pandemie bestand eine hohe intrinsische Motivation, die Pandemie aktiv zu bekämpfen. Wirtschafts- und Arbeitgeberverbände übernahmen für die Unternehmen und Betriebe erfolgreich eine zentrale Koordinierungs- und Informationsfunktion. Nahezu alle richteten eigene Hotlines ein. Diese bereiteten die Verordnungen auf und versuchten täglich die Fragen ihrer Unternehmerschaft zu beantworten. Die Wirtschaft unterstützte durch hohes Eigenengagement – insbesondere in den Bereichen Testen und Impfen unter anderem durch die Onlineangebote www.wirtschaftstestetgegencorona.de und www.wirtschaftimpftgegencorona.de – und die Einbindung des betriebsärztlichen Impfens in die nationale Impfstrategie die politisch verfügten Anordnungen spürbar.

Die nachfolgenden Ausführungen basieren auf Umfragen zur Coronapandemie aus den Jahren 2020 bis 2022, Leitpapieren der Dachorganisationen und Erfassungen der Anfragen in den Hotlines.¹²³ Die Informationen aus den Umfragen und Leitpapieren stammen aus in der Regel

¹²² Vgl. Bundesministerium für Arbeit und Soziales (2021): Meta-Studie: Covid-19-Pandemie und betriebliche Anpassungsmaßnahmen Begleitforschung für die Arbeitsweltberichterstattung, S. 10. [Link](#) (zuletzt abgerufen am 13.03.2025).

¹²³ Die Umfragen wurden durchgeführt durch die Handwerkskammer Magdeburg, die Industrie- und Handelskammer Magdeburg, den Zentralverband des Deutschen Handwerks und die Deutsche Industrie- und Handelskammer.

bundesweiten Erhebungen. Sie sind daher nicht spezifisch für Sachsen-Anhalt, jedoch auch zutreffend.

Es ist im Rahmen der ehrenamtlichen Arbeit für die Pandemiekommission und der vorhandenen Datenlage nicht möglich, die Vielzahl von Maßnahmen und Gegenmaßnahmen wie Modellprojekte aus Sicht der Wirtschaft systematisch objektiv zu bewerten. Zusätzlich zu den in der Einleitung des [Abschnitts 3.4. Maßnahmen](#) genannten Gründen sollen diese weiter differenziert evaluiert werden. Das kann nach verschiedenen Clustern erfolgen, etwa nach der Unternehmensgröße. Kleinere Unternehmen hatten häufig einen deutlich höheren Aufwand bei der Umsetzung der Maßnahmen, konnten jedoch teilweise flexibler und kreativer reagieren. Ebenso können regionale Unterschiede berücksichtigt werden, da Maßnahmen in den Kommunen unterschiedlich strikt verordnet wurden. Ein weiteres Kriterium kann das Verhältnis von Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern mit Kindern in den Belegschaften sein, da diese durch die Schulschließungen einer spürbaren Mehrbelastung ausgesetzt waren. Daher wird im Folgenden versucht, die Defizite aber auch Herausforderungen zu kategorisieren, die bei verschiedensten Maßnahmen auftraten. Diese werden jeweils mit Beispielen veranschaulicht.¹²⁴ Aus ihnen leiten sich im Nachgang die Handlungsempfehlungen ab.

Inkonsistenz, Interdependenz und inhaltliche Aufbereitung der Maßnahmen

Viele Maßnahmen stießen in ihrer grundsätzlichen Zielsetzung auf Verständnis bei der Unternehmensebene. Jedoch wurde es durch Inkonsistenzen und die teilweise vorhandenen, nicht nachvollziehbaren praktischen Umsetzungsmöglichkeiten geschwächt. Beispielsweise galten für unterschiedliche Geschäftsgrößen verschiedene Regeln.

So kam es zum Beispiel vor, dass ein Autohaus geschlossen, der Werkstattbereich jedoch geöffnet war. Für die Annahme des Reparaturauftrags mussten Kundinnen und Kunden allerdings den Handelsteil des Gebäudes betreten. Im Erdgeschoss einer Drogerie war der Zutritt ohne Datenabgabe möglich, im ersten Obergeschoss hingegen nur mit Adressangabe, obwohl die Kundschaft bereits im Geschäft war. Die Grundausbildung von Podologinnen und Podologen und Fußpflegerinnen und -pflegern ist die gleiche, jedoch galten für sie unterschiedliche Maßnahmen.

Bei einigen Verordnungen führte die falsche Bezeichnung eines Berufs zu einer geringeren Akzeptanz. So wurde anfänglich die Schuhmacherin oder der Schuhmacher als „Schusterin“ oder „Schuster“ bezeichnet.

Auch die Interdependenzen der Maßnahmen wurden aus Sicht der Wirtschaft nicht immer ausreichend beachtet. So hatten die Schulschließungen direkten Einfluss auf die Verfügbarkeit der Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer in den Unternehmen. So hatten nicht nur die unmittelbaren Maßnahmen für die Unternehmen Einfluss auf die Wirtschaft, sondern auch mittelbar nachteilige Auswirkungen. Dies verursachte in einigen Fällen auch Konflikte innerhalb der Belegschaften. Ein Denunzieren wurde gefördert und der Planungsaufwand für die Unternehmen erhöht.

¹²⁴ Auszüge und Fallbeispiele anhand von Aussagen von Unternehmerinnen und Unternehmern in den Corona-Hotlines der HWK Magdeburg und der IHK Magdeburg zwischen 2020 und 2022.

Fehlende Digitalisierung und intransparente Zuständigkeiten

Auch die fehlende Digitalisierung und die Überlastung der Verwaltungsstrukturen wie der Gesundheitsämter, führte zu Unmut. Zum Beispiel erreichten Arbeitgeberinnen und Arbeitgeber erst Tage nach Feststellung der Infektion die Bescheinigungen der Gesundheitsämter, obwohl sie spätestens am nächsten Tag die Arbeitsunfähigkeits- beziehungsweise „Coronabescheinigung“ benötigt hätten.

Verwaltungsstrukturen waren aufgrund mangelnder Digitalisierung im Homeoffice oft nicht arbeitsfähig. Prozesse kamen hierdurch ins Stocken. Auch dies führte zu einer zunehmenden Frustration bei den Unternehmen. Bei der digitalen Prozessführung zur Beantragung der Coronahilfen hätte ein bundeseinheitliches Portal Mehrfachbeantragungen verhindern können. Auch die Prozessführung für Entschädigungsleistungen bei Ausfällen von Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern führte zu einem deutlich erhöhten Aufwand für die Unternehmen. Das Unternehmen musste diese Leistung für Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer beantragen. Eine digitale Möglichkeit dafür durch Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer hätte das Unternehmen entlastet.

Ungerechte Verteilung der Wirtschaftshilfen

Bezüglich der Wirtschafts- beziehungsweise der sogenannten „Coronahilfen“ führte die stark un- ausgewogene Unterstützung der verschiedenen Branchen zu spürbarer Frustration. Einige Unternehmer wurden deutlich bessergestellt, zum Beispiel durch die sogenannten „November-/Dezemberhilfen“ 2020, im Rahmen derer 75 Prozent des Vorjahresumsatzes erstattet wurden. Andere Unternehmer wie Selbständige mussten hingegen ihre kompletten Rücklagen aufbrauchen, da trotz eines faktischen „Berufsverbotes“ keine Entschädigung für entgangenen Unternehmerlohn gezahlt wurde.

Fehlender Datenschutz und zusätzlicher Bürokratismus

Der Datenschutz wurde bei den verfügbaren Maßnahmen häufig nicht antizipativ mitgedacht. So mussten Kontaktdatenlisten geführt werden, die einsehbar auslagen. Viele Unternehmen, wie Anbieter körpernaher Dienstleistungen, verfügen bereits über die Daten ihrer Kundinnen und Kunden etwa durch Terminalsysteme. Zusatzlisten und unterschiedliche Corona-Warn-Apps waren demnach redundant beziehungsweise nicht zielführend.

Auswirkungen der Maßnahmen auf die Beschäftigten

Die Studienlage zu den Auswirkungen der Coronapandemie auf die Beschäftigten ist für die Bundesebene sehr umfangreich. Neben dem vom Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) setzten sich auch mehrere Krankenkassen, die Gewerkschaften und die Arbeitsagenturen mit dem Thema auseinander. Die Faktoren, die die Auswirkungen der Maßnahmen auf den einzelnen Beschäftigten beeinflussen, sind unter anderem die Art der Tätigkeit, die Größe des Betriebs sowie der Bildungsabschluss. Somit sind sie unabhängig vom Bundesland.

In diesem Abschnitt werden auf Grundlage der vorliegenden bundesweiten Studien und Erfahrungsberichte aus Sachsen-Anhalt die besonders relevanten Aspekte vertieft untersucht.¹²⁵ Das betrifft die duale Berufsausbildung, ein wesentliches Instrument der Fachkräftesicherung in Sachsen-Anhalt, sowie die Schutzmaßnahmen Kurzarbeit und Homeoffice und die betriebliche Mitbestimmung.

Berufsausbildung während der Coronapandemie

Die Maßnahmen, die zur Bekämpfung der Coronapandemie getroffen wurden, betrafen den gesamten Ausbildungsprozess von der Orientierung über die eigentliche Ausbildung in Schule und Betrieb bis zu den abschließenden Prüfungen. Insgesamt hatte die Pandemie keinen großen quantitativen Einfluss auf duale Berufsausbildungen. Die Zahlen der neu abgeschlossenen Berufsausbildungsverhältnisse und bestandenen Prüfungen haben sich kaum verändert. Es fand jedoch eine leichte qualitative Veränderung statt. Bestimmte Berufe wie Tourismuskaufleute für Privat- und Geschäftsreisen werden von Auszubildenden weniger nachgefragt.¹²⁶ Aufgrund der Einschränkungen mussten jedoch neue Angebote des Lernens und Orientierens geschaffen und Aktivitäten verlagert werden.

Die gewerblichen Kammern passten pandemiebedingt ihre Angebote zur Berufsorientierung an und unterstützten Ausbildungsbetriebe bei den geänderten Herausforderungen in der Gewinnung Auszubildender und dem digitalen Recruiting und Onboarding, zum Beispiel über Online-(Eltern-)Sprechstunden, Online-Seminare, virtuelle Messen und Plattformen wie Berufe-Checker.¹²⁷ Die temporären Schließungen der Schulen brachten nicht nur betreuungsseitige Herausforderungen berufstätiger Eltern mit sich, sondern hatten durch die angeordnete Schließung von Bildungszentren und Berufsschulen auch Auswirkungen auf das dortige Personal. So musste beispielweise für einen Teil der Belegschaft der Bildungszentren des Handwerkes zeitweise Kurzarbeit angemeldet werden.

Die verordnungsseitig erfolgten Schließungen der Berufsschulen, Bildungszentren und sonstigen überbetrieblichen Lehrstätten und die hohen Kontaktbeschränkungen nach Wiederöffnung¹²⁸ führten zeitweise zum kompletten Erliegen des Lehrbetriebs und zu Verzögerungen beispielsweise bei den Prüfungen. Zudem herrschte je nach Phase der Pandemie bei den Bildungsanbietern große Unklarheit darüber, wann der Berufsschulunterricht wieder aufgenommen werden durfte, sodass Auszubildende teilweise keine Angebote zur Wissensvermittlung erhielten.¹²⁹ Stattdessen verbrachten die Jugendlichen ihre Arbeitszeit mehrheitlich im Betrieb. Freistellungen spielten keine Rolle. Neben der Berufsausbildung waren auch Internate und Fortbildungen von den Schließungen betroffen. Zu Beginn der Pandemie konzentrierten die politischen

¹²⁵ Die nachfolgenden Ausführungen sind im Wesentlichen einer vom BMAS in Auftrag gegebenen Expertise und weiteren bundesweiten Studien entnommen. Ergänzt werden sie durch die Ergebnisse eines Interviews mit Vertreterinnen des Deutschen Gewerkschaftsbundes (DGB-Bezirk Niedersachsen – Bremen – Sachsen-Anhalt) und durch die Berichte von Verantwortlichen der Hotlines der HWK und IHK Magdeburg. Vgl. Bundesministerium für Arbeit und Soziales (2021): Meta-Studie: Covid-19-Pandemie und betriebliche Anpassungsmaßnahmen Begleitforschung für die Arbeitsweltberichterstattung [Link](#) (zuletzt abgerufen am 13.03.2025).

¹²⁶ Auswertung der Ausbildungsverhältnisse und Bestehensquoten durch die IHK Magdeburg vom 10.02.2025

¹²⁷ Vgl. Zentralverband des Deutschen Handwerks (2020): Handwerksbetriebe bilden weiter aus – Zum Ausbildungsengagement des Handwerks während der Corona-Pandemie. In: Kompakt September 2020. [Link](#) (zuletzt abgerufen am 13.03.2025).

¹²⁸ Die Abstandsregeln waren zum Teil auch bei Öffnung der Bildungsstätte schwer umsetzbar, da die Arbeit u. a. in den Werkstätten zu absolvieren ist und teilweise die Abstände zwischen Maschinen, Werkbänken etc. nicht ohne Weiteres einhaltbar waren.

¹²⁹ Gemäß BiBB-Studie konnten in den befragten Handwerksberufen nur 27 Prozent der Auszubildenden die Berufsschule oder überbetriebliche Bildungszentren aufsuchen, 60 Prozent erhielten zumindest Aufgaben, wohingegen 14 Prozent weder die Schule besuchten noch Aufgaben erhielten, also unversorgt blieben. Vgl. Hendrik Biebeler / Daniel Schreiber (2020): Ausbildung in Zeiten von Corona. Ergebnisse einer empirischen Studie zu Auswirkungen der Corona-Pandemie auf Ausbildungsbetriebe. In: Wissenschaftliche Diskussionspapiere, Bundesinstitut für Berufsbildung Heft 223, S. 21. [Link](#) (zuletzt abgerufen am 13.03.2025).

Entscheidungen der Landesregierung sich auf allgemeinbildende Schulen, während Berufsschulen und Bildungszentren restriktiver behandelt wurden. Dies änderte sich jedoch durch den Austausch zwischen den Kammern und der Landesregierung.

Auch der praktische Teil in handwerklichen Ausbildungsberufen war von den Maßnahmen zur Bekämpfung der Coronapandemie betroffen. Die Arbeit aus dem weiter unten näher untersuchten Homeoffice war nur für kurze Zeiträume und unter besonderen Umständen in Ausnahmefällen realisierbar, da der praktische Teil der Ausbildung, bei dem handwerkliche Tätigkeiten im Vordergrund stehen, meist nicht aus der Ferne durchgeführt werden kann. Laut § 14 Absatz 1 Nummer 2 des Berufsbildungsgesetzes (BBiG) muss der beziehungsweise die Auszubildende die Ausbildung selbst übernehmen oder eine qualifizierte Ausbilderin oder einen qualifizierten Ausbilder ausdrücklich damit beauftragen. Dies ist im Homeoffice nicht adäquat zu gewährleisten und war mit Blick auf die Pandemie nur für wenige Aufgaben, die zum Beispiel per E-Mail überprüfbar waren, anwendbar. Dementsprechend boten nur sehr wenige Betriebe im Handwerk ihren Auszubildenden die Möglichkeit zum Homeoffice an, wenn überhaupt, dann vorrangig für Aufgaben wie Prüfungsvorbereitungen oder theoretische Inhalte.¹³⁰

Eine weitere Auswirkung der Einschränkungen des Ausbildungsbetriebs betraf die Verlängerung von Ausbildungsverhältnissen. Das Berufsbildungsgesetz und die Handwerksordnung sehen keinen unmittelbaren Rechtsanspruch auf Verlängerung des Berufsausbildungsverhältnisses für den Fall vor, dass die Abschluss- beziehungsweise Gesellenprüfung erst nach Ablauf der Ausbildungszeit stattfindet. Die Handwerksorganisation empfahl jedoch den Mitgliedsbetrieben, Anträge auf Verlängerung analog zu § 27 c Absatz 2 Handwerksordnung (HwO) / § 8 Absatz 2 BBiG aufgrund der besonderen Situation bis zum nächstmöglichen Prüfungstermin stattzugeben, sofern die Ausbildungsbetriebe keine berechtigten Einwände gegen eine Vertragsverlängerung erheben. Die große Mehrheit der Betriebe kam der Empfehlung nach und verlängerte Ausbildungsverhältnisse entsprechend.¹³¹

Die Maßnahmen Kurzarbeit und Homeoffice

Aufgrund massiver Einschränkungen in vielen Wirtschaftsbereichen mussten Unternehmen ihr Arbeitsvolumen anpassen, indem sie entweder Stellen abbauten oder die Arbeitszeit reduzierten, häufig unter Beantragung von Kurzarbeitergeld, um betriebsbedingte Kündigungen zu vermeiden. Neben der Kostenreduzierung diente Kurzarbeit vor allem auch der Fachkräfte- und Beschäftigungssicherung während der Coronapandemie.¹³² Besonders betroffen war das Gastgewerbe und atypisch Beschäftigte, wie geringfügig Beschäftigte und Selbstständige, die einen signifikanten Rückgang ihrer Beschäftigung erlebten. Die Arbeitszeit wurde in vielen Unternehmen um 10 bis 15 Prozent reduziert und Kurzarbeit von 30 bis 50 Prozent der Betriebe eingesetzt, wobei vor allem Personen mit niedrigem Einkommen betroffen waren.¹³³

¹³⁰ Vgl. Hendrik Biebeler / Daniel Schreiber (2020): Ausbildung in Zeiten von Corona. Ergebnisse einer empirischen Studie zu Auswirkungen der Corona-Pandemie auf Ausbildungsbetriebe. In: Wissenschaftliche Diskussionspapiere, Bundesinstitut für Berufsbildung Heft 223, S. 18. [Link](#) (zuletzt abgerufen am 13.03.2025).

¹³¹ Die Zahlen der BiBB-Studie, 92% aller befragten Betriebe, deckt sich mit den Beratungserfahrungen der Fachabteilungen der Handwerkskammern Sachsen-Anhalts während der Pandemie. Vgl. Hendrik Biebeler / Daniel Schreiber (2020): Ausbildung in Zeiten von Corona. Ergebnisse einer empirischen Studie zu Auswirkungen der Corona-Pandemie auf Ausbildungsbetriebe. In: Wissenschaftliche Diskussionspapiere, Bundesinstitut für Berufsbildung Heft 223, S. 29. [Link](#) (zuletzt abgerufen am 13.03.2025).

¹³² Vgl. ebd.

¹³³ Vgl. ebd.

Kurzarbeit

kann von Unternehmen in Fällen von erheblichem Arbeitsausfall angemeldet werden. Ein Teil der Beschäftigten verringert vorübergehend die reguläre Arbeitszeit. Der Hauptzweck der Kurzarbeit ist es, Kündigungen zu vermeiden und Unternehmen bei einer schlechten Auftragslage zu entlasten.

Auch im Handwerk hatte die angespannte Geschäfts- und Auftragslage Auswirkungen auf den Personaleinsatz. Sowohl bundesweit als auch in Sachsen-Anhalt setzten Handwerksbetriebe weiterhin auf flexible Lösungen wie den Abbau von Arbeitszeitkonten, Urlaub für die Belegschaften oder die Kurzarbeit, um ihre Mitarbeitenden halten zu können.¹³⁴ Entlassungen oder Betriebsschließungen nahmen in den Überlegungen der Geschäftsleitungen nur eine untergeordnete Rolle ein. Im Vergleich der Handwerkszweige nutzen vor allem die Lebensmittelhandwerke die genannten Instrumente deutlich häufiger als die übrigen Handwerksbereiche.

Das Thema Kurzarbeit ist anders als Freistellungen (vgl. BBiG § 15 Abs. 1) nicht im BBiG geregelt. Die Betriebe,

die für ihre Belegschaft Kurzarbeit beantragten und umsetzten, ergriffen diese Möglichkeit in den meisten Fällen nicht für ihre Auszubildenden.¹³⁵ Auszubildende sind grundsätzlich nicht vom Kurzarbeitergeld ausgeschlossen. Allerdings werden sie nicht wie sozialversicherungspflichtig Beschäftigte in diesem Zusammenhang behandelt. Bei der Sonderform des Kurzarbeitergeldes im Zuge der Coronapandemie wurde eine Betroffenheit von mindestens zehn Prozent der Beschäftigten vorausgesetzt, wobei Auszubildende nicht hinein zählten. In Krisenzeiten wäre zu überlegen, die Prüfung der Angleichung der Bedingungen beim Zugang zu Kurzarbeitergeld zwischen Auszubildenden und anderen sozialversicherungspflichtigen Beschäftigten zu forcieren, um betroffenen Betrieben mehr Planungssicherheit zu geben.

Die zweite wichtige Maßnahme, die zum Schutz der Mitarbeitenden und zur Aufrechterhaltung der Wirtschaft während der Coronapandemie ergriffen wurden, ist das Homeoffice. Die Corona-Arbeitsschutzverordnung sah ab Ende Januar 2021 vor, dass Arbeitgeberinnen und Arbeitgeber den Beschäftigten anbieten müssen, ihre Tätigkeit in der eigenen Wohnung auszuführen. Die „Homeoffice-Pflicht“, die Kontakte und damit das Infektionsrisiko reduzieren sollte, dauerte bis Ende Juni 2021.¹³⁶ Durch diese gesetzliche Regelung führten viele Unternehmen erstmalig die Möglichkeit des Homeoffice ein. Mehr als die Hälfte derjenigen, die ihre Arbeit auch zu Hause erledigten, haben damit erst während der Pandemie begonnen. Der überwiegende Großteil der Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer erhielt keine finanzielle Unterstützung durch die Arbeitgeberin und den Arbeitgeber, um die Voraussetzungen dafür wie geeignete digitale Endgeräte und einen stabilen Internetzugang zu schaffen.¹³⁷ Auch die Arbeitgeberinnen und Arbeitgeber erhielten keine finanziellen Unterstützungen, die eine Beihilfe der Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer

¹³⁴ Gemäß der im Dezember 2020 veröffentlichten Auswertung der achten bundesweit durchgeführten ZDH-Betriebsbefragung zur Coronapandemie setzten die befragten Handwerksbetriebe vorrangig auf den Abbau von Arbeitszeitkonten (27 Prozent), Urlaub für die Belegschaften (27 Prozent) oder die Kurzarbeit (18 Prozent), um ihre Mitarbeitenden halten zu können. Diese bundesweiten Ergebnisse spiegelten sich ebenso in den Betriebsberatungsinhalten der beiden Handwerkskammern für Sachsen-Anhalt wider. Vgl. Zentralverband des Deutschen Handwerk (2020): ZDH-Betriebsbefragung zur Corona Pandemie, S. 6. [Link](#) (zuletzt abgerufen am 13.03.2025).

¹³⁵ Vgl. Hendrik Biebeler / Daniel Schreiber (2020): Ausbildung in Zeiten von Corona. Ergebnisse einer empirischen Studie zu Auswirkungen der Corona-Pandemie auf Ausbildungsbetriebe. In: Wissenschaftliche Diskussionspapiere, Bundesinstitut für Berufsbildung Heft 223, S. 22. [Link](#) (zuletzt abgerufen am 13.03.2025).

¹³⁶ Vgl. Deutscher Gewerkschaftsbund (2021): Unter erschwerten Bedingungen – Corona und die Arbeitswelt: Ergebnisse des DGB-Index Gute Arbeit 2021, S. 18. [Link](#) (zuletzt abgerufen am 13.03.2025).

¹³⁷ Vgl. ebd., S. 19 Abbildung 23 Finanzielle Unterstützung des Arbeitgebers.

ermöglicht und die praktische Umsetzung der Arbeitsschutzverordnungen des Bundes erleichtert hätte.

Die Möglichkeit und Erfahrung, zu Hause zu arbeiten, war individuell sehr unterschiedlich. Zusätzliche Belastung entstand, wenn die Wohnung für das Homeoffice nicht geeignet war oder der Umgang mit digitaler Technik eine Herausforderung darstellte – insbesondere bei fehlenden Schulungsangeboten oder dem Ausbleiben von technischer Unterstützung. Darüber hinaus stellten gleichzeitiges Homeoffice und Kinderbetreuung eine hohe Mehrbelastung dar.¹³⁸

Einen erwähnenswerten Einfluss auf die Möglichkeit zum Homeoffice hatte das Bildungsniveau. Die vorliegenden Studien führen einstimmig zu dem Ergebnis, dass Personen mit hohen Bildungsabschlüssen sehr viel eher von zu Hause aus arbeiteten als Personen mit mittleren oder niedrigen Bildungsabschlüssen.¹³⁹ Auch gab es Unterschiede in der Verbreitung des Homeoffice hinsichtlich der Branche und der Tätigkeiten. Besonders viel wurde Homeoffice in den Bereichen der IT, der Kommunikation, der Datenverarbeitung, der Informationsdienstleistungen sowie in den Sektoren der Finanz- und Versicherungsdienstleistungen, der Erziehung und des Unterrichtes genutzt. Deutlich weniger wurde das Arbeiten aus der eigenen Wohnung von Angestellten, deren Tätigkeiten gar nicht oder nur sehr eingeschränkt im Homeoffice ausgeübt werden konnte, genutzt. Dies betraf vor allem Beschäftigte im Gesundheitswesen, im Handel, im Gastgewerbe, in der Produktion, im verarbeitenden Gewerbe, im Baugewerbe, in der Landwirtschaft, im Sozialwesen, im Kulturbereich (siehe auch [Abschnitt 3.4.4.](#)) sowie im Bereich Verkehr und Logistik.¹⁴⁰

Die Voraussetzungen der verschiedenen Branchen und Größenklassen von Unternehmen, Homeoffice einzuführen, müssen bei einer kommenden Pandemie bei den Arbeitsschutzbestimmungen zur Infektionseindämmung beachtet werden. Nicht jede Regelung kann in jedem Unternehmen so umgesetzt werden, wie es der Gesetzgeber vorgibt. Wenn deren Adressatinnen und Adressaten der Eindruck vermittelt wird, dass die Bedarfe und Realität der jeweiligen Branche nicht beachtet wurden, führt dies zur Ablehnung der Maßnahmen.

Betriebliche Mitbestimmung

Die Möglichkeiten der betrieblichen Mitbestimmung waren in der Coronapandemie eingeschränkt und wurden sehr unterschiedlich genutzt. Die Hauptgründe für die Einschränkungen waren das Verbot von Versammlungen, das Betretungsverbot von Betriebsgeländen auch für Mitarbeitende wie Gewerkschaftssekretäre und die fehlende rechtliche Grundlage für den digitalen Zugang zu Gewerkschaften. Auf der einen Seite wurden in Unternehmen, die bereits vor der Coronapandemie die Interessenvertretungen der Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer in ihre Entscheidungen eingebunden haben, die positive Mitbestimmungskultur auch unter den erschwerten Bedingungen der Pandemie fortgesetzt.¹⁴¹ Auf der anderen Seite stellten viele Mitarbeitergremien vor

¹³⁸ Vgl. ebd., S. 20 Abbildungen 25 und 26.

¹³⁹ Im April 2020 lag der Anteil Beschäftigter mit einer Berufsausbildung im Homeoffice bei 36 Prozent. Für Beschäftigte mit einem Meister- oder Fachschulabschluss lag der Anteil im Homeoffice bei 44 Prozent, für Beschäftigte mit einem Bachelor- bzw. Masterabschluss oder einer Promotion bei fast 70 Prozent. Vgl. Bundesministerium für Arbeit und Soziales (2021): Meta-Studie: Covid-19-Pandemie und betriebliche Anpassungsmaßnahmen. Begleitforschung für die Arbeitsweltberichterstattung im Auftrag des BMAS, Band 4, S. 49. [Link](#) (zuletzt abgerufen am 13.03.2025).

¹⁴⁰ Vgl. Bundesministerium für Arbeit und Soziales (2021): Meta-Studie: Covid-19-Pandemie und betriebliche Anpassungsmaßnahmen. Begleitforschung für die Arbeitsweltberichterstattung im Auftrag des BMAS, Band 4, S. 51. [Link](#) (zuletzt abgerufen am 13.03.2025).

¹⁴¹ Vgl. Wirtschafts- und Sozialwissenschaftliches Institut (2021): Corona-Krise – Stresstest für die Mitbestimmung. In: Mitteilungen, S. 303-304. [Link](#) (zuletzt abgerufen am 13.03.2025).

allem in Kleinbetrieben ihre Vertretungsarbeit zeitweise ein. Gründe dafür waren das Fehlen von Räumlichkeiten oder die Voraussetzungen für digitale Treffen sowie der volle Einsatz von Gremienmitgliedern in der Arbeit.¹⁴² Bis jetzt ist der digitale Zugang zu den Gewerkschaften noch nicht im Betriebsverfassungsrecht geregelt. Dabei ist es Voraussetzung, um Menschen im Homeoffice erreichen zu können. Für Personalräte und Betriebsräte sind Regelungen geschaffen, jedoch haben auch hier nicht alle Beteiligten die notwendigen Voraussetzungen wie Zeit und einen Computer.¹⁴³

Handlungsempfehlungen für den Wirtschaftsbereich

1. Politik transparent und konsistent ausgestalten

Der Regelungsrahmen muss einheitlich und konsistent sein, wobei unterschiedlicher regionaler Betroffenheit durch differenzierte Regelungen Rechnung getragen werden kann. Wo eine Einheitlichkeit nicht möglich ist, müssen die Maßnahmen in einer digitalen Regulierungslandkarte transparent und aktuell zur Verfügung gestellt werden.¹⁴⁴ Interdependenzen der Maßnahmen müssen dringend beachtet werden.

Politik und Medien sollen so kommunizieren, dass der gesellschaftliche Zusammenhalt gestützt wird (gegenseitige Solidarität). Die Kommunikation darf nicht spalten. Die Freiwilligkeit der Adressaten, sich aus eigenem Interesse an Schutzmaßnahmen zu halten, sollte gestärkt werden.

Die Regelungen müssen verlässlich auf allen Ebenen und mit ausreichend Vorlauf kommuniziert werden, damit sie organisiert und umgesetzt werden können. Verbände und andere wichtige Intermediäre müssen koordiniert und kontinuierlich in die Stäbe und Maßnahmenplanungen eingebunden werden. Möglichkeiten, die Entbürokratisierung während der Coronapandemie auch dauerhaft in Gesetzesanpassungen einfließen zu lassen, müssen genutzt werden. Was während der Coronapandemie unkompliziert möglich war, hat Potenzial für den langfristigen Abbau von Bürokratismus – auch als Vorbereitung für kommende Pandemien (z. B. digitale Begutachtung zur Einschätzung von Pflegestufen).

2. Digitalisierung zum Schlüssel der Krisen- und Pandemiebekämpfung machen¹⁴⁵

Der Zugang zu Verwaltungen muss digital und medienbruchfrei möglich sein. Verwaltungen müssen so ausgestattet sein, dass sie auch im Ausnahmefall voll arbeitsfähig sind. Das Pandemiemanagement muss digitalisiert und die Digitalisierung im Gesundheitssystem vorangetrieben werden. Insbesondere muss die elektronische Patientenakte schnellstmöglich ausgebaut werden (u. a. zur Impfsurveillance), um zukünftig das Pandemiemanagement zu erleichtern.

Um mobile digitale Arbeit zu unterstützen, müssen der Breitbandausbau vorangetrieben und zahlreiche bestehende Hemmnisse abgebaut werden. Betriebsverfassung und -mitbestimmung müssen digitalisiert werden. Bewährte Ausnahmeregelungen müssen fortgeführt, die

¹⁴² Vgl. ebd., S. 303.

¹⁴³ Aus Interview mit Vertreterinnen des DGB zu den Auswirkungen der Maßnahmen zur Bekämpfung der Coronapandemie auf Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer.

¹⁴⁴ Vgl. BDA / BDI / DIHK / ZDH (2022): Lehren aus der Corona-Krise: Wie wir gemeinsam zukünftige Krisen besser bewältigen können – 10-Punkte-Papier der Deutschen Wirtschaft, S. 4. [Link](#) (zuletzt abgerufen am 13.03.2025).

¹⁴⁵ Vgl. ebd., S. 7.

Arbeit der Betriebsräte und Wahlvorstände umfassend digitalisiert und die Möglichkeit für elektronische Wahlen dauerhaft vorgesehen werden.

3. Verwaltungsstrukturen professionalisieren¹⁴⁶

Die IT-Struktur zur Beantragung von Wirtschaftshilfen muss bundesweit einheitlich und interoperabel sein. Die Antragsverfahren müssen vereinheitlicht werden. Es bedarf einer möglichst weitgehenden und bundeseinheitlichen Umstellung von Genehmigungs- auf Anzeigeverfahren. Die Abwicklung von Entschädigungsansprüchen soll vollständig im Verhältnis zwischen Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern als Leistungsberechtigten und dem Staat als Leistungsverpflichtetem erfolgen (systemrelevante Versorgung absichern).¹⁴⁷

Es bedarf einer individuellen Definition von betriebskritischen Bereichen, Personen und Tätigkeiten, die zur Aufrechterhaltung der betrieblichen Abläufe innerhalb des Unternehmens und der Lieferkette beitragen. Dabei muss die gesamte Wertschöpfungskette berücksichtigt werden. Es sollten bundeseinheitliche Kriterien und Vorgaben zur Arbeitsquarantäne sowie bundeseinheitliche Flexibilisierungsoptionen zur Arbeitszeit geschaffen werden. Sonderregeln zur Aufrechterhaltung der Logistik- und Lieferketten müssen etabliert werden.

4. Wirtschaftshilfen pragmatisch ausgestalten und Hilfe zur Selbsthilfe ermöglichen¹⁴⁸

Wirtschaftshilfen müssen einfach und unbürokratisch beantragt und schnell ausgezahlt werden. Eine kontinuierliche Weiterentwicklung und Anpassung der Förderbedingungen an branchenspezifische Gegebenheiten sind zentral für eine passgenaue Unterstützung in Krisenzeiten. Die Krisenregelungen beim Kurzarbeitergeld müssen evaluiert und gegebenenfalls für zukünftige Krisen angepasst werden. Um die notwendige Liquidität der Unternehmen in der Krise zu stärken, sollte das bewährte Kriseninstrument der Verlustverrechnung genutzt werden. Dieses muss dauerhaft ausgeweitet und die Möglichkeit des Verlustrücktrages deutlich verbessert werden. Ungleiche Betroffenheit der verschiedenen Branchen muss beachtet werden. Die Bedürftigkeit sollte geprüft werden. Eine Planungssicherheit für Unternehmen in der Krise muss gegeben sein.¹⁴⁹

5. Arbeits-, Gesundheits- und Infektionsschutz wirksam, bedarfsorientiert und flexibel ausgestalten¹⁵⁰

Unternehmen und Betriebe brauchen zur Pandemiebekämpfung ein Regelwerk für den Arbeits-, Gesundheits- und Infektionsschutz. Dieses sollte schlank, übersichtlich und für Kleinst- und Kleinbetriebe verständlich sein, sodass es von ihnen so angewendet werden kann, dass die betriebspezifischen Besonderheiten hinreichend berücksichtigt werden können. Auch in Zukunft sollte eine Unterstützung und keine Sanktionierung gewährleistet werden. Der Datenschutz muss von Anfang an bei den Regelungen mitgedacht werden. Wenn erforderlich, müssen auch konkrete Ermächtigungsgrundlagen geschaffen werden.

¹⁴⁶ Vgl. ebd., S. 9.

¹⁴⁷ Vgl. ebd., S. 13.

¹⁴⁸ Vgl. ebd., S. 15.

¹⁴⁹ Aussagen von Unternehmerinnen und Unternehmern in den Corona-Hotlines der HWK Magdeburg und der IHK Magdeburg zwischen 2020 und 2022.

¹⁵⁰ BDA / BDI / DIHK / ZDH (2022): Lehren aus der Corona-Krise: Wie wir gemeinsam zukünftige Krisen besser bewältigen können – 10-Punkte-Papier der Deutschen Wirtschaft, S. 17. [Link](#) (zuletzt abgerufen am 13.03.2025).

Unternehmen und Betriebsärztinnen und -ärzte müssen frühzeitig in Impfkampagnen eingebunden werden und benötigen ausreichend Impfstoff. Es darf also keine Kontingentierung von diesem geben. Die Impfstoffmengen müssen planbar und verlässlich sein und es muss auch an die einzelnen Bereiche Transparenz über die Liefermengen und die Lieferwege hergestellt werden. Darüber hinaus sollte zukünftig weiterhin eine belastbare gesetzliche Grundlage für betriebsärztliches Impfen bestehen. Herausforderungen für kleinere und mittlere Unternehmen müssen zudem stärker berücksichtigt werden.

6. Umsetzbarkeit von Arbeitsschutzmaßnahmen kritisch evaluieren

Die Landesregierung sollte gegenüber dem Bund anregen, Vorgaben in Arbeitsschutzverordnungen auch hinsichtlich ihrer praktischen und finanzierbaren Umsetzbarkeit in den verschiedenen Branchen und Unternehmensgrößenklassen kritisch zu hinterfragen beziehungsweise angedachte Maßnahmen finanziell unterstützen.

7. Verankerung der Berufsorientierung in den Curricula der weiterführenden allgemeinbildenden Schulen

Es bedarf einer Verankerung der Berufsorientierung in den Curricula der weiterführenden allgemeinbildenden Schulen, um entsprechende Unterrichtseinheiten auch bei virtueller Lehre zu gewährleisten.

8. Förderprogramme zur Etablierung digitaler Akquise- und Einstellungstools für Klein- und Kleinstunternehmen

Die Agenturen für Arbeit sollen grundsätzlich individuelle digitale Beratungsangebote vorhalten, um auch bei erneuten Quarantänemaßnahmen und Schulschließungen eine Betreuung der Schülerinnen und Schüler sicherstellen zu können.

9. Gemeinsame digitale (Nach-)Vermittlungsaktivitäten

Zur Besetzung von Ausbildungsplätzen und zur Versorgung von Jugendlichen sind digitale Angebote zu etablieren.

10. Tragfähige Ausstattung und Infrastruktur der Berufsschulen und Berufsbildungszentren sichern und verbessern

Berufsschulen und Berufsbildungszentren leisten einen enormen Beitrag für die Ausbildung junger Fachkräfte und sind unverzichtbar mit Blick auf die Qualitätssicherung in der Aus- und Fortbildung und damit der Fachkräftesicherung für Sachsen-Anhalt. Folglich ist neben den allgemeinbildenden Schulen auch bei ihnen großes Augenmerk auf eine tragfähige Ausstattung und Infrastruktur zu legen und diese kontinuierlich zu verbessern.

11. Ausnahmeregelungen zulassen

Auch für Prüfungen im Bereich der beruflichen Bildung müssen wie bei allgemeinbildenden Schulen und Hochschulen Ausnahmeregelungen von Corona-Anordnungen von Anfang an erlassen werden können.

12. Digitalen Zugang zu den Gewerkschaften im Betriebsverfassungsrecht regeln

Der Bund soll durch die Landesregierung angeregt werden, zeitnah den digitalen Zugang zu den Gewerkschaften im Betriebsverfassungsrecht zu regeln.

3.4.6 Gesundheitswesen

In Krisenzeiten wird überdeutlich, wie maßgeblich eine stabile medizinische und pflegerische Versorgung für die innere Sicherheit und den sozialen Frieden sind. Politische Maßnahmen und Rahmenbedingungen sind verlässlich und belastbar auszurichten. Der Selbstverwaltung im Gesundheitswesen kommt eine zentrale Rolle zu, die den rechtlichen Rahmen agil und ressourcenschonend ausfüllen muss. Der folgende Abschnitt untersucht die Auswirkungen der Maßnahmen, die zur Bekämpfung der Coronapandemie umgesetzt wurden, auf den ÖGD und auf die medizinische Versorgung.

Auswirkung der Maßnahmen auf den ÖGD

Der ÖGD hatte eine zentrale Rolle in der Coronapandemie. Die Überwachung des Infektionsgeschehens durch Monitoring und Datenübermittlung an das RKI, die Kontaktnachverfolgung infizierter Personen und das Management bei lokalen Hotspots wie mittels Quarantäneanordnung gehörten zu den zentralen Aufgaben der kommunalen Gesundheitsämter. Sie unterstützten die Krisenstäbe in den Kommunen, übernahmen zum Teil die lokale Öffentlichkeitsarbeit und waren Ansprechpartner für ratsuchende Einrichtungen und Personen aus der Zivilgesellschaft und Kommunalpolitik. Die Gesundheitsämter agierten an der Schnittstelle zwischen Einrichtungen des Bundes wie dem RKI, der Landesregierung und den Landesbehörden sowie den kommunalen Einrichtungen beziehungsweise Entscheidungsträgerinnen und -trägern.¹⁵¹

Das zentrale Ziel des ÖGD während der Pandemie, Infektionsketten zu unterbrechen, brauchte digitale Unterstützung in den Gesundheitsämtern (siehe auch [Abschnitt 3.1. Daten](#)). Ein bundesweites Kontaktpersonenmanagementsystem wurde benötigt.¹⁵² Das Helmholtz-Zentrum für Infektionsforschung entwickelte zu diesem Zweck das SORMAS (Surveillance Outbreak Response Management and Analysis System). Die Einführung erfolgte jedoch zögerlich und variierte stark zwischen den Bundesländern und Kommunen, so auch in den 14 Gesundheitsämtern Sachsen-Anhalts.¹⁵³ Die Dokumentation des Kontaktpersonenmanagements erfolgte auch viele Monate nach Beginn der Pandemie oft noch händisch.¹⁵⁴ Die Nachverfolgung von Kontakten war daher personalintensiv. Die Landesregierung erhielt in den Lageberichten des Pandemiestabs täglich ein Update zu den Kapazitäten der Gesundheitsämter erhalten. Zur Unterstützung wurden Mitarbeitende der Landesverwaltung und der Bundeswehr abgeordnet sowie zu bestimmten Zeitpunkten sogenannte „Containment Scouts“ des RKI eingesetzt. Die personelle Mitarbeit bei der Kontaktnachverfolgung durch andere Stellen war in der Fläche nicht ausreichend.

Auswirkungen der Maßnahmen auf die medizinische Versorgung

Die Coronapandemie hat alle Bereiche der medizinischen Versorgung stark belastet. Betroffen waren sowohl der ambulante als auch der stationäre Sektor. Für die Landesebene liegen keine

¹⁵¹ Vgl. Samtlebe, P. et al. (2024): Analysis of problems and potentials for increasing pandemic resilience in public health administrations in Saxony-Anhalt, Germany - a mixed-methods approach. In: BMJ Open 14 (1), S. 1-7. [Link](#) (zuletzt abgerufen am 13.03.2025).

¹⁵² Vgl. Zimmermann, R. et al. (2021): Wellenreiten im Gesundheitsamt – Digitaler Wandel im Corona-Containment. In: HMD 58, S. 712-738. [Link](#) (zuletzt abgerufen am 13.03.2025).

¹⁵³ Vgl. Álvarez, S. (2021): Die Gesundheitsämter lassen sich Zeit – das Kanzleramt schäumt. In: WirtschaftsWoche, 07.02.2021. [Link](#) (zuletzt abgerufen am 13.03.2025).

¹⁵⁴ Vgl. Kinkartz, S. (2021): Gesundheitsämter: Mit Papier, Stift und Fax gegen Corona. In: Deutsche Welle, 26.01.2021. [Link](#) (zuletzt abgerufen am 13.03.2025).

öffentlich zugänglichen Auswertungen zu den veranlassten pandemischen Kontrollmaßnahmen vor. Zur Bewertung der Maßnahmen im Bereich der medizinischen Versorgung wurden daher Expertinnen- und Expertenmeinungen von Entscheidungsträgerinnen und -trägern der ambulanten und stationären Versorgung sowie vom ÖGD in Sachsen-Anhalt zusammengetragen und mit Quellen und Schlussfolgerungen auf Bundesebene abgeglichen.

Kontaktbeschränkungen in der medizinischen Versorgung

In Sachsen-Anhalt wie im gesamten Bundesgebiet gab es im Laufe der Coronapandemie Einschränkungen des öffentlichen Lebens als auch des Routinebetriebs im Gesundheitswesen zur Eindämmung der Pandemie. Wie in allen öffentlichen Bereichen galten im ambulanten und stationären Gesundheitssektor je nach pandemischer Welle wechselnde Einschränkungen des direkten Kontaktes durch Abstandsregeln, Begrenzung von Besucherzahlen und diverse weitere Vorsichtsmaßnahmen.

Einerseits galt es, Arztpraxen und Krankenhäuser vor ansteckungsfähigen Personen zu schützen. Andererseits blieben Besuche ähnlich wie in den Pflegeheimen in gewisser Weise notwendig. In der Phase der personellen Anspannung auf den Stationen wurden Besucherinnen und Besucher als zusätzliche Belastung interpretiert. Feste Regelungen gab es hier nicht. Die befragten Entscheidungsträgerinnen und -träger auf Landesebene bemängeln dies.

Ambulante Versorgung

Insgesamt wird das System der Selbstverwaltung im Gesundheitswesen hinsichtlich seiner Fähigkeit, Pandemiekontrollmaßnahmen zu schaffen, sowohl auf Bundesebene als auch von den befragten Entscheidenden auf Landesebene als positiv erachtet. Die Selbstverwaltung habe dafür gesorgt, dass die Versorgung der Versicherten in der Pandemie schnell und unbürokratisch erfolgen konnte. Insgesamt haben die Partnerinnen und Partner der Selbstverwaltung auf Bundesebene über 60 Sonderregelungen für die ambulante Versorgung geschaffen – alle mit dem Ziel, den Praxen die Arbeit zu erleichtern, flexibles Agieren zu ermöglichen und die Versorgung aller Patientinnen und Patienten sicherzustellen.¹⁵⁵

Den Haus- und Fachärztinnen und -ärzten kam die Herausforderung zu, die ambulante medizinische Regelversorgung zu intensivieren und eine Überlastung der Krankenhäuser zu verhindern. Medizinische Erstkontakte mit COVID-19-Patientinnen und -Patienten wurden im ambulanten Sektor sichergestellt beziehungsweise leicht Erkrankte versorgt, mit dem Ziel, schweren Verläufen soweit wie möglich vorzubeugen. Das Zentralinstitut für Kassenärztliche Versorgung belegt die stattgefundene Ambulantisierung mit einem nur mäßigen Aktivitätsrückgang im ambulanten Sektor (im Vergleich zu 2019 waren es 2020 vier Prozent weniger, im ersten Halbjahr 2021 zwei Prozent).¹⁵⁶

Außerdem führten die niedergelassenen Haus- und Fachärztinnen und -ärzte ab April 2021 Impfungen für zugehende Patientinnen und Patienten durch. Im Vorfeld war bereits ab Januar 2021

¹⁵⁵ Vgl. dazu z. B. KBV (2022): Leistungsstark und Patientennah: Ambulante Versorgung in der Corona-Pandemie. [Link](#) (zuletzt abgerufen am 13.03.2025).

¹⁵⁶ Vgl. Zentralinstitut für kassenärztliche Versorgung in Deutschland (2021): Veränderung der vertragsärztlichen Leistungsanspruchnahme während der COVID-Krise. Tabellarischer Trendreport für das Jahr 2020. [Link](#) (zuletzt abgerufen am 13.03.2025).

der Start der Impfzentren für die Bevölkerung unter Einsatz von Vertragsärztinnen und -ärzten erfolgt.

Während in vielen anderen Ländern COVID-19-Testungen vorwiegend in Krankenhäusern erfolgten, vollzog das ambulante Versorgungsnetz in Sachsen-Anhalt wie in der gesamten Bundesrepublik auch frühe und flächendeckende Testungen in Arztpraxen, Fieberambulanzen der KV und später in Schnelltestzentren. Ziel war es, das Infektionsgeschehen verhältnismäßig früh zu kontrollieren. Eine zusätzliche Aufgabe ergab sich für die KV: Sämtliche Anbieter von Corona-Tests rechneten ihre Leistungen über sie ab.¹⁵⁷ Aus Datenschutzgründen hatten die Anbieter anstelle vollständiger Datensätze lediglich die Anzahl von getesteten Personen bei Abrechnungen anzugeben, was eine Kontrolle weder begleitend noch rückwirkend möglich macht.

Schnelltestzentren

Schnelltestzentren erscheinen in der Hochphase der Pandemie medizinisch sinnvoll und wirtschaftlich eine pragmatische Lösung gewesen zu sein. Allerdings führten fehlende Kontrollen und sich ändernde pandemische Bedingungen dazu, dass ihr Nutzen mit der Zeit abnahm. Insbesondere der wirtschaftliche Aspekt (Kosten-Nutzen-Verhältnis) wird zunehmend kritisch hinterfragt.

Testzentren wurden unkontrolliert vielerorts eröffnet. Über eine Bundesverordnung war das Gesundheitsamt zur Zulassung der Testzentren verpflichtet. Nach der Pandemie wurde der KV die Aufgabe überantwortet, zu prüfen, ob die Dokumentation mit Vorgaben aus sich ständig ändernden Testverordnungen übereinstimmen. Daraus ergaben sich sehr hohe finanzielle Rückforderungen. Nicht nur der enorme Prüfaufwand für die KV ist kritisch zu bewerten. Rückforderungen ergeben sich zum Teil aus bewussten Falschabrechnungen und sind daher als sinnvoll zu erachten beziehungsweise rechtfertigen sie den institutionellen Prüfaufwand. Rückforderungen ergeben sich jedoch auch aus der Komplexität sich ständig ändernder Vorgaben und Abrechnungsgrundlagen in einer ohnehin herausfordernden Ausnahmesituation.

Stationäre Versorgung

Die Krankenhäuser betreuten teilweise zu Lasten der Grund- und Regelversorgung vornehmlich die schwer und sehr schwer erkrankten COVID-19-Patientinnen und -Patienten. Darunter befanden sich auch Intensiv- und Beatmungspatientinnen und -patienten, für deren Versorgung personelle als auch technische und äumliche Kapazitäten umstrukturiert beziehungsweise aufgestockt werden mussten.

In Sachsen-Anhalt kam es nach Einschätzung der Entscheidungsträgerinnen und -träger der stationären Versorgung im Expertengespräch letztlich zu keiner Zeit zu einer Überlastung der stationären Versorgungskapazitäten. Intensiv-Beatmungsplätze waren zu keiner Zeit ausgelastet, was auf die Vorhaltung zusätzlich geschaffener Kapazitäten zurückzuführen ist.

Dienstsysteme wurden durch Umschichtung von Personal aus anderen Bereichen angepasst. Pflegefachpersonen aus peripheren Stationen wurden ab März 2020 geschult, um die Intensivversorgung im Bedarfsfall unterstützen zu können. Auch Lockerungen der Quarantäneregulungen wurden zugelassen. In Magdeburg beispielsweise gab es grundsätzliche Absprachen mit

¹⁵⁷ Vgl. dazu z. B. KBV (2022): Leistungsstark und Patientennah: Ambulante Versorgung in der Corona-Pandemie. [Link](#) (zuletzt abgerufen am 13.03.2025).

den großen Kliniken und dem GA, als positiv getestetes aber symptomfreies Personal in Bereichen mit COVID-19-Patientinnen und -Patienten arbeiten zu können. Diese Lösung erforderte ein hohes Maß an Vertrauen in die konsequente Einhaltung von Hygienemaßnahmen. Da in der Pandemiephase auch Personal in den Kliniken erkrankte oder positiv getestet wurde, verknappten sich die personellen Ressourcen. Noch dazu waren Pflegerinnen und Pfleger auch von Schul- und Kita-Schließungen betroffen.

Ein Großteil der Maßnahmen, die politisch beschlossen und durch die Gesundheitsämter umzusetzen waren, dienten dazu, die Ressourcen im Krankenhaus für die Vorhaltung komplexer Versorgungskapazitäten zu schützen sowie die Einschränkung der Regelversorgung in den Krankenhäusern weitgehend zu vermeiden.

Einschränkung der Regelversorgung in den Krankenhäusern

Verordnungen zur Beschränkung von Behandlungen in medizinischen Einrichtungen auf das notwendige Maß finden sich ab der zweiten Verordnung über Maßnahmen zur Eindämmung der Ausbreitung des neuartigen Coronavirus SARS-CoV-2 in Sachsen-Anhalt (2. SARS-CoV-2-EindV) vom 24. März 2020. Diese beziehen sich allerdings nicht auf Krankenhäuser im Allgemeinen, sondern auf psychiatrische und geriatrische Tageskliniken, Einrichtungen des Maßregelvollzugs und der forensischen Nachsorge (§ 9) sowie Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen und psychosomatische Rehabilitationskliniken (§ 10). Bezugnehmend auf ein Schreiben des Bundesgesundheitsministers zur Krankenhausversorgung infolge der COVID-19-Infektion bat die Ministerin für Arbeit, Soziales und Integration gemäß § 14b KHG LSA, alle Krankenhäuser in Sachsen-Anhalt „grundsätzlich alle planbaren Aufnahmen, Operationen und Eingriffe ab [...] dem 16. März 2020 auszusetzen bzw. auf unbestimmte Zeit zu verschieben, soweit dies medizinisch vertretbar ist.“¹⁵⁸

Entscheidungsträgerinnen und -träger aus der medizinischen Versorgung in Sachsen-Anhalt gaben im Rahmen von Expertengesprächen zu bedenken, dass eine verbindliche Verordnung vom Land hilfreicher gewesen wäre. Auch die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) äußerte sich bereits während des Pandemieverlaufes kritisch hinsichtlich fehlender landesrechtlicher Anordnungen: „Seit Oktober 2021 sehen sich Krankenhäuser erneut gezwungen, planbare Eingriffe und Leistungen zu verschieben, um ausreichend Kapazitäten zur Behandlung von Corona-Patientinnen und -Patienten vorhalten zu können und dies bereits im Vorgriff auf entsprechende landesrechtliche Anordnung.“¹⁵⁹ Besonders wichtig sehen die interviewten Entscheidungsträgerinnen und -träger Sachsens-Anhalts konkretere Anordnungen, um den Versorgungsauftrag genauer zu benennen und damit gleichzeitig auch die Finanzierung planbar sicherzustellen. Die Ministerin verwies am 13. März 2020 auf einen Beschluss der Bundesregierung und der Ministerpräsidenten der Länder vom 15. März 2020, der besagt, dass umgehend gesetzlich sichergestellt werden würde, wirtschaftliche Aufwendungen zur Aufstockung von Intensiv- und Beatmungskapazitäten über die Gesetzliche Krankenversicherung-Finanzierung und Bonuszahlungen auszugleichen, damit kein Krankenhaus ins Defizit gerät. Zu Beginn der Pandemie gab es beispielsweise in Magdeburg eine Reihe von Zusammenkünften mit dem Oberbürgermeister, dem Amtsarzt und

¹⁵⁸ Schreiben der Ministerin für Arbeit, Soziales und Integration des Landes Sachsen-Anhalt vom 13. März 2020.

¹⁵⁹ Deutsche Krankenhaus Gesellschaft (2021): Stellungnahme der DKG zum Gesetzesentwurf der Fraktionen SPD, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und FDP zum Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des IfSG und weiterer Gesetze anlässlich der Aufhebung der Feststellung der epidemischen Lage von nationaler Tragweite sowie zum geplanten Versorgungsaufschlag für Krankenhäuser Stand - Stand: 12. November 2021, [Link](#) (zuletzt abgerufen am 13.03.2025).

Vertreterinnen und Vertretern der Kliniken in Magdeburg. Gemeinsam wurde versucht, sich auf mögliche Szenarien vorzubereiten. Hier spielte auch eine Rolle, welche Kliniken schwerstkranke Patientinnen und Patienten aufnehmen und welche Kliniken leicht erkrankte, trotzdem krankenhauspflichtige, Personen betreuen.

Die Sorge um die Finanzierungssicherheit führte dazu, dass einige Kliniken in Sachsen-Anhalt die Aufnahme von COVID-19-Patientinnen und -Patienten ablehnten. Solange Krankenhäuser jedoch um ihre finanzielle Absicherung besorgt sein müssen, werden organisatorische Kompromisse in den notwendigen Strukturänderungen und im Ablauf der Bewältigung einer solchen Krise stets unvermeidbar sein. Hierzu gehört auch das Thema „Schutzausrüstung“. Die Krankenhäuser hatten anfangs nur den normalen Bedarf in der Vorratshaltung.

Die weitreichenden Einschränkungen elektiver Eingriffe führten laut Aussage der Entscheidungsträgerinnen und -träger in den Expertengesprächen in Sachsen-Anhalt wie im gesamten Bundesgebiet zu deutlichen Rückgängen der Krankenhausfallzahlen in den Jahren 2020 und 2021 im Vergleich zum Jahr 2019.¹⁶⁰ Einfluss auf die Fallzahlen hatten laut Aussage der Expertinnen und Experten neben der proaktiven Steuerung elektiver Fälle auch die Ängste der Menschen vor einer Behandlung im Krankenhaus. Um sich vor Infektionen zu schützen, verzichteten Patientinnen und Patienten bewusst auf die stationäre Behandlung schwerer beispielsweise onkologischer Erkrankungen. Gemäß der Devise „Verschiebt nicht euren Blasenkrebs“ wurde versucht, das stationäre Behandlungssetting zu stimulieren.¹⁶¹ Welche mittel- bis langfristigen Auswirkungen die Priorisierung der COVID-19-Behandlungsfälle auf andere Erkrankungen hatte beziehungsweise haben wird, kann bisher nicht abgeschätzt werden.

Anpassung der Ablauforganisation während der Coronapandemie

Den beiden Universitätskliniken des Landes in Halle (Saale) und Magdeburg kam eine zentrale Rolle zu. Im Sinne des Pandemierahmenplans des Landes¹⁶² waren sie die „Leuchttürme“, die neben der Koordinierung der stationären Pandemievorsorgung Krankenhäuser der Grund- und Regelversorgung berieten. Ausgehend von ihren Standorten bildeten sich Klinik-Cluster im Norden und Süden des Landes, innerhalb derer Bedarfe gemeldet und Kapazitäten verteilt wurden. Zum Echtzeit-Monitoring von Behandlungskapazitäten bewährte sich das Online-Tool IVENA eHealth. Zur täglichen Abstimmung etablierten sich nach anfänglichen technischen Schwierigkeiten einiger Kliniken Videokonferenzen.

Das Meldewesen empfanden die befragten Entscheidungsträgerinnen und -träger als mehrfach redundant und demnach unbefriedigend in der praktischen Umsetzung. Als unzureichend wird in den Expertinnen- und Expertengesprächen der wissenschaftliche Informationsfluss bewertet. Auch Informationen zu Erlassen und Rechtsgrundlagen der Bundespolitik seien zu wenig wissenschaftlich abgesichert gewesen und zu rasch getaktet erfolgt.

¹⁶⁰ Vgl. zu den Fallzahlentwicklungen in Deutschland z. B.: Wissenschaftliches Institut der AOK (2021): WIdO-Analyse zu Krankenhausbehandlungen in der zweiten Pandemiewelle. In: Pressemitteilung. [Link](#) (zuletzt abgerufen am 13.03.2025) Statista: Entwicklung der Krankenhaus-Fallzahlen in Deutschland von Januar 2020 bis Februar 2021 (im Vergleich zu 2019). In Statista, [Link](#) (zuletzt abgerufen am 13.03.2025).

¹⁶¹ Bericht aus Experteninterviews.

¹⁶² Vgl. Ministerium für Arbeit, Soziales und Integration des Landes Sachsen-Anhalt (2020): Empfehlungen zur Umsetzung des nationalen Influenzapandemieplans in Sachsen-Anhalt (Pandemierahmenplan). [Link](#) (zuletzt abgerufen am 13.03.2025).

Zur Unterstützung und Beratung peripherer Kliniken ohne spezialisierte Fachrichtungen wie Pneumologie oder Infektiologie als auch zur Verhinderung von Überlastungen zentraler Krankenhäuser mit COVID-19-Patientinnen und -Patienten hat sich im Süden des Landes das über Landesmittel finanzierte COVID-HELP-Kompetenzzentrum der Universitätsmedizin Halle bewährt.¹⁶³

Im Universitätsklinikum Halle wurde zum Zweck eines agileren Handelns auf der operativen Ebene während der Coronapandemie eine Änderung der Organisationsstruktur vorgenommen. Themenbezogene AGen mit eigenen Entscheidungsbefugnissen wurden nach innen und außen gebildet. Diese vernetzten sich sowohl interdisziplinär als auch mit Akteurinnen und Akteuren gleicher Themengebiete anderer Kliniken. So gab es neben der AG Kapazitäten, die sich der Intensivkapazität im Krisenfall, dem Management hoher COVID-Fallzahlen und der Beatmungstechnik widmete, sowie weitere AGen zu Risikogruppen oder Mitarbeiterschutz. Somit wandelten sich sowohl die Kommunikationsstrukturen als auch die Entscheidungsfindung von hochbürokratisch und hochsicher zu agil und vergleichsweise autark innerhalb der AGen.

Handlungsempfehlungen zum Gesundheitsbereich

1. Erlasse und Rechtsverordnungen überarbeiten

Es müssen verbindliche landesrechtliche Verordnungen hinsichtlich des Versorgungsauftrages beziehungsweise zur Einschränkung der Regelversorgung in den Krankenhäusern erlassen werden. Alle Krankenhäuser sollten zur Behandlung von COVID-19-Patientinnen und -Patienten verpflichtet und dafür individuelle Finanzierungsvereinbarungen zur Absicherung von zum Beispiel Kosten zur Aufstockung von Vorhaltekapazitäten getroffen werden. In der Pandemie sollten Erlasse und Rechtsverordnungen unter Achtung ihrer wissenschaftlichen Gültigkeit seltener herausgegeben werden, um die Akteurinnen und Akteure nicht durch ständig Änderungen zu überfordern. Zusätzlich sollten die kommunalen Rechtsämter zeitnah leicht verständliche Zusammenfassungen der neuen Verordnungen an die Gesundheitsämter geben. Bei der Entwicklung politischer Maßnahmen soll medizinische, pflegerische und (psycho-)therapeutische Expertise eingebunden werden.

2. Besuchsregelungen unter Beachtung psychosozialer Aspekte treffen

Besuchsregelungen im Krankenhaus bleiben in Abhängigkeit der Virulenz des Erregers und der Ausbreitungsgeschwindigkeit zu treffen. Die Regelungen sollen einen empfehlenden Rahmencharakter haben, damit psychosoziale Aspekte agil in der Umsetzung von Infektionsschutzmaßnahmen berücksichtigt werden können.

3. Krisenfeste Kommunikations- und Organisationsstrukturen etablieren

Während einer Pandemie besteht ein großer Kommunikationsbedarf. Kommunikationsstrukturen dienen auf der einen Seite dazu, dezentrale Kompetenz und Intelligenz zusammenzuführen. Auf der anderen Seite sind sie grundlegend für die Information der Einwohnerinnen und Einwohner. Daher sollte ein effizientes und krisenfestes Kommunikationssystem aufgebaut werden, das auch außerhalb digitaler Wege funktionsfähig ist. Die Erreichbarkeit der

¹⁶³ „Die zentralen Säulen des COVID-HELP-Kompetenzzentrums sind das Hallesche ECMO-Life-Support-Programm (HELP) und das in ein bundesweites Forschungsprogramm eingebundene Angebot telemedizinischer Intensivkonsile durch das Telemedizin Netzwerk Intensivmedizin (TIME). Hinzukommt ein Beratungsangebot im Bereich der Allgemeinmedizin für niedergelassene Ärzt*innen sowie für den öffentlichen Gesundheitsdienst in Fragen des Infektionsschutzes.“, vgl. Universitätsmedizin Halle: Covid-Help-Kompetenzzentrum. [Link](#) (zuletzt abgerufen am 13.03.2025).

Steuerungsinstanzen wie das MS und die Krankenhäuser sind auch bei Katastrophenszenarien zu gewährleisten beispielsweise über satellitengestützte Kommunikation. Dies sollte mindestens für die wichtigsten versorgungssteuernden Einrichtungen gewährleistet werden. Die Kommunikation unter den beteiligten Institutionen muss in „Echtzeit“ erfolgen, also bevor Informationen an die Presse und Öffentlichkeit gegeben werden. Dazu ist eine Rechtsverordnung zu erlassen und auf Grundlage der Telematik-Infrastruktur eine datenschutzkonforme, digitale Austauschplattform zwischen ÖGD, ambulantem und stationärem Sektor aufzubauen, damit in der Pandemie beispielsweise Patientinnen- und Patientenlisten übermittelt werden können.

Zusätzlich bleibt die Verantwortlichkeit für die Kommunikation mit den Medien und der Bevölkerung klar zu regeln und durch ein Konzept zielgerichtet zu steuern. Die Kommission ist der Ansicht, dass die Kommunikation durch die Verwaltungsspitzen der Kommunen und eine leitende Vertreterin oder einen leitenden Vertreter des Gesundheitsamts unter Regie der Presseämter erfolgen soll. Hierbei sind gegenseitiges Vertrauen, Vollständigkeit und absolute Redlichkeit grundlegende Voraussetzungen. Für die Kommunikation mit der Bevölkerung sind Hotlines in den Gesundheitsämtern einzurichten, die mit ausreichendem Personal mit hoher Motivation, Sachkenntnis und Einfühlungsvermögen zu besetzen sind. Auch ein Chatbot, wie aktuell vom MS pilotiert wird, mag eingesetzt werden.

Das im Verlauf einer Pandemie stetig wachsende Wissen muss in kuratierter Form zur Verfügung gestellt werden. Dafür ist Informationsmaterial zum Hygienemanagement und Infektionsschutz für verschiedene Pandemieszenarien und unterschiedliche Personengruppen zu erarbeiten. In allen Kliniken bleiben im Pandemiefall die gleichen themenbezogenen AGen (wie zum Beispiel bei der Universitätsklinik Halle (Saale)) einzusetzen, damit Aufbau- und Ablaufstrukturen zielgerichtet angepasst und eine agilere Kommunikation und Entscheidungsfindung ermöglicht werden können.

4. Routine- und Abrechnungsdaten proaktiv nutzen

Die Möglichkeiten zur Überwachung und Steuerung des Pandemiegeschehens in den Krankenhäusern sollen frühzeitig auf Landesebene genutzt werden. Dazu dienen § 21-Krankenhaus-Routinedaten und Krankenhausfälle, inklusive aller Intensiv- und Beatmungsfälle, gemeinsam mit den Zahlen der Infektionsraten.¹⁶⁴ Anbieter von zur Pandemiebekämpfung neu eingeführten Leistungen wie (Schnell-)Testungen sollen der jeweiligen Abrechnungsstelle künftig von Beginn an vollständige Datensätze zur Abrechnungskontrolle zur Verfügung stellen, um Abrechnungsbetrug und aufwändige retrospektive Prüfungen zu vermeiden.

5. Regelversorgung durch Krisenkommunikation und digitale Transformation gewährleisten

Die Regelversorgung muss insbesondere für die Versorgung chronisch kranker und onkologischer Patientinnen und Patienten besser gewährleistet bleiben.¹⁶⁵ Dafür sollen beispielsweise Hausärztinnen und -ärzte gezielt über Isolations- und Hygienemaßnahmen informieren, um Behandlungsängsten besser begegnen zu können. Videosprechstunden von

¹⁶⁴ Vgl.: Routinedatenanalysen IQM: Effekte der SARS-CoV-2 Pandemie auf die stationäre Versorgung. Eine Analyse der § 21-Routinedaten von 427 Krankenhäusern der Initiative Qualitätsmedizin (IQM) – Datenstand Juni 2021, [Link](#), zuletzt abgerufen am 07.03.2025.

¹⁶⁵ Vgl. u. a. KBV (2022): Ambulante Versorgung in der Corona-Pandemie, [Link](#) (zuletzt abgerufen am 07.03.2025).

Vertragsärztinnen und -ärzten und Vertragspsychotherapeutinnen und -therapeuten sollen fortwährend sukzessive als Regelleistung etabliert sowie alle Praxen und Krankenhäuser mit Videotools ausgestattet werden.¹⁶⁶

6. Versorgung durch Vorhaltung krisenfester Strukturen sicherstellen

Strukturen bleiben einzurichten, um in der Pandemie unverzüglich Versorgungsstrukturen wie Testzelte durch das Technische Hilfswerk aufbauen zu können. Der Einsatz von medizinischem Personal aus dem ambulanten und stationären Bereich ist vorzusehen und geeignete Räumlichkeiten für längerfristige, insbesondere ambulante Versorgungsangebote vorzuhalten. Die Trennung von möglicherweise infizierten und nicht-infizierten Patientinnen und Patienten trägt zu einer kontinuierlichen ambulanten Versorgung aller bei. Die verfügbaren Ressourcen müssen gleich zu Beginn einer pandemischen Entwicklung gebündelt werden. Wenn eine pandemische Bedrohung abzusehen ist, sollen umgehend alle verfügbaren Ressourcen eingesetzt werden, um „vor die Welle“ zu kommen. Das betrifft unter anderem die konkrete Planung und Einrichtung von zentralen medizinischen Vorräten wie Masken, Schutzkleidung und Handschuhen. Die Vorratshaltung von persönlicher Schutzausrüstung muss im stationären und ambulanten Bereich deutlich aufgestockt werden. Die Beschaffung, Vorhaltung und Verteilung an die niedergelassenen Praxen kann über die KV und/oder ärztliche Körperschaften erfolgen. Krankenhäuser sollten zur dezentralen Materialbedarfssicherung beziehungsweise Lagerhaltung verpflichtet werden. Für die Kontaktnachverfolgung durch die Gesundheitsämter wird eine Einrichtung eines flexiblen Pools von Personen in ausreichender Anzahl und passender Qualifizierung am MS empfohlen. Diese müssen unverzüglich mit Computern und Telefonen ausgestattet sowie strukturiert in das Aufgabengebiet eingeführt werden.¹⁶⁷

Um die Funktion zentraler aber teilweise auch dezentraler Versorgungsstrukturen sicherzustellen, sollte Sicherheitspersonal, bei Bedarf anfangs auch durch die Polizei, eingeplant und vorgehalten werden. Zusätzlich sind weitere Fahrzeuge vorzusehen, die im Pandemiefall als Hausbesuchsfahrzeuge eingesetzt werden können, ansonsten üblichen kommunalen Aufgaben dienen. Pandemie-Reservestationen müssen aufgebaut werden. Damit im Pandemiefall gleich zu Beginn die Abläufe bekannt und die Strukturen funktionsfähig sind, empfiehlt es sich, ein Landes-Pandemie-Resilienz-Zentrum einzurichten. Dieses soll Trainings und Simulation von Intensivbehandlungen durchführen und somit zum Aufbau einer personellen Reserve für besondere Belastungen des Gesundheitswesens beitragen.

7. Schutz medizinischen Personals verbessern

Im Falle einer Pandemie ist sofort persönliche Schutzausrüstung in ausreichender Menge an die Arzt- und Psychotherapiepraxen sowie den ärztlichen Bereitschaftsdienst zu verteilen. Entsprechende Strukturen bleiben im Land aufzubauen. Bei chronisch erkrankten Patientinnen und Patienten sollte bei dafür geeigneten Erkrankungen die Diagnostik und die ärztliche Befundung über telemedizinische Anwendungen räumlich und zeitlich getrennt werden, um die Infektionsgefahr des ärztlichen und nicht-ärztlichen Personals zu verringern und zeitliche Ressourcen zu gewinnen.

¹⁶⁶ Ebenda.

¹⁶⁷ Bei der Umsetzung sind auch die Ergebnisse der aktuellen AG Krise der Gesundheitsämter und des MS zu berücksichtigen, um Doppelstrukturen zu vermeiden.

3.4.7 Langzeitpflege

Pflege ist für die Pandemievorsorge ein zentrales Thema. Pflegebedürftige haben ein besonders hohes Schutzbedürfnis. Die Bedingungen, unter denen in der Pandemie Pflegebedürftige begleitet und gepflegt wurden, waren durchweg herausfordernd. Von den knapp 166.000 Menschen, die 2021 in Sachsen-Anhalt Leistungen aus der Pflegeversicherung empfangen haben, lebten etwa 16 Prozent in Pflegeheimen. Der Großteil der Pflegebedürftigen wurde zuhause von Angehörigen gepflegt und nur zum Teil von ambulanten Pflegediensten unterstützt.¹⁶⁸ Der folgende Abschnitt untersucht die Auswirkungen der Maßnahmen zur Bekämpfung der Coronapandemie auf die ambulante und stationäre Langzeitpflege sowie die umstrittene Impfpflicht für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in den Pflegeberufen.

Auswirkungen der Maßnahmen auf die ambulante Pflege

Obwohl die Mehrzahl von pflegebedürftigen Menschen zu Hause gepflegt wird, gibt es wenig gesichertes Wissen zur Situation der häuslichen Pflege während der Pandemie. Belastbare Zahlen liegen weder zur Anzahl der Infizierten, den Schweregraden der Erkrankung, der mit Corona assoziierten Sterblichkeit oder zur Anzahl der infiziert und/oder erkrankten Pflegebedürftigen, die daheim entweder allein durch Angehörige oder in Begleitung eines ambulanten Pflegedienstes betreut wurden, vor. Wie viele Pflegebedürftige ins Krankenhaus eingeliefert wurden, ist ebenfalls nicht bekannt. Auch zum Impfstatus der häuslich Gepflegten, ihrer Angehörigen und der beruflichen Pflegerinnen und Pfleger kann keine belastbare Aussage getroffen werden.¹⁶⁹ Daher basieren die vorliegenden Ausführungen zur ambulanten Pflege in Sachsen-Anhalt während der Coronapandemie mehrheitlich auf Erfahrungsberichten.¹⁷⁰

Aufgrund der zur Bekämpfung der Coronapandemie ergriffenen Maßnahmen konnten wichtige Pflegeleistungen in einem relevanten Ausmaß nicht in Anspruch genommen werden.¹⁷¹ Angebote der Tages-, Nacht-, Kurzzeit- und Verhinderungspflege sowie der Haushaltshilfe wurden insbesondere im ersten Lockdown ausgesetzt.¹⁷² Der Rückgang der Inanspruchnahme der Tagespflege belief sich auf etwa 60 bis 80 Prozent. Die Anbieter verzeichneten trotz Ausgleichszahlungen einschneidende Einbußen.¹⁷³ Hausarztbesuche und therapeutische Angebote wie

¹⁶⁸ Vgl. Statistisches Landesamt Sachsen-Anhalt: Die Datenbank des Statistischen Landesamtes Sachsen-Anhalt. [Link](#) (zuletzt abgerufen am 13.03.2025).

¹⁶⁹ Vgl. Fischer, T. (2023): Home care in Germany during the COVID-19 pandemic: A neglected population? In: Journal of Nursing Scholarship 55, S. 215-225. [Link](#) (zuletzt abgerufen am 13.03.2025).

¹⁷⁰ Ausgewertet wurden Befragungsstudien, mehrheitlich mit beruflichen Pflegerinnen und Pflegern, sowie ein strukturiertes Gespräch der AG Maßnahmen am 17.06.2024 mit Vertretungen des Landesverbandes Hauskrankenpflege Sachsen-Anhalt e.V., das die Befunde aus empirischen Studien weitestgehend bestätigt und durch landestypische Eindrücke ergänzt.

¹⁷¹ Vgl. Horn, V. / Schweppe, C. (2020): Häusliche Altenpflege in Zeiten von Corona. Erste Studienergebnisse. Johannes-Gutenberg-Universität Mainz. [Link](#) (zuletzt abgerufen am 13.03.2025).

¹⁷² Vgl. Eggert, S. et al. (2020): Pflegenden Angehörige in der Covid-19-Krise. Ergebnisse einer bundesweiten Befragung. Zentrum für Qualität in der Pflege. Stiftung ZQP. [Link](#) (zuletzt abgerufen am 13.03.2025); Horn, V. / Schweppe, C. (2020): Häusliche Altenpflege in Zeiten von Corona. Erste Studienergebnisse. Johannes-Gutenberg-Universität Mainz. [Link](#) (zuletzt abgerufen am 13.03.2025); Räker, M. et al. (2021): Pflegerische Versorgung in der ersten Welle der COVID-19-Pandemie. In: Jacobs, K. / Kuhlmei, A. / Greß, S. / Klauber, J. / Schwinger, A. (Hrsg.): Pflege-Report 2021. Sicherstellung der Pflege: Bedarfslagen und Angebotsstrukturen. Berlin, Heidelberg: Springer, S. 35-58. [Link](#) (zuletzt abgerufen am 13.03.2025).

¹⁷³ Vgl. Räker, M. et al. (2021): Pflegerische Versorgung in der ersten Welle der COVID-19-Pandemie. In: Jacobs, K. / Kuhlmei, A. / Greß, S. / Klauber, J. / Schwinger, A. (Hrsg.): Pflege-Report 2021. Sicherstellung der Pflege: Bedarfslagen und Angebotsstrukturen. Berlin, Heidelberg: Springer, S. 35-58. [Link](#) (zuletzt abgerufen am 13.03.2025); Eggert, S. et al. (2020): Pflegenden Angehörige in der Covid-19-Krise. Ergebnisse einer bundesweiten Befragung. Zentrum für Qualität in der Pflege. Stiftung ZQP. [Link](#) (zuletzt abgerufen am 13.03.2025).

Physiotherapie konnten nicht wahrgenommen werden.¹⁷⁴ Auch die Pflegebedürftigen und ihre Angehörigen sagten ihrerseits Pflege- und Unterstützungsleistungen ab, begründet durch die Angst vor einer Ansteckung mit dem Virus.¹⁷⁵ Obwohl zu Beginn der Impfung im Dezember 2020 ältere Menschen priorisiert wurden, mussten die Pflegebedürftigen in der häuslichen Versorgungssituation im Unterschied zu den Pflegeheimbewohnerinnen und -bewohnern entweder die Impfbereitschaft aufsuchen oder ihre Hausärztin beziehungsweise ihren Hausarzt um einen Besuch bitten. Transportangebote zu den Impfbereitschaften waren nicht regelhaft eingerichtet oder vorgesehen.¹⁷⁶

Die ambulanten Dienste waren aufgrund kurzfristig geltender Auflagen und Maßnahmen der Infektionsprävention mit großen organisatorischen Herausforderungen konfrontiert und fühlten sich oftmals nicht ausreichend unterstützt und den Umständen entsprechend beraten beziehungsweise wahrgenommen.¹⁷⁷ Personelle, finanzielle und materielle Ressourcen verknappten sich. Insbesondere zu Beginn der Pandemie kam es zu einer Mangelsituation hinsichtlich der Schutzkleidung. Die Beschaffung von Schutzkleidung stand anfänglich im Vordergrund, wobei Landes- und Bundesebene besser und schneller hätten agieren können.

Die Kommunikation während der Pandemie war durchgehend herausfordernd und wurde von den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der ambulanten Pflegedienste als anstrengend wahrgenommen. Informationen mussten gut aufbereitet an die Trägerinnen und Träger weitergegeben werden. Die Formulierungen seien wenig griffig gewesen, wodurch der Eindruck eines „Föderalismus“ innerhalb von Sachsen-Anhalt, abhängig vom jeweiligen Gesundheitsamt, entstand. Die Coronapandemie habe laut den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern auch positive Effekte gehabt und zum Ausbau der Telematik-Infrastruktur geführt. Die Trägerinnen und Träger hätten schnelle Lösungen entwickelt und wurden dabei durch den Digitalzuschlag unterstützt.

Auswirkungen der Maßnahmen auf die stationäre Langzeitpflege

Während der Coronapandemie lag frühzeitig international überzeugende Evidenz vor, dass die Einatmung des Coronavirus der hauptsächliche Übertragungsweg für die COVID-19-Erkrankung ist. Auch die größere Bedeutung der Aerosole war bald im Vergleich zu den weniger häufigen Tröpfchen, die symptomlose Infizierte beim Atmen und Sprechen ausstoßen, bekannt.¹⁷⁸

¹⁷⁴ Vgl. Eggert, S. et al. (2020): Pflegenden Angehörige in der Covid-19-Krise. Ergebnisse einer bundesweiten Befragung. Zentrum für Qualität in der Pflege. Stiftung ZQP. [Link](#) (zuletzt abgerufen am 13.03.2025); Geyer, J. et al. (2020): Die Lebenssituation von Menschen mit Demenz und pflegenden Angehörigen während der Coronavirus-Pandemie. Eine qualitative Studie. In: Pflege 33, S. 189-197. [Link](#) (zuletzt abgerufen am 13.03.25); Råker, M. / Klauber, J. / Schwinger, A. (2021): Pflegerische Versorgung in der ersten Welle der COVID-19-Pandemie. In: Jacobs, K. / Kuhlmeier, A. / Greß, S. / Klauber, J. / Schwinger, A. (Hrsg.): Pflege-Report 2021. Sicherstellung der Pflege: Bedarfslagen und Angebotsstrukturen. Berlin, Heidelberg: Springer, S. 35-58. [Link](#) (zuletzt abgerufen am 13.03.2025).

¹⁷⁵ Vgl. Büscher, A. et al. (2023): Pflege zu Hause - zwischen Wunsch und Wirklichkeit. Die VdK-Pflegestudie. Abschlussbericht. Sozialverband VdK Deutschland. [Link](#) (zuletzt abgerufen am 13.03.2024).

¹⁷⁶ Vgl. Fischer, T. (2023): Home care in Germany during the COVID-19 pandemic: A neglected population? In: Journal of Nursing Scholarship 55, S. 215-225. [Link](#) (zuletzt abgerufen am 13.03.2025).

¹⁷⁷ Vgl. Wolf-Ostermann, K. et al. (2020): Pflege in Zeiten von Corona: Ergebnisse einer deutschlandweiten Querschnittbefragung von ambulanten Pflegediensten und teilstationären Einrichtungen. In: Pflegezeitschrift 33 (5), S. 277-288. [Link](#) (zuletzt abgerufen am 13.03.2025); Pförtner, T. K. et al. (2021): Pflegerische Versorgung in Zeiten von Corona - Drohender Systemkollaps oder normaler Wahnsinn? 2. wissenschaftliche Studie zu Herausforderungen und Belastungen aus der Sichtweise von Führungskräften. Köln: Institut für Medizinsoziologie, Versorgungsforschung und Rehabilitationswissenschaft (IMVR) der Humanwissenschaftlichen Fakultät und der Medizinischen Fakultät der Universität zu Köln. [Link](#) (zuletzt abgerufen am 13.03.2025). Meißner, T. (2020): Im Hotspot: Corona und die ambulante Pflege. In: Pflegezeitschrift 73 (12), S. 17-19. [Link](#) (zuletzt abgerufen am 13.03.2025).

¹⁷⁸ Vgl. Prather, K. A. et al. (2020): Airborne transmission of SARS-CoV-2. In: Science 370, S. 303-304. [Link](#) (zuletzt abgerufen am 13.03.2025).

Public-Health-Interventionen und soziale Maßnahmen

werden auch als nicht-medikamentöse Interventionen beziehungsweise non-pharmacological interventions (NPI) bezeichnet. Sie umfassen beispielsweise das Schließen von Gemeinschaftseinrichtungen und das Verbot von Veranstaltungen. Ihre Anwendung ist im Infektionsschutzgesetz verankert.

Zu Beginn der Pandemie veröffentlichte das RKI Empfehlungen zur Infektionsprävention und zum -management in Alten- und Pflegeeinrichtungen und Einrichtungen für Menschen mit Beeinträchtigungen und Behinderungen, die im Pandemieverlauf und danach fortgeschrieben wurden.¹⁷⁹ Gerade in frühen Phasen einer Pandemie, in der Impfstoffe noch nicht verfügbar sind, stellen Public-Health-Interventionen und soziale Maßnahmen oft die einzige Maßnahme zum Schutz gegen infektiöse Pathogene dar. Die WHO hat ihre Bedeutung in der *Global Influenza Strategy* betont.¹⁸⁰ Diese zielten in der Coronapandemie auf die Kontrolle des Eindringens des Pathogens in die Einrichtung durch Zugangsregelungen und Besuchsrestriktion, Maßnahmen der Kontaktreduktion wie Abschottung der Bewohnerinnen und Bewohner, Maßnahmen zur Reduktion der Übertragung wie die Nutzung von Atemschutzmasken, intensivierete Oberflächenhygiene, Surveillance und Testinitiativen sowie Maßnahmen der Kontrolle bei Ausbruch wie Kontaktnachverfolgung, Quarantäne und Isolation.¹⁸¹

Um die besonders vulnerablen Bewohnerinnen und Bewohner von Pflegeheimen zu schützen, wurden ab März 2020 in Deutschland wie auch in anderen Ländern die Einrichtungen für Besucherinnen und Besucher geschlossen. Aufgrund ihrer Fürsorgepflicht und den damit verbundenen Haftungsfragen blieb den Heimleitungen und Aufsichtsbehörden in der zunehmenden Pandemie zunächst nur als Mittel, Heime abzuschotten und Binnenaktivitäten weitgehend zu reduzieren.¹⁸² Ziel war es, die Übertragung des Virus durch sozialen Ausschluss von Besucherinnen und Besuchern, Therapeutinnen und Therapeuten sowie Ärztinnen und Ärzte zu verhindern. In dieser Anfangsphase wurde weltweit ein Mangel an Desinfektionsmittel und Schutzkleidung (Kittel, Masken und Handschuhe) beklagt.

Der Grad der Umsetzung der Public-Health-Interventionen und soziale Maßnahmen war abhängig vom regionalen Pandemiegeschehen, variierenden Vorgaben des jeweiligen Bundeslandes oder des örtlichen Gesundheitsamts.¹⁸³ Zum Teil konnten Leitungspersonen in den Pflegeheimen auch einen Ermessensspielraum wahrnehmen, teilweise mit nachträglicher Genehmigung durch das Gesundheitsamt oder in Ermangelung klarer Vorgaben durch das Treffen trägerinterner Regelungen.

¹⁷⁹ Vgl. Robert Koch-Institut (RKI) (2024): Empfehlungen zum Umgang mit SARS-CoV-2 in der Pflege/Betreuung (außerhalb des Krankenhauses). [Link](#) (zuletzt abgerufen am 13.03.2025).

¹⁸⁰ Vgl. World Health Organization (WHO) (2019): Global influenza strategy 2019-2030. Prevent. Control. Prepare. [Link](#) (zuletzt abgerufen am 13.03.2025).

¹⁸¹ Vgl. Arnold, L. et al. (2024): How to protect long-term care facilities from pandemic-like events? - A systematic review on the effectiveness of non-pharmacological measures to prevent viral respiratory infections. In: BMC Infectious Diseases 24(24), S. 589. [Link](#) (zuletzt abgerufen am 13.03.2025).

¹⁸² Vgl. Pantel, J. (2024): Risikogruppen schützen – aber wie? In: Monitor Versorgungsforschung 2024 (4), S. 35.

¹⁸³ Vgl. Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR) (2023): Resilienz im Gesundheitswesen. Wege zur Bewältigung künftiger Krisen. Gutachten. Berlin: MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG. [Link](#) (zuletzt abgerufen am 13.03.2025).

Als die ersten Impfstoffe zugelassen waren, wurden in der Impfperiode ab Ende Dezember 2020 Pflegeheimbewohnerinnen und -bewohner und alte Menschen priorisiert.¹⁸⁴ Das Impfprogramm und die Verfügbarkeit von Antigenschnelltests zur Testung auf Coronavirus-Infektionen führten zu Lockerungen der Public-Health-Interventionen und sozialen Maßnahmen. Während in der ersten Welle der Pandemie diese das Leben der Bewohnerinnen und Bewohner erheblich beeinträchtigten, konnte nunmehr vermehrt darauf geachtet werden, dass Versorgungsstrukturen aufrechterhalten und soziale Isolation verhindert werden konnte. Der Arbeits- und Lebensalltag in den Pflegeheimen war auch nach weitgehender Durchimpfung der Bewohnerinnen und Bewohner von Hygiene-, Schutz- und Testkonzepten geprägt.¹⁸⁵

Es stellt sich die Frage, wie wirksam die ergriffenen Maßnahmen zum Schutz der Pflegeheimbewohnerinnen und -bewohner waren. Eine zufriedenstellende Antwort ist leider nicht möglich. Es fehlt an expliziter Dokumentation, Registern und Kohortenstudien, die die Krankheitsverläufe und Folgen von Pflegebedürftigen erfassen (bspw. positive Testbefunde, Krankenhausaufenthalte beziehungsweise Aufenthalte auf der Intensivstation, die Anzahl der Genesenen und der Verstorbenen). Unklar ist, wie Infektionsketten verliefen, welche unerwünschten Wirkungen die Infektionsschutzmaßnahmen hatten und wie sich die veränderten Arbeitsabläufe in den Pflegeeinrichtungen auf die Gesundheit, die Teilhabe und die Lebenswelt von Pflegeheimbewohnerinnen und -bewohnern auswirkten. Studien legen nahe, dass eine Kombination verschiedener Public-Health-Interventionen und sozialer Maßnahmen und die Händehygiene Bewohnerinnen und Bewohner vor infektionsbedingter Morbidität und Mortalität schützen können.¹⁸⁶ Einige Maßnahmen könnten wirksam sein, die vorliegende Evidenz ist jedoch wenig belastbar. Dazu zählen die freiwillige Isolation der Pflegerinnen und Pfleger mit den Bewohnerinnen und Bewohnern in den Heimen, routinemäßiges Testen der Beteiligten, das Schließen oder Einschränken von Gemeinschaftsräumen, das Essen auf dem Zimmer und die Kohortierung von infizierten und nicht-infizierten Bewohnerinnen und Bewohnern. Für andere Maßnahmen wie Luftfiltersysteme, umfassende Besuchsrestriktionen und das Testen vor dem Eintreten in die Einrichtung liegen keine Daten aus Studien vor.

Untersuchungen deuten darauf hin, dass die Trägerinnen- und Trägerschaft und institutionelle Merkmale der Pflegeheime den Schutz der Bewohnerinnen und Bewohner beeinflussen können. So scheinen bei investorengetragener renditeorientierter Eigentümerschaft von Pflegeheimen höhere Coronavirus-Infektions- und Sterberaten im Vergleich zu Pflegeheimen anderer Betreiber gegeben zu sein.¹⁸⁷ Mehr Einbettzimmer und ein höherer Anteil qualifizierter Pflegefachpersonen haben hingegen einen schützenden Effekt.¹⁸⁸

Bei der Bewertung der Public-Health-Interventionen und sozialen Maßnahmen in Pflegeheimen ist neben der Wirksamkeit auch zu berücksichtigen, dass einige Interventionen mit einer substanziellen Übertretung der individuellen Rechte und Freiheit der besonders verletzlichen Population

¹⁸⁴ Vgl. Bein, M. (2020): Erste Corona-Impfungen in Halberstadt: Pieks für 101-Jährige. Volksstimme, 26.12.2020. [Link](#) (zuletzt abgerufen am 13.03.2025).

¹⁸⁵ Vgl. Kohl, R. et al. (2021): COVID-19-Betroffenheit in der vollstationären Langzeitpflege. In: Jacobs, K. / Kuhlmeier, A. / Greß, S. / Klauber, J. / Schwinger, A. (Hrsg.): Pflege-Report 2021. Sicherstellung der Pflege: Bedarfslagen und Angebotsstrukturen. Berlin, Heidelberg: Springer, S. 3-18. [Link](#) (zuletzt abgerufen am 13.03.2025).

¹⁸⁶ Eine kürzlich veröffentlichte Übersichtsarbeit bewertet die Wirksamkeit von NPI bzw. Public Health Interventionen und soziale Maßnahmen. Vgl. Arnold, L. et al. (2024): How to protect long-term care facilities from pandemic-like events? - A systematic review on the effectiveness of non-pharmacological measures to prevent viral respiratory infections. In: BMC Infectious Diseases 2024 (24), S. 589. [Link](#) (zuletzt abgerufen am 13.03.2025).

¹⁸⁷ Vgl. Evers, J. / Geraedts, M. (2023): COVID-19 risks in private equity nursing homes in Hesse, Germany - a retrospective cohort study. In: BMC Geriatrics 23 (1), hier S. 648. [Link](#) (zuletzt abgerufen am 13.03.2025).

¹⁸⁸ Vgl. Evers, J. / Geraedts, M. (2024): Impact of nursing home characteristics on COVID-19 infections among residents and staff. In: American Journal of Infection Control 52 (1), S. 15-20. [Link](#) (zuletzt abgerufen am 13.03.2025).

einhergehen. Viele Bewohnerinnen und Bewohner dürften ihre letzten Wochen oder Monate auf ihrem Zimmer oder den Innenraum der Einrichtung beschränkt verbracht haben, in Isolation von Familie und Freunden, obwohl sie ohnehin bereits in ihren sozialen Kontakten eingeschränkt und dadurch in besonderem Maße auf Kontaktpflege mit nahestehenden Menschen angewiesen waren.

Pflegeheimbewohnerinnen und -bewohner machen einen großen Anteil an der mit der Coronapandemie einhergehenden Morbidität und Mortalität aus. Schätzungen aus Europa legen für die erste Welle der Pandemie nahe, dass 46 Prozent der Todesfälle in Pflegeheimen lebende Menschen betrafen, obwohl diese nur circa ein Prozent der Gesamtpopulation ausmachen.¹⁸⁹ Im europäischen Vergleich scheint Deutschland eine bessere Bilanz zu haben. Im Mai 2022 betrug der Anteil der Heimbewohnerinnen und -bewohnern an den mit Corona einhergehenden Todesfällen 29 Prozent, in den Niederlanden hingegen 52 Prozent und in Schweden 94 Prozent.¹⁹⁰ Wie viele Bewohnerinnen und Bewohner in der Phase des strengen Besuchsverbotes in Pflegeheimen in Sachsen-Anhalt ohne Begleitung ihrer Angehörigen verstorben sind, ist nicht bekannt. Einrichtungsleitungen betonen jedoch, wie schwierig die Situation von Bewohnerinnen und Bewohnern am Lebensende aufgrund der eingeschränkten Möglichkeit, von den nahestehenden Menschen Abschied zu nehmen, war.¹⁹¹ Diese Vorstellung berührt nicht nur menschlich, sie widerspricht auch fundamental dem pflegerisch-ethischen Selbstverständnis.

Die Einrichtungen waren bei Pandemiebeginn gefordert, umgehend zahlreiche Anpassungen ihrer Organisationsstrukturen und -abläufe vorzunehmen. Zu den alltäglichen Anforderungen der Pflege kamen die Aufgaben des Infektionsschutzes und weitere Anpassungen der Arbeitsabläufe sowie die Aufklärung über präventive Maßnahmen. Erschwerend wirkten dabei pandemiebedingte Personalengpässe wie Quarantänemaßnahmen für Beschäftigte der Pflegeeinrichtungen. Die Bewältigung der Pandemie erforderte von den Heimen ein hohes Maß an Flexibilität und Improvisation.

Zu den unmittelbaren Auswirkungen der Public-Health-Interventionen und sozialen Maßnahmen auf die Bewohnerinnen und Bewohner gehören die reduzierten Kontakte zu Angehörigen, die sich oft auf telefonischen Kontakt beschränkten, selten auf Videotelefonie. Der Lebensraum der Bewohnerinnen und Bewohner beschränkte sich oftmals auf das Zimmer. Nicht nur soziale Kontakte, Bewegung, Gemeinschaftsangebote und Abwechslung, sondern auch bereits vereinbarte Termine mit Haus- sowie Fachärztinnen und -ärzten und Therapeutinnen und Therapeuten sind durch die Public-Health-Interventionen und sozialen Maßnahmen entfallen.^{192/193} Auch die

¹⁸⁹ Vgl. Comas-Herrera, A. et al. (2021): Mortality associated with COVID-19 in care homes: international evidence. International Long Term Care Policy Network. [Link](#) (zuletzt abgerufen am 13.03.2025).

¹⁹⁰ Vgl. European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC) (2022): Surveillance data from public online national reports on COVID-19 in long-term care facilities in the EU/EEA 2021-2023. [Link](#) (zuletzt abgerufen am 13.03.2025).

¹⁹¹ Vgl. Bieber, A. et al. (2022): Entscheidungen treffen in Pandemiezeiten. Eine qualitative Studie zu Perspektiven von Leitungspersonen der stationären Langzeitpflege. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 55 (2), S. 143-149. [Link](#) (zuletzt abgerufen am 13.03.2025).

¹⁹² Diese wurden durch mehrere Befragungsstudien exploriert. Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR) (2023): Resilienz im Gesundheitswesen. Wege zur Bewältigung künftiger Krisen. Gutachten. Berlin: MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG. [Link](#) (zuletzt abgerufen am 13.03.2025).

¹⁹³ Vgl. Räker, M. et al. (2021): Pflegerische Versorgung in der ersten Welle der COVID-19-Pandemie. In: Jacobs, K. / Kuhlmeier, A. / Greß, S. / Klauber, J. / Schwinger, A. (Hrsg.): Pflege-Report 2021. Sicherstellung der Pflege: Bedarfslagen und Angebotsstrukturen. Berlin, Heidelberg: Springer, S. 35-58. [Link](#) (zuletzt abgerufen am 13.03.2025).

Krankenhausaufnahmen von Pflegeheimbewohnerinnen und -bewohnern sanken in der ersten Pandemiewelle im Vergleich zu den Vorjahren um ein Drittel.¹⁹⁴

Untersuchungen legen nahe, dass die Bewohnerinnen und Bewohner mehrheitlich die Besuchsverbote zunächst akzeptierten und gelassen mit der Situation umgingen, wobei vor allem kognitiv nicht eingeschränkte Bewohnerinnen und Bewohner Angst vor einer Infektion äußerten. Mit der Zeit jedoch waren vermehrt Gefühle von „Eingesperrt-Sein“, Einsamkeit, Traurigkeit und Depressivität wahrnehmbar. Angehörige äußerten ferner, deutliche negative Veränderungen des körperlichen, geistigen und psychischen Zustandes beobachtet zu haben.¹⁹⁵ Bei Bewohnerinnen und Bewohnern mit gerontopsychiatrischen Symptomen wurde eine Zunahme von Unruhe und Aggression beobachtet sowie eine Abnahme der kognitiven und körperlichen Fähigkeiten.¹⁹⁶ Die Einrichtungen versuchten mit Kreativität die fehlenden Besuche zu kompensieren. Dazu zählen häufigere Gartenbesuche, Einzelgespräche, Handmassagen, Lösungen für Raucherinnen und Raucher und Musikantinnen und Musikanten im Garten zu Ostern und Pfingsten.¹⁹⁷ Gleichzeitig fühlten sich Angehörige oft ausgeschlossen und nicht ausreichend über die Situation ihrer nahestehenden Person im Pflegeheim informiert.¹⁹⁸

Neben den Bewohnerinnen und den Bewohnern waren auch die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Pflegeheime von der Coronapandemie und den ergriffenen Maßnahmen betroffen. Die Angst vor eigener Ansteckung, aber vor allem vor einer Verbreitung des Virus in der Einrichtung war groß. Das verpflichtende Tragen einer FFP2-Maske (ab dem 1. Oktober 2022 bis zum 7. April 2023) über die gesamte Schicht hinweg konnte zur körperlichen Anstrengung für die Pflegerinnen und Pfleger werden. Es gibt jedoch auch Hinweise aus Befragungen, dass die Situation für Pflegerinnen und Pfleger gleichzeitig angenehm sein konnte. Seitens der Leitung wurden den Mitarbeitenden Aufgaben abgenommen, die Kontaktverbote und Aufnahmestopps ließen eine Konzentration auf die Pflege und Versorgung der Bewohnerinnen und Bewohner zu. Leitungsverantwortliche hatten hingegen eine erhebliche Mehrarbeit zu bewältigen.¹⁹⁹ Die Zeit der strengen Bestimmungen wurde von allen als besonders belastend empfunden (Ende März bis Ende April 2020). Im März 2022 waren über fünf Mal so viele Pflegefachpersonen arbeitsunfähig wie im gleichen Monat im Jahr 2020.²⁰⁰ Um die Versorgung der Bewohnerinnen und Bewohner sicherstellen

¹⁹⁴ Gemäß der AOK-Abrechnungsdaten und Vgl. Kohl, R. et al. (2021): COVID-19-Betroffenheit in der vollstationären Langzeitpflege. In: Jacobs, K. / Kuhlmeier, A. / Greß, S. / Klauber, J. / Schwinger, A. (Hrsg.): Pflege-Report 2021. Sicherstellung der Pflege: Bedarfslagen und Angebotsstrukturen. Berlin, Heidelberg: Springer, S. 3-18. [Link](#) (zuletzt abgerufen am 13.03.2025).

¹⁹⁵ Vgl. Räker, M. et al. (2021): Pflegerische Versorgung in der ersten Welle der COVID-19-Pandemie. In: Jacobs, K. / Kuhlmeier, A. / Greß, S. / Klauber, J. / Schwinger, A. (Hrsg.): Pflege-Report 2021. Sicherstellung der Pflege: Bedarfslagen und Angebotsstrukturen. Berlin, Heidelberg: Springer, S. 35-58. [Link](#) (zuletzt abgerufen am 13.03.2025).

¹⁹⁶ Vgl. McArthur, C. et al. (2021): Evaluating the effect of COVID-19 pandemic lockdown on long-term care residents' mental health: A data-driven approach in New Brunswick. In: Journal of the American Medical Directors Association 22 (1), S. 187-192. [Link](#) (zuletzt abgerufen am 13.03.2025); Dinand, C. et al. (2024): On behalf of the HEICO study group. Relatives' and stakeholders' perspectives on pandemic-related visiting restrictions for nursing home residents and their relatives – a qualitative interview study. Submitted for publication.

¹⁹⁷ Vgl. Bieber, A. et al. (2021): Licht- und Schattenseiten der stationären Altenpflege während der Coronapandemie: Implikationen für Politik und Gesellschaft. In: Mai, M (Hrsg.): Die Pflege und die Coronapandemie in Deutschland. Kohlhammer, S. 26-47.

¹⁹⁸ Vgl. Dinand, C. et al. (2024): On behalf of the HEICO study group. Relatives' and stakeholders' perspectives on pandemic-related visiting restrictions for nursing home residents and their relatives – a qualitative interview study. Submitted for publication.

¹⁹⁹ Vgl. Bieber, A. et al. (2022): Entscheidungen treffen in Pandemiezeiten. Eine qualitative Studie zu Perspektiven von Leitungspersonen der stationären Langzeitpflege. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 55 (2), S. 143-149. [Link](#) (zuletzt abgerufen am 13.03.2025).

²⁰⁰ Der Pflegereport der Barmer Krankenkasse beziffert die Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen je 10.000 Pflegefachkräfte für den März 2022 mit 189, im März 2020 waren es 34 je 10.000. Vgl. Rothgang, H. / Müller, R. (2022): Barmer Pflegereport 2022. Stationäre Versorgung und COVID-19. Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse – Band 38. [Link](#) (zuletzt abgerufen am 13.03.2025).

zu können, wurde eine Task-Force im MS eingerichtet und über Aufrufe an die Bevölkerung und über die Bundeswehr personelle Unterstützung gesucht.

Auswirkung der COVID-19-Impfungen und der einrichtungsbezogenen Impfpflicht

Wie auch bereits vom Sachverständigenausschuss nach § 5 Abs. 9 IfSG festgestellt, kann mit den im Rahmen der Kommission zur Verfügung stehenden Mitteln die Wirksamkeit der Impfung als Maßnahme zur Bekämpfung des Coronavirus aufgrund der Komplexität der Fragestellung nicht beurteilt werden.²⁰¹ Für die kontinuierliche Überprüfung von Impfempfehlungen ist die STIKO zuständig. Da die Bundesländer bei der Umsetzung der einrichtungsbezogenen Impfpflicht allerdings einen gewissen Spielraum hatten, ist sie Teil dieses Abschnittes.

Pflegebedürftige Menschen haben aufgrund ihrer Vulnerabilität ein besonders hohes Schutzbedürfnis. Mit der COVID-19-Impfung konnten schwere Krankheitsverläufe und Todesfälle insbesondere bei älteren Menschen verringert werden.²⁰² In den ersten beiden Pandemiewellen bestand eine starke Assoziation zwischen Ausbrüchen in Pflegeheimen und den registrierten positiven Coronavirus-Befunden in der Allgemeinbevölkerung. Diese war nach Beginn des Impfprogrammes nicht mehr gegeben. Der Median der Coronafälle pro Ausbruch sank einer Analyse deutscher Daten zu Folge im Zeitraum März bis Dezember 2020 von 21 auf acht im Zeitraum April 2021 bis Dezember 2021. Die verstorbenen Fälle von Bewohnerinnen und Bewohner gingen von 21,1 auf 13,6 Prozent zurück.²⁰³

Durch die Impfung sinkt die Wahrscheinlichkeit einer Infektion und eines schweren Verlaufes einer Corona-Infektion. Eine COVID-19-Impfung kann eine erneute Infektion und Virusausscheidung nach einer Infektion sowie die Weitergabe des Virus von Mensch zu Mensch nicht vollständig verhindern.²⁰⁴ Da Pflege eine körpernahe Tätigkeit ist, gehören Pflegerinnen und Pfleger grundsätzlich zu einer Risikogruppe für übertragbare Erkrankungen. Während der Pandemie wurden infizierte Pflegerinnen und Pfleger mit keinen oder wenig Symptomen als Hauptüberträgerinnen und -überträger von Coronavirus-Infektionen angenommen.²⁰⁵ Daher erließ der Bundestag im Dezember 2021 die einrichtungsbezogene Impfpflicht im Rahmen des IfSG für Beschäftigte in Kliniken, Pflegeheimen, ambulanten Pflegediensten und ähnlichen Einrichtungen. Berufsangehörige in den genannten Settings mussten bis zum 15. März 2022 nachweisen, dass sie sich einer

²⁰¹ Vgl. Sachverständigenausschuss nach § 5 Absatz 9 IfSG (2022): Evaluation der Rechtsgrundlagen und Maßnahmen der Pandemiepolitik. [Link](#) (zuletzt abgerufen am 13.03.2025).

²⁰² Vgl. Meslé, M.M.I. et al. (2023): WHO European Respiratory Surveillance Network. Estimated number of lives directly saved by COVID-19 vaccination programmes in the WHO European Region from December, 2020, to March, 2023: a retrospective surveillance study. In: The Lancet Respiratory Medicine 2024, WHO European Respiratory Surveillance Network., S. 2213-2600. [Link](#) (zuletzt abgerufen am 13.03.2025); Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention (KRINKO) (2023): Ergänzung der KRINKO-Empfehlung „Impfungen von Personal in medizinischen Einrichtungen in Deutschland: Empfehlung zur Umsetzung der gesetzlichen Regelung in § 23a Infektionsschutzgesetz“ zur COVID-19-Impfung. In: Epidemiological Bulletin 2023 (6), S. 14-17. [Link](#) (zuletzt abgerufen am 13.03.2025).

²⁰³ Vgl. Said, D. et al. (2022): SARS-CoV-2 outbreaks in care homes for the elderly and disabled in Germany—a comparative epidemiological analysis of the periods before and after the beginning of the vaccination campaign. In: Deutsches Ärzteblatt 119, S. 27-28. [Link](#) (zuletzt abgerufen am 13.03.2025).

²⁰⁴ Vgl. Hsu, L. et al. (2021): COVID-19 Breakthrough Infections and Transmission Risk: Real-World Data Analyses from Germany's Largest Public Health Department (Cologne). In: Vaccines 9 (11): S. 1267. [Link](#) (zuletzt abgerufen am 13.03.2025).

²⁰⁵ Vgl. McGarry, B.E. et al. (2023): Covid-19 Surveillance Testing and Resident Outcomes in Nursing Homes. In: New England Journal of Medicine 388 (12), S. 1101-1110. [Link](#) (zuletzt abgerufen am 13.03.2025).

Impfung unterzogen hatten. Konnte der Nachweis nicht erbracht werden, konnte ein Betretungsverbot ausgesprochen werden, was einem Tätigkeitsverbot gleichkam.

Bei der Einschätzung der Impfpflicht ist zu berücksichtigen, dass für Pflegerinnen und Pfleger grundsätzlich besondere Schutzmaßnahmen zur Senkung des Infektionsrisikos, schwerer Krankheitsverläufe und Langzeitfolgen geboten sind. Der Schutz der Pflegerinnen und Pfleger verringert gleichzeitig längerdauernde Fehlzeiten und Personalknappheit und hat damit Auswirkung auf die Pflegesituation.²⁰⁶ Im Gegenzug müssen bei Impfprogrammen jedoch auch Impfreaktionen, die zum Personalausfall führen konnten²⁰⁷, sowie Komplikationen berücksichtigt werden.²⁰⁸

Der Schutz pflegebedürftiger Personen vor einer Ansteckung durch nicht geimpftes Personal ist das entscheidende Argument für die Einführung der Impfpflicht gewesen. Das BVerfG hat mit einem Beschluss vom 27. April 2022 die einrichtungsbezogene Impfpflicht für rechtens erklärt. Das BVerfG stellte am 29. Januar 2025 neuerlich die Verfassungsmäßigkeit der Impfpflicht nach § 20a IfSG fest. Der BVerfG-Beschluss ist die Antwort auf eine Vorlage des Verwaltungsgerichtes Osnabrück.²⁰⁹ Die Richtervorlage wurde vom BVerfG als unzulässig erachtet. Der Gesetzgeber hätte sich auf wissenschaftliche Einschätzungen gestützt, die von einem relativen Fremdschutz durch die Impfung ausgingen, auch wenn spätere Erkenntnisse gezeigt hätten, dass der Schutz gegen die Omikron-Variante geringer war.²¹⁰

Es stellt sich die Frage, ob die einrichtungsbezogene Impfpflicht dazu geführt hat, dass mehr Menschen geimpft wurden. Aus den USA liegen Hinweise vor, dass einrichtungsbezogene Impfverpflichtungen zur Steigerung der Coronaimpfraten führten und keine Personalengpässe nach sich zogen.²¹¹ Ob dieser Befund auch auf Deutschland übertragbar ist, erscheint zweifelhaft, da die Impfraten bei Inkrafttreten der Verpflichtung in den US-amerikanischen Staaten nicht vergleichbar waren und sich vor allem zwischen den Staaten unterschieden haben. Für Sachsen-Anhalt ist der exakte Anteil der Beschäftigten von Pflegeheimen mit gültigem Impfbefreiungszertifikat am Tag des Inkrafttretens des Gesetzes nicht bekannt. Laut Medienbericht bezifferte das MS den Anteil von Pflegerinnen und Pflegern mit gültigem Impfbefreiungszertifikat am 11. Februar 2022 auf 85 Prozent.²¹²

Bei der Umsetzung der einrichtungsbezogenen Impfpflicht scheint im Land ein Spielraum genutzt worden zu sein, da laut persönlicher Auskunft bis zum Ende des Geltungszeitraums (31. Dezember 2022) keine Betretungsverbote ausgesprochen wurden.²¹³ Dennoch hat die einrichtungsbezogene Impfverpflichtung auch in Sachsen-Anhalt zu Kontroversen und Unmutsbekundungen

²⁰⁶ Vgl. Karagiannidis, C. et al. (2021): COVID-19-Pandemie: Pflegende deutlich häufiger krank. In: Deutsches Ärzteblatt 118, S. 27-28. [Link](#) (zuletzt abgerufen am 13.03.2025).

²⁰⁷ Vgl. Ziemann, M. / Siegfried, G. (2021): Arbeitsunfähigkeit nach Coronaimpfung bei medizinischem Personal. In: Deutsches Ärzteblatt International 118, S. 298-299. [Link](#) (zuletzt abgerufen am 13.03.2025).

²⁰⁸ Vgl. Gießelmann, K. / Martin, M. (2022): Post-Vac-Syndrom: Seltene Folgen nach Impfung. In: Deutsches Ärzteblatt 119 (19), S. 862-867. [Link](#) (zuletzt abgerufen am 13.03.2025).

²⁰⁹ Hintergrund ist ein Klageverfahren vor dem Verwaltungsgericht Osnabrück. Dort wurde der Fall einer Pflegehelferin verhandelt, für die ein Betretungs- und Tätigkeitsverbot aufgrund fehlender Impfung ausgesprochen wurde. Das Gericht entschied, das Klageverfahren auszusetzen und das Verfahren in die Zuständigkeit des Bundesverfassungsgerichts zu geben.

²¹⁰ Bundesverfassungsgericht (2025): Beschluss vom 29. Januar 2025, ob § 20a IfSG in der Fassung vom 18. März 2022 (Bundesgesetzblatt I Seite 466) mit Artikel 2 Absatz 2 Satz 1 und Artikel 12 Absatz 1 des Grundgesetzes im Zeitraum vom 7. November 2022 bis 31. Dezember 2022 vereinbar gewesen ist. [Link](#) (zuletzt abgerufen am 20.02.2025).

²¹¹ Vgl. McGarry, B.E. et al. (2023): Covid-19 Surveillance Testing and Resident Outcomes in Nursing Homes. In: New England Journal of Medicine 388 (12), S. 1101-1110. [Link](#) (zuletzt abgerufen am 13.03.2025).

²¹² Vgl. Mitteldeutsche Zeitung (2022): Fragen und Antworten: So setzt Sachsen-Anhalt die Impfpflicht in der Pflege um. [Link](#) (zuletzt abgerufen am 13.03.2025).

²¹³ Vgl. Interviews mit verschiedenen Expertinnen und Experten im Rahmen der AG Maßnahmen (siehe [Anhang 5.2.](#)).

geführt.²¹⁴ Zu Beginn der Pandemie sei ein Miteinander und ein Besinnen auf den Beruf zu verzeichnen gewesen, das durch die einrichtungsbezogene Impfpflicht nachhaltig beschädigt worden sei. Vertrauen sei verloren gegangen und Zukunftsängste seien geschürt worden. Kritisiert wurde auch die Kommunikation und der bürokratische Aufwand durch die Erfassungspflicht des Impfstatus der Beschäftigten.²¹⁵ Daten dazu, wie viele Pflegerinnen und Pfleger in Sachsen-Anhalt den Beruf in Folge der Pandemie verlassen haben, liegen nicht vor.

Handlungsempfehlungen zum Pflegebereich

1. Daten- und Studienlage verbessern

Als Voraussetzung für ein evidenzbasiertes, ethisch verantwortliches und koordiniertes Handeln ist zukünftig eine bessere Datenbasis zu schaffen. Repräsentative infektionsepidemiologische Studien wären die Grundlage für gezielte Präventionsmaßnahmen gewesen. Eine bessere Datenbasis erlaubt eine bessere Steuerung und Beschreibung des Pandemiegeschehens beziehungsweise der Auswirkungen von Public-Health-Interventionen und sozialen und anderen Maßnahmen sowie die Möglichkeit, im Verlauf der Pandemie Modelle bei gleichzeitiger Evaluation zu testen. Analysen von Routinedaten wie Abrechnungsdaten oder Befragungsstudien, die versuchen das Durchlebte und die Auswirkungen zu rekonstruieren, sind kein Ersatz für prospektive studienprotokollgestützte Erhebungen innerhalb der Pandemie. Der Bedarf an Forschung zu Public-Health- Interventionen und sozialen Maßnahmen ist offenbar und wurde international erkannt. Aus der bestehenden Unsicherheit über ihre Wirksamkeit und der Erkenntnis, dass ihre Anwendung zahlreiche unerwünschte Wirkungen haben, wurde „Public Health and Social Measures-Initiative“ der WHO eingerichtet.²¹⁶

Jedoch sollte auch die Landesregierung handeln und zukünftig in einer Krise entsprechende Forschung mit den Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftlern im Land initiieren, so wie es beispielsweise in den Niederlanden der Fall war.²¹⁷ Grundsätzlich sollten Public-Health-Interventionen und soziale Maßnahmen immer mit angemessenen Gegenmaßnahmen einhergehen und die unerwünschten Folgen eindämmen. Sorgfältige Abwägungsprozesse der Verhältnismäßigkeit sind unerlässlich und gerade der Lockdown der Pflegeheime wirft Fragen zu dem Nutzen-Schaden-Verhältnis der Pandemiekontrollmaßnahmen auf. Dabei sind in Sachsen-Anhalt die Verordnungen zu Besuchsrestriktion im Ländervergleich weniger streng ausgefallen.²¹⁸

Gemessen an der zahlenmäßigen Bedeutung der Langzeitpflege in der Häuslichkeit ist der Mangel an aussagekräftigen Daten zur Beschreibung des pandemischen Geschehens und der Auswirkungen der Infektionskontrollmaßnahmen inakzeptabel. Um zukünftige

²¹⁴ Vgl. Tagesschau (2022): Umsetzung der Impfpflicht sorgt für Unmut. [Link](#) (zuletzt abgerufen am 13.03.2025).

²¹⁵ Vgl. Mitteldeutsche Zeitung (2022): Viel Papierkram für die Tonne“ - Kritik an Corona-Impfpflicht in Sachsen-Anhalt wächst. [Link](#) (zuletzt abgerufen am 13.03.2025).

²¹⁶ Vgl. World Health Organization (WHO) (2024): Public health and social measures during health emergencies. [Link](#) (zuletzt abgerufen am 13.03.2025).

²¹⁷ Vgl. Koopmans, R. T.C. M. et al. (2022): Reopening the doors of Dutch nursing homes during the COVID-19 crisis: results of an in-depth monitoring. In: *International Psychogeriatrics* 34 (4), S. 391-398. [Link](#) (zuletzt abgerufen am 13.03.2025).

²¹⁸ Vgl. Gangnus, A. et al. (2023): Soziale Teilhabe in Pflegeheimen mit Covid-19-Schutzmaßnahmen in der zweiten Pandemiewelle? In: *Pflegezeitschrift* 36 (3), S. 168-178. [Link](#) (zuletzt abgerufen am 13.03.2025) und vgl. Iris Reus (2024): Expertise externer Sachverständiger für die Regierungskommission „Pandemievorsorge“ des Landes Sachsen-Anhalt: „Mit Maß und Mitte“? Vergleichende Analyse der Regelungen in ausgewählten Politikbereichen während der COVID-19 Pandemie 2020-2022. [Link](#) (zuletzt abgerufen am 13.03.2025).

Pandemien besser steuern zu können, sind Studienprotokolle für die Surveillance zu entwickeln, die im Bedarfsfall aktivierbar sind.

2. Unterstützungsangebote zielgerichtet ausbauen

Der Situation der pflegenden Angehörigen, dem Erhalt ihrer Pflegeressourcen und – falls zutreffend – ihrer Arbeitsfähigkeit muss ausreichende Priorität eingeräumt werden. Angebote wie Tages-, Nacht-, Kurzzeit- und Verhinderungspflege sowie die Haushaltshilfe, die die häusliche Pflegesituation entlastet, sind ein zentraler Bestandteil der Stabilisierung häuslicher Pflegearrangements. Ihre Aufrechterhaltung auch in einer Pandemie muss ein vordringliches Ziel sein. Bei Impfprogrammen in Pandemien müssen niedrighschwellige Lösungen für die in der Häuslichkeit gepflegten Menschen und ihre Bezugspersonen entwickelt werden. Im Hinblick auf den prekären Mangel an Schutzkleidung zu Beginn der Pandemie stellen sich Herausforderungen, denen durch vorausschauende Bevorratung begegnet werden muss. Die häuslichen Pflegedienste sollen ferner durch gut verständliche Informationen unterstützt werden, die in Verordnungen erläutert werden.

3. Resilienz der Pflegeheime stärken

Es sollte eine vertiefte Auseinandersetzung mit den Organisationsmerkmalen und der Ausstattung, die Qualität und Ergebnisse bedingen, erfolgen. Einbettzimmer, bessere Personalausstattung sowie ein flexibler Personalpool für Notsituationen sind wichtige Aspekte. Die Abhängigkeit der Qualität der Pflege von der Art der Eigentümerschaft ist ein bedenklicher Befund, der weitergehende Beachtung benötigt. Eine Bevorratung mit ausreichender Schutzkleidung, Konzepte für die soziale und organisatorische Gestaltung von Pandemiesituationen, die alle Akteurinnen, Akteure und Strukturen innerhalb und außerhalb des Heimes berücksichtigen, sind zur besseren Pandemievorbereitung notwendig. Ein Beispiel sind Wohnkonzepte, innerhalb derer Bewohnerinnen und Bewohner temporär aus- oder umziehen können sowie das Angebot an Angehörige, temporär ins Heim einzuziehen. Darüber hinaus bedarf es Konzepte, durch die Kontakte, auch kultureller Art, in Präsenz und mittels Technik ermöglicht werden. Die Präferenzen der Bewohnerinnen und Bewohner bleiben dabei zu berücksichtigen.

4. Aufarbeitung der einrichtungsbezogenen Impfpflicht auf Bundesebene anstoßen

Die Regierungskommission kann keine seriöse wissenschaftsbasierte Aufarbeitung aller Aspekte der einrichtungsbezogenen Impfpflicht leisten. Ihre Rechtmäßigkeit wird aktuell erneut vom BVerfG geprüft.²¹⁹ Dass die einrichtungsbezogene Impfpflicht zu Unmut und Vertrauensverlust in politische Entscheidungsprozesse geführt hat, ist offensichtlich. Wie schwer die Kollateraleffekte wiegen, ob diese schon im Vorfeld hätten antizipiert werden können und ob die einrichtungsbezogene Impfpflicht zu weniger Infektionen bei Beschäftigten, Bewohnerinnen und Bewohnern geführt hat, wie in der Politik und den Medien über die einrichtungsbezogene Impfpflicht und ihre Legitimation kommuniziert wurde, muss grundlegenden aufgearbeitet werden. Dies sollte unter Berücksichtigung pflegewissenschaftlicher, sozialwissenschaftlicher, juristischer, infektiologischer, epidemiologischer, ethischer, politikwissenschaftlicher, medienwissenschaftlicher und weiterer Aspekte geschehen. Eine umfassende Aufarbeitung ist auch im Hinblick auf die Vorbereitung ähnlicher

²¹⁹ Vgl. taz (2024): Corona-Impfpflicht vor Gericht. Juristische Unschärfe einer Seuche. [Link](#) (zuletzt abgerufen am 13.03.2024).

Entscheidungen in künftigen Pandemien bedeutsam und kann der öffentlichen Aussprache im Land dienen.

3.4.8 Übergreifende Handlungsempfehlungen zu Maßnahmen

1. Bundesweite Aufarbeitung anstoßen

Die Landesregierung sollte sich für eine zeitnahe bundesweite systematische Aufarbeitung der Coronapandemie und der ergriffenen Maßnahmen einsetzen. Da die meisten Maßnahmen durch die Bundesregierung beziehungsweise auf der Bundesebene vorgegeben waren, gab es in den Ländern nur bedingt Handlungsspielräume. Eine bundesweite Aufbereitung sollte den Auftrag an alle Länder beinhalten, landespezifische Umsetzungen zu analysieren. Analysekriterien könnten beispielsweise der Umgang bei Verstößen gegen das IfSG oder die Durchsetzung von Beschäftigungsverboten bei einrichtungsbezogener Impfverpflichtung sein. Außerdem könnten Auffälligkeiten im Pandemiegeschehen wie überdurchschnittlich hohe registrierte Infektionszahlen, erhebliche Variation im Infektionsgeschehen, auffällige Übersterblichkeit im Land, ausgeprägte gesellschaftliche Unmutsbekundungen sowie der (Nicht-)Einbezug von Perspektiven bei Entscheidungen untersucht werden. Der Ländervergleich ermöglicht föderales Lernen und Teilen von „Gute-Praxis-Strategien“.

Der Katalog der Fragestellungen der bundesweiten Aufarbeitung könnte in einem Bürgerinnen- und Bürgerrat mit Beteiligung von Expertinnen und Experten aus den unterschiedlichen zivilgesellschaftlichen und wissenschaftlichen Bereichen vorbereitet werden. Diese Aufarbeitung kann nicht ressourcenfrei erfolgen. Durch Drittmittel finanzierte Aufträge an Forschungseinrichtungen sind vorzusehen, ausreichend Zeit ist zuzubilligen.

2. Entscheidungen und Steuerung durch aussagekräftigere Daten verbessern

Das routinemäßig registrierte Infektionsgeschehen ist ungeeignet für die Bestimmung der Qualität und Wirksamkeit der Maßnahmen, da keine protokollgestützte systematische Testung und Erhebung der Infektionen mit standardisierten Methoden zugrunde liegt. Stattdessen handelt es sich um eine fehleranfällige Alltagserhebung, die vielen Störfaktoren ausgesetzt war.

Für die bessere Steuerung zukünftiger Pandemien beziehungsweise vergleichbarer Krisen sind systematische Erhebungen aussagekräftiger Daten in allen Bereichen zu planen, in denen Maßnahmen implementiert beziehungsweise angeordnet werden. Diese Daten müssen die Auswirkungen und Kollateraleffekte der Pandemie- beziehungsweise Krisenkontrollmaßnahmen abbilden, nicht nur das Infektionsgeschehen, infektionsbezogene Kennzahlen und die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistung und -einrichtungen.

Die Datenerhebungsprotokolle sind systematisch unter der Maßgabe, eine bessere Steuerung und Koordination sowie Beurteilung der Auswirkungen der Maßnahmen zu ermöglichen, zu entwickeln. Die Protokolle sollten im Rahmen der Vorbereitung auf Pandemien und Krisen erstellt und auf Machbarkeit überprüft werden, sodass sie im Ernstfall aktivierbar sind.

Alle Maßnahmen müssen evidenzbasiert, notwendig, plausibel, hinreichend bestimmt und angemessen sein. Interdependenzen der Maßnahmen müssen dringend beachtet werden. Eine Maßnahme in einem Bereich hatte fast immer Auswirkungen auf andere Bereiche. Diese Auswirkungen müssen antizipiert werden. Beispielsweise beeinflussen Schulschließungen die Arbeitsfähigkeit von Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern. Darauf müssen Arbeitgeberinnen und Arbeitgeber reagieren.

3. Wissenschaftliche Politikberatung neu organisieren

Politikberatung durch einen Expertinnen- und Expertenrat unabhängiger Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler in einer Pandemie oder einer Krise soll eine ausgewogene Expertise abbilden. Dabei soll ein guter Einblick in die Hauptzielgruppen der Pandemiemaßnahmen und alle relevanten gesellschaftlichen Bereiche gegeben sein. Beispielsweise fehlte in der Sachverständigengruppe die Pflegewissenschaft als Bezugsdisziplin, obwohl in der Langzeitpflege die besonders für schwere Krankheitsverläufe anfälligen hochaltrigen Menschen begleitet wurden. Nicht nur Expertinnen und Experten sind in den Entscheidungsprozess einzubeziehen, sondern auch diejenigen, die direkt von den Maßnahmen betroffen sind, wie beispielsweise Schülerinnen und Schüler. Ihre Perspektiven und Erfahrungen bieten Einblicke und tragen zu einer ausgewogeneren Entscheidungsfindung bei.

An der Arbeitsweise der bundesweit installierten Beratungsgremien, die während der Coronapandemie tätig waren, wurde einschlägige Kritik geübt. Insbesondere die Zusammensetzung der Gremien, die fehlende Abgrenzung der wissenschaftlichen Politikberatung von der politischen Entscheidungsfindung sowie die fehlende Transparenz der Arbeitsweise, des methodischen Vorgehens und der Arbeitsergebnisse werden bemängelt. Auch das nach außen repräsentierte Gruppendenken der Expertinnen und Experten ohne Offenlegen der unterschiedlichen Perspektiven und Meinungen wurde einschlägig kritisiert.

Auf Landesebene ist positiv hervorzuheben, dass sich die Landesregierung zusätzlich zu den offiziellen Schaltkonferenzen wissenschaftliche Expertise eingeholt hat und durch die Lageberichte des Pandemiestabs über die Anliegen von Zielgruppen informiert wurde. Der empfohlene Expertinnen- und Expertenrat institutionalisiert das Einholen wissenschaftlicher Expertise verbindlich und macht es somit unabhängiger von Einzelpersonen.

Die Erfahrungen der Pandemie sollten Anlass für jedes neu initiierte Gremium der Gesundheitspolitikberatung in Krisen und außerhalb von Krisen sein, über die Anforderungen an wissenschaftliche Politikberatung nachzudenken. Zu Beginn der Aufnahme der Tätigkeit bleibt ein methodisches Vorgehen zu konsentieren. Die Arbeitsgrundlage muss in jedem Fall eine systematisch aufbereitete Evidenzsynthese mitsamt Bewertung der Vertrauenswürdigkeit und Aussagekraft der Evidenz, Darlegung von Unsicherheit und Grenzen der Wissenschaft sowie Offenlegung von Forschungsbedarfen sein. Aus Großbritannien kam kürzlich die aussichtsreiche Empfehlung des „UK COVID-19 Inquiry“, sogenannte „Red Teams“ zu installieren. Gemeint ist damit die verbindliche und strukturierte Einbeziehung konträrer Beurteilungen der wissenschaftlichen Beweislage und die Darstellung der gesamten Breite der Entscheidungsmöglichkeiten mit allen Vor- und Nachteilen und Unsicherheiten des wissenschaftlichen Beweises.

4. Einbeziehung und Partizipation der Zielgruppen verbessern

Die Adressatinnen und Adressaten von Entscheidungen und Vorgaben sollen bei zukünftigen, der Coronapandemie vergleichbaren Ausnahmesituationen soweit wie möglich konsequent einbezogen werden und bei Entscheidungen möglichst Mitwirkungerecht haben. Dabei reicht es nicht aus, lediglich Informationen weiterzugeben, sondern echte Teilhabe zu ermöglichen. Mit ihrer fachspezifischen Expertise können die Verantwortlichen wie Schulleitungen, Schülerinnen und Schülern, Eltern, Unternehmen und Leitungen von Pflegeeinrichtungen bewerten, inwieweit Verfügungen in die Praxis umgesetzt werden können. Gegebenenfalls

können sie Alternativlösungen entwickeln und ihre Bedarfe wie Unterstützung bei der Maskenbeschaffung direkt einbringen. Unterschiede, die verordnungsseitig für ähnliche Berufsgruppen vorgenommen wurden, ließen sich vermeiden – dass beispielsweise Podologinnen und Podologen in Alten- und Pflegeheimen ihren Beruf ausüben durften, Fußpflege und Kosmetik des gleichen Handwerkes jedoch nicht. Außerdem ließen sich Unsicherheiten wie über die Gültigkeit von Fortbildungen zum Testen verringern. So wird die Qualität der Entscheidungen verbessert und ihre Akzeptanz gesteigert.

Die Kurzfristigkeit von Anordnungen und die mangelnde Möglichkeit, direkte Nachfragen stellen zu können, wurde in den Anhörungen der AG Maßnahmen kritisiert. Beispielsweise wurde von Vertreterinnen und Vertretern eines Landesverbandes der Pflege angeregt, eine Telefonbereitschaft beim MS einzurichten. Diese könnte zum Beispiel auch nur Anfragen sammeln und kurzfristig beantworten. Zur besseren Vorbereitung auf Pandemien wurde gewünscht, eine Vernetzung zwischen Akteurinnen und Akteuren, die Krisenerfahrung gemacht haben – zum Beispiel Pflegeeinrichtungen aus dem Ahrtal – zu fördern, um Lernmöglichkeiten zu ermöglichen.

5. Zuständigkeit bündeln

In den Gesprächen der AG Maßnahmen mit Expertinnen und Experten, die direkt in die Umsetzung von Maßnahmen involviert waren, wurde die „Silostruktur“ der Ministerien im LSA für die Pandemiesituation als ungeeignet erachtet, da Segmente für sich und nicht ineinandergreifend betrachtet wurden. Ein Beispiel ist die Entscheidungsbefugnis über den Hort gegenüber der Schule mit dem Ergebnis unterschiedlicher Regelungen. Daher wird vorgeschlagen, dass eine Krisenbewältigung von der Aufbaustruktur und den Zuständigkeiten im Land losgelöst und vom Prozess ausgehend gedacht wird, also in eine Ablaufstruktur überführt werden muss. Abstimmungsschnittstellen müssen reduziert und Zuständigkeiten gebündelt werden. Dennoch muss diese Art der krisenbedingten Reduktion von Bürokratie mit angemessener Dokumentation von Verwaltungshandeln einhergehen.²²⁰

Bei ministerialen Entscheidungen sollte der Fokus weniger auf starren Strukturen liegen, sondern vielmehr auf dynamischen Prozessen, die flexibel genug sind, um auf Veränderungen und neue Erkenntnisse reagieren zu können. Ein verbessertes Schnittstellenmanagement im Bildungsbereich ist notwendig, um die verschiedenen Themen der sozialen Einbettung, Selbstwirksamkeit und des Wohlbefindens besser zu adressieren. Ein prozessorientierter Ansatz ermöglicht es, kontinuierlich Anpassungen vorzunehmen und die Maßnahmen im Hinblick auf ihre Wirksamkeit und Akzeptanz regelmäßig zu überprüfen und zu optimieren.

6. Gezielte Maßnahmen für Resilienz, Zusammenhalt und soziale Gerechtigkeit umsetzen

Im Verlaufe der Pandemie veränderte sich die anfängliche gemeinsame Kraftanstrengung gegen die Ausbreitung des Virus hin zu Grundsatzdebatten unter anderem über das Impfen und Testen und die Ungleichbehandlung verschiedener Alterskohorten und Wirtschaftszweige. Dies führte letztlich zu einer spürbaren Spaltung der Gesellschaft. Bildungs- und Kultureinrichtungen, Sportvereine und Arbeitsstätten sind nicht nur Orte des Lernens, Arbeitens und Sporttreibens im traditionellen Sinne, sondern auch Stätten der sozialen Kohäsion, an denen Werte gelebt und weitergegeben werden. Sie sind zentrale Orte, an denen soziale

²²⁰ Siehe hierzu die medial transportierte Rüge des Bundesrechnungshofes an der mangelnden Dokumentation des BMG zu Beschaffungen und Nachweispflicht bei Ausgleichszahlungen. Konzepte zu einer ressourcensparenden und zielgerichteten digitalen Dokumentation sind erforderlich.

Beziehungen und Gemeinschaft gefördert werden, demokratische Debattenkultur ermöglicht wird und ein Ausgleich zu den Herausforderungen der Krisenzeit geboten werden kann. Ihr Werte für Mensch und Gesellschaft wurde unterschätzt, wodurch sich soziale Ungleichheiten (Schereneffekt) weiter zu verschärfen und psychosoziale negative Effekte drohen. Auch das Engagement der Wirtschaft beispielsweise beim initiativen und eigenständigen Testen und Impfen wurde unzureichend beachtet und honoriert.

Insgesamt muss in allen gesellschaftlichen Bereichen die Stärkung der Resilienz eine deutlich höhere Gewichtung erfahren. Anreize zur Vorsorge für schlechte Zeiten sollen zum Beispiel in der Wirtschaft einen höheren Stellenwert erfahren. Die betriebliche und unternehmerische Resilienz sollte durch Unterstützungsangebote gefördert werden (Beratungshilfeprogramm).²²¹ Die Bevölkerung muss generell über Eigenschutz und Hygiene altersgerecht und systematisch informiert und partizipiert werden (z. B. Verankerung in den Rahmenlehrplänen, Gesundheitsschutzkonzepte in den Unternehmen). In bestimmten Katastrophenszenarien hat die Nachbarschafts- und Selbsthilfe eine herausragende Bedeutung und ist oft am Anfang das einzige Bewältigungsinstrument. Kommunikation in der Krise soll immer transparent, motivierend, verbindend und verlässlich sein. Gebote sind vor Verboten zu nutzen. Appelle an das gemeinsame Miteinander sind vor restriktive Maßnahmen zu stellen.

²²¹ Vgl. Beichert, C. / Beibl, T. (2021): Leitfaden zur Förderung organisationaler Resilienz in Handwerksbetrieben. München: Ludwig-Fröhler-Institut für Handwerkswissenschaften. [Link](#) (zuletzt abgerufen am 13.03.2025).

4 Fazit

Eine Pandemie ist eine gesamtgesellschaftliche Gesundheitskrise. Neben medizinischen Konsequenzen hat sie Auswirkungen auf fast alle Lebensbereiche. Dabei beläuft sich das Ausmaß der Betroffenheit anhand der sozialen, gesundheitlichen und ökonomischen Voraussetzungen und trifft die weniger gut situierten und schwächeren Mitglieder der Gesellschaft schwerer als die privilegierten. Kinder konnten während der Coronapandemie nicht mehr wie gewohnt in die Schule gehen und ihre Freunde treffen. Auszubildenden in Handwerksberufen war es nicht möglich, die erforderlichen praktischen Erfahrungen zu sammeln. Studierende tauschten sich nicht untereinander in Hörsälen, Seminaren und Bibliotheken aus, sondern lernten alleine zu Hause. Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer befanden sich in Kurzarbeit, verlagerten ihre Tätigkeit in ihr Zuhause oder übten sie unter anstrengenden Schutzmaßnahmen aus. Menschen in Pflegeheimen wurden weitgehend von ihren Angehörigen abgeschnitten und in ihren Wohneinheiten isoliert.

Die Coronapandemie und die zu ihrer Eindämmung getroffenen Maßnahmen haben wie kaum ein anderes Ereignis die Gesellschaft gespalten. Zugleich wurde aber auch das Bewusstsein für Resilienz geschärft. Auf der einen Seite entstanden Einsamkeit, Angst und Wut, die sich in einem neuen Ausmaß von Gewalt- und sogar Morddrohungen an Personen mit Verantwortung ausdrückten. Viele Menschen erlebten eine besondere Beanspruchung, wenn ihre wirtschaftliche Existenzgrundlage bedroht war oder sie Homeoffice mit Pflege oder Kinderbetreuung kombinieren mussten. Die Bewältigung der Ausnahmesituation hatte allerdings auch positive Effekte. Bestimmte Berufsgruppen wie Pflegenden erfuhren eine neue Wertschätzung, Kreativität und Fortschritte in der Digitalisierung ermöglichten Vieles, was bis zu Beginn der Pandemie nicht denkbar gewesen wäre. Im Homeoffice zu arbeiten, mehr Zeit mit der Familie zu verbringen und Prioritäten neu zu setzen, wurde teilweise auch als positiv erfahren.

Die Regierungskommission hat die Bewältigung der Coronapandemie in Sachsen-Anhalt aus den Perspektiven

- Daten,
- Kommunikation,
- Recht und
- Maßnahmen

untersucht sowie daraus Handlungsempfehlungen für eine weitsichtige und wirksame Pandemievorsorge abgeleitet.

In einer globalisierten Welt muss damit gerechnet werden, dass immer wieder neuartige Infektionskrankheiten ausbrechen und sich rasant verbreiten. Die *Rückschau* auf die Coronapandemie ist somit über die damit verbundene Ableitung von Erkenntnissen auch als präventive *Voraus-schau* auf ähnliche zukünftige Ausnahmesituationen zu verstehen.

Die Zulieferung umfangreicher Hintergrunddokumente durch die Fachressorts, die Auswertung relevanter wissenschaftlicher Studien und Datenerhebungen sowie die Durchführung von Interviews mit Beteiligten bildeten für die Regierungskommission eine solide Grundlage an auszuwertender Evidenz und Expertise. Dennoch fehlen systematisch und strukturiert erhobene Daten zu wichtigen Themen sowie belastbare Studien, die beispielsweise die Auswirkung einer bestimmten Maßnahme in einer exponierten Gruppe mit einer Kontrollgruppe unter vergleichbaren

Bedingungen bestimmt. Statt einer wissenschaftlichen Evaluation hat die Kommission daher eine evidenzgeleitete und argumentative Bewertung vorgenommen.

Die Kommissionsarbeit hat gezeigt, dass das LSA – wie Deutschland insgesamt – zu Beginn nicht ausreichend auf eine Pandemie vorbereitet war. Die dann gewählten Maßnahmen orientierten sich an den besonders gefährdeten Personengruppen und verfolgten das Ziel, die medizinische Versorgung sicherzustellen sowie eine Überlastung der Intensivstationen (Triage) zu verhindern. Regierung und Behörden fehlte es jedoch an ausreichenden Routinen und Kommunikationsplänen für den Pandemiefall. Daher erreichten relevante Informationen nicht alle Zielgruppen und waren teilweise nur schwer verständlich oder zu wenig sensibel formuliert.

Die fehlende Vorbereitung zeigt sich auch darin, dass bei Ausbruch der Pandemie viele öffentliche Einrichtungen keine standardisierten Hygienepläne besaßen und nicht ausreichend mit Schutzmitteln wie Masken und Desinfektionsmittel ausgestattet waren. In vielen Unternehmen, Schulen und Haushalten genügte die digitale Infrastruktur nicht den Anforderungen an Homeoffice und Distanzunterricht. In der Breite der Bevölkerung fehlte es an Wissen zur Virusverbreitung und an Routinen wie Abstandhalten zur Vermeidung von Infektionen. Als Konsequenz der mangelnden Vorbereitung verstärkte die Pandemie bereits bestehende Ungleichheiten. So wiesen beispielsweise sozial benachteiligte Schülerinnen und Schüler schlechtere Schulleistungen und einen höheren BMI auf. Pflegeheimbewohnerinnen und -bewohner, die durch die Einschränkungen noch weniger soziale Kontakte hatten als zuvor, berichten seit den Lockdowns vermehrt von Einsamkeit und Depressionen.

Betroffene sowie Kritikerinnen und Kritiker wurden von der Landesregierung zwar über die Lageberichte und spezielle Austauschformate vereinzelt gehört, es fehlte jedoch an einer strukturierten Auseinandersetzung und einem geeigneten Diskursraum für Umsetzungsverantwortliche, Kritik und Skepsis, obwohl Kontroversen und der Einbezug von Zielgruppen ein wichtiger Bestandteil von Demokratien vor allem bei hochkontroversen Entscheidungen ist. Die entstehenden Interpretationsräume wurden von einzelnen Gruppen und manchen Medienvertreterinnen und -vertretern ausgenutzt, um Aufmerksamkeit zu erlangen, Profit zu erzielen oder Zweifel an wissenschaftlichen Erkenntnissen und politischen Entscheidungen zu streuen. Statt die für Resilienz notwendigen Emotionen wie Zuversicht und Vertrauen wurden vor allem Angst, Wut und Hass angesprochen.

Die Untersuchungen der Kommission haben gezeigt, dass Defizite durch das besondere Engagement Einzelner und das solidarische Verhalten eines Großteils der Bevölkerung zumindest teilweise ausgeglichen werden konnten. Kreative Vorgehensweisen und Kompromisslösungen ermöglichten sozialen Austausch, Wissensvermittlung sowie kulturelles und sportliches Erleben unter den schwierigen Bedingungen der Pandemie und unterstützten so die Eindämmung des Infektionsgeschehens, den gesellschaftlichen Zusammenhalt und die Demokratiefestigkeit. Diese Erkenntnisse sollen für die Zukunft nutzbar gemacht und die Leistungen dieser Personenkreise stärker öffentlich anerkannt werden.

Zugleich vermag der Abschlussbericht der Regierungskommission die Aufmerksamkeit auf alle Personen, Gruppen und Organisationen zu lenken, die im Zusammenhang mit den Schutzmaßnahmen von unbeabsichtigten Härten betroffen waren oder überdurchschnittliche Opfer erbringen mussten. Auch wenn die Maßnahmen im Rechtssinne legitim waren und keinen über die freiwilligen staatlichen Ausgleichsmaßnahmen hinausgehenden Entschädigungsanspruch begründen,

ist eine anerkennende Würdigung durch die Landesregierung und durch die Gesellschaft angebracht.

Die Regierungskommission ist überzeugt, dass die Landesregierung auch bei der Vorbereitung auf eine künftige Pandemie vor komplexen Herausforderungen steht. So wird auf der einen Seite eine Vielzahl an strukturiert erhobenen Daten benötigt – vom Zustand internationaler Lieferketten über die Ausstattung von Schulen mit digitalen Endgeräten bis hin zur Verfügbarkeit von Desinfektionsmitteln in Pflegeheimen. Auf der anderen Seite sind unnötige bürokratische Hürden im Sinne schneller Reaktionsmöglichkeiten abzubauen. Der Spielraum von Land und Kommunen bei der Umsetzung von Regelungen sollte es ermöglichen, Maßnahmen, die der Bund erlässt, an lokale Gegebenheiten anzupassen. Es wäre wenig zielführend, in einer ländlich geprägten Region undifferenziert die gleichen Regeln wie in einer dicht besiedelten Großstadt geltend zu machen. Gleichzeitig werden Einheitlichkeit und Nachvollziehbarkeit gefordert. Strukturen und gesetzliche Regelungen schaffen Verbindlichkeit und machen die Umsetzung bestimmter Maßnahmen unabhängiger von der Einstellung und Motivation von Einzelpersonen. Dabei sollen allerdings weder das persönliche Engagement von Zivilgesellschaft und Verantwortlichen abgeschwächt noch Betroffene bevormundet werden. Zudem machen die Dynamik des Infektionsgeschehens und die Gefahr des Virus schnelles und entschiedenes Handeln erforderlich, während gleichzeitig alle Beteiligten einbezogen werden sollen. Diese Zielkonflikte und Abwägungen sind besonders unter dem Druck einer Ausnahmesituation herausfordernd.

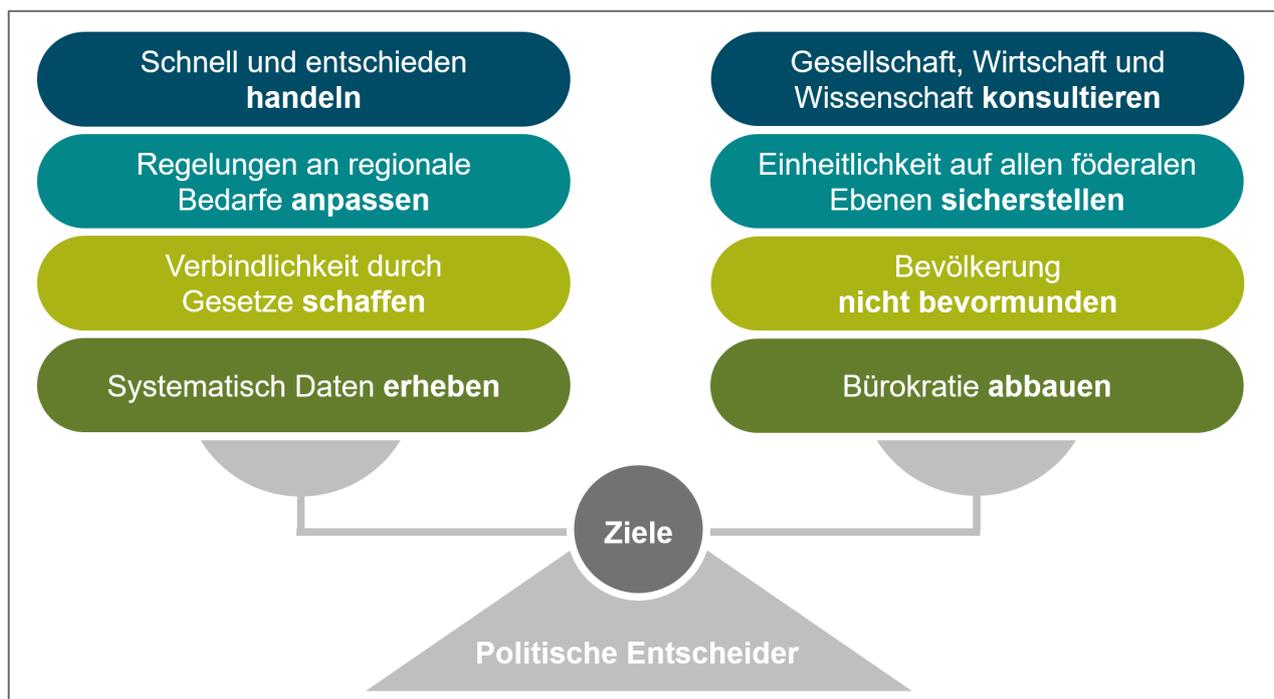


Abbildung 9: Beispiele wesentlicher Zielkonflikte in der Pandemiebewältigung

Die Handlungsempfehlungen der Kommission können dazu beitragen, das LSA besser auf eine zukünftige Pandemie vorzubereiten. Sie beziehen sich auf eine vergleichbare Krisensituation, die beispielsweise durch ein respiratorisches Virus verursacht wird, und nicht auf den Katastrophenfall im Sinne des Katastrophenschutzgesetzes, bei dem andere Mechanismen und gesetzliche Grundlagen wirksam werden. Ziel ist es, die Resilienz von Staat und Gesellschaft zu verbessern,

Verantwortliche und Zielgruppen stärker zu vernetzen sowie zielgerichteter und verständlicher zu kommunizieren.

Damit Sachsen-Anhalt im Pandemiefall ausreichend vorbereitet ist, sind folgende Maßnahmen aus den oben beschriebenen übergreifenden Handlungsempfehlungen (siehe [Executive Summary](#)) zeitnah umzusetzen:

1. Pandemie-Governance einrichten

Der weitere Aufbau einer spezifischen Governance, wie sie bereits im Pandemierahmenplan angelegt ist, und die regelmäßige Übung durch die Beteiligten sollte schnellstmöglich initiiert werden, damit im Pandemiefall die Zuständigkeiten klar, die Abläufe routiniert und die Schnittstellen definiert sind. Eine verantwortliche Stabsstelle ist einzurichten.

2. Pandemie-Plattform schaffen

Auch die vorgeschlagene Pandemie-Plattform sollte in naher Zukunft konzeptioniert und aufgebaut werden, um sicherzustellen, dass beim Ausbruch der nächsten hoch-bedrohlichen Infektionskrankheit die relevanten Daten zugeliefert, ausgewertet und genutzt werden können.

3. Pandemie-Regelungen anpassen

Die rechtliche Grundlage für die im Pandemiefall benötigten Gremien und Strukturen sind zu schaffen und der Einsatz von KI zur Stärkung der Verständlichkeit von Regelungen zu erproben, damit die Maßnahmen rechtskonform, verständlich und demokratisch legitimiert entwickelt sowie umgesetzt werden.

4. Pandemie-Kommunikation aufbauen

Ferner sollte die empfohlene Kommunikationsstrategie schon vor einem zukünftigen Pandemiefall entwickelt werden, damit die Landesregierung und die Kommunen zielgerichtet und strukturiert Informationen austauschen und die Menschen verständlich informieren können.

Neben den identifizierten Spezifika für das LSA decken sich die Handlungsbedarfe, die die Regierungskommission identifiziert hat, weitestgehend mit den Empfehlungen des Sachverständigenausschusses für den Bund aus dem Jahr 2022.²²² Für Bund und Land werden ein flächendeckendes Surveillance-System und eine geeignete Dateninfrastruktur gefordert. Die Risikokommunikation wird sowohl auf Landes- als auf Bundesebene als nicht ausreichend abgestimmt, klar und zielgerichtet bewertet. Die Wirksamkeit der Maßnahmen kann aufgrund mangelnder Studien und Daten weder von der Regierungskommission noch der Sachverständigenausschuss abschließend bewertet werden. Sowohl für die Maßnahmen des Bundes als auch des LSA wird konstatiert, dass sie einen wichtigen Beitrag zur Bewältigung der Pandemie geleistet, jedoch bestehende soziale Ungleichheiten verstärkt haben, ungerecht verteilt waren und daher zukünftig gezielter gesteuert werden müssen.

Die Arbeit der Regierungskommission hat gezeigt, dass Pandemiebewältigung und -prävention nicht allein staatliche Aufgaben sind. Vielmehr ist die Entwicklung von Resilienz eine gesamtgesellschaftliche Verantwortung. Die Landesregierung Sachsen-Anhalt muss hierfür einen klaren

²²² Vgl. Allmendinger et al. (2022): Evaluation der Rechtsgrundlagen und Maßnahmen der Pandemiepolitik. Bericht des Sachverständigenausschusses nach § 5 ABS. 9 IfSG. [Link](#) (zuletzt abgerufen am 12.03.2025).

regulatorischen Rahmen setzen und zwischen Bund auf der einen Seite und Kommunen sowie Einwohnerinnen und Einwohnern auf der anderen Seite vermitteln. Ferner ist die Landesregierung dafür zuständig, die Umsetzung von Maßnahmen zu koordinieren, Netzwerke und Wissensaustausch zum Beispiel von Gute-Praxis-Beispielen zu fördern sowie dazu beizutragen, die negativen Konsequenzen von Schutzmaßnahmen gezielt auszugleichen. Diese durch das Land geschaffenen strukturellen Voraussetzungen ermöglichen es den fachlich für die Ausführung verantwortlichen Einrichtungen wie Schulen und Krankenhäusern die Maßnahmen effektiv umzusetzen. Auf einer solchen Grundlage können sich das gesellschaftliche Engagement und die Solidarität, die für die erfolgreiche Vorbereitung auf die nächste Krise nötig sind, nachhaltig entwickeln.

5 Anhang

5.1 Übersicht der Kommissionsmitglieder

Tabelle 1: Übersicht der Kommissionsmitglieder

Vorname, Name	Position, Institution	Kommissionsfunktion
Prof. Dr. Winfried Kluth	Lehrstuhl-Inhaber für Öffentliches Recht an der Universität Halle-Wittenberg	Kommissionsvorsitz
Mike Keune (AG Sprecher)	Ehemaliger Schul- und Bereichsleiter des Schulstandorts Magdeburg, Vorstandsvorsitzender der Stiftung Evangelische Jugendhilfe	AG Daten
Dr. med. Eike Hennig	Ehemaliger Amtsarzt der Landeshauptstadt Magdeburg	
Peter Kuras	Ehemaliger Oberbürgermeister der Stadt Dessau-Roßlau	
Hartmut Augustin (AG Sprecher)	Ehemaliger Chefredakteur der Mitteldeutschen Zeitung	AG Kommunikation
Prof. Dr. Matthias Puhle	Ehemaliger Abteilungsleiter und Beigeordneter für Kultur, Schule und Sport der Landeshauptstadt Magdeburg	
Carola Wilhayn	Referatsleiterin Schulpsychologie im Landesschulamt Sachsen-Anhalt	
Prof. Dr. Angela Kolb-Janssen (AG Sprecherin)	Ministerin a. D., Professorin am Fachbereich Verwaltungswissenschaften der Hochschule Harz	AG Rechtliche Aspekte
Lothar Franzkowiak	Ehemaliger Richter am OVG und LVG Sachsen-Anhalt	
Prof. Dr. Winfried Kluth	Lehrstuhl-Inhaber für Öffentliches Recht an der Universität Halle-Wittenberg	
Götz Ulrich	Präsident des Landkreistages Sachsen-Anhalt und Landrat des Burgenlandkreises	
Prof. Dr. Gabriele Meyer (AG Sprecherin)	Lehrstuhl-Inhaberin für Gesundheits- und Pflegewissenschaft der Universität Halle-Wittenberg	AG Maßnahmen
Andreas Dieckmann	Präsident der Handwerkskammer Magdeburg	
Susanne Eva Dörrwand	Stellvertretende Hauptgeschäftsführerin der Industrie- und Handelskammer (IHK) Magdeburg	
Jens Hennicke	Vorstandsvorsitzender des Medizinischen Dienstes Sachsen-Anhalt	
Tobias Knoch	Vorstandsvorsitzender des LSB	
Prof. Dr. Heike Ohlbrecht	Studiendekanin der Fakultät für Humanwissenschaften. Inhaberin des Lehrstuhls für allgemeine Soziologie/Mikrosoziologie der Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg	

5.2 Übersicht der mitwirkenden Akteurinnen und Akteure

Einmalige Einbindung und Anhörung als Interview- und Gesprächspartnerinnen und -partner:

Tabelle 2: Übersicht der Interview- und Gesprächspartnerinnen und -partner

Vorname, Name	Position, Institution
Ute Albersmann	Stellvertretende Regierungssprecherin, StK
Dr. Jörg Böhme	Vorstandsvorsitzender, Kassenärztliche Vereinigung Sachsen-Anhalt
Anja Bormann	Geschäftsführerin, Landesverband Hauskrankenpflege Sachsen-Anhalt e. V.
Dr. Dirk Burkard	Referat Medizin und Qualitätsmanagement, Krankenhausgesellschaft Sachsen-Anhalt
Gerhard Degner	Direktor, Landesschulamt Sachsen-Anhalt
Prof. Dr. Christian Drosten	Institutsdirektor, Institut für Virologie, Charité Berlin
Hagen Eichler	Stellvertretender Vorsitzender der Landespressekonferenz, Mitteldeutsche Zeitung
Katja Erxleben	Amtsleiterin, Gesundheitsamt, Veterinärwesen und Verbraucherschutz Dessau-Roßlau
Jana Faulhaber	Referentin, Presse- und Öffentlichkeitsarbeit, Landeshauptstadt Magdeburg
Ursula Fuchs	Referatsleiterin „Information der Bevölkerung, Selbstschutz, Selbsthilfe“, BKK
Prof. Dr. Michael Gekle	Professor für Physiologie und Direktor des Julius-Bernstein-Instituts, Universität Halle-Wittenberg
Eva Gerth	Vorsitzende, Gewerkschaft Erziehung und Wissenschaft (GEW) Landesverband Sachsen-Anhalt
Dr. Christine Gröger	Amtsärztin und Leiterin des Fachbereichs Gesundheit, Stadt Halle
Volker Harms	Referatsleiter, Erstaufnahme, Unterbringung, Rückführung, MI
Prof. Dr. Hans-Jochen Heinze	Vorstandsvorsitzender und Ärztlicher Direktor, Universitätsklinikum Magdeburg
Dr. Carina Helmecke	Dezernentin, Dezernat „Gesundheits- und Hygienemanagement“, LAV
Birgit Hermann	Referatsleiterin, Justitiariat und Landesprüfungsamt, MS
Peter Hoekstra	Leiter, Rechts- und Ordnungsamt, Burgenlandkreis
Prof. Dr. Oliver Holtemöller	Stellvertretender Präsident, Leibniz-Institut für Wirtschaftsforschung Halle (IWH)
Irena Hörhold	Amtsärztin, Gesundheitsamt, Veterinärwesen und Verbraucherschutz Dessau-Roßlau
Marcel Ikert	Referatsleiter, Landtags-, Kabinetts- und Bundesratsangelegenheiten, MS

Für eine weitsichtige Pandemievorsorge in Sachsen-Anhalt

Abschlussbericht der Regierungskommission „Pandemievorsorge“ des Landes Sachsen-Anhalt

Vorname, Name	Position, Institution
Katrin Jelitte	Vorsitzende, Schulleitungsverband Sachsen-Anhalt
Tino Kanicke	Abteilungsleiter, Ressortkoordinierung, Planung und föderale Angelegenheiten, StK
Katharina Möbest	Abteilungsleiterin, Allgemein- und Berufsbildende Schulen und Schulpsychologische Beratung, Landesschulamt Sachsen
Prof. Dr. Thomas Moesta	Ärztlicher Direktor und Vorsitzender des Klinikumsvorstandes, Universitätsklinik Halle
Dr. PH Irene Moor	Projektleiterin Kinder- und Jugendgesundheitsstudie HSCB Sachsen-Anhalt, Medizinische Fakultät der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg
Jochen Müller	Vorsitzender der Landespressekonferenz, MDR
Kathleen Neundorf	Referentin, MI
Michael Reif	Zweiter Pressesprecher, Landeshauptstadt Magdeburg
Romy Richter	Referatsleiterin, Presse, Öffentlichkeitsarbeit, Internet, MS
Matthias Rose	Vorsitzender, Landeselternrat Sachsen-Anhalt
Christine Sattler	Geschäftsführerin, Freiwilligen-Agentur Halle
Jürgen Schilling	Superintendent, Evangelischer Kirchenkreis Halberstadt
Kristin Schneider	Justiziarin, Rechts- und Ordnungsamt, Burgenlandkreis
Dr. Annett Schulze	Abteilungsleiterin Risikokommunikation, Studienzentrum Sozialwissenschaftliche Risikokommunikationsforschung, BfR
Dr. Matthias Schuppe	Regierungssprecher, StK
Regina Stipani	Referentin Wirtschafts- und Strukturpolitik, Sozialpolitik, öffentlicher Dienst und Beamte, Migration, Deutscher Gewerkschaftsbund (DGB) Sachsen-Anhalt
Christian Szibor	Geschäftsführer, KulturStiftung FestungMark
Stefan Thurmann	Leiter Planung und Kommunikation / Leiter Ministerbüro 2. stellvertretender Regierungssprecher, Ministerium für Infrastruktur und Digitales
Michaela Trieb	Referentin, Altenpflege und soziale Dienste, Landesverband Hauskrankenpflege Sachsen-Anhalt e. V.
Jan Vorsprach	Stellvertretender Vorsitzender, Landesschülerrat Sachsen-Anhalt
Martin Wenger	Hauptgeschäftsführer, Kassenärztliche Vereinigung Sachsen-Anhalt
Susanne Wiedemeyer	Landesleiterin, Stellvertretende Bezirksvorsitzende, DGB Sachsen-Anhalt

Fortlaufende Unterstützung und aktive Einbindung in den AGen:

Vorname, Name	Position, Institution	AG
Prof. Dr. Achim Kaasch	Professor, Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg, Medizinische Fakultät, Institut für Medizinische Mikrobiologie und Krankenhaushygiene	AG Daten
Doreen Wolff	Wissenschaftliche Mitarbeiterin, Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg, Medizinische Fakultät, Institut für Sozialmedizin und Gesundheitssystemforschung	
Dr. Julia Hille	Wissenschaftliche Mitarbeiterin, Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg, Lehrstuhl für Allgemeine Soziologie/Mikrosoziologie	AG Maßnahmen
Dr. Mandy Paraskewopulos-Ostwald	Leiterin, Selbstverwaltung / Organisation / Kommunikation, Medizinischer Dienst Sachsen-Anhalt	
Dr. Iris Reus	Ehem. Wissenschaftliche Mitarbeiterin, Otto-von-Guericke Universität Magdeburg, Lehrstuhl Nachhaltige Entwicklung	
Dorit Zieler	Abteilungsleiterin, Betriebsberatung / Unternehmensförderung, Handwerkskammer Magdeburg	

5.3 Detailübersichten des Pandemieverlaufs in Sachsen-Anhalt

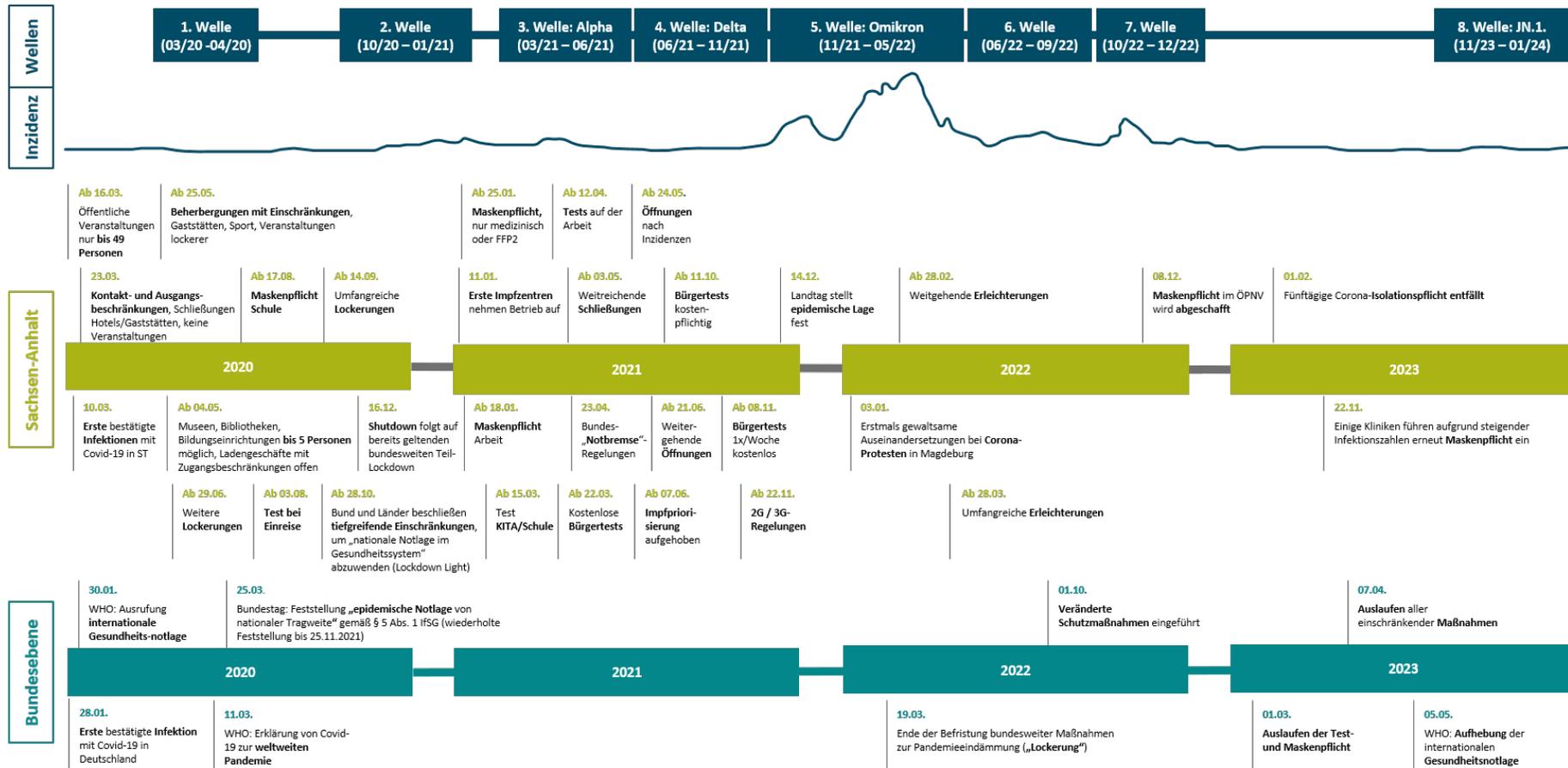


Abbildung 10: Verlauf der Inzidenz im Vergleich zu den Beschlüssen und Verordnungen auf Landes- und Bundesebene²²³

²²³ Vgl. Bundesministerium für Gesundheit (2023): Coronavirus-Pandemie: Was geschah wann? [Link](#) (zuletzt abgerufen am 13.03.2025); Landtag von Sachsen-Anhalt (2022): Antwort der Landesregierung auf die Große Anfrage. Evaluation der Regierungs- und Behördenentscheidungen während der Corona-Krise. [Link](#) (zuletzt abgerufen am 13.03.2025); Staatskanzlei Sachsen-Anhalt (2023): Verordnungen, Erlasse und Empfehlungen. [Link](#) (zuletzt abgerufen am 13.03.2025); Landeshauptstadt Magdeburg (2024): Verordnungen und Anweisungen des Bundes und der Länder. [Link](#) (zuletzt abgerufen am 13.03.2025); MDR (2023): Das Coronavirus in Sachsen-Anhalt – eine Chronologie. [Link](#) (zuletzt abgerufen am 13.03.2025); Bayerische Staatsregierung (2020):

Für eine weitsichtige Pandemievorsorge in Sachsen-Anhalt

Abschlussbericht der Regierungskommission „Pandemievorsorge“ des Landes Sachsen-Anhalt

- **Beschlüsse der MPK:** Gremium zur Selbstkoordination länderspezifischer Themen zwischen den Ministerpräsidenten und der Vertretung dieser gegenüber Bundesebene;
- **Wichtiges übergreifendes Ereignis auf Landes- oder Bundesebene**
- **Allgemeinverfügung:** Landesverwaltungsakt, der sich an nach allgemeinen Merkmalen bestimmbar Personenkreis richtet oder die öffentlich-rechtliche Eigenschaft einer Sache oder ihre Benutzung durch die Allgemeinheit betrifft;
- **Eindämmungsverordnung:** Landesverordnung mit allgemein verbindlichen Vorschriften zur Durchführung von Gesetzen zur Eindämmung der Coronapandemie;
- **Änderungsverordnung:** Verkündung von Änderungsbefehlen zur bisher geltenden Landeseindämmungsverordnung;
- **Erllass:** Anordnung der Exekutive an staatliche Stellen oder die Bevölkerung auf der Landesebene;
- **Rechtsverordnung der Landeshauptstadt:** Verordnung der Stadt Magdeburg mit allgemein verbindlichen Vorschriften zur Durchführung von Gesetzen.

Ministerpräsidentenkonferenz. [Link](#) (zuletzt abgerufen am 13.03.2025); Bundesregierung (2021): Bund-Länder-Beschluss. [Link](#) (zuletzt abgerufen am 31.03.2025); Landesregierung Nordrhein-Westfalen (2021): Rückblick: Das nordrhein-westfälische Vorsitzjahr in der Ministerpräsidentenkonferenz. [Link](#) (zuletzt abgerufen am 13.03.2025); Tagesschau (2024): Nachrichten zum Thema MPK. [Link](#) (zuletzt abgerufen am 13.03.2025); Land Niedersachsen (2023): Ministerpräsidentenkonferenz 2022/23. [Link](#) (zuletzt abgerufen am 13.03.2025); Land Hessen (2024): Vorsitzland Hessen. Ministerpräsidentenkonferenz 2023/24. [Link](#) (zuletzt abgerufen am 13.03.2025); Corona-in-Zahlen.de (2024): Corona-Zahlen für Sachsen-Anhalt. [Link](#) (zuletzt abgerufen am 13.03.2025).

Für eine weitsichtige Pandemievorsorge in Sachsen-Anhalt
 Abschlussbericht der Regierungskommission „Pandemievorsorge“ des Landes Sachsen-Anhalt

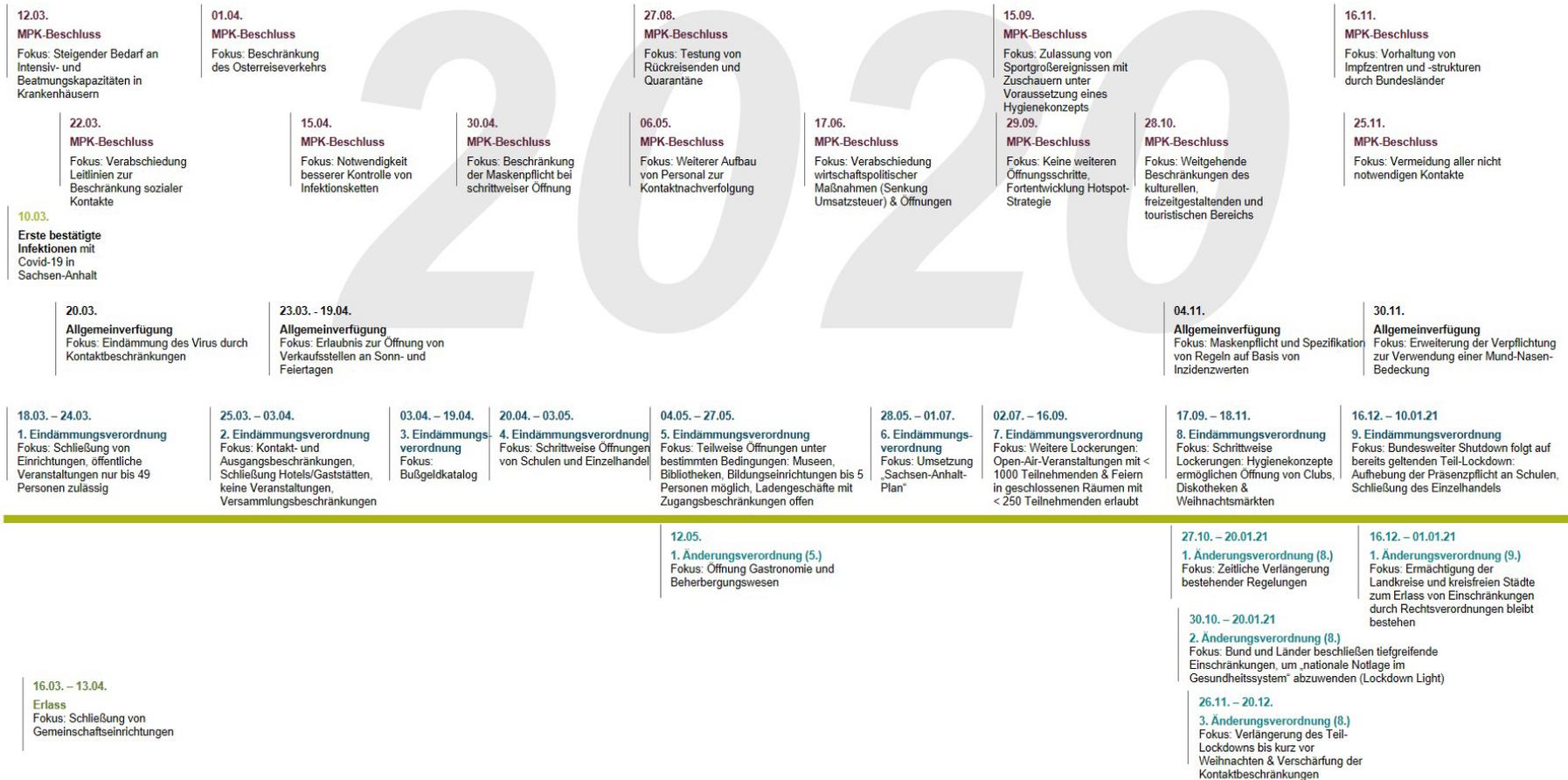
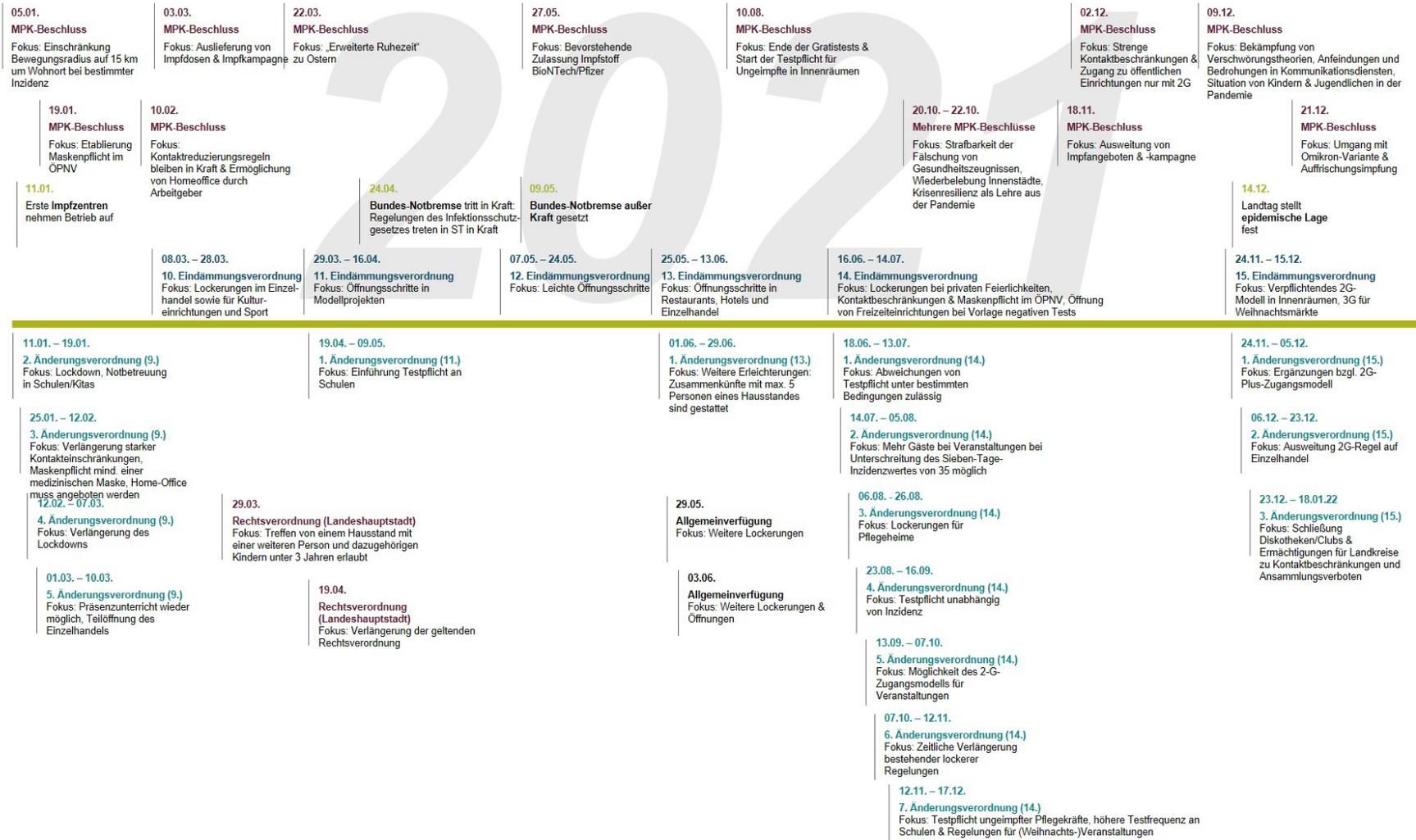


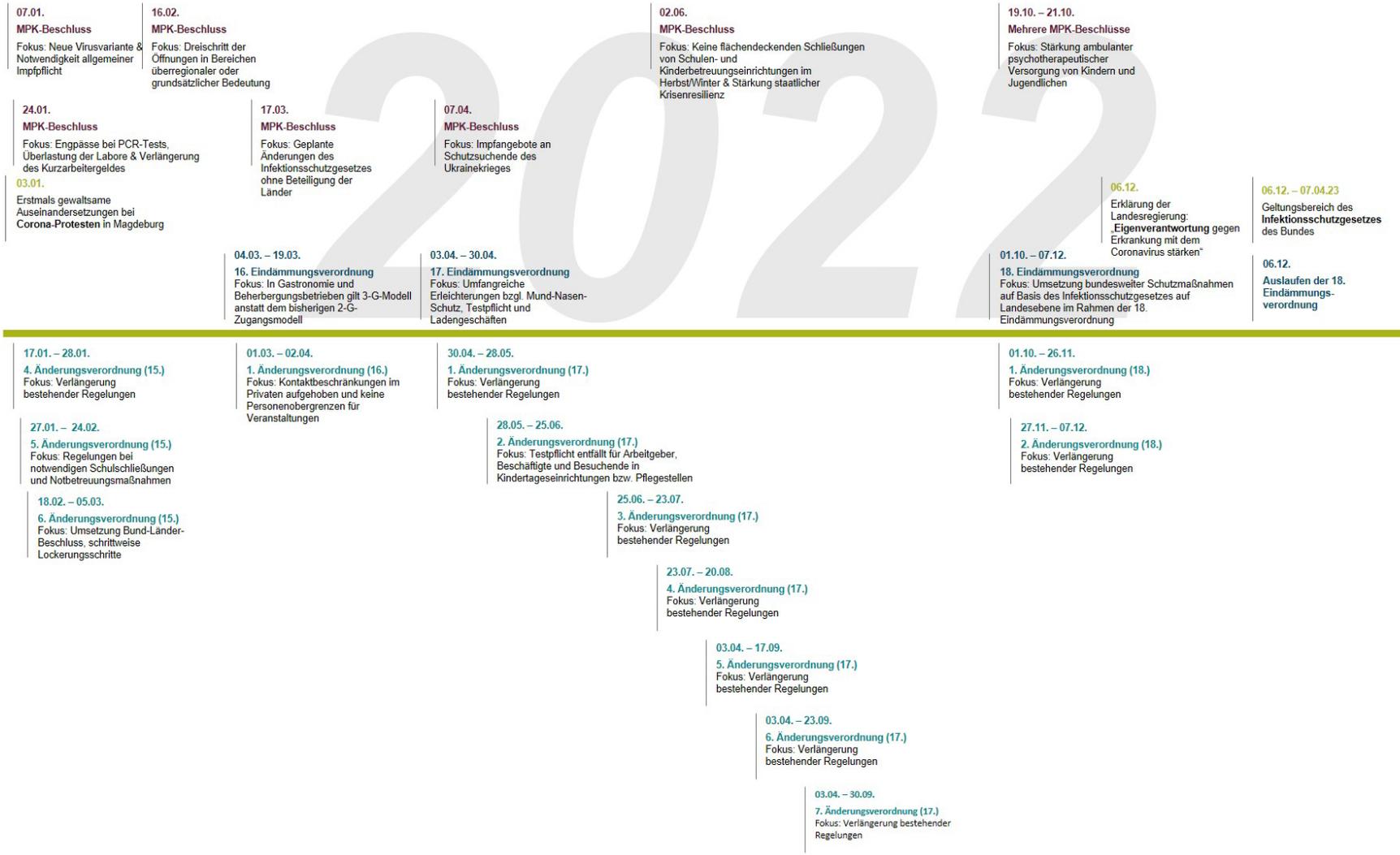
Abbildung 11: Geltende Beschlüsse und Verordnungen im Betrachtungszeitraum im LSA²²⁴

²²⁴ Vgl. ebd.

Für eine weitsichtige Pandemievorsorge in Sachsen-Anhalt
 Abschlussbericht der Regierungskommission „Pandemievorsorge“ des Landes Sachsen-Anhalt



Für eine weitsichtige Pandemievorsorge in Sachsen-Anhalt
 Abschlussbericht der Regierungskommission „Pandemievorsorge“ des Landes Sachsen-Anhalt



16.03.

Mehrere MPK-Beschlüsse

Fokus: Zukünftige Bewältigung von Engpässen in der Arzneimittelversorgung & Bundesbeteiligung an Entschädigungsleistungen nach §56 IfSG

11.10. – 13.10.

MPK-Beschluss

Fokus: Krankenhausreform & finanzielle Lage der Krankenhäuser

06.11.

MPK-Beschluss

Fokus: Sicherstellung der Arzneimittelversorgung

01.03.

Bund und Länder beschließen Wegfall der letzten Masken- und Testpflichten im Gesundheitswesen nach §28b Infektionsschutzgesetz

07.04.

Bundesweit laufen alle Corona-Schutzmaßnahmen aus

22.11.

Einige Kliniken in Sachsen-Anhalt führen aufgrund steigender Infektionszahlen erneut eine Maskenpflicht ein

01.02.

Auslaufen eines Erlasses:

Fokus: Fünftägige Corona-Isolationspflicht entfällt

5.4 Übersicht der Kompetenzverteilung zwischen Bund und dem Land Sachsen-Anhalt

Die Kompetenzverteilung zwischen Bund und dem LSA sind je nach Aufgabenbereich in der nachfolgenden Tabelle dargestellt.

Tabelle 3: Übersicht Kompetenzverteilung zwischen Bund und dem Land Sachsen-Anhalt

Aufgabenbereich	Bundesebene	LSA
Rechtliche Grundlagen	Erlass von Bundesgesetzen, insbesondere des IfSG, das den rechtlichen Rahmen für den Infektionsschutz in Deutschland bildet.	Umsetzung und Ausführung der Bundesgesetze auf Landesebene: Erlass landesspezifischer Verordnungen und Erlasse zur Konkretisierung und Durchführung der Maßnahmen gemäß IfSG.
Informationsaustausch und Zusammenarbeit	Das RKI und das BMG tauschen in epidemisch bedeutsamen Fällen Informationen mit anderen Bundesbehörden und den Landesbehörden des ÖGD aus. Die entsprechenden Verfahren sind in der Allgemeinen Verwaltungsvorschrift über die Koordinierung des Infektionsschutzes in epidemisch bedeutsamen Fällen (Verwaltungsvorschrift-IfSG-Koordinierung – IfSGKoordinierungs-VwV) vom 12. Dezember 2013 festgelegt.	<ul style="list-style-type: none"> – Das MS koordiniert die Umsetzung relevanter Maßnahmen auf Landesebene und stimmt sich mit anderen Ländern sowie dem BMG ab. – Die fachliche Abstimmung zwischen Bund und Ländern findet in erster Linie durch das RKI mit den Mitgliedern der AG Infektionsschutz der Arbeitsgemeinschaft der Abteilungsleiterinnen und -leiter der Obersten Gesundheitsbehörden (AOLG) statt. – Das LAV ist gemäß § 5 IfSG i. V. m. § 1 Nr. 2 Verordnung über die Zuständigkeiten nach dem IfSG (ZustVO IfSG) die zu beteiligende Behörde im Bund-Länder-Informationsverfahren. – Das LAV berät das MS und den Pandemie-stab zu epidemiologischen und fachlichen Fragestellungen. – Das LAV sichert die fachliche Beratung der unteren Gesundheitsbehörden und des Landesverwaltungsamtes (LvwA). – Das LVA ist die zuständige Landesbehörde für die Annahme und Weiterleitung von Meldungen über Erkrankungen, Todesfälle und Nachweise von Krankheitserregern an das RKI (§ 11 Abs. 1 IfSG i. V. m. § 1 Nr. 1 a) ZustVO IfSG). – Das LvwA steuert im Rahmen seiner Fachaufsicht gegebenenfalls in Abstimmung mit der oberen Katastrophenschutzbehörde ein möglichst landeseinheitliches Vorgehen der Landkreise / kreisfreien Städte. – Gesundheitsbehörden und die Einrichtungen der ambulanten und stationären Versorgung der Landkreise / kreisfreien Städte sollten koordiniert vorgehen und Maßnahmen in Plänen festlegen. Ihnen obliegen auf ihrer Ebene alle gesundheitlichen Maßnahmen der Bekämpfungsstrategie unter Berücksichtigung fachaufsichtlicher Vorgaben.

Aufgabenbereich	Bundesebene	LSA
Impfstoffbeschaffung und -verteilung	<ul style="list-style-type: none"> – Abstimmung zur Beschaffung von Impfstoffen für den Pandemiefall erfolgt auf den Ebenen der Gesundheitsministerkonferenz (GMK), Amtschefkonferenz (ACK) und AOLG mit dem BMG durch einberufene Konferenzen oder Telefonschaltkonferenzen. – Die Organisation der Impfmaßnahmen hängt unter anderem auch von bundesrechtlichen Regelungen ab. Hierzu zählt die Regelung der Finanzierung. Wie in der Schweinegrippe-Pandemie im Jahr 2009 ist von einer Rechtsverordnung des BMG nach § 20 Absatz 4 IfSG auszugehen. Der Inhalt der Rechtsverordnung wird ausschlaggebend sein für etwaige präzisierende Vereinbarungen der Beteiligten auf Landesebene. Im Rahmen der Coronapandemie gab es mehrere Verordnungen (Verordnung zum Anspruch auf Schutzimpfung gegen das Coronavirus SARS-CoV-2). 	<ul style="list-style-type: none"> – Die Länder (AG Infektionsschutz) haben für die Verteilung ein Konzept erarbeitet, welches Empfehlungen zur Impfstoffauswahl und -versorgung vor dem Hintergrund unterschiedlicher pandemischer Szenarien enthält. – Die Verteilungs-, Vertriebs- und Bestellwege der regulären Arzneimittelversorgung werden in den Ländern soweit wie möglich genutzt und falls erforderlich durch ergänzende länderspezifische Sonderregelungen organisiert. – Die Landkreise / kreisfreien Städte bestimmen die Anlieferstellen für den Impfstoff.
Durchführung von Impfungen	<p>Die am RKI angesiedelte STIKO hat gemäß § 20 Absatz 2 IfSG die Aufgabe, Empfehlungen zur Durchführung von Schutzimpfungen und zur Durchführung anderer Maßnahmen der spezifischen Prophylaxe übertragbarer Krankheiten abzugeben.</p>	<ul style="list-style-type: none"> – Die Organisation der Lagerung und Verteilung des Impfstoffs sowie der Impfung obliegt dem Landkreis / der kreisfreien Stadt unter Nutzung der vorhandenen Strukturen.
Infektionshygienische Maßnahmen	<p>Rahmenlinien zu konkreten Maßnahmen sind im Nationalen Pandemieplan des RKI definiert.</p>	<ul style="list-style-type: none"> – Die Gesundheitsämter halten engen Kontakt mit den Krankenhäusern und dem ambulanten Bereich. Sie überprüfen unter anderem die Einhaltung der infektionshygienischen Maßnahmen. – Die Maßnahmen berücksichtigen verschiedene Eskalations- beziehungsweise Deeskalationsstufen. Dabei müssen die auf einheitlichen Bewertungskriterien basierenden Maßnahmen zur Erreichung der Ziele flexibel, entsprechend der regionalen epidemiologischen Situation, eingesetzt werden. Somit können, je nach regionaler epidemiologischer Lage in Sachsen-Anhalt, sich die infektionshygienischen Maßnahmen auch im Land unterscheiden.

Aufgabenbereich	Bundesebene	LSA
Kommunikation und Öffentlichkeitsarbeit	<ul style="list-style-type: none">Information der Allgemeinbevölkerung auf Bundesebene erfolgt durch die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BzgA) auf der Grundlage der Fachinformationen des RKI und anderen Behörden (PEI und Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM)).Informationsvermittlung im Pandemiefall an die Fachöffentlichkeit erfolgt primär durch das RKI.	<ul style="list-style-type: none">Das MS koordiniert die Informations- und Meldetätigkeiten innerhalb des Landes.Information der Allgemeinbevölkerung auf Landesebene erfolgt durch die Pressestellen der Obersten Landesgesundheitsbehörden und der lokalen Behörden (z. B. Gesundheitsämter) sowie Multiplikatorengruppen (z. B. Ärzte- und Apothekerschaft).

5.5 Übersicht der Governance im Pandemiefall in Sachsen-Anhalt

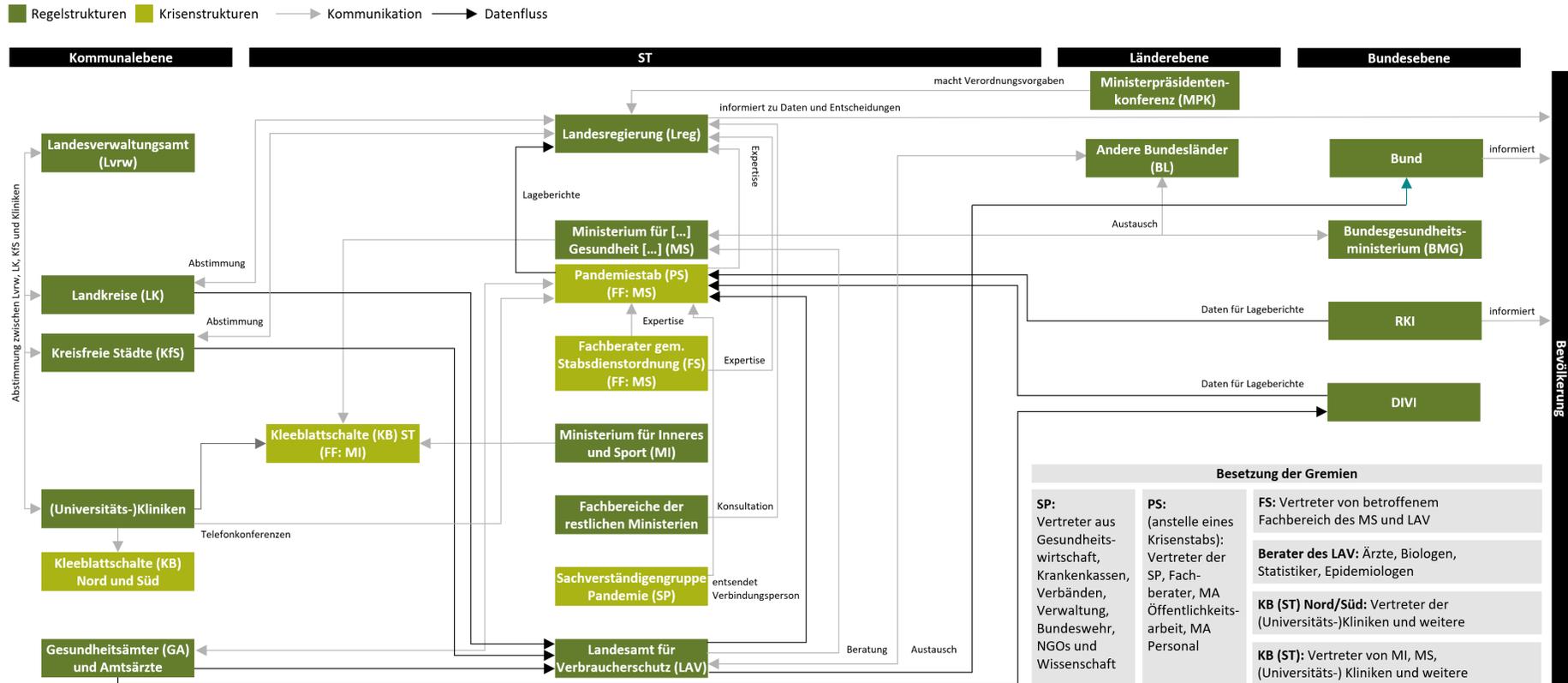


Abbildung 12: Beteiligte Institutionen und Kommunikations- sowie Datenflüsse während der Coronapandemie im LSA²²⁵

²²⁵ Quellen: Landtag von Sachsen-Anhalt (2022): Antwort der Landesregierung auf die Große Anfrage. Drucksache 8/1970. [Link](#) (zuletzt abgerufen am 14.04.2025); Landtag von Sachsen-Anhalt (2021): Antwort der Landesregierung auf eine Kleine Anfrage zur schriftlichen Beantwortung. Drucksache 8/549. [Link](#) (zuletzt abgerufen am 13.03.2025).; für genaue Hintergrundinformationen: Ministerium für Arbeit, Soziales und Integration des Landes Sachsen-Anhalt (2020): Empfehlungen zur Umsetzung des nationalen Influenzapandemieplans in Sachsen-Anhalt (Pandemierahmenplan). [Link](#) (zuletzt abgerufen am 13.03.2025).

5.6 Auflistung der Zulieferungen durch die Landesregierung

Neun Ministerien lieferten Dokumente proaktiv und auf Anfrage zu. Dazu gehörten:

- **Sämtliche Eindämmungsverordnungen und Änderungsverordnungen** des LSA.
- **Über 500 tägliche Lageberichte** des Pandemiestabes des LSA zwischen dem 3. Juni 2020 und dem 16. Juni 2022 (inkl. sämtlicher Daten- und Informationsbestände).
- **Über 90 wöchentliche Lageberichte** des Pandemiestabes des LSA zwischen dem 19. März 2020 und dem 23. Februar 2023 (inkl. sämtlicher Daten- und Informationsbestände).
- **Sämtliche Dokumente** über die Zusammensetzung und die rechtlichen Grundlagen des **Pandemiestabes**.
- Die **umfangreichen Sitzungsprotokolle beziehungsweise das Einsatztagebuch** des Pandemiestabes lagen zur Einsichtnahme durch die Regierungskommission vor.
- **Sachsen-Anhalt Plan I** (Verantwortliche Rückführung der Covid-19-Eindämmungsmaßnahmen, 19. Mai 2020) und **Sachsen-Anhalt Plan II** (Entwurf: Eine sichere und gerechte Öffnung mit Verantwortung und Augenmaß, 2021).
- Informationen zur **Überarbeitung des Nationalen Pandemieplanes** und **Hintergrundinformationen des Pandemierahmenplanes** des LSA.
- Aufstellung aller **Kleinen Anfragen mit Corona-Bezug**, dazu **Antworten auf ausgewählte Kleine Anfragen und Große Anfragen**:
 - Antwort der Landesregierung am 24. August 2021 auf die Kleine Anfrage 8/65 „Sachsen-Anhalt-Plan 2021 für eine sichere und gerechte Öffnung mit Verantwortung und Augenmaß“.
 - Antwort der Landesregierung am 14. Dezember 2022 auf die Große Anfrage Drs. 7/1703 „Evaluation der Regierungs- und Behördenentscheidungen während der Corona-Krise“.
 - Antwort der Landesregierung am 4. März 2024 auf die Kleine Anfrage 8/1961 „Durchführung und Bilanz der Corona-Soforthilfe für Kleinunternehmen und Soloselbständige in Sachsen-Anhalt“.
 - Antwort der Landesregierung am 9. Dezember 2024 auf die Große Anfrage 8/4430 „Bewertung der Corona-Maßnahmen in Sachsen-Anhalt“.
- Aufstellungen **aller finanziellen Unterstützungs- und Ausgleichszahlungen / Beihilfen** des Bundes und der Länder wie der zinsbegünstigten Darlehen für die Wirtschaft durch die Investitionsbank Sachsen-Anhalt, Stundungen von Steuern für die Wirtschaft, der Lohnfortzahlungen im Quarantänefall über das Landesverwaltungsamt, Corona-Pflegebonus, Sozialschutzpakete I-III, Corona-Hilfen für die Kulturschaffenden, und vieles mehr.
- **Dokumente zur Umsetzung des Förderprogramms Pakt für den öffentlichen Gesundheitsdienst** wie eine Aufstellung der bereits abgerufenen Fördermittel, eine Liste der bewilligten Modellprojekte und Informationen zu den Schulungsleistungen sowie der technischen Ausstattung der ÖGD.
- **Kommentiertes Inhaltsverzeichnis der relevanten Erlasse**, inklusive Identifizierung / Priorisierung der Kerndokumente durch Fachebenen der Ressorts, dazu eine Vielzahl von diesen Erlassen.
- **Relevante Pressemitteilungen** zur Ermöglichung von Modellprojekten beispielsweise im Kulturbereich.

- **Mehrere Rahmenpläne** für die Hygienemaßnahmen, den Infektions- und Arbeitsschutz an Schulen im LSA sowie an Schulleitungen versandte Rundschreiben mit Bezug zur Corona-Pandemie.

5.7 Darstellung ausgewählter Daten und Statistiken („Basisdatenpaket“)

Die folgende Übersicht wurde von den Mitgliedern der AG Datenmanagement und externen Expertinnen und Experten im Rahmen der Regierungskommission Pandemievorsorge des LSA erstellt. Neben der zentralen Evaluationsfrage, welche Daten die politischen Entscheidungsträger zukünftig benötigen (Soll-Zustand), wurde durch die AG evaluiert, welche Daten bereits zur Verfügung stehen (Ist-Zustand). Einige der Ergebnisse sind in diesem Dokument zusammengetragen.

Im Folgenden werden auszugsweise Informationen für die AGen der Regierungskommission Pandemievorsorge dargestellt. Die Daten haben einen Fokus auf Sachsen-Anhalt. Die Erstellung erfolgte durch die Analyse und Zusammenführung von Daten des Landesamtes für Verbraucherschutz Sachsen-Anhalt (u. a. COVID-19-Hauptbericht für das LSA vom 1. Februar 2024, des wöchentlichen COVID-19-Lageberichtes für das LSA vom 11. Mai 2023), des MS und der Bundesagentur für Arbeit.

Diese Übersicht ist nur ein Ausschnitt der verfügbaren Daten und erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit. Die AG weist darauf hin, dass die zitierten Informationen im Wesentlichen auf Daten des Landesamtes für Verbraucherschutz beruhen. Eine vollständige Sichtung der vorhandenen Literatur und eine umfassende Analyse und Bewertung der Daten ist aus Zeit- und Ressourcengründen nicht möglich. Das Dokument wurde mit dem Datenstand vom 13. September 2024 fertiggestellt.

Organisationen, die weitere Datenquellen zur Verfügung stellen

Veröffentlichungen, Gutachten, Studien, Stellungnahmen, Positionspapiere unter anderem von folgenden Institutionen und Verbänden veröffentlicht:

- RKI, hier insbesondere die ControlCOVID-Strategie (Stufenpläne)
- Deutscher Ethikrat
- STIKO
- Deutsche Akademie der Naturforscher Leopoldina e. V. – Nationale Akademie der Wissenschaften
- Corona-Expertinnen- und Expertenrat der Bundesregierung
- DIVI
- LAV
- IVENA eHealth (Interdisziplinärer Versorgungsnachweis, insbesondere Belegung der Intensivstationen im LSA)
- Deutsche Gesellschaft für klinische Chemie und Laboratoriumsmedizin e. V. (Tests)
- IHK
- Deutsche Hotel- und Gaststättenverband e. V. (DEHOGA)
- LIGA der freien Wohlfahrtspflege im LSA e. V.
- BfArM
- Beschlüsse der Jugend- und Familienministerkonferenz (JFMK), der Kultusministerkonferenz (KMK) und der GMK

- Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung (DGUV) als Dachverband der Berufsgenossenschaften, hier insbesondere der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW) (Branchenbezogene Hinweise zur Durchführung insbesondere körpernaher Dienstleistungen – Friseurinnen, Friseure; Kosmetikerinnen, Kosmetiker) und der Berufsgenossenschaft Handel und Warenlogistik (BGHW) (Einzelhandel)
- Deutsche Gesellschaft für das Badewesen (Pandemieplan für Bäder)
- Zentralinstitut (ZI) für die kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland (Versorgungsatlasstudie, R-Wert)
- Deutsches Kinderhilfswerk
- Umweltbundesamt (UBA) (Übertragung von Coronaviren in Wasser, Luftfilter)
- Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA; Arbeitsschutz; Zulassung von Desinfektionsmittel)
- AGen im Zuständigkeitsbereich der GMK: AG Infektionsschutz (AGI); AG Arzneimittel-, Apotheken-, Transfusions- und Betäubungsmittelwesen (AATB)
- Deutsche Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention (DGSMP)
- Deutsche Gesellschaft für Öffentliches Gesundheitswesen (DGÖG)
- Deutsche Gesellschaft für Public Health e. V. (DGPH)
- Healthcare-Datenplattform (infas 360)

Basisdaten zur Coronapandemie

- 2.186.643 Einwohnerinnen und Einwohner in Sachsen-Anhalt (Statistisches Landesamt Sachsen-Anhalt Bevölkerungsstand, natürliche Bevölkerungsbewegung, Wanderungen Bevölkerung der Gemeinden, Stand: 31. Dezember 2023)
- 965.629 Infektionen in Sachsen-Anhalt (gesamt) vom 10. März 2020 bis 1. Februar 2024
- 6.228 Todesfälle in Sachsen-Anhalt (gesamt) 29. März 2020 bis 1. Februar 2024
- Erste gemeldete Infektion in Sachsen-Anhalt am 10. März 2020

Eine Pandemie kann in unterschiedliche Phasen eingeteilt werden. In den Dokumenten wird folgende auf Deutschland zugeschnittene Einteilung verwendet:

Tabelle 4: Vier Phasen des Pandemieverlaufs

Phase 1	ab 1. Januar 2020	Präpandemische Phase: Der Zeitraum kurz vor Beginn der Pandemie
Phase 2	ab 9. März 2020	Alarm-Phase: Erkrankungen durch ein neuartiges Virus treten beim Menschen auf und erfordern verstärkte Aufmerksamkeit
Phase 3	ab 1. April 2020	Pandemische Phase/Belastungsphase: Ein neues Virus breitet sich global aus und führt zunächst regional, dann national zu Belastungen
Phase 4	ab 7. April 2023	Postpandemische Phase/Übergangsphase: Die globale Situation entspannt sich, Aktivitäten auf globaler und regionaler Ebene werden zurückgefahren

Tabelle 5: COVID-19-Fälle gemäß IfSG im LSA²²⁶

Covid-19-Fälle gemäß IfSG in Sachsen-Anhalt	Anzahl
Anzahl aller übermittelten Fälle (kumulativ)	965.876
Kumulative Fallzahl 2020 - 2023 (unter Berücksichtigung der Qualitätskriterien)	953.629
Männlich	444.396
Weiblich	504.438
Divers / Unbekannt	4.795
Verstorben	6.228
Hospitalisiert (aufgrund von COVID-19)	15.900
Hospitalisiert (aufgrund anderer / unklarer Ursache)	12.799
Genesen (Schätzung)	944.675

²²⁶ Laut der Qualitätskriterien zu den in Sachsen-Anhalt vom LAV veröffentlichten COVID-19-Fallzahlen (Mindestanforderungen) werden ab 29.04.2021, wenn nicht anders gekennzeichnet, nur COVID-19-Fälle veröffentlicht, die mittels Nukleinsäureamplifikationstechnik und/oder Erregerisolierung labordiagnostisch bestätigt wurden und damit der aktuellen Referenzdefinition des RKI entsprechen. Seit der am 23.12.2020 aktualisierten COVID-19-Falldefinition des RKI erfüllen zusätzlich zum Nachweis mittels Nukleinsäureamplifikationstechnik (z. B. PCR, PoC-PCR) oder Erregerisolierung (Virusanzucht) auch positive Antigentests (einschließlich Schnelltests) die Falldefinition für einen labordiagnostischen Nachweis und sind melde- und übermittlungspflichtig; Landesamt für Verbraucherschutz Sachsen-Anhalt (2024): COVID-19-Hauptbericht für das Land Sachsen-Anhalt LAV. Datenstand: 01.02.2024 00:00Uhr. [Link](#) (zuletzt abgerufen am 13.03.2025); Landesamt für Verbraucherschutz Sachsen-Anhalt (2024): Wöchentlicher COVID-19-Lagebericht für das Land Sachsen-Anhalt LAV. Datenstand: 11.05.2023 00:00Uhr. [Link](#) (zuletzt abgerufen am 13.03.2025).

Tabelle 6: COVID-19-Fälle, Genesene, Sterbefälle nach Landkreisen im LSA²²⁷

Meldelandkreis	Fälle kumulativ	Fälle/100.000 EW	Genesene kumulativ	Sterbefälle kumulativ	Sterbefälle/100.000 EW
LK Altmarkkreis Salzwedel	38.231	46.631,1	37.946	171	208,6
LK Anhalt-Bitterfeld	70.218	45.040,4	69.514	466	298,9
LK Börde	75.464	44.362,9	75.006	236	138,7
LK Burgenlandkreis	85.173	48.302,4	83.903	995	564,3
LK Harz	92.120	44.051,9	91.307	590	282,1
LK Jerichower Land	39.173	43.956,3	38.792	241	270,4
LK Mansfeld-Südharz	62.105	46.936,5	61.519	389	294,0
LK Saalekreis	87.898	48.080,6	86.955	642	351,2
LK Salzlandkreis	76.851	41.430,2	76.244	451	243,1
LK Stendal	45.387	41.356,4	44.903	314	286,1
LK Wittenberg	51.685	41.904,2	51.140	454	368,1
SK Dessau-Roßlau	34.092	43.301,9	33.746	232	294,7
SK Halle	107.437	45.130,0	106.451	695	291,9
SK Magdeburg	87.795	37.171,7	87.249	352	149,0
Sachsen-Anhalt	953.629	43.961,2	944.675	6.228	287,1

²²⁷ Tabelle Sachsen-Anhalt, 2020-2023: Bei der kumulativen Zahl werden alle Fälle, die im angegebenen Zeitraum gemeldet wurden, addiert. Die Zahl der Genesenen beruht auf einer Schätzung. Die Zahl der Sterbefälle beruht auf der Nachmeldung des Todes und Übermittlung in der Meldesoftware; Landesamt für Verbraucherschutz Sachsen-Anhalt (2024): COVID-19-Hauptbericht für das Land Sachsen-Anhalt LAV. Datenstand: 01.02.2024 00:00Uhr. [Link](#) (zuletzt abgerufen am 13.03.2025).

Für eine weitsichtige Pandemievorsorge in Sachsen-Anhalt
 Abschlussbericht der Regierungskommission „Pandemievorsorge“ des Landes Sachsen-Anhalt

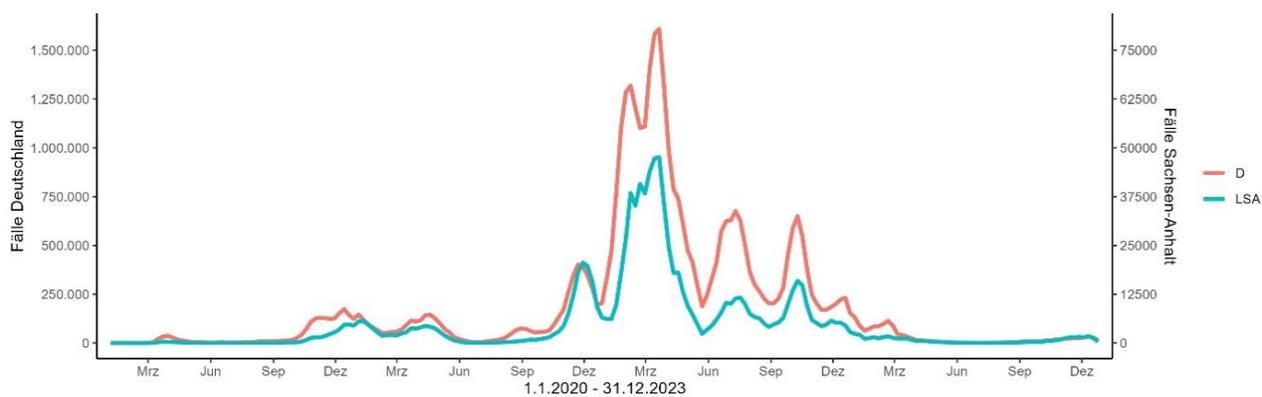


Abbildung 13: COVID-19 Fallzahlen pro Woche im Verlauf für Deutschland und im LSA²²⁸

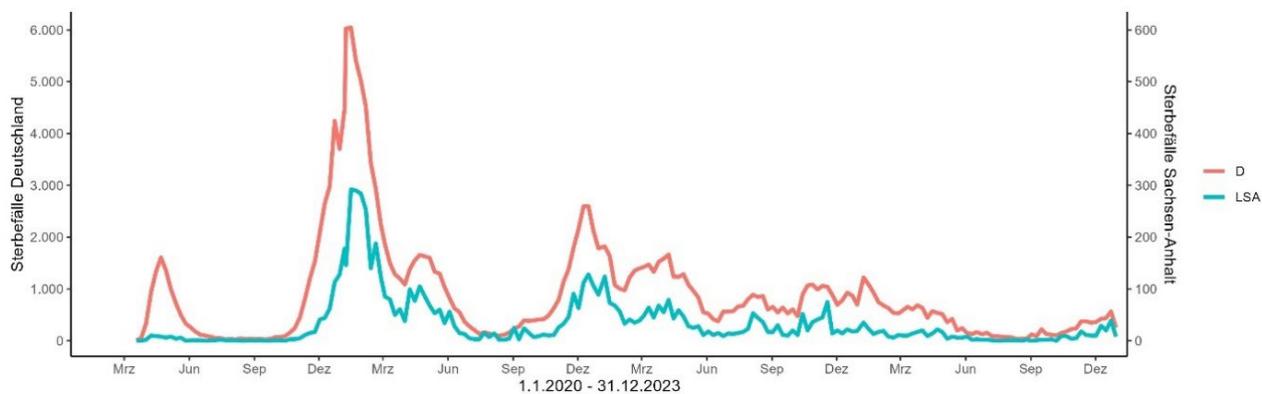


Abbildung 14: Sterbefälle an COVID-19 pro Woche im Verlauf für Deutschland und im LSA²²⁹

²²⁸ Robert Koch-Institut (2024): Robert Koch-Institut. Github-Daten. [Link](#) (zuletzt abgerufen am 13.03.2025).

²²⁹ Robert Koch-Institut (2024): Robert Koch-Institut. Github-Daten. [Link](#) (zuletzt abgerufen am 13.03.2025).

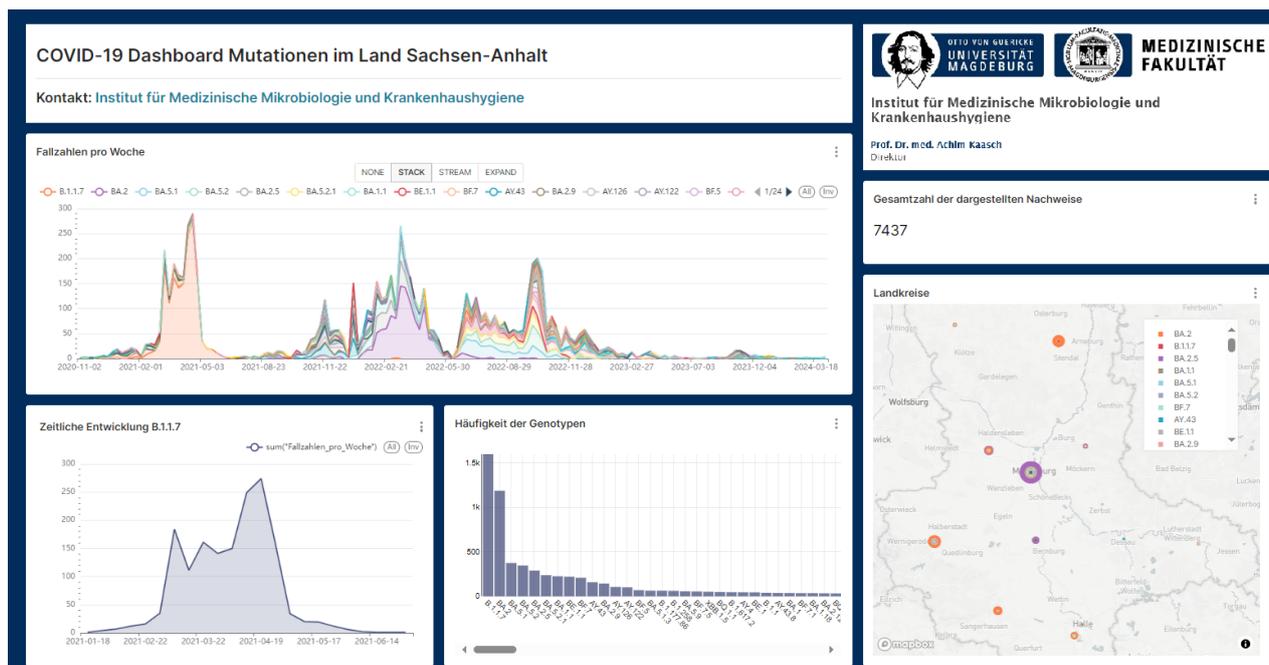


Abbildung 15: Exemplarischer Screenshot des Dashboards zu den COVID-19 Sequenzierungen²³⁰

²³⁰ Über den Zeitraum der Pandemie wurden geeignete Patientinnen- und Patientenproben in Sachsen-Anhalt zur Bestimmung der Virusvarianten sequenziert und in einem Corona-Dashboard dargestellt. Dies erlaubte die Überwachung besonderer Virusvarianten. Besorgniserregende Varianten von SARS-CoV-2, sogenannte VOC (variants of concern), werden von der WHO als solche klassifiziert. Es sind Varianten, die sich in ihren Erregereigenschaften wie beispielsweise der Übertragbarkeit und/oder ihrer Pathogenität und/oder Suszeptibilität gegenüber der Immunantwort von genesenen oder geimpften Personen relevant von den herkömmlichen Virusvarianten unterscheiden und deshalb zu einer höheren Belastung des Gesundheitswesens führen können. Darüber hinaus sind weitere Viruslinien zum Beispiel aufgrund verschiedener besorgniserregender Mutationen oder epidemiologischer Eigenschaften von besonderem Interesse (VOI – variants of interest) oder stehen unter besonderer Beobachtung (variants under monitoring). Datengrundlage des Dashboards sind Ganzgenomsequenzierungen von SARS-CoV-2 am Institut für Medizinische Mikrobiologie der Universitätsklinik Magdeburg und am LAV. Es handelt sich hierbei um einen beispielhaften Ausschnitt. Corona-Dashboard des Instituts für Medizinische Mikrobiologie und Krankenhaushygiene der Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg, Datenstand 20.08.2024, 9:00 Uhr.

Tabelle 7: Altersbezogene Fallzahlen im LSA²³¹

Altersgruppen	Fallzahlen				Gesamt
	2020	2021	2022	2023	
0 - 4 Jahre (88.087 Personen)	521	5.800	23.708	121	30.150
5 - 11 Jahre (1.228.861 Personen)	1.107	22.286	64.346	195	87.934
12 - 17 Jahre (105.713 Personen)	1.410	16.446	54.193	187	72.236
18 - 59 Jahre (1.082.502 Personen)	19.444	108.723	438.022	4.591	570.780
ab 60 Jahre (775.521 Personen)	10.398	40.634	138.480	2.401	191.913
keine Altersangabe	29	143	442	2	616
Sachsen-Anhalt	32.909	194.032	719.191	7.497	953.629

Tabelle 8: Hospitalisierungen aufgrund von COVID-19 nach Altersgruppe im LSA²³²

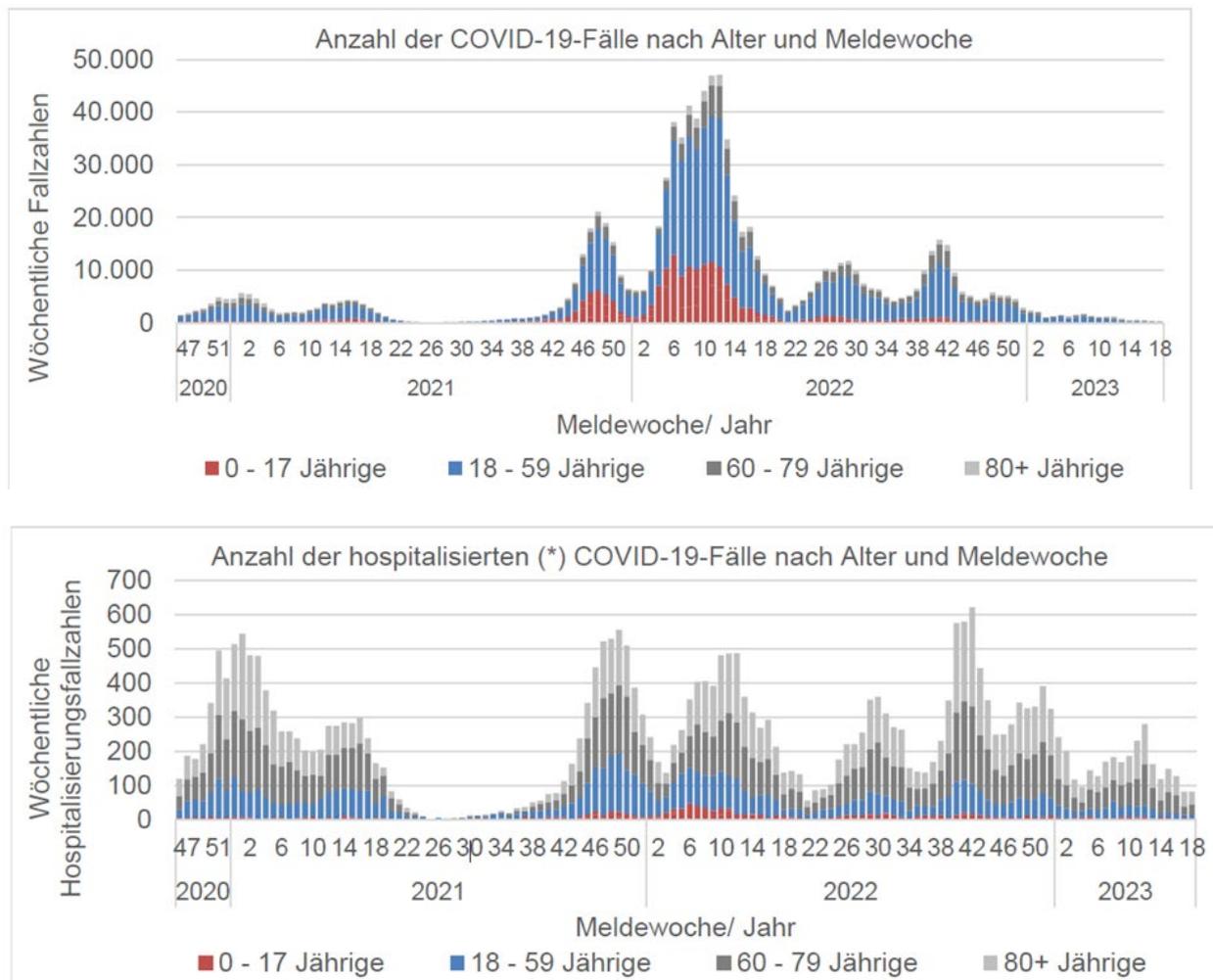
Altersgruppen	Fallzahlen 2020-2023
0 - 4 Jahre	281
5 - 11 Jahre	149
12 - 17 Jahre	160
18 - 59 Jahre	3.270
ab 60 Jahre	12.036
keine Altersangabe	4
Sachsen-Anhalt	15.900

²³¹ Bezogen auf das Jahr 2020; Meldung nach Qualitätskriterien, siehe S. 3; Landesamt für Verbraucherschutz Sachsen-Anhalt (2024): COVID-19-Hauptbericht für das Land Sachsen-Anhalt LAV. Datenstand: 01.02.2024 00:00Uhr. [Link](#) (zuletzt abgerufen am 20.03.2025).

²³² Landesamt für Verbraucherschutz Sachsen-Anhalt (2024): COVID-19-Hauptbericht für das Land Sachsen-Anhalt LAV. Datenstand: 01.02.2024, 00:00 Uhr. [Link](#) (zuletzt abgerufen am 20.03.2025).

Für eine weitsichtige Pandemievorsorge in Sachsen-Anhalt

Abschlussbericht der Regierungskommission „Pandemievorsorge“ des Landes Sachsen-Anhalt



(*) alle hospitalisierten Fälle

Abbildung 16: Fallzahlen und Hospitalisierung im Verlauf nach Altersgruppen im LSA²³³

²³³ Sachsen-Anhalt, Dez 2020 bis April 2023: Die Darstellungen zeigen die wöchentlichen Fallzahlen (oben) und wöchentliche Hospitalisierungszahlen (Hospitalisierung aufgrund COVID-19, unten) für verschiedene Altersgruppen; Landesamt für Verbraucherschutz Sachsen-Anhalt (2024): COVID-19-Hauptbericht für das Land Sachsen-Anhalt LAV. Datenstand: 11.05.2023, 00:00 Uhr. [Link](#) (zuletzt abgerufen am 20.03.2025).

Tabelle 9: Impfungen: Grundimmunisierung und Auffrischimpfungen im LSA²³⁴

Anteil der Grundimmunisierten an der Gesamtbevölkerung	74%
...in der Altersgruppe: 5-11 Jahre	8%
...in der Altersgruppe: 12-17 Jahre	54%
...in der Altersgruppe: 18-59 Jahre	79%
...in der Altersgruppe: 60+ Jahre	91%
Anteil der Auffrischgeimpften an der Gesamtbevölkerung	
Impfquote 1. Auffrischimpfung	59%
Impfquote 2. Auffrischimpfung	12%

Hospitalisierungsinzidenz unter Geimpften und Ungeimpften in der jeweiligen Altersgruppe aufgrund von COVID-19 in Sachsen-Anhalt

Tabelle 10: Hospitalisierungsinzidenz unter Geimpften im LSA²³⁵

Altersgruppen	kumulativ 2020-2023	
	Fallzahlen	Fälle pro 100.000
0 - 4 Jahre	1	10,5
5 - 11 Jahre	0	0,0
12 - 17 Jahre	8	14,0
18 - 59 Jahre	221	26,6
ab 60 Jahre	1.300	183,4
keine Altersangabe	0	-
Sachsen-Anhalt	1.530	94,6

²³⁴ Beispielhafte Darstellung für den 01.02.2023; Landesamt für Verbraucherschutz Sachsen-Anhalt (2024): COVID-19-Hauptbericht für das Land Sachsen-Anhalt LAV. Datenstand: 01.02.2024, 00:00 Uhr. [Link](#) (zuletzt abgerufen am 20.03.2025), Darstellung der Daten des Digitalen Impfquotenmonitorings.

²³⁵ Landesamt für Verbraucherschutz Sachsen-Anhalt (2024): COVID-19-Hauptbericht für das Land Sachsen-Anhalt LAV. Datenstand: 01.02.2024, 00:00 Uhr. [Link](#) (zuletzt abgerufen am 20.03.2025).

Tabelle 11: Hospitalisierungsinzidenz unter Ungeimpften im LSA²³⁶

Altersgruppen	kumulativ 2020-2023	
	Fallzahlen	Fälle pro 100.000
0 - 4 Jahre	165	227,6
5 - 11 Jahre	79	66,2
12 - 17 Jahre	53	115,6
18 - 59 Jahre	1.053	466,8
ab 60 Jahre	2.251	3.135,0
keine Altersangabe	1	-
Sachsen-Anhalt	3.602	673,3

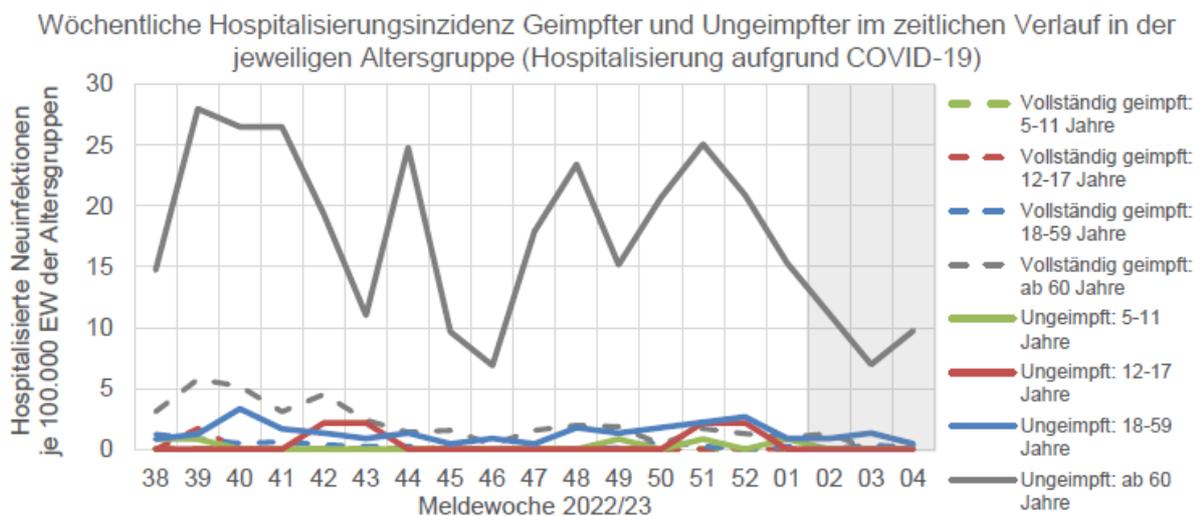


Abbildung 17: Hospitalisierungsinzidenz und Impfstatus im Verlauf nach Altersgruppen im LSA²³⁷

²³⁶ Landesamt für Verbraucherschutz Sachsen-Anhalt (2024): COVID-19-Hauptbericht für das Land Sachsen-Anhalt LAV. Datenstand: 01.02.2024, 00:00 Uhr. [Link](#) (zuletzt abgerufen am 20.03.2025).

²³⁷ Die Abbildung zeigt die wöchentliche Hospitalisierungsinzidenz (Hospitalisierung aufgrund COVID-19) für verschiedene Altersgruppen vollständig geimpfter und ungeimpfter COVID-19-Fälle in Sachsen-Anhalt im Zeitraum September 2022 bis Januar 2023. Die Definition vollständig Geimpfter richtet sich nach §22a IfSG. Personen mit weniger als zwei Impfungen (bis 30.09.2022) bzw. mit weniger als drei Impfungen (ab dem 01.10.2022) werden weder zu den Geimpften noch zu den Ungeimpften gezählt. Für die Darstellung der Inzidenzen wird örtlich der Wohnort des Falls und zeitlich sein Meldedatum verwendet. Mit der Hospitalisierungsinzidenz kann die Krankheitsschwere bewertet werden, jedoch nicht die Anzahl der belegten Krankenhausbetten. Auf der Abbildung zeigt sich eine erhöhte Hospitalisierungsinzidenz bei den ungeimpften Personen ab 60 Jahre gegenüber allen anderen betrachteten Gruppen. Die Interpretation dieser Zahlen wird dadurch eingeschränkt, dass laut Definition Personen mit unklarem Impfstatus nicht betrachtet wurden, sowie durch die vergleichsweise geringen Fallzahlen. Jedoch weist sie auf eine Wirksamkeit der Impfung im betrachteten Zeitraum bei dieser Altersgruppe hin. Landesamt für Verbraucherschutz Sachsen-Anhalt (2024): COVID-19-Hauptbericht für das Land Sachsen-Anhalt LAV. Datenstand: 01.02.2024, 00:00 Uhr. [Link](#) (zuletzt abgerufen am 20.03.2025).

Erläuterung zur 7-Tage-Hospitalisierungsinzidenz: Die 7-Tage-Hospitalisierungsinzidenz ist ein Indikator für die Schwere der Erkrankungen bzw. die Pathogenität des Erregers, jedoch nicht für die Auslastung der Krankenhauskapazitäten. Sie ist kein schneller Indikator, denn sie ist abhängig vom zeitlichen Erkrankungsverlauf, der Arztmeldung der Hospitalisierung und ggf. zusätzlichen Ermittlungen der Gesundheitsämter. Zwischen Symptombeginn von COVID-19 und der stationären Aufnahme ins Krankenhaus vergehen im Median vier Tage. Für die Berechnung der 7-Tage-Hospitalisierungsinzidenz wird die Anzahl der COVID-19-Fälle genutzt, bei denen eine Hospitalisierung angegeben ist, mit einem Meldedatum in den letzten sieben Tagen bezogen auf 100.000 Einwohnerinnen und Einwohnern der betrachteten Bevölkerungsgruppe. Auch hier erfolgt die Darstellung örtlich bezogen auf den Wohnort der inkludierten Fälle und zeitlich nach deren (Erst-)Meldedatum. Deshalb könnten z. B. die Krankenhäuser in Magdeburg mit COVID-19-Fällen mit Wohnorten außerhalb Magdeburgs belegt sein, ohne, dass sich dies in der Hospitalisierungsinzidenz Magdeburgs abbildet. Auch könnten z. B. bei langen Patientinnen- und Patientenliegezeiten die Bettenkapazitäten sinken, obwohl wenige neue

Für eine weitsichtige Pandemievorsorge in Sachsen-Anhalt

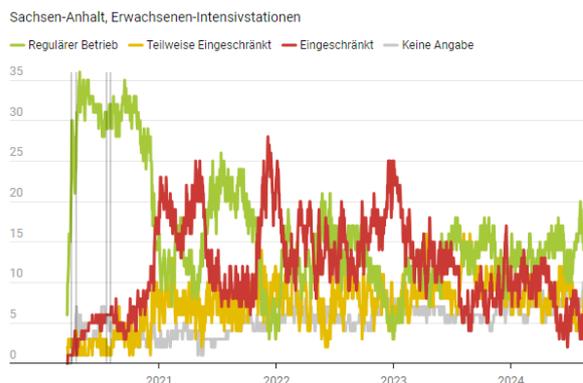
Abschlussbericht der Regierungskommission „Pandemievorsorge“ des Landes Sachsen-Anhalt

Anzahl gemeldeter intensivmedizinisch behandelter COVID-19-Fälle



Stand: 20.08.2024 12:15
Quelle: DIVI-Intensivregister · Erstellt mit Datawrapper

Einschätzung der Betriebssituation



Stand: 20.08.2024 12:15
Quelle: DIVI-Intensivregister · Erstellt mit Datawrapper

Abbildung 18: DIVI-Intensivregister im LSA¹

Tabelle 12: Kennzahlen zur Corona-Soforthilfe im LSA²³⁸

Beschäftigte	Anzahl erfasste Anträge	davon Anzahl bewilligt	Zuschuss bewilligt in Euro	Anzahl abgelehnter/zurückgezogener Anträge	Zuschuss in Euro Anzahl abgelehnt/zurückgezogen
a: bis 1		17.099	85.736.003,10	2.045	2.388.802,12
b: >1 bis 5		12.747	94.922.077,39	1.120	1.722.127,28
c: >5 bis 10		3.028	41.708.999,15	386	732.610,00
d: >10 bis 25		1.730	32.655.354,17	278	810.363,18
e: >25		524	12.547.561,36	92	350.000,00
ohne Angabe	39.265	-	-	216	186.573,79
	39.265	35.128	267.569.995,17	4.137	6.190.476,37

Fälle in den letzten sieben Tagen aufgenommen wurden. Wenn nicht anders angegeben, fließen in die Hospitalisierungsinzidenz alle in Bezug auf COVID-19 hospitalisierten Fälle ein. Dazu zählen auch Fälle, die nicht wegen, sondern mit COVID-19 hospitalisiert wurden. Landesamt für Verbraucherschutz Sachsen-Anhalt (2024): COVID-19-Hauptbericht für das Land Sachsen-Anhalt LAV. Datenstand: 11.05.2023, 00:00 Uhr. [Link](#) (zuletzt abgerufen am 20.03.2025).

²³⁸ Landtag von Sachsen-Anhalt (2022): Antwort der Landesregierung auf die Große Anfrage. Evaluation der Regierungs- und Behördenentscheidungen während der Corona-Krise. [Link](#) (zuletzt abgerufen am 13.03.2025); Landtag von Sachsen-Anhalt (2022): Antwort der Landesregierung auf die Große Anfrage. Evaluation der Regierungs- und Behördenentscheidungen während der Corona-Krise. [Link](#) (zuletzt abgerufen am 13.03.2025).

Tabelle 13: Zurückgegebene Corona-Soforthilfen im LSA

Mittel, die bereits gezahlt sind und von der oder dem Antragstellenden zurückgegeben wurden	Anzahl²³⁹	Höhe des zurückgezählten Zuschusses in Euro²⁴⁰
Teilrückzahlung	691	2.528.940,65
davon Bundesmittel	676	2.409.439,69
davon Landesmittel	15	119.500,96
Vollrückzahlung	1.976	18.219.013,33
davon Bundesmittel	1.754	13.668.052,14
davon Landesmittel	222	4.622.961,19
Gesamt	2.667	20.819.953,98

²³⁹ Anzahl bezieht sich jetzt auf die Bewilligung

²⁴⁰ Doppelte Auszahlung, Kunde braucht kein Geld oder Rückzahlungen aus Bescheiden

Tabelle 14: Kennzahlen zu Arbeitslosen im LSA²⁴¹

Berichts- jahr	Januar	Februar	März	April	Mai	Juni	Juli	August	September	Oktober	November	Dezember
2018	99.760	99.434	95.260	90.476	87.747	85.858	87.375	86.205	82.104	80.146	79.924	82.987
2019	90.963	89.860	86.025	80.891	79.724	78.147	78.961	79.929	75.760	74.898	74.400	77.735
2020	85.125	83.601	79.771	87.897	91.618	90.556	89.621	90.698	86.219	83.503	81.420	83.294
2021	91.232	92.028	89.234	86.047	82.955	79.953	78.394	79.146	75.653	73.217	71.192	74.053
2022	80.637	79.666	77.311	75.041	73.352	75.936	78.572	81.090	78.922	77.587	77.729	79.827
2023	85.722	85.711	84.377	82.818	80.934	80.553	82.687	84.648	81.133	80.253	80.321	82.367

²⁴¹ Nach Sozialgesetzbuch (SGB) II & SGB III; Bundesagentur für Arbeit (2024): Arbeitslose nach Rechtskreisen – Deutschland, West/Ost, Länder und Agenturen für Arbeit (Monatszahlen). [Link](#) (zuletzt abgerufen am 13.03.2025).

Tabelle 15: Belegung von Frauenhäusern im Jahresvergleich im LSA²⁴²

Einrichtung	2015		2016		2017		2018		2019		2020		2021		2022		2023	
	Frauen	Kinder																
Altmarkkreis Salzwedel	27	38	19	21	17	17	17	17	22	19	21	17	16	27	21	32	18	23
Anhalt-Bitterfeld	54	56	62	72	43	60	74	86	52	70	60	80	60	80	47	62	59	55
Landkreis Börde	37	39	42	34	40	34	25	29	26	44	34	38	27	41	24	35	31	39
Burgenlandkreis	55	57	56	75	61	41	42	32	56	44	55	59	33	34	41	55	42	44
Jerichower Land	46	38	36	41	30	31	19	28	20	22	18	17	21	27	12	26	22	15
Landkreis Harz	58	59	62	61	62	60	63	67	61	66	59	50	52	46	78	93	64	85
Mansfeld-Südharz	32	27	35	33	32	19	27	17	33	29	22	26	23	29	22	16	22	35
Saalekreis	37	44	36	34	47	46	33	36	29	30	11	6	21	19	23	17	25	14
Salzlandkreis	85	75	86	64	84	73	86	83	56	51	54	65	60	24	54	60	50	42
Landkreis Stendal	59	50	42	21	53	40	41	33	34	16	35	37	32	25	31	33	30	27
Landkreis Wittenberg	39	39	48	25	14	8	12	9	21	21	15	14	17	69	22	29	15	17
Magdeburg	76	74	83	70	70	79	47	67	59	67	56	65	70	78	56	67	59	77
Halle (Saale)	64	62	60	66	43	49	49	50	45	71	26	42	35	55	45	60	51	60
Dessau-Roßlau	24	27	22	26	18	17	22	13	19	19	17	18	23	26	17	24	30	32
Gesamt	693	685	689	643	614	574	557	567	533	569	483	534	490	580	493	609	518	565

²⁴² Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Gleichstellung des Landes Sachsen-Anhalt (2023).

5.8 Auswertung zentraler Daten und Statistiken („Datenmatrix“)

		Pandemische Phasen 1-4				A (hoch) > B (ausreichend) > C (gering)				
Kategorie	Parameter	1	2	3	4	Qualität	Verfügbarkeit	Zuständigkeit Erhebung / Speicherung	Relevanz für politische Entscheidungen / Sollzustand	Relevanz für informierte Einwohner
Biologische/medizinische Daten	Infektionszahlen		x	x	x	B	ja	Landes- / Kommunalverwaltungen, insbesondere ÖGD, RKI	A	A
Biologische/medizinische Daten	Erkrankungsbezogene Sterblichkeit		x	x	x	B	ja	Meldepflicht (ÖGD, LAV, RKI)	A	A
Biologische/medizinische Daten	Genesenzahlen		x	x	x	B	ja	Landes- / Kommunalverwaltungen, insbesondere ÖGD, RKI	C	A
Biologische/medizinische Daten	Virusvarianten, R-Wert		x	x	x	A	ja	Landes- / Kommunalverwaltungen, ÖGD, Bundesverwaltung, unter anderem RKI, BMG	B	A
Biologische/medizinische Daten	Übersterblichkeit im Jahresverlauf		x	x	x	A	ja	Landes- / Kommunalverwaltungen, insbesondere ÖGD, Bundesverwaltung, RKI, BMG	C	A
Biologische/medizinische Daten	Umweltsurveillance (Abwassermonitoring)		x	x	x	A	ja	Landesamt für Umweltschutz	C	A

Pandemische Phasen 1-4 A (hoch) > B (ausreichend) > C (gering)

Kategorie	Parameter	1	2	3	4	Qualität	Verfügbarkeit	Zuständigkeit Erhebung / Speicherung	Relevanz für politische Entscheidungen / Sollzustand	Relevanz für informierte Einwohner
Belastung des Gesundheitssystems	Hospitalisierungsrate, Arztbesuche		x	x	x	A	ja	Universitäten, Kliniken, KV	A	A
Belastung des Gesundheitssystems	Auslastung Intensivbetten		x	x	x	A	ja	Universitäten, Kliniken	A	A
Belastung des Gesundheitssystems	Laborkapazität		x	x		A	ja	RKI, BMG, Universitäten, Kliniken, KV	A	B
Belastung des Gesundheitssystems	Testkapazitäten (Fieberambulanz, ...)		x	x		A	ja	MS, Kliniken, KV	A	A
Belastung des Gesundheitssystems	Screening von Patientinnen und Patienten in der Notaufnahme		x	x		-	ja	Kliniken, AKTIN Netzwerk	A	A
Belastung des Gesundheitssystems	Screening des medizinischen Personals (Infektionsrate), Krankenstand			x		-	nein	Kliniken	C	C
Belastung des ÖGD	Kontaktpersonen-Nachverfolgung		x	x	x	B	ja, nicht standardisiert	Landes- / Kommunalverwaltungen, insbesondere ÖGD	C	B
Belastung des ÖGD	Digitalisierungsstand Gesundheitsämter	x	x	x	x	-	nein	MS, RKI	A	C
Belastung der kritischen Infrastruktur	Ausfälle durch Infektionen unter anderem in		x	x		-	unbekannt	Kommune, Land	A	A

		Pandemische Phasen 1-4				A (hoch) > B (ausreichend) > C (gering)				
Kategorie	Parameter	1	2	3	4	Qualität	Verfügbarkeit	Zuständigkeit Erhebung / Speicherung	Relevanz für politische Entscheidungen / Sollzustand	Relevanz für informierte Einwohner
	Feuerwehr, Kraftwerk, Trinkwasser, Müll, Polizei									
Belastung der kritischen Infrastruktur	Verfügbarkeit von Gesundheitsbedarf (u. a. Masken, Beatmungsgeräte, Handschuhe, Kittel)		x	x		C	unbekannt	BMG, MS, Hersteller	A	B
Belastung der kritischen Infrastruktur	Verfügbarkeit von Schnelltests			x		C	unbekannt	BMG, MS, Hersteller	A	B
Maßnahmenbewertung	Ausbruchsgeschehen bei Veranstaltungen, Sport und Gastronomie		x	x		A	ja	ÖGD (LAV, GA)	A	nein
Maßnahmenbewertung	Corona Soforthilfen			x		A	ja	Finanzministerium	B	nein
Maßnahmenbewertung	Mobilitätsdaten (z. B. Handydaten, Freiwilligenkohorte)			x		unbekannt	unbekannt	unbekannt	C	nein
Maßnahmenbewertung	App-gestützte individuelle Kontaktnachverfolgung		x	x		B	tlw.	unklar	C	nein
Maßnahmenbewertung	Anwesenheitslisten bei Veranstaltungen		x	x		B	nein	GA	nein	nein
Maßnahmenbewertung	App bei Gaststättenbesuch		x	x		C	nein	Gastronomie	nein	nein
Maßnahmenbewertung	Bevölkerungsbefragung (z. B. DigiHero (Uni Halle))			x	x	B	ja	Wissenschaft	C	C

		Pandemische Phasen 1-4				A (hoch) > B (ausreichend) > C (gering)				
Kategorie	Parameter	1	2	3	4	Qualität	Verfügbarkeit	Zuständigkeit Erhebung / Speicherung	Relevanz für politische Entscheidungen / Sollzustand	Relevanz für informierte Einwohner
Maßnahmenbewertung	Wirtschaftliche Leistung (z. B. BIP)			x	x	A	ja	Statistisches Landesamt, MI	C	C
Maßnahmenbewertung	Versorgungslage, Lieferketten			x		B	unbekannt	Industrie und Handelskammer	B	C
Impfung	Impfstoff-Verfügbarkeit			x		A	ja	RKI, BMG, MS	A	A
Impfung	Impfquoten-Monitoring			x	x	A	ja	Landes- / Kommunalverwaltungen, insbesondere ÖGD, RKI, BMG, KV	B	B
Impfung	Erfassung Impfschäden			x	x	A	ja	GA, PEI, Hersteller, Arzneimittelkommissionen	C	A
Belastung für einzelne Bevölkerungsgruppen	Belastung Arbeitgeberinnen und -geber			x		-	unbekannt	unbekannt	C	B
Belastung für einzelne Bevölkerungsgruppen	Belastung Schülerinnen und Schüler/Lehrer			x		A	intern und auf Anfrage; nach einem Jahr gelöscht	Landesschulamt	A	A
Belastung für einzelne Bevölkerungsgruppen	Digitalisierungsdaten (bspw. Ausstattung Schulen und öffentliche Einrichtungen)		x	x		-	unbekannt	MB	C	B

		Pandemische Phasen 1-4				A (hoch) > B (ausreichend) > C (gering)				
Kategorie	Parameter	1	2	3	4	Qualität	Verfügbarkeit	Zuständigkeit Erhebung / Speicherung	Relevanz für politische Entscheidungen / Sollzustand	Relevanz für informierte Einwohner
Belastung für einzelne Bevölkerungsgruppen	Belastung Universitäten, Fachhochschulen, unter anderem ausländische Studierende			x		-	unbekannt	Universitäten, Fachhochschulen	C	B
Belastung für einzelne Bevölkerungsgruppen	Belastung Kinderbetreuung (u. a. KRITIS)			x		-	unbekannt	unbekannt	B	B
Belastung für einzelne Bevölkerungsgruppen	Belastung Senioren / Pflegebedürftige / stationäre Pflege			x		-	unbekannt	Träger, GA	A	A
Sonstige Daten	Krankenkassendaten			x	x	A	für Forschungszwecke	Forschungsdaten-zentrum (BfArM)	B	B
Sonstige Daten	Gesellschaftlicher Zusammenhalt (u. a. Demonstrationen und Impfgegner- und Querdenker-Bewegung, Wahlergebnisse)		x	x	x	-	heterogen	MI, Polizei, Ordnungsamt, Landesverfassungsschutz	A	A
Sonstige Daten	Häusliche Gewalt			x		-	heterogen	MS, Jugendhilfe, Polizei	C	B

5.9 Forschungsüberblick zum Thema Bildung

Die Recherche zum Bereich Bildung (Schulen und Hochschulen/Universitäten) im Kontext der Coronapandemie, der vollzogenen Maßnahmen in Sachsen-Anhalt zur Eindämmung der Pandemie und deren (Aus-)Wirkungen folgte einem systematischen Vorgehen im Sinne einer systematischen Literaturanalyse²⁴³ unter Nutzung der Datenbanken Web of Science (n=193, d. h. 193 Studien wurden darüber gefunden) und Google Scholar (n=34). Die Verschlagwortung erfolgte in verschiedenen Kombinationen, um thematisch passende Studien zu erfassen. Dabei wurden spezifische Suchbegriffe wie „Covid-19-Pandemic*“ und „Education*“ in Verbindung mit „Saxony-Anhalt“ oder „Germany“ verwendet. Weitere relevante Schlagworte wie „well-being*“, „self-efficacy“ sowie „participation“ wurden ebenfalls integriert, um ein breites Spektrum der Forschung zu decken, die sich mit dem Wohlergehen, der Selbstwirksamkeit und der Partizipation im Bildungskontext während der Pandemie befasste. Insgesamt konnten 227 veröffentlichte evidenzbasierte Studien identifiziert werden.

In einem zweiten Schritt wurde die Recherche auf spezifische Studien mit Bezug zu Sachsen-Anhalt erweitert. Hierbei wurden vier Studien von Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftlern der Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg einbezogen. Ergänzend wurden deutschlandweite, repräsentative Längsschnittstudien wie das Nationale Bildungspanel (NEPS), das Deutsche Schulbarometer, der Bildungsmonitor der Initiative Neue Soziale Marktwirtschaft GmbH (INSM) und die vier JuCo-Studien (Befragung junger Menschen während der Corona Pandemie) analysiert.

Es wurde deutlich, dass es sehr wenige Studien gibt, die einen eindeutigen Bezug zu Sachsen-Anhalt aufweisen. Die Feinanalyse dieser identifizierten Studien (n=16) erfolgte durch die Sichtung und Kategorisierung anhand eines zuvor entwickelten Datenblatts. Hierbei wurden Informationen zum Erhebungszeitraum, zu Erhebungs- und Auswertungsmethoden, zur Sample-Größe und Relevanz für Sachsen-Anhalt gesammelt. Die Studien wurden thematisch geclustert und die Ergebnisse verdichtet. Zur finalen Analyse diente eine standardisierte Maske, die durch die AG Maßnahmen erstellt wurde, um eine strukturierte Zusammenfassung und Interpretation der Studienergebnisse zu gewährleisten. Die anderen Studien (n=211) wurden grob gesichtet.

²⁴³ Wetterich, C, Plänitz, E. (2021): Systematische Literaturanalysen in den Sozialwissenschaften: Eine praxisorientierte Einführung. Leverkusen: Verlag Barbara Budrich.

