DR. KAY KLAPPROTH
Diplom-Biologe · Immunologe

7. Oktober 2026

Deutscher Bundestag
Enquete-Kommission

Aufarbeitung der Corona-Pandemie und Lehren für zukünftige pandemische Ereignisse

Fachgespräch am 12. Oktober 2026

SCHRIFTLICHE STELLUNGNAHME

Auswirkungen der Corona-Pandemie auf Gesundheitsberufe und Pflege

Dr. Kay Klapproth
Diplom-Biologe · Immunologe

Leitfrage

Welche kurz- und langfristigen Auswirkungen hatten Pandemie und Eindämmungsmaßnahmen auf Arbeitsbedingungen, Personalstruktur und Versorgungssicherheit in Gesundheits- und Pflegeberufen?

Kernaussagen der Stellungnahme

• Die Belastung des Gesundheits- und Pflegewesens war multifaktoriell. COVID-19-Erkrankungen verursachten während einzelner Wellen konzentrierte Belastungen in bestimmten Bereichen; durch Maßnahmen verursachte Personalengpässe und zusätzliche Belastungen wirkten hingegen längerfristig und systemweit mit erheblichen Folgen für die Arbeitsbedingungen und die Versorgungssicherheit.

• Die Verfügbarkeit qualifizierten Personals wurde während der Pandemie oft zum begrenzenden Faktor der Gesundheitsversorgung. Für die Versorgungssicherheit war nicht allein die Zahl vorhandener Betten entscheidend, sondern ihre tatsächliche Betreibbarkeit in Abhängigkeit vom einsetzbaren Personal.

• „COVID-bedingte Personalausfälle“ dürfen nicht mit krankheitsbedingter Arbeitsunfähigkeit gleichgesetzt werden. Ein positiver SARS-CoV-2-Nachweis bedeutete weder zwangsläufig Erkrankung noch Arbeitsunfähigkeit. Neben tatsächlich erkrankten Beschäftigten fielen auch asymptomatisch positiv Getestete durch Isolation sowie nicht infizierte Kontaktpersonen durch Quarantäne aus. Diese regelbedingten Ausfälle trugen wesentlich zur Verringerung der verfügbaren Personalkapazität bei.

• Die Infektionsschutzmaßnahmen erhöhten den Arbeitsaufwand für die verbleibenden Beschäftigten. Dazu gehörten insbesondere Test-, Hygiene-, Dokumentations- und Organisationsaufwand. Durch flächendeckende Besuchsbeschränkungen in Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen sowie durch Kontaktbeschränkungen wurden nicht nur psychosoziale Schäden bei Patienten verursacht. Angehörige und Kontaktpersonen übernehmen einen relevanten Anteil an Pflege, Beobachtung und Kommunikation für die Patienten. Durch Besuchs- und Kontaktbeschränkungen fiel diese Unterstützung weitgehend weg. Die Folgen waren eine erhöhte Arbeitsbelastung des Personals sowie der Wegfall zusätzlicher Unterstützung und Beobachtung der Patienten.

• Die einrichtungsbezogene Impfnachweispflicht traf auf einen bereits bestehenden Personalmangel und schuf das Risiko zusätzlicher Personalverluste. Zugleich war der als Begründung angeführte Schutz Dritter unter Omikron praktisch kaum noch vorhanden. Einer allenfalls kurzfristigen Reduktion der Krankheitslast durch COVID-19 bei geimpften Beschäftigten standen erhebliche impfbedingte Fehlzeiten gegenüber.

1. Ausgangspunkt: Die Belastung des Gesundheitswesens war multifaktoriell

Die Belastungen des Gesundheits- und Pflegewesens während der COVID-19-Pandemie hatten unterschiedliche Ursachen. Dabei ist es wichtig zwischen der unmittelbaren Krankheitslast durch SARS-CoV-2, bereits vor der Pandemie bestehenden strukturellen Problemen und zusätzlichen Belastungen durch Maßnahmen zur Pandemiebekämpfung zu unterscheiden. In der Praxis überlagerten sich diese Faktoren teilweise.

Schwere COVID-19-Erkrankungen verursachten insbesondere während einzelner Infektionswellen und in bestimmten Versorgungsbereichen erhebliche personelle und technische Belastungen. Diese waren jedoch zeitlich und regional konzentriert. Maßnahmen wie Quarantäne und Isolation, Testregime, zusätzliche Hygiene- und Dokumentationsanforderungen, Besuchsbeschränkungen oder Betreuungsausfälle wirkten demgegenüber längerfristig und systemweit und betrafen auch Einrichtungen und Beschäftigte, die nicht unmittelbar mit einer hohen Zahl schwer erkrankter COVID-19-Patienten konfrontiert waren [1].

Für die Bewertung der Auswirkungen auf Arbeitsbedingungen, Personalstruktur und Versorgungssicherheit ist daher nicht allein entscheidend, wie viele Infektionen registriert oder wie viele COVID-19-Patienten behandelt wurden. Entscheidend ist vielmehr, wodurch die tatsächlich verfügbare Versorgungskapazität eingeschränkt wurde und in welchem Umfang Personal durch Erkrankung, Maßnahmen oder zusätzlichen organisatorischen Aufwand gebunden oder dem Versorgungssystem entzogen wurde.

2. Krankheitsbedingte Belastung durch COVID-19

Für die Einordnung relevanter Krankheits- und Behandlungsbelastung während der Pandemie muss zwischen gemeldeten SARS-CoV-2-Infektionen, stationären Behandlungen mit einer COVID-19-Diagnose und der tatsächlichen Belastung durch schwere respiratorische Erkrankungen unterschieden werden.

Im Jahr 2020 wurden nach Angaben des Statistischen Bundesamtes rund 176.000 Personen mit oder wegen COVID-19 stationär behandelt. Rund 36.900 benötigten eine intensivmedizinische Versorgung, etwa 21.400 wurden künstlich beatmet [2]. Solche Behandlungsverläufe konnten erhebliche ärztliche und pflegerische Ressourcen binden.

Die SARI-Surveillance des Robert Koch-Instituts zeigt jedoch, dass die Belastung durch schwere Atemwegserkrankungen während der Pandemie erheblich schwankte. Ende 2020 und während der Delta-Welle stellte COVID-19 zeitweise einen großen Anteil der schweren respiratorischen Erkrankungen und insbesondere der intensivpflichtigen SARI-Fälle [3], [4]. Laut RKI-Bericht vom März 2022 lag die Gesamtbelastung durch schwere akute Atemwegsinfektionen im bisherigen Verlauf der Corona-Pandemie aber nicht über dem Niveau früherer saisonaler Erkrankungswellen. Unter Omikron entkoppelten sich hohe Infektionszahlen und schwere respiratorische Krankheitslast zunehmend [5].

Hinzu kommt, dass eine COVID-19-Diagnose beziehungsweise ein positiver SARS-CoV-2-Nachweis nicht in jedem Fall bedeutete, dass COVID-19 ursächlich für die Krankenhausaufnahme war. Bereits für 2020 weist das Statistische Bundesamt Krankenhausfälle als „mit oder wegen COVID-19“ behandelt aus. Unter Omikron gewann diese Unterscheidung bei sehr hoher Viruszirkulation zusätzlich an Bedeutung [2], [6].

Auch für die Intensivmedizin ergibt sich deshalb ein differenziertes Bild. Nach einer im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit erstellten Analyse entfielen 2020 etwa 7,0 % und 2021 etwa 12,4 % aller intensivmedizinischen Verweildauertage auf Patienten mit COVID-19 [7]. Diese Jahresmittelwerte sagen jedoch noch nichts darüber aus, wie stark einzelne Kliniken oder Regionen in Belastungsspitzen beansprucht waren und wie viele Intensivbetten zu einem bestimmten Zeitpunkt tatsächlich betrieben werden konnten.

Insgesamt zeigen die verfügbaren Daten damit eine relevante, aber zeitlich und regional konzentrierte COVID-19-bedingte Krankheitslast. Eine generelle Überlastung des gesamten Gesundheitswesens lässt sich daraus nicht ableiten.

3. Personal als begrenzender Faktor der Versorgung

Die Zahl vorhandener Krankenhaus- oder Intensivbetten beschreibt die tatsächlich verfügbare Versorgungskapazität nur unvollständig. Entscheidend ist, ob ausreichend qualifiziertes ärztliches und insbesondere pflegerisches Personal zur Verfügung steht. Dies war bereits vor der Pandemie ein strukturelles Problem und gewann während der COVID-19-Pandemie zusätzlich an Bedeutung.

Für die Bewertung der Intensivversorgung ist deshalb zwischen aufgestellten und tatsächlich betreibbaren Intensivbetten zu unterscheiden. Das Statistische Bundesamt weist für 2020 im Jahresdurchschnitt 27.681 aufgestellte Intensivbetten aus, für 2021 27.394 und für 2022 26.327 [8], [9], [10]. Diese statistische Kapazität ist jedoch nicht mit der jeweils tagesaktuell verfügbaren Intensivkapazität gleichzusetzen. Im DIVI-Intensivregister galt ein Intensivbett nur dann als betreibbar, wenn neben Raum, Geräten und Material auch die erforderliche pflegerische und ärztliche Besetzung vorhanden war [11].

Auch Veränderungen der im DIVI-Register ausgewiesenen Bettenzahl müssen deshalb vorsichtig interpretiert werden. Im August 2020 wurde die Erfassung verändert und eine innerhalb von sieben Tagen aktivierbare Notfallreserve getrennt ausgewiesen. Ein Teil des damaligen Rückgangs der regulär gemeldeten Kapazität war daher methodisch bedingt. Zugleich konnten vorhandene oder zusätzlich geschaffene Betten bei fehlendem Personal nicht als aktuell betriebsbereit gemeldet werden. Die Bundesregierung wies ausdrücklich darauf hin, dass geförderte Intensivbetten nicht dauerhaft betriebsbereit gehalten werden mussten und bei personellen Engpässen nicht notwendigerweise in der tagesaktuell verfügbaren Kapazität des DIVI-Registers erschienen [12], [13].

Im weiteren Verlauf der Pandemie spricht jedoch vieles dafür, dass der Rückgang betreibbarer Intensivkapazitäten zunehmend auch ein reales Personalproblem

widerspiegelte. Am 21. Oktober 2021 wurden dem DIVI-Intensivregister 22.170 betreibbare Intensivbetten für Erwachsene gemeldet, gegenüber 27.170 am gleichen Tag des Vorjahres. In einer zeitgleichen Befragung von 643 Intensivmedizinern waren etwa 20 % der maximal betreibbaren High-Care-Betten und 35 % der Low-Care-Betten gesperrt. Bei rund drei Vierteln der gesperrten Betten wurde fehlendes qualifiziertes Pflegepersonal als Ursache angegeben [11]. Bereits bestehende Personalengpässe wurden damit zu einem zentralen Faktor dafür, wie viele der prinzipiell vorhandenen Behandlungsmöglichkeiten tatsächlich genutzt werden konnten.

Dieser Zusammenhang findet sich auch in kommunalen Lageberichten. Im Heidelberger Verwaltungsstab wurde bereits im Dezember 2020 bei knappen betreibbaren Intensivplätzen und zunehmenden Personalausfällen ausdrücklich festgehalten, die Uniklinik habe „dem Grunde nach kein Betten- oder Material-, sondern ein personelles Problem“ [14]. Auch Protokolle anderer kommunaler Krisenstäbe enthalten wiederholt Meldungen über Personalausfälle, Quarantänefolgen und Schwierigkeiten bei der Besetzung bestimmter Versorgungsbereiche [15], [16], [17]. Dass ähnliche Probleme in mehreren Städten dokumentiert wurden, spricht dafür, dass fehlendes qualifiziertes Personal vielerorts tatsächlich ein Versorgungsengpass war. Auf lokaler Ebene wurde offenbar früh erkannt, dass nicht die physische Zahl der Betten, sondern ihre personelle Betreibbarkeit den entscheidenden Engpass darstellte.

4. Personalausfälle: Erkrankung, Isolation und Quarantäne

Für eine genauere Beurteilung von Arbeitsbedingungen, Personalausfällen und Versorgungssicherheit ist entscheidend, aus welchem Grund Beschäftigte tatsächlich nicht zur Verfügung standen. Ein „COVID-bedingter Personalausfall“ konnte klinisch krankheitsbedingt sein, aber ebenso allein durch einen positiven Test mit anschließender Isolation oder durch Kontaktquarantäne entstehen. Ohne diese Trennung lässt sich nicht beurteilen, welcher Anteil der Ausfälle tatsächlich auf Erkrankung und welcher auf die Maßnahmen zurückging.

Ein positiver SARS-CoV-2-Nachweis war nicht gleichbedeutend mit klinischer Erkrankung oder Arbeitsunfähigkeit. Eine systematische Übersichtsarbeit und Metaanalyse von mehr als 350 Studien schätzte den Anteil der Infektionen, die während des gesamten Verlaufs asymptomatisch blieben, auf 35,1 % [18]. Diese populationsbezogenen Werte lassen sich nicht unmittelbar auf einzelne Krankenhauskohorten übertragen, zeigen aber, dass ein positiver Test für sich genommen keine Aussage über eine tatsächliche Arbeitsunfähigkeit erlaubte.

Das RKI sah während wesentlicher Phasen der Pandemie auch für asymptomatisch positiv getestetes medizinisches Personal eine Arbeitsfreistellung beziehungsweise Isolation vor; für Kontaktpersonen galten zeitweise Quarantäneregelungen, die ebenfalls zum Ausfall arbeitsfähiger Beschäftigter führen konnten [19], [20]. Damit bestanden mindestens drei grundsätzlich unterschiedliche Kategorien von Personalausfall: (1) symptomatisch an COVID-19 erkrankte Beschäftigte, deren Arbeitsausfall krankheitsbedingt war; (2)

asymptomatisch SARS-CoV-2-positive Beschäftigte, die aufgrund des positiven Testbefunds isoliert wurden; sowie (3) Kontaktpersonen ohne eigenen positiven Nachweis, die aufgrund ihres Kontaktstatus in Quarantäne mussten.

Wie bedeutsam diese Trennung ist, zeigt eine multizentrische Untersuchung unter 2.662 Beschäftigten des Universitätsklinikums Regensburg und zehn südostdeutschen Lehrkrankenhäusern. In dieser Kohorte wurden 4.642 Fehltage im Zusammenhang mit einer SARS-CoV-2-Infektion und weitere 4.710 Fehltage allein aufgrund von Quarantäne dokumentiert [21]. Die durch Kontaktquarantäne verursachten Fehlzeiten lagen damit in derselben Größenordnung wie die infektionsassoziierten Fehlzeiten. Innerhalb der infektionsassoziierten Fehltage wurde dabei jedoch nicht systematisch zwischen symptomatisch Erkrankten und asymptomatisch oder präsymptomatisch positiv getesteten Beschäftigten unterschieden. Metaanalysen schätzen den Anteil vollständig asymptomatisch verlaufender SARS-CoV-2-Infektionen auf etwa 35 %; zum Zeitpunkt der Testung waren 42,8 % der positiv Getesteten symptomfrei [18]. Unter Bedingungen ohne verpflichtende Testung und Isolation wären asymptomatische und präsymptomatische Beschäftigte der Arbeit nicht ferngeblieben. Auch bei mild symptomatischen Verläufen ist nicht davon auszugehen, dass jede Infektion zwangsläufig zu Arbeitsunfähigkeit geführt hätte. Ein Teil der als infektionsassoziiert erfassten Fehlzeiten war damit das Ergebnis vorgeschriebener Massentestungen und nicht unmittelbar krankheitsbedingt.

Auch kommunale Krisenstabsprotokolle zeigen, dass Personalengpässe nicht allein auf klinisch erkrankte Beschäftigte zurückzuführen waren. Neben Erkrankungen werden dort wiederholt Quarantäne, Isolation, Kinderbetreuung und zusätzliche organisatorische Anforderungen als eigenständige Gründe eingeschränkter Personalverfügbarkeit genannt [14], [15], [16], [17].

5. Zusätzliche Belastungen durch Maßnahmen und organisatorische Anforderungen

Zusätzliche Personalausfälle entstanden auch durch indirekte Folgen der Maßnahmen. Schul- und Kitaschließungen sowie Quarantäneanordnungen für Kinder konnten Beschäftigte des Gesundheits- und Pflegewesens vom Dienst fernhalten, obwohl sie selbst weder infiziert noch erkrankt waren [14]. Solche Ausfälle waren damit nicht krankheitsbedingt, sondern Folge organisatorischer und gesellschaftlicher Eingriffe.

Daneben führten Eindämmungsmaßnahmen zu zusätzlichen Belastungen innerhalb der Versorgungsketten. Einschränkungen der Tagespflege, Ausfälle von Betreuungskräften oder Aufnahmebeschränkungen in Pflegeeinrichtungen konnten dazu führen, dass Versorgung nicht entfiel, sondern auf andere Bereiche verlagert wurde. Dadurch wurden Angehörige, ambulante Dienste, Krankenhäuser und stationäre Pflegeeinrichtungen zusätzlich belastet; zugleich konnten Entlassungen, Aufnahmen und Übergänge zwischen den Versorgungsbereichen erschwert werden [22].

Besuchsbeschränkungen hatten neben psychosozialen Folgen auch eine arbeitsorganisatorische Dimension. Angehörige übernehmen in Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen regelmäßig praktische Unterstützungs-, Beobachtungs- und Kommunikationsaufgaben. Ihr Wegfall konnte den Arbeitsaufwand des professionellen Personals erhöhen und zugleich eine zusätzliche Ebene der Beobachtung und Unterstützung beseitigen. Wie groß dieser Effekt während der Pandemie tatsächlich war, ist bislang nur unzureichend quantifiziert [1], [23], [24].

Zusätzliche Belastungen entstanden durch wiederholte Testungen, persönliche Schutzausrüstung, Isolationsmaßnahmen, veränderte Stations- und Wegekonzepte, Dokumentation, Kontaktmanagement sowie häufige Anpassungen von Dienstplänen und Arbeitsabläufen [25], [26].

6. Einrichtungsbezogene Impfnachweispflicht im Gesundheitssektor

Ab März 2022 wurde für Beschäftigte in Einrichtungen des Gesundheits- und Pflegewesens eine einrichtungsbezogene Nachweispflicht eingeführt. Die gesetzliche Begründung stellte den Schutz besonders vulnerabler Personen in den Mittelpunkt. Sie beruhte wesentlich auf der Annahme, dass geimpfte Beschäftigte seltener mit SARS-CoV-2 infiziert würden und das Virus seltener auf Patienten übertragen würden [27].

Bereits für die Delta-Variante war jedoch gezeigt worden, dass der Effekt der Impfung auf die Weiterübertragung gering war und mit zunehmendem Abstand zur Impfung deutlich abnahm [28]. Unter Omikron war der Schutz vor Infektion nochmals erheblich reduziert. Das RKI dokumentierte Anfang 2022 nach zweifacher mRNA-Impfung einen Rückgang des Schutzes vor symptomatischer Omikron-Infektion auf etwa 10 % nach 20 Wochen [29]. In einer Untersuchung von Mitarbeitern im Gesundheitswesen der University of Pennsylvania ließ sich während der Omikron-Welle nach zwei mRNA-Impfungen überhaupt kein signifikanter Schutz gegen SARS-CoV-2-Infektion nachweisen [30]. Damit war der für die Begründung der einrichtungsbezogenen Nachweispflicht zentrale Fremdschutzeffekt zum Zeitpunkt ihrer Umsetzung unter Omikron jedenfalls nicht mehr belastbar nachweisbar.

Wie viele Beschäftigte infolge der Nachweispflicht tatsächlich nicht mehr eingesetzt wurden, keine Tätigkeit aufnahmen oder den Gesundheits- und Pflegebereich verließen, lässt sich bundesweit nicht zuverlässig bestimmen. Die Bundesregierung erklärte im Juni 2022, dass ihr hierzu keine bundesweit belastbaren Daten vorlagen [31]. Eine repräsentative Befragung des Deutschen Krankenhausinstituts unter 361 Krankenhäusern ergab im März 2022, dass durchschnittlich 6 % der Beschäftigten wegen eines fehlenden Impf- oder Genesenennachweises gemeldet wurden. 53 % der Krankenhäuser erwarteten Einschränkungen der Patientenversorgung, falls diese Beschäftigten tatsächlich nicht mehr eingesetzt werden könnten [32].

Die Umsetzungspraxis der Länder zeigt, dass der Zielkonflikt der Impfnachweis-Regelung bekannt war. In Hessen wurde ausdrücklich darauf hingewiesen, dass in der medizinischen

und pflegerischen Versorgung von einem allgemeinen Personalmangel auszugehen sei und vor umfassenden Betretungs- oder Tätigkeitsverboten mildere Maßnahmen geprüft werden müssten [33]. Auch in Berlin wurde die Versorgungssicherheit ausdrücklich in die behördliche Abwägung einbezogen; bei drohender Versorgungsgefährdung konnten Verfahren zunächst zurückgestellt werden [34]. Damit wurde anerkannt, dass ein Ausschluss ungeimpfter Beschäftigter selbst zu einer Gefährdung der Patientenversorgung führen konnte.

Für die Personalbilanz sind zudem kurzfristige impfbedingte Fehlzeiten zu berücksichtigen. In der multizentrischen Untersuchung von Bauernfeind et al. wurden 1.216 impfassoziierte Fehltage dokumentiert; nach der ersten Impfung waren 10,4 %, nach der zweiten 23,3 % der zuvor nicht infizierten Beschäftigten vorübergehend arbeitsunfähig [21]. In einer weiteren Untersuchung unter 2.103 Beschäftigten im Gesundheitswesen berichteten 18,1 % über einen Arbeitsausfall infolge impfassoziierter Beschwerden [35]. Eine spätere systematische Übersichtsarbeit und Metaanalyse bestätigt, dass impfbedingte Fehlzeiten unter Beschäftigten des Gesundheitswesens ein messbarer und wiederkehrender Effekt waren [36].

7. Bewertung und Lehren für zukünftige Pandemien

In den Jahren 2020 bis 2022 hat sich gezeigt, dass die Belastung des Gesundheits- und Pflegewesens nicht allein aus Infektionszahlen oder der Zahl behandelter Patienten abgeleitet werden kann. Entscheidend ist die tatsächlich verfügbare Versorgungskapazität – und damit vor allem die Zahl qualifizierter Beschäftigter, die tatsächlich eingesetzt werden können.

Für künftige Lagebewertungen müssen Personalausfälle deshalb nach ihren Ursachen getrennt erfasst werden. Klinisch bedingte Arbeitsunfähigkeit, Isolation nach positivem Test, Kontaktquarantäne, Betreuungsausfälle und andere regulatorisch bedingte Abwesenheiten dürfen nicht pauschal als „COVID-bedingte“ Ausfälle zusammengefasst werden. Nur so lässt sich beurteilen, welcher Anteil eines Personalengpasses auf Erkrankung und welcher auf Maßnahmen zurückzuführen ist.

Infektionsschutzmaßnahmen müssen daraufhin geprüft werden, welchen zusätzlichen Schutz sie tatsächlich bewirken und welche Folgen sie für Personalverfügbarkeit, für die Arbeitsbelastung und damit letztlich für die Versorgungssicherheit haben. Dies gilt besonders für Maßnahmen, die unmittelbar über die berufliche Einsatzfähigkeit entscheiden. Die Erfahrungen mit der einrichtungsbezogenen Impfnachweispflicht zeigen, dass eine Maßnahme ihren Zweck verfehlt, wenn für einen begrenzten oder kaum nachweisbaren Fremdschutz zusätzliche Personalverluste in Kauf genommen werden, die die Versorgungssicherheit belasten.

Schließlich ist ausreichende personelle Reserve selbst ein wesentlicher Bestandteil der Krisenvorsorge. Ein bereits im Normalbetrieb personell knapp besetztes System kann

zusätzliche Krankheitslast, regulatorisch bedingte Ausfälle und organisatorischen Mehraufwand nur begrenzt auffangen.

Eine zentrale Aufgabe muss deshalb sein, die Arbeitsbelastung in Gesundheits- und Pflegeberufen zu reduzieren und die Arbeitsbedingungen so zu verbessern, dass qualifiziertes Personal im System gehalten wird und ausreichend neues Personal rekrutiert werden kann. Ohne eine ausreichende personelle Stabilität lässt sich Versorgungssicherheit auch in künftigen Krisen nicht gewährleisten. Gerade in solchen Krisensituationen muss künftig stärker auf die Erfahrungen und Belastungen des Personals Rücksicht genommen werden. Dafür braucht es verlässliche Kommunikationswege, über die gerade auch problematische Maßnahmen aus der Praxis zurückgemeldet und Anordnungen gegebenenfalls rasch angepasst werden können, wenn sie die Versorgung eher erschweren als verbessern.

Literatur und Quellen

[1] „Achter Pflegebericht“, BMG. Zugegriffen: 6. Oktober 2026. [Online]. Verfügbar unter: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/publikationen/details/achter-pflegebericht

[2] „Corona-Pandemie führt zu Übersterblichkeit in Deutschland“, Statistisches Bundesamt. Zugegriffen: 6. Oktober 2026. [Online]. Verfügbar unter: https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2021/12/PD21_563_12.html

[3] R. Koch-Institut, „Influenza-Wochenbericht“, Dez. 2020, doi: 10.25646/7788.

[4] „Wochenbericht vom 25.11.2021“. Zugegriffen: 6. Oktober 2026. [Online]. Verfügbar unter: https://www.rki.de/DE/Themen/Infektionskrankheiten/Infektionskrankheiten-A-Z/C/COVID-19-Pandemie/Situationsberichte/Wochenbericht/Wochenbericht_2021-11-25.html

[5] Robert Koch Institut, „Wöchentlicher Lagebericht des RKI zur Coronavirus-Krankheit-2019 (COVID-19)“, März 2022, [Online]. Verfügbar unter: https://www.rki.de/DE/Themen/Infektionskrankheiten/Infektionskrankheiten-A-Z/C/COVID-19-Pandemie/Situationsberichte/Wochenbericht/Wochenbericht_2022-03-31.pdf

[6] „Wochenbericht vom 6.10.2022“. Zugegriffen: 6. Oktober 2026. [Online]. Verfügbar unter: https://www.rki.de/DE/Themen/Infektionskrankheiten/Infektionskrankheiten-A-Z/C/COVID-19-Pandemie/Situationsberichte/Wochenbericht/Wochenbericht_2022-10-06.html

[7] Augurzky *u. a.*, „Analysen zum Leistungsgeschehen der Krankenhäuser und zur Ausgleichspauschale in der Corona-Krise – Ergebnisse für den Zeitraum Januar bis Dezember 2021“, RWI – Leibniz-Institut für Wirtschaftsforschung, Essen, Juni 2022. [Online]. Verfügbar unter: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/C/Coronavirus/20220623_Analyse_Leistungen_und_Erloessituation_Jan-Dez_2021.pdf

[8] „Zahl der Intensivbetten im Jahresdurchschnitt 2020 um 5 % höher als im Vorjahr“, Statistisches Bundesamt. Zugegriffen: 6. Oktober 2026. [Online]. Verfügbar unter: https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2021/12/PD21_585_231.html

[9] „Bettenausstattung und -auslastung in Krankenhäusern 2021 nahezu unverändert“, Statistisches Bundesamt. Zugegriffen: 6. Oktober 2026. [Online]. Verfügbar unter: https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2022/08/PD22_364_231.html

[10] „Zahl der Krankenhaus-Behandlungen 2022 um 13,4 % unter Vor-Corona-Niveau“, Statistisches Bundesamt. Zugegriffen: 6. Oktober 2026. [Online]. Verfügbar unter: https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2023/09/PD23_386_231.html

[11] „PM: Fehlende Pflegekräfte auf Intensivstationen: In jedem dritten Bett kann kein Patient mehr behandelt werden“, Okt. 2021. Zugegriffen: 6. Oktober 2026. [Online]. Verfügbar unter: https://www.divi.de/pressemeldungen/pm-fehlende-pflegekraefte-auf-intensivstationen-in-jedem-dritten-bett-kann-kein-patient-mehr-behandelt-werden

[12] „Schriftliche Fragen mit den in der Woche vom 10. Mai 2021 eingegangenen Antworten der Bundesregierung“. Zugegriffen: 6. Oktober 2026. [Online]. Verfügbar unter: https://dserver.bundestag.de/btd/19/296/1929651.pdf

[13] „Schriftliche Fragen mit den in der Woche vom 6. Dezember 2021 eingegangenen Antworten der Bundesregierung“. Zugegriffen: 6. Oktober 2026. [Online]. Verfügbar unter: https://dserver.bundestag.de/btd/20/002/2000235.pdf

[14] Stadt Heidelberg, Verwaltungsstabsprotokolle zur Corona-Pandemie, „Protokolle des Verwaltungsstabs zur Corona-Pandemie, 2020–2022; insbesondere Sitzungen vom 26.3.2020, 7.4.2020 und 23.12.2020.“

[15] Stadt Cottbus, „Protokolle des Verwaltungsstabs ‚Corona‘, 2020–2022; insbesondere 4.11.2020, 5.12.2020, 14.12.2020 sowie 16.2. und 14.–16.3.2022.“

[16] Senatsverwaltung für Gesundheit, Pflege und Gleichstellung Berlin, „Protokolle der ‚Großen Lagebesprechungen‘ zur COVID-19-Pandemie, 2020; insbesondere 8. Große Lagebesprechung vom 12.3.2020 und 34. Große Lagebesprechung vom 12.11.2020.“, März 2020.

[17] Stadt Köln, Amt für Feuerschutz, Rettungsdienst und Bevölkerungsschutz, „Lagebesprechungen des Krisenstabes der Stadt Köln zum Corona-Virus, 4.3.2020–20.1.2023; insbesondere 176. Lagebesprechung vom 19.11.2021 und 179. Lagebesprechung vom 13.12.2021.“, Amt für Feuerschutz, Rettungsdienst und Bevölkerungsschutz, März 2020.

[18] P. Sah *u. a.*, „Asymptomatic SARS-CoV-2 infection: A systematic review and meta-analysis“, *Proc Natl Acad Sci U S A*, Bd. 118, Nr. 34, S. e2109229118, Aug. 2021, doi: 10.1073/pnas.2109229118.
[19] „Quarantäne- und Isolierungsdauern bei SARS-CoV-2-Expositionen und -Infektionen entsprechend dem Beschluss der Ministerpräsidentenkonferenz vom 7. und 24. Januar 2022, außer Kraft seit 02.05.2022“. Zugegriffen: 6. Oktober 2026. [Online]. Verfügbar unter: https://www.rki.de/DE/Themen/Infektionskrankheiten/Infektionskrankheiten-A-Z/C/COVID-19-Pandemie/Quarantaene/Absonderung-Archiv.html
[20] „Kontaktpersonen-Nachverfolgung (KP-N) bei SARS-CoV-2-Infektionen, Stand 14.1.2022, außer Kraft seit 2.5.2022“. Zugegriffen: 6. Oktober 2026. [Online]. Verfügbar unter: https://www.rki.de/DE/Themen/Infektionskrankheiten/Infektionskrankheiten-A-Z/C/COVID-19-Pandemie/Kontaktperson/Management.html
[21] S. Bauernfeind *u. a.*, „Health Care Workers’ Sick Leave due to COVID-19 Vaccination in Context With SARS-CoV-2 Infection and Quarantine—A Multicenter Cross-Sectional Survey“, *Open Forum Infect Dis*, Bd. 9, Nr. 7, S. ofac203, Apr. 2022, doi: 10.1093/ofid/ofac203.
[22] B. Fischer und J. Geyer, „Pflege in Corona-Zeiten : Gefährdete pflegen besonders Gefährdete“, DIW. Zugegriffen: 6. Oktober 2026. [Online]. Verfügbar unter: https://www.diw.de/de/diw_01.c.785861.de/publikationen/diw_aktuell/2020_0038/pflege_in_corona-zeiten__gefaehrdete_pflegen_besonders_gefaehrdete.html
[23] L. Hartmann, A. Stephan, A. Renom Guiteras, und G. Meyer, „Caregiving activities of family carers after transition to nursing home: findings of a survey“, *Innov Aging*, Bd. 1, Nr. suppl_1, S. 166, Juli 2017, doi: 10.1093/geroni/igx004.646.
[24] D. Bloemberg *u. a.*, „Is the Active Involvement of Family Caregivers in Adult Hospital Care Effective to Improve Patient Outcomes? A Systematic Review“, *J Clin Nurs*, Bd. 35, Nr. 2, S. 565–584, Feb. 2026, doi: 10.1111/jocn.70059.
[25] „BAuA - Neues aus den Projekten - Erfahrungen aus der Interviewstudie ‚Arbeitsorganisatorische Maßnahmen als Teil des Pandemiemanagements von stationären Pflegeeinrichtungen‘ - Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin“. Zugegriffen: 6. Oktober 2026. [Online]. Verfügbar unter: https://www.baua.de/DE/Forschung/Projektblogs/Neues-aus-den-Projekten-Blog/Artikel/Interviews-Pandemie-Pflegeeinrichtungen
[26] J. Petersen, H. Müller, und M. Melzer, „Wahrgenommene Veränderungen der Belastungssituation ambulant Pflegender während der COVID-19-Pandemie: Ergebnisse einer Online-Befragung“, *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen*, Bd. 184, S. 26–33, März 2024, doi: 10.1016/j.zefq.2023.10.005.
[27] „Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Impfprävention gegen COVID-19 und zur Änderung weiterer Vorschriften im Zusammenhang mit der COVID-19-Pandemie“. Zugegriffen: 6. Oktober 2026. [Online]. Verfügbar unter: https://dserver.bundestag.de/btd/20/001/2000188.pdf
[28] D. W. Eyre *u. a.*, „Effect of Covid-19 Vaccination on Transmission of Alpha and Delta Variants“, *N Engl J Med*, Bd. 386, Nr. 8, S. 744–756, Feb. 2022, doi: 10.1056/NEJMoa2116597.
[29] „Epidemiologisches Bulletin 07/2022“. Zugegriffen: 6. Oktober 2026. [Online]. Verfügbar unter: https://www.rki.de/DE/Aktuelles/Publikationen/Epidemiologisches-Bulletin/2022/07_22.html
[30] A. Richterman, A. Behrman, P. J. Brennan, J. A. O’Donnell, C. K. Snider, und K. H. Chaiyachati, „Durability of Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2 Messenger RNA Booster Vaccine Protection Against Omicron Among Healthcare Workers With a Vaccine Mandate“, *Clin Infect Dis*, S. ciac454, Juni 2022, doi: 10.1093/cid/ciac454.
[31] „Kenntnisstand der Bundesregierung über Umsetzungsstand und Wirkungsweise der einrichtungsbezogenen Impfpflicht“. Zugegriffen: 6. Oktober 2026. [Online]. Verfügbar unter: https://dserver.bundestag.de/btd/20/022/2002299.pdf
[32] „DKI Blitzumfrage: Meldungen von Mitarbeitern ohne Impf- oder Genesenennachweis an die Gesundheitsämter | DKI“. Zugegriffen: 6. Oktober 2026. [Online]. Verfügbar unter: https://www.dki.de/forschungsprojekt/dki-blitzumfrage-meldungen-von-mitarbeitern-ohne-impf-oder-genesenennachweis-an-die-gesundheitsamter
[33] Hessisches Ministerium für Soziales und Integration, „Erlass zum Vollzug der ‚einrichtungsbezogenen Impfpflicht‘ nach §20a IfSG“, März 2022. [Online]. Verfügbar unter: https://soziales.hessen.de/sites/soziales.hessen.de/files/2022-03/20220228_erlass_zum_vollzug_der_einrichtungsbezogenen_impfpflicht_nach_ss_20a_ifsg_0.pdf

[34] Senatsverwaltung für Wissenschaft, Gesundheit, Pflege und Gleichstellung Berlin, „Umsetzung § 20a IfSG in Berlin – Ablaufschema einrichtungsbezogene Impfpflicht“, März 2022. [Online]. Verfügbar unter: https://www.berlin.de/sen/wgp/_assets/pressestelle/2022/maerz/ablaufschema-einrichtungsbezogene-impfpflicht_berlin_2022-03-04.pdf

[35] A. A. Chrissian *u. a.*, „Impact of COVID-19 vaccine-associated side effects on health care worker absenteeism and future booster vaccination“, *Vaccine*, Bd. 40, Nr. 23, S. 3174–3181, Mai 2022, doi: 10.1016/j.vaccine.2022.04.046.

[36] M. Politis, G. Rachiotis, V. A. Mouchtouri, und C. Hadjichristodoulou, „The Global Burden of Absenteeism Related to COVID-19 Vaccine Side Effects Among Healthcare Workers: A Systematic Review and Meta-Analysis“, *Vaccines (Basel)*, Bd. 12, Nr. 10, S. 1196, Okt. 2024, doi: 10.3390/vaccines12101196.