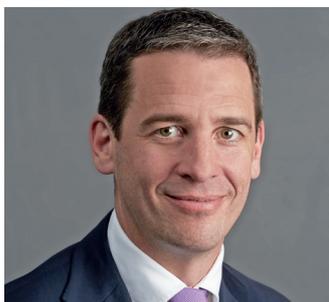




FORUM

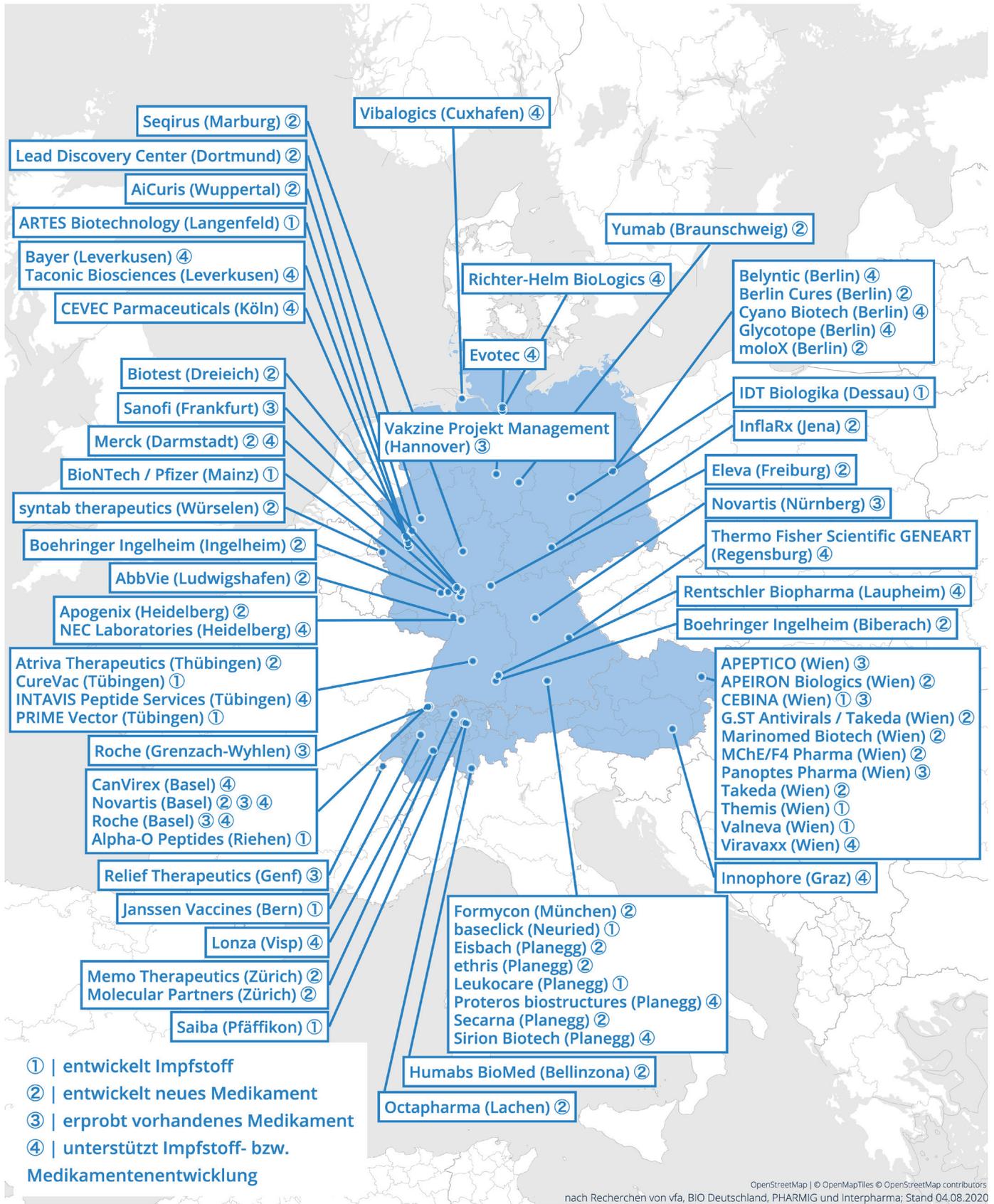
Gesundheitspolitik in der Diskussion
Institut für Gesundheitssystem-Entwicklung



3 • 2020

„CORONA – LESSONS
LEARNED“

Unternehmensprojekte für Impfstoffe und Medikamente gegen Covid-19 in Deutschland, Österreich und der Schweiz





4 **Editorial**
Dr. Jutta Visarius, Dr. Albrecht Kloepper
 Herausgeber



6 **Jetzt auf Zukunftsbranchen setzen: Die forschende Arzneimittelindustrie**
Han Steutel
 vfa – Verband Forschender Arzneimittelhersteller e.V.



10 **Können wir bereits nach 6 Monaten aus der Corona-Pandemie Rückschlüsse ziehen?**
Ulrike Elsner
 Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek)



14 **Was sich in der Pandemie bewährt hat**
Dr. Florian Reuther
 Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. – PKV



18 **Die Hygiene in Zahnarztpraxen hat Goldstandard**
Dr. Peter Engel
 Bundeszahnärztekammer



22 **Uniklinika im Zentrum der regionalen Versorgung – nicht nur in der Pandemie**
Jens Bussmann
 VUD – Verband der Universitätsklinika Deutschlands e.V.



25 **„Lesson learned“: Ein Gesundheitssystem näht man nicht auf Kante**
Dr. Kai Joachimsen
 BPI – Bundesverband der Pharmazeutischen Industrie e.V.



28 **SARS-CoV-2 oder COVID-19: „Lessons learned“ nach Wochen im Pandemie-Modus**
Dr. Michael Müller
 Akkreditierte Labore in der Medizin - ALM e.V



32 **„Dies ist keine Übung!“ – Lernen aus dem globalen Ernstfall: COVID-19**
Chantal Friebertshäuser
 MSD Deutschland



36 **Corona-Krise und Arzneimittel-Lieferengpässe – Was müssen wir aus der Krise lernen?**
Christoph Stoller
 Teva



40 **Aus der Corona-Krise in die Normalität**
Teresa Kues / Dr. Jörg Koch
 Augenzentrum am St. Franziskus-Hospital Münster



44 **Digitalisierung des Gesundheitswesens: Vor dem Durchbruch?**
Andreas Storm
 DAK-Gesundheit



48 **Harte, aber richtige Entscheidungen**
Rainer Striebel
 AOK PLUS



52 **Corona war ein Tritt in den Hintern**
Dr. Hans Unterhuber
 SBK Siemens-Betriebskrankenkasse



55 **Die Sicherung der medizinischen Versorgung muss auch ein Faktor der Sicherheitspolitik werden**
Wolfgang Kast
 Deutsches Rotes Kreuz

Liebe Leserinnen, liebe Leser,

Können wir für die Corona Pandemie schon „Lessons learned“ formulieren? Betrübt stellen wir fest: Als wir das vorliegende Heft konzipierten, bot das Corona-Geschehen in Deutschland deutlich mehr Anlass zu einem gesunden Optimismus als heute. Denn aktuell nehmen die Infektionszahlen wieder kräftig zu. Konkrete Überlegungen über erneute Verschärfungen der Schutz- und Präventivmaßnahmen dominieren deswegen öffentliche und auch private Diskussionen. Das Land verharrt weitgehend in einem, je nach lokaler Situation immer wieder angepassten, moderaten „Corona-Modus“, was nicht nur Künstlern, Freiberuflern und Kleinunternehmern begründete Sorgen um ihre wirtschaftliche Existenz bereitet, während einige Wirtsköpfe sich von den Maßnahmen in ihrer wahrlich falsch verstandenen Freiheit eingeschränkt fühlen,

Trotzdem, verglichen mit anderen europäischen Ländern hat sich die Bundesrepublik Deutschland in der ersten Corona-Welle offensichtlich gut geschlagen. Wir sollten deshalb nicht vergessen, was höchstwahrscheinlich die Ursachen für die vergleichsweise hohe Resilienz waren und welche Lehren wir für die Zukunft aus diesen Erkenntnissen ziehen können. Die Frage, wie wir weiterhin und über eine längere Zeit „mit Corona“ leben können, dürfte dann eine zweite wichtige Frage sein.

Bertolt Brecht liefert uns ein Bild, das unsere Situation auf den Punkt erklärt und das auch diesem iX-Forum zugrunde liegt: „Die Mühen des Gebirges liegen hinter uns, vor uns liegen die Mühen der Ebene.“ Wir haben nach den lessons learned der 1. Welle, um in Brechts Bild zu bleiben, also nach den Mühen des Gebirges gefragt.

Für das jetzt folgende Leben „mit Corona“, sprich den Mühen der Ebene, werden wir andere und neue gesellschaftliche Herausforderungen bestehen müssen. Dazu gehören ärgerlicherweise auch die sich selbst „Querdenker“ nennenden Gruppen (ein Begriff übrigens, der nicht nur das Querdenken, sondern das Denken insgesamt beleidigt). Es steht zu befürchten, dass die neuen gesellschaftlichen Herausforderungen das Land stärker erschüttern könnten als

alle Infektionen und die drastischen Maßnahmen der ersten Phase.

Gesundheitspolitik wird in dieser Phase zwei aber wohl nicht mehr in dem Maße im Fokus stehen wie zu Beginn der Pandemie. Selbstverständlich werden wir uns auch weiterhin mit Teststrategien und Intensivbetten beschäftigen müssen, aber Bildung, Wirtschaft, Kultur, Soziales rücken offensichtlich immer stärker ins Blickfeld, während sich das Gesundheitssystem anscheinend dem „business as usual“ zuwendet.

Aber „business as usual“ darf es im Grunde noch nicht geben, denn wie unter einem Brennglas hat Corona die Stärken wie auch die Schwächen unseres Systems scharf beleuchtet, gut sichtbar offengelegt und gibt uns – getreu Winston Churchills „never waste a good crisis“ – die Gelegenheit, unser System in den Bereichen mit sichtbaren Schwächen besser und resilienter auszukleiden.

Einige Punkte dazu:

Dass unser deutsches Gesundheitssystem in Sachen Digitalisierung seine Hausaufgaben nicht erledigt hat, wird in mehreren Beiträgen dieses iX-Forums deutlich zum Ausdruck gebracht. Testergebnisse händisch zu erfassen, sie an das lokale Gesundheitsamt zu faxen, um anschließend von dort eine gescannte Fassung dieses Faxes an das Robert Koch-Institut zur zentralen Erfassung zu senden, kann und darf im Jahr 2020 kein Kommunikationsweg mehr sein. Aber im deutschen Gesundheitswesen finden noch vielfach Austausch und Vernetzung auf diese Weise statt. Bedeutsam und nach wie vor nicht ausdiskutiert ist auch die Frage, wer und in welcher Weise die finanzielle Verantwortung der Pandemieprävention und -versorgung trägt:

- In wessen finanzieller Verantwortung liegen z.B. flächendeckende Corona-Tests, wie sie sich Wirtschaft und mancher Ministerpräsident wünschen?
- Wer finanziert die verantwortlichen Labore?
- Sind dies Aufgaben der Gesetzlichen Krankenversicherung, oder sind sie nicht vielmehr Daseinsvorsorge und deshalb staatliche, die aus Steuereinnahmen finanziert werden müssen?

Damit stehen auch grundsätzliche Fragen auf der Tagesordnung, wie die nach einem Einbezug der privaten Krankenversicherung in die finanzielle Verantwortung. In den Beiträgen dieses iX-Forums finden Sie hierzu unterschiedliche Einschätzungen, was nicht verwundert, denn nicht zuletzt wollen wir mit dem iX-Forum ja Diskussionsräume eröffnen.

Von zentraler Bedeutung für unser Gesundheitswesen ist schließlich auch die Diskussion um Grenzen und Möglichkeiten wettbewerblicher Ansätze. Denn Vorbereitungen auf eine Pandemie können nicht oder können nur sehr begrenzt wettbewerblich organisiert werden. In einigen Bereichen wird zudem deutlich, dass der Wettbewerb dem System an manchen Stellen die „Luft“ nimmt, die es zur Bewältigung pandemischer Krisen unbedingt benötigt. Wir erkennen allmählich, dass Erschließung zumeist unkritisch propagierter Effizienz-Ansätze mittels Wettbewerb im Bereich der Daseinsvorsorge nur ein begrenzt adäquates Mittel sind. Die Formulierung „auf Kante genäht“ findet sich in mehr als einem unserer Beiträge.

Aber wie setzen wir diese Erkenntnisse in wirksame Politik um? Und sind wir dann besser auf zukünftige Pandemien vorbereitet?

Unser iX-Forum „Lessons learned“ soll derartige Fragen beantworten, bevor sie in der allgemeinen Diskussion un-

tergehen und uns zu einem späteren Zeitpunkt doppelt schmerzhaft auf die Füße fallen.

Einige der Beiträge schöpfen ihre Lernerfahrungen unmittelbar aus den ersten Corona-Tagen und -Wochen. Erinnern wir uns noch an diese Zeit? Und werden wir uns an sie erinnern, wenn es demnächst gilt, einen neuen politischen Rahmen abzustecken, um sich auf „Corona 2.0“ oder andere Pandemien vorzubereiten?

Das aktuelle iX-Forum kommt nicht zu früh, sondern zu einem Zeitpunkt, an dem die Erinnerung an den ersten Einschlag von Covid-19 in unser Leben, unsere Gesellschaft und unser Gesundheitswesen noch lebendig ist. Diese Erinnerung gilt es wach zu halten, um daraus erste, grundsätzliche und vernünftige Lehren zu ziehen.

Wie danken allen Autorinnen und Autoren, die uns an ihren Analysen und Schlüssen teilhaben lassen, und wir wünschen allen die notwendige Weisheit und Weitsicht, um bei den anstehenden, schwierigen Entscheidungen den richtigen Weichenstellungen für ein pandemie-resistenteres deutsches Gesundheits- und Gesellschaftssystem nicht auszuweichen.

Wir werden diese Weichenstellungen in Zukunft dringend benötigen!

Wir wünschen allen Leserinnen und Lesern eine anregende Lektüre!



Dr. Jutta Visarius



Dr. Albrecht Kloepper

Jetzt auf Zukunfts- branchen setzen: Die forschende Arzneimittelindustrie



Han Steutel

Vorstandsvorsitzender
vfa – Verband Forschender
Arzneimittelhersteller e.V.

Es gilt, die Gesundheit der Menschen sowie die Leistungsfähigkeit der Volkswirtschaften zu erhalten. Den forschenden Pharmaunternehmen kommt dabei eine zentrale Rolle zu. Sie entwickeln und produzieren Tests, Impfstoffe und Therapien. Sie bringen dem Land eine hohe Wertschöpfung, sichere Arbeitsplätze mit einem sehr hohen Frauenanteil sowie stabile Steuereinnahmen. Mit ihnen kann man Krisen meistern und die Zukunft sichern.

Die Krise meistern

Die forschende Pharmaindustrie und unser hervorragendes Gesundheitssystem stellen sicher, dass in Deutschland alle innovativen patentgeschützten Medikamente in den nötigen Mengen verfügbar sind. Ihr Geschäftsmodell funktioniert auch unter Stress.

Die internationalen Lieferketten halten. Denn die innovativen Produkte sowie deren Inhaltsstoffe werden fast ausschließlich in Deutschland, Europa sowie den USA hergestellt. Nur ein Bruchteil kommt derzeit aus China oder Indien.

Zusätzlich werden in nie dagewesenem Tempo in Deutschland und weltweit neue Tests, Impfstoffe und Therapien gegen COVID-19 entwickelt. Das gelingt dadurch, dass die forschenden Pharmaunternehmen schnell und unkompliziert untereinander sowie mit privaten und universitären Forschungseinrichtungen, Biotech Start-ups, Medizintechnik und Diagnostikfirmen sowie Behörden und Politik zusammenarbeiten. Die Unternehmen machen Forschungsergebnisse im Kampf gegen COVID-19 zeitnah öffentlich und stellen Medikamente, Produktionskapazitäten, Geräte und Laborkapazitäten zur Verfügung. Die Zukunft sichern Bundesregierung und Länder ergreifen zahlreiche Maßnahmen, um die Auswirkungen der COVID-19-Pandemie gegenwärtig bestmöglich zu bewältigen. Das ist richtig.

*Die COVID-19 Pandemie stellt Deutschland, Europa
und die Welt vor größte Herausforderungen.*

Doch die große Frage ist, wie sich die Politik jetzt für die Zukunft aufstellt: Wird sie wieder zum Status quo ante zurückkehren, am Alten festhalten, oder wird sie diese Krise auch als Chance zur Modernisierung verstehen? Jetzt besteht die historische Chance, gezielt zukunftsfähige Strukturen wie Klimaschutz, Digitalisierung sowie Arzneimittelforschung und -produktion in Deutschland voranzutreiben. Jetzt müssen die Weichen für eine zukunftsorientierte Gesellschaft und eine nachhaltige Wirtschaft gestellt werden. Die forschende Pharmaindustrie ist ein zentraler Baustein unserer Zukunft. Innovative und präzise Technologien sind die Kernkompetenz Deutschlands. Der Gesundheitsmarkt ist der weltweit am stärksten wachsende Markt. Wir müssen uns diesen Baustein für eine wieder erstarkte Wirtschaft, gute Arbeitsplätze und eine sichere Gesundheitsversorgung sichern.

Zwar sind die Forschung und Produktion von modernen Arzneimitteln im Jahr 2020 noch immer oftmals „Made in Germany“. Das bringt Deutschland momentan noch gut durch die Krise. Doch bereits seit einigen Jahren zeigt sich ein gefährlicher Trend: Die einstige Apotheke der Welt verliert immer mehr an Boden gegenüber anderen Ländern, insbesondere an die USA und Asien. Die klinische Forschung sowie die besonders zukunftssträchtige Biotech-Produktion finden zunehmend dort statt. Die Zahl der Biotech-Neugründungen in Deutschland ist stark rückläufig. Ihre Finanzierung mit Venture Capital ist weit unterdurchschnittlich. Neuinvestitionen insbesondere in neuartige Therapien wie Gen- und Zelltherapie finden fast ausschließlich in den USA und Asien statt. Parallel zu der schleichenden Verlagerung der Forschung und Produktion zeichnet sich immer mehr eine protektionistische Handelspolitik einiger Länder ab. Auch die bisher noch stabilen Lieferketten geraten dadurch immer mehr ins Schwanken. Gehen diese Trends ungebremst weiter, gibt

Deutschland ein großes Stück gesundheitliche und wirtschaftliche Zukunft auf. Jetzt ist die Zeit, entscheidende Weichen zu stellen. Jetzt muss eine moderne Industriepolitik betrieben werden. Für mehr Arzneimittelforschung und -produktion in Deutschland und mit verlässlichen internationalen Partnern.

1. Lieferketten robust halten

Die globalisierte Wirtschaft muss erhalten bleiben. Sie ist für ein Land wie Deutschland, das vom Export lebt, die Grundlage unseres Wohlstandes. Internationale Netzwerke der Arzneimittelforschung und Produktion sind unerlässlich für den Fortschritt. Diversifizierung erhöht die Versorgungssicherheit: Fällt ein Standort aus, kann der andere kompensieren. Doch die internationale Arbeitsteilung muss noch sorgfältiger betrieben werden, Lieferketten weiterhin gesichert werden. Forschung und Produktion müssen gezielt in denjenigen Ländern aufgebaut werden, die langfristig verlässliche Handelspartner sind. Eine nachhaltige Industriepolitik setzt den Unternehmen Anreize, dort zu produzieren, wo kein Protektionismus betrieben wird und die hohen europäischen Qualitätsstandards überprüfbar eingehalten werden. Das ist möglich durch gezielte Förderung von europäischen und deutschen Public Private Partnerships sowie durch mehr Ressourcen für die Arzneimittelbehörden, um die Standards international kontrollieren und durchsetzen zu können. Darüber hinaus können die Versorgungssicherheit erhöht und Lieferketten stabilisiert werden, indem stabile Handelsabkommen für Arzneimittel geschlossen und eingehalten werden. Einseitige staatliche Incentives für Parallelhandel sollten abgeschafft werden, denn auch sie tragen zu Versorgungsproblemen in den exportierenden Ländern bei.

2. Verwaltungsprozesse vereinfachen

Komplizierte und massiv unterschiedliche Verfahren der Aufsichtsbehörden stellen für Deutschland einen internationalen Standortnachteil dar. Einfache und bundesweit einheitliche Datenschutzregeln, Ethikvoten sowie Vorgaben für Vertragseckpunkte für Forschungsvorhaben sind notwendig, damit klinische Forschung in Deutschland schneller und effizienter erfolgen kann. Die Zulassungsbehörden müssen mehr Ressourcen erhalten, um Studiengenehmigungen und Zulassungsverfahren beschleunigen zu können. Ein europaweit einheitliches Bewertungsverfahren der Studienlage zu Arzneimitteln, sogenanntes Euro-HTA, minimiert nationale Mehrarbeit, löst Widersprüche auf und schafft damit eine effiziente Grundlage für nationale Finanzierungsentscheidungen. Für die Ansiedelung von Produktionsanlagen in Deutschland sind einheitliche Bewertungen der GMP-Standards notwendig.

3. Finanzierungsregeln konkurrenzfähig machen

Um Investitionen für neue Forschungsprojekte und Produktionsanlagen nach Deutschland zu holen, ist nicht nur die Aufstockung steuerlicher Forschungsförderung auf ein internationales Niveau essentiell. Bund, Länder und Kommunen können mit attraktiven Gewerbe- und Körperschaftssteuersätzen eine gezielt zukunftsgerichtete Industriepolitik betreiben und damit bisherige Nachteile gegenüber anderen Standorten aufheben. Ein wichtiger Faktor auch für die Ansiedelung innovativer Start-ups. Um diese mit mehr Investitionskapital auszustatten, ist es zudem notwendig, dass es mehr Gesellschaftsformen als bisher gesetzlich ermöglicht wird, in Venture-Capital zu investieren.

4. Forschungsnetzwerke und Digitalisierung fördern

Die vielfältigen internationalen und deutschen Förderinitiativen, wie beispielsweise die Coalition for Epidemic Preparedness Innovations (CEPI), die Innovative Medicines Initiative (IMI) oder der Aufbau von Forschungsnetzwerken der Universitätsmedizin sind sehr hilfreiche Ansätze. Im internationalen Vergleich sind sie allerdings nicht ausreichend. Denn der Vernetzungsgrad der US-amerikanischen sowie der asiatischen Forschungs-Community ist ungleich größer als der europäischer Forschungseinrichtungen.

Hier braucht es erheblich mehr finanzielle und strukturelle Förderung öffentlicher und öffentlich-privater Forschungskooperationen. Dazu gehört insbesondere, digitale Infrastrukturen auszubauen sowie die oftmals starren öffentlich-rechtlichen Arbeitsregelungen zu flexibilisieren, damit die Wissenschaftler öffentlicher und privater Einrichtungen effizienter zusammenarbeiten können. Darüber hinaus müssen die für die Forschung sehr wertvollen realen Versorgungsdaten digitaler Apps sowie der elektronischen Gesundheitsakte auch in Deutschland nach Einverständnis der Patienten anonymisiert und gesichert allen Forschungseinrichtungen zugänglich gemacht werden – öffentlich wie privat.

5. Impfstoffe und Antibiotika fördern

Die beste Medizin ist die, die Krankheiten gar nicht erst entstehen lässt. In der aktuellen Situation wird ganz besonders deutlich, wie wichtig Impfstoffe und hohe Impfquoten sind. Die gesundheitlichen und volkswirtschaftlichen Konsequenzen unkontrollierbarer Pandemien können verheerend sein. Die Kosten einer Pandemieprävention sind dagegen verschwindend gering. Deshalb sind

alle Ansätze zur Erhöhung der Impfquoten, wie beispielsweise intelligente Erinnerungssysteme, unabdingbar. Die Erforschung und Entwicklung von Impfstoffen muss gezielt unterstützt werden. Was für Viren gilt, gilt auch für Bakterien. Dank der Erfindung und Entwicklung hoch wirksamer Antibiotika galt die von Bakterien ausgehende gesundheitliche Gefahr zwar bereits als ausgeräumt. Doch ein unachtsamer Umgang mit diesen Medikamenten führt immer mehr zu verheerenden Resistenzen. Mit vereinten Kräften muss diese Entwicklung gestoppt und umgedreht werden. Wir brauchen dringend nicht nur Maßnahmen für einen sorgfältigeren Einsatz vorhandener Antibiotika, sondern mehr Grundlagenforschung für komplett neuartige antibakterielle Wirkmechanismen. Denn Bakterien sind komplizierter als Viren. Forschung und Entwicklung sind somit ungleich aufwendiger. Um hier erfolgreich sein zu können, bedarf es nicht nur weltweiter öffentlich-privater Forschungsk Kooperationen, sondern auch innovationsfreundlicher Rahmenbedingungen nationaler Erstattungssysteme, die den enormen Aufwand anerkennen. Deutschland hat die Chance, in der Antibiotikaentwicklung eine Vorreiterrolle einzunehmen.

6. Geistiges Eigentum schützen

Das Geschäftsmodell der forschenden Pharmaindustrie beweist auch in der aktuellen Krise, wie leistungsfähig es ist. In atemberaubendem Tempo werden neue Medikamente und Impfstoffe entwickelt. Essenzielle Grundlage dafür ist der Schutz von Patenten und Intellectual Property (IP). Ohne ausreichenden Schutz der geistigen und technischen Leistung der Forschung gäbe es diese Forschung nicht. Somit gäbe es keine neuen Medikamente mehr und damit auch weniger Therapien, die nach Ablauf der Schutzphase für minimale Preise in riesigen Mengen

eingesetzt werden. Ohne ausreichenden Schutz geistigen Eigentums wäre also die Arzneimittelversorgung weltweit schlechter. Daher ist es kontraproduktiv, dass es auf europäischer Ebene immer wieder Überlegungen zur Einschränkung einiger IP-Rechte gibt. Deutschland als „Land der Erfinder“ muss sich auf europäischer Ebene für den kompletten Erhalt gegenwärtiger IP-Schutzregeln einsetzen.

7. Verschiedene Therapieoptionen sichern

Versorgungssicherheit braucht Vielfalt und Reserven. Neue Therapieoptionen werden zwar in Deutschland erforscht und produziert, jedoch dann im deutschen Kassensystem aufgrund kurzfristiger Sparansätze zu wenig eingesetzt. Doch es reicht nicht aus, oftmals nur die alte Standardtherapie einsetzen zu wollen. Dann fehlen eben innovative Therapieoptionen. Der Nutzen neuer Medikamente muss patientenrelevanter bewertet werden. Dazu gehört auch, dass man keine großen Patientenstudien erwarten kann, wenn es für eine sehr spezielle Therapie nun einmal nur ganz wenige Patienten gibt. Hier braucht es mehr Weitsicht, damit die Patienten die bestmögliche Versorgung bekommen.

Können wir bereits nach 6 Monaten aus der Corona-Pandemie Rückschlüsse ziehen?



Ulrike Elsner

Vorstandsvorsitzende
Verband der Ersatzkassen e.V.
(vdek)

Die Corona-Pandemie hat das Leben und viele bisherige Selbstverständlichkeiten in Deutschland seit Anfang März 2020 auf den Kopf gestellt und für erhebliche Unsicherheiten gesorgt.

Die Bewältigung der Pandemie stellt eine große Aufgabe für die Gesellschaft dar und ist eine ganz erhebliche Herausforderung für das Gesundheitswesen. Bislang ist das Gesundheitssystem nicht an seine Grenzen gestoßen. Es ist aber noch nicht die Zeit, einen Rückblick à la „Lessons learned“ zu wagen, dafür stehen wir noch mitten in der Pandemie, der weitere Verlauf ist nicht absehbar, die Infektionsentwicklung zu fragil. Was aber gewagt werden kann, ist ein erster kritischer Rückblick auf die letzten Monate und daraus abgeleitet eine erste Bestandsaufnahme der „Lessons“, aus denen gelernt werden sollte.

Die Pandemie wird uns noch lange beschäftigen

In der Ausbruchphase war das oberste Ziel, die Kapazitäten des Gesundheitswesens auf einen schwer einzuschätzenden Bedarf auszuweiten und Engpässe mit allen Kräften zu verhindern. Es wurden in kürzester Zeit konsequent die richtigen Fäden gezogen und Gesetze auf den Weg gebracht, die die Kapazitäten in der lebensentscheidenden Intensivmedizin ausweiteten und zugleich die Voraussetzungen schufen, die Finanzierung der Versorgungsstrukturen zu stabilisieren.

Die Corona-Pandemie wird uns aller Voraussicht nach auf Jahre beschäftigen und unser Alltagsleben einschneidend verändern. Diese Entwicklung wird sich auf das Gesundheitswesen stärker als alle vorausgegangenen Epidemien auswirken. Man muss wohl davon ausgehen, dass der Kampf gegen das Corona-Virus und die Behandlung von Covid19-Kranken die nächsten Jahre eine herausragende Bedeutung haben werden. Wegen der Unsicherheit über weitere Wellen und den regionalen Ausbruchsklustern ist möglicherweise für einen längeren Zeitraum damit zu rechnen, dass die Gesetzgebung immer wieder auf veränderte Pandemielagen reagieren muss.

Wir haben also bisher gelernt (1): Die Bundesregierung und die politischen Entscheider haben gemeinsam mit

vielen Beteiligten im Gesundheitswesen schnell und effektiv wirksame Maßnahmen eingeleitet, die dafür sorgen konnten, dass die Pandemie im Vergleich zu vielen anderen Ländern bisher relativ moderat verlaufen ist. Es war und ist parteiübergreifend Konsens, unter Aussetzung aller parlamentarischen Fristen sehr schnell Gesetze zu verabschieden, um ausreichend Behandlungskapazitäten für Corona-Patienten vorzuhalten und über eine intelligente Teststrategie Infektionen vorzubeugen.

Krankenkassen unterstützen Patientinnen und Patienten, Beitragszahler und Leistungserbringer

Die Ersatzkassen und alle Krankenkassen haben sich von Beginn der Pandemie darauf fokussiert, schnell und unbürokratisch in der gemeinsamen Selbstverwaltung die Voraussetzungen für eine ausreichende Versorgung der Corona-Patientinnen und -Patienten sicherzustellen und dabei zugleich die medizinische Infrastruktur und die Sicherheit der im Gesundheitswesen Beschäftigten nicht zu gefährden. Den Krankenkassen war sofort klar und prioritär, ihre Versicherten in Fragen rund um die Versorgung individuell zu unterstützen.

Den Patientinnen und Patienten wurden von Anfang an und werden noch heute die notwendige Versorgung und die notwendigen Leistungen pragmatisch und schnell gewährt. Sie werden bei Terminvereinbarungen und durch das temporäre Vereinfachen von Genehmigungs- und Abrechnungsverfahren bzw. das Aussetzen von Prüfverfahren maßgeblich unterstützt. Dazu haben die Ersatzkassen Telefonhotlines geschaltet.

Für die beitragszahlenden selbstständig/freiwillig Versicherten und für Arbeitgeber haben die Ersatzkassen gemeinsame Unterstützungsmaßnahmen vereinbart, beispielsweise die Beitragsstundung für belastete Betriebe/Versicherte und die Niederschlagung oder das Aussetzen von Vollstreckungs- und Vollziehungsmaßnahmen.

Gemeinsam mit Politik und Leistungserbringern wurde schnell Konsens erzielt, dass die pandemiebedingten Versorgungskapazitäten und die Ausstattung der Leistungserbringer mit den notwendigen Schutzmaterialien sicherzustellen ist und dass Insolvenzen von Leistungserbringern durch unvermeidbare und nicht kompensierbare Leistungs- und Erlösausfälle möglichst zu vermeiden sind.

Bei der Umsetzung der Maßnahmen im Heilmittel- und Reha- und Pflegebereich auf Landesebene wirken die Ersatzkassen an der Umsetzung der notwendigen Maßnahmen entscheidend mit. Zur Sicherung der Versorgung in Zeiten der Corona-Pandemie war zudem die Anpassung einer Vielzahl von Verträgen notwendig und ist weitestgehend umgesetzt.

Wir haben also bisher gelernt (2): Eine gut aufgestellte und wettbewerbsfähig organisierte GKV hat im bewährten und konstruktiven Zusammenspiel mit den Leistungserbringern in der gemeinsamen Selbstverwaltung sehr schnell und sehr effizient die Sicherheit der Versorgung für die Patientinnen und Patienten gewährleistet, die Versorgungsstrukturen durch die schnelle Umsetzung der beschlossenen Gesetze und Verordnungen stabilisiert und die finanzielle Unterstützung für betroffene Leistungserbringer organisiert. Privatwirtschaftlich organisierte Sicherungssysteme wären hier schnell an ihre Grenzen gestoßen (dazu mehr weiter unten).

Die Handlungsfähigkeit der Selbstverwaltung ist sichergestellt

Als Reaktion auf die Corona-Pandemie wurden vom Gesetzgeber die Möglichkeiten der Selbstverwaltungsorgane der Sozialversicherungsträger zur schriftlichen Abstimmung erweitert. Alle Selbstverwaltungsorgane und besonderen Ausschüsse können ihre Beschlüsse schriftlich treffen. Die Ersatzkassen machen von diesen neuen Möglichkeiten auch per Online- und Videokonferenz regen

Gebrauch. Kein notwendiger Beschluss wurde wegen der Pandemie auf einen späteren Zeitpunkt verschoben.

Wir haben also bisher gelernt (3): Die gewählten Selbstverwaltungsorgane der Sozialversicherungsträger nehmen mit den erweiterten Möglichkeiten auch der digitalen Vernetzung und Abstimmung wie gewohnt ihre Aufgaben zeitnah wahr und unterstützen in geeigneter Weise die notwendigen Maßnahmen für Patientinnen und Patienten, Leistungserbringer und Beitragszahler. Auch die gemeinsame Selbstverwaltung von Krankenkassen und Leistungserbringern hat in den letzten Monaten unter Beweis gestellt, dass zur Bewältigung dieser außergewöhnlichen Situation schnelle und verlässliche Absprachen und Entscheidungen getroffen werden können. Es bleibt allerdings eine wichtige Aufgabe für die Zukunft, die richtige Balance zwischen Verordnungen durch den Gesetzgeber und eigenverantwortlichen Entscheidungen der sozialen Selbstverwaltung zu wahren. Wir werden also beständig darauf zu achten haben, dass die Entscheidungskompetenzen der Selbstverwaltungsorgane nicht untergraben werden.

Die GKV ist das überlegene System zur Bewältigung solcher Krisen

Neben der Sicherstellung der gesundheitlichen Versorgung der Patientinnen und Patienten unter Krisenbedingungen wurden und werden umfangreiche Maßnahmen zum Ausgleich pandemiebedingter finanzieller Belastungen betroffener Leistungserbringer umgesetzt. Mit dem COVID-19-Krankenhausentlastungsgesetz werden die wirtschaftlichen Folgen der Pandemie für Krankenhäuser, Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen, Vertragsärzte sowie die ambulante und stationäre Pflege aufgefangen. Mit der SARS-CoV-2-Versorgungssicherstellungsverordnung wurde ein Schutzschirm für die Heilmittelerbringer, Zahnärzte und Rehabilitationseinrichtungen für Vater-Mutter-Kind-Kuren umgesetzt. Mit der SARS-CoV-2-Arzt-

neimittelversorgungsverordnung wurden Maßnahmen zur Sicherstellung der Versorgung mit Arzneimitteln umgesetzt, etwa die Vergütung von Botendiensten für Arzneimittel, die Möglichkeit zum Austausch verordneter Arzneimittel und zur Abweichung von der Packungsgröße sowie zur Abgabe von Teilmengen.

Wir haben also bisher gelernt (4): Die Ersatzkassen und die GKV haben frühzeitig Verantwortung übernommen und gezeigt, dass sie situationsgerecht, flexibel, schnell und unbürokratisch auf Herausforderungen reagieren können, die bisher nicht vorstellbar waren. Auf die GKV ist Verlass und die GKV ist der Garant, um auf solche Krisen gut reagieren zu können. Die GKV hat ihre Überlegenheit gegenüber anderen System beeindruckend bewiesen.

Privatwirtschaftliche Systeme tragen wenig zur Lösung bei: Die private Krankenversicherung ist mehr zu beteiligen

Die Bundesregierung hat in den Versorgungsbereichen finanzielle Schutzschirme geschaffen, die in erster Linie von der GKV organisiert und getragen werden. Während bei der stationären Versorgung zumindest in Teilbereichen eine Beteiligung der privaten Krankenversicherung (PKV) vorgesehen ist, sollen unter anderem der Aufbau von zusätzlichen Beatmungsbetten und die finanziellen Hilfen für die niedergelassenen Ärzte in vollem Umfang von der GKV übernommen werden.

Zur wirksamen Bekämpfung der COVID-19-Pandemie sollte jeder Akteur im Gesundheitswesen seinen Beitrag leisten, die PKV entzieht sich bisher dieser Herausforderung unter Bezug auf ihren unternehmensrechtlichen Status. Sie untergräbt damit nicht zuletzt ihren eigenen Anspruch, systemrelevant zu sein. Wo liegen denn die Hürden, sich an den finanziellen Schutzschirmen für Leis-

tungserbringer oder auch z. B. zur Finanzierung von Schutzausrüstung in den Arzt- und Zahnarztpraxen angemessen zu beteiligen?

Wir haben also bisher gelernt (5): Es gibt Schwierigkeiten, die PKV in angemessener Weise an der finanziellen Belastung zu beteiligen, ergo: Die privatwirtschaftlich organisierte PKV kann sich einer Verantwortung entziehen zu einem Zeitpunkt, an dem gemeinsames Handeln unabdingbar wäre.

Die finanzielle Stabilität der GKV muss gewahrt bleiben

Wesentliches Fundament aller Unterstützungs- und Hilfsprogramme im Gesundheitsbereich ist die solide Finanzsituation des Gesundheitsfonds und der GKV. Auf dieser Grundlage konnten die Krankenkassen flexibel und leistungsfähig handeln. Angesichts der enormen Kosten, die insbesondere über die Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds finanziert werden, ist es von großer Bedeutung, in dieser Ausnahmesituation Steuermittel bereitzustellen.

Vorrangiges Ziel der Ersatzkassen ist weiterhin, die gesundheitliche Versorgung ihrer Versicherten uneingeschränkt sicherzustellen. Dies kann nur gelingen, wenn coronabedingte Einnahmerückgänge, z. B. infolge von Kurzarbeit, sowie die gesamtgesellschaftlichen Aufgaben des öffentlichen Gesundheitsschutzes (Coronatests) nicht einseitig von den Beitragszahlern der GKV geschultert, sondern durch Bundeszuschüsse auf alle Schultern verteilt werden. Es ist unbedingt zu verhindern, dass die GKV coronabedingt durch massiv steigende Zusatzbeiträge im Jahr 2021 in eine wettbewerbliche Schieflage gerät.

Wir haben also bisher gelernt (6): Die finanzielle Stabilität der Krankenkassen und des Gesundheitsfonds waren der Garant für die schnelle und wirksame Unterstützung. Die-

se finanzielle Stabilität muss gewahrt bleiben: Die Liquidität des Gesundheitsfonds muss durch Bundesdarlehen und Steuerzuschüsse sichergestellt werden, die Mindestrücklagen müssen garantiert sein, Beitragssatzsteigerungen sind zu vermeiden, um die Belastungen der Mitglieder und der Arbeitgeber in Grenzen zu halten. Nur eine GKV auf stabilem finanziellem Fundament kann eine solche Krise meistern, auf „Kante genährte Systeme“ wären längst überfordert.

Bisherige Lernerfolge müssen verstetigt werden

Wir haben bisher gesehen, dass ein verantwortungsvolles Regierungs- und Parlamentshandeln, eine solide aufgestellte GKV, eine funktionierende Selbstverwaltung Garanten für die Bewältigung einer derartigen Krise sind. Wir sind aber noch lange nicht am Ende dieser Krise. Und wir sind erst am Anfang einer Analyse, was aus dieser Krise zu lernen ist. Ein wesentliches Thema der nächsten Monate und Jahre wird sein, wie sich die Gesundheitspolitik ausrichtet und welche Trends damit zusätzlichen Einfluss gewinnen. Wie sieht die Versorgungsstruktur der Zukunft aus? Können wir den digitalen Schwung durch den Ausbau von Videosprechstunden mitnehmen und eine Versorgung auf die verschiedenen Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten ausrichten? Wie kann die finanzielle Belastung der Beteiligten vernünftig austariert werden? Wie kann der Wettbewerb um eine gute Versorgung für die Versicherten und deren Wahlfreiheit in einem gegliederten Kassensystem sinnvoll ausgestaltet werden? All diese Fragen werden ganz vorne auf der Prioritätenliste stehen.

Die Bewältigung der Pandemie ist eine gemeinsame Aufgabe aller Beteiligten und kann nur solidarisch gelingen. Bisher ist das gut gelungen, es gilt nun, diese Verantwortung weiterhin gemeinsam zu übernehmen und vorausschauend zu handeln.

Was sich in der Pandemie bewährt hat



Dr. Florian Reuther
Direktor
Verband der Privaten
Krankenversicherung e.V. (PKV)

Das Coronavirus ist in Deutschland auf eines der besten Gesundheitssysteme der Welt getroffen. Die starke medizinische Infrastruktur auf der Basis einer soliden dualen Finanzierung unabhängig von der jeweiligen Kassenlage des Staates macht einen entscheidenden Unterschied im Vergleich zu EU-Ländern, die in der Corona-Krise teilweise katastrophal überlastet waren.

Das Motto „Lessons learned“ dient normalerweise dazu, Ereignisse zu reflektieren, bei denen etwas im ersten Anlauf nicht so richtig funktioniert hat, was man also beim nächsten Mal besser machen kann. Niemand weiß heute, wie sich die Covid19-Pandemie weiter entwickeln wird. Wir werden zusammen wohl noch viele Lektionen lernen müssen, die das neuartige Virus uns immer wieder aufgibt. Für ein Fazit ist es also noch viel zu früh.

Doch eine Lektion haben wir bereits lernen dürfen: Wir haben in Deutschland trotz aller Widrigkeiten dieser Krise auch Grund zu Dankbarkeit. Nämlich dafür, dass wir über eines der besten Gesundheitssysteme der Welt verfügen, auf das sich die Menschen auch im Falle einer Covid19-Erkrankung verlassen können – vor allem dank des grandiosen Engagements und der hohen fachlichen Qualität der vielen Menschen in den medizinischen Berufen und in der Pflege.

Die teilweise schrecklichen Ereignisse in anderen europäischen Staaten und die große internationale Anerkennung für die Performance des deutschen Gesundheitssystems in der Pandemie haben vielen von uns vor Augen geführt, dass dies keineswegs selbstverständlich ist.

Die Johns Hopkins University ernannte Deutschland quasi zum Vorbild („Learning Lessons from German Healthcare – How Universal Coverage Can Save Lives in a Pandemic“). Ähnlich die New York Times (“A German Exception? Why the Country’s Coronavirus Death Rate Is Low”), die CBS News (“The mystery behind Germany’s low coronavirus death rate”) oder der britische Guardian (“Germany’s devolved logic is helping it win the coronavirus race”).

Zufriedenheit mit deutschem Gesundheitssystem auf Rekordhöhe

Das wissen auch die Bürgerinnen und Bürger in Deutschland zu schätzen. Das Institut für Demoskopie Allensbach

meldete jüngst nach einer repräsentativen Umfrage, dass 89 Prozent der Bevölkerung das Gesundheitssystem mit gut oder sogar sehr gut bewerten. Das ist ein Rekordwert – die höchste Zustimmungsrates in den vergangenen 20 Jahren.

Ich möchte vier prominente Mediziner zitieren, die ihre Zwischenbilanz sehr prägnant formuliert haben. Der Chef des Düsseldorfer Universitätsklinikums, Prof. Dr. Dr. Frank Schneider, sagte der Rheinischen Post: „Es gibt keinen besseren Ort als hier in Deutschland zu leben im Moment.“ Dr. Eckart von Hirschhausen bekannte im WDR-Fernsehen: „Eins ist mir klar: Wenn ich einmal krank bin, möchte ich in keinem anderen Land der Welt sein.“ Weltärztepräsident Prof. Dr. Frank Ulrich Montgomery ist überzeugt: „Wir haben diese Krise wegen des gut funktionierenden Gesundheitssystems besser als alle anderen Industriestaaten der westlichen Welt bewältigt.“ Und Dr. Klaus Reinhardt, der Präsident der Bundesärztekammer, brachte es auf den Punkt: „Man darf feststellen, dass wir in Deutschland eines der Gesundheitswesen sind, das jetzt aktuell mit der Corona-Krise weltweit am besten zurechtkommt. Wir sind ein System mit einem Mix zwischen Privatem und Gesetzlichem und Staatlichem. Ich glaube, dass sich dieser Mix aktuell tatsächlich bewährt.“

Dass Deutschland die Corona-Krise im internationalen Vergleich bislang so gut gemeistert hat, beruht auch auf den besonders starken Ressourcen unseres Gesundheitssystems. Die Ausstattung der Kliniken mit Intensivbetten ist international absolut führend. Dazu später mehr. Und wir haben nicht nur den Zugang für alle Menschen zur Spitzenmedizin. Auch die flächendeckende ambulante Versorgung mit freiem Zugang zu Hausärzten und Fachärzten macht einen entscheidenden Unterschied zu anderen europäischen Staaten. Viele COVID-19-Patienten konnten – anders als in vielen Ländern – auch außerhalb des Krankenhauses erfolgreich behandelt werden.

Dass dies so ist, verdanken wir auch unserem dualen Gesundheitssystem mit seinem bewährten Nebeneinander aus privaten und öffentlich-rechtlichen Strukturen, die im stetigen Wettbewerb miteinander den medizinischen Fortschritt und die Versorgungsqualität vorantreiben – und eine Finanzierung unabhängig von der jeweiligen Kasenslage des Staates und vor allem dezentral gewährleisten.

Umfassender Beitrag der PKV zur Bewältigung der Corona-Krise

Die Private Krankenversicherung garantiert nicht nur ihren Versicherten Schutz bei Krankheit und Pflege, sie steht auch zu ihrer gesellschaftspolitischen Mitverantwortung für die Versorgung in den Zeiten der Krise. Einige Voraussetzungen für die gute Bewältigung der Corona-Pandemie hängen dabei unmittelbar von Leistungen der PKV ab:

- Dass die Ausbreitung des Virus so rasch gebremst werden konnte, lag auch an der Leistungsfähigkeit der medizinischen Labore, die schnell eine hohe Zahl von Corona-Tests ermöglichten. Die moderne Ausstattung dieser Labore wird überproportional durch den Mehrumsatz der Privatversicherten ermöglicht.
- Zur Isolierung von Corona-Infizierten verfügen die Krankenhäuser über eine ausreichende Zahl von Einbettzimmern, die es ohne die PKV gar nicht gäbe. Denn nur unsere Absicherung von Wahlleistungen für mehr als 13 Millionen Menschen machen die Einrichtung von Einbett- und Zweibettzimmern in den Kliniken wirtschaftlich finanzierbar.
- Durch den PKV-typischen Mehrumsatz hat jede Arztpraxis zusätzliche Mittel zur Verfügung, die sie in Personal und Ausstattung investieren kann. Nur dadurch kann eine im internationalen Vergleich einmalige fachärztliche ambulante Versorgung angeboten werden.

- Über diesen dauerhaften strukturellen Beitrag hinaus leistet die PKV beträchtliche zusätzliche Beiträge in der Corona-Krise. Die Privatversicherten, die PKV-Unternehmen und die Beihilfe tragen insgesamt in einer Größenordnung von 1 Milliarde Euro zur Bewältigung der Corona-Pandemie bei.

Bei den Krankenhäusern ist die PKV in vollem Umfang an allen krisenbedingten Zusatzentgelten beteiligt. Das Gesetz zu diesem Rettungsschirm beziffert die Mehrkosten der PKV auf 260 Millionen Euro. Inzwischen liegen wir bei über 300 Millionen Euro. Hinzu kommen weitere Abrechnungs-Zuschläge in beträchtlicher Höhe. An den Schutzschirmen für die Pflegeeinrichtungen ist die PKV ebenfalls entsprechend ihres Versichertenanteils voll beteiligt. Das sind in Summe nochmals über 60 Millionen Euro.

PKV leistet über 500 Millionen Euro zusätzlich für Schutzausrüstung der Ärzte

Damit die Ärzte ihren Patienten bestmöglichen Schutz bieten können, sieht die PKV darüber hinaus für jeden Arztkontakt seit April eine Extravergütung für Hygieneaufwand vor, um die Mehraufwände der Praxen für konkrete Behandlungen von Privatversicherten auszugleichen. Diese Sondervergütungen sind in bewährter Kooperation zwischen dem PKV-Verband und der Beihilfe sowie der Bundesärztekammer und der Bundeszahnärztekammer sehr schnell vereinbart worden. Damit wollen wir sicherstellen, dass die Menschen wieder unbesorgt in die Praxen gehen können. Die Pauschale im Rahmen der Gebührenordnung für Ärzte wurde inzwischen bis Ende September 2020 verlängert. Insgesamt unterstützen Privatversicherte die ambulanten Ärzte auf diese Weise voraussichtlich mit rund 500 Millionen Euro

zusätzlich. Für die Zahnärzte kommen nochmals rund 120 Millionen Euro hinzu.

Da es zwischenzeitlich einzelne missverständliche öffentliche Äußerungen aus der GKV gegeben hat, die den Anteil der PKV an der Finanzierung zusätzlicher Schutzausrüstung für die Arztpraxen in Frage stellten, möchte ich hier ganz klar festhalten: Die Leistungen der PKV für den Corona-Schutz in den Arztpraxen betragen im Vergleich zur GKV ein Mehrfaches dessen, was ihrem etwa 10-prozentigen Versichertenanteil entspricht.

Einige Krankenkassen haben offenbar im Innenverhältnis gegenüber Kassenärztlichen Vereinigungen bei der Erstattung der Beschaffungskosten ihre Zahlungen einfach um 10 Prozent gekürzt und für den verbleibenden Rest implizit auf die PKV verwiesen. Dieses Vorgehen der GKV ist unbegründet. Es fehlt auch jede rechtliche Basis für eine solche Vermischung der Aufgaben zwischen GKV-Finanzierung der Kassenärzte einerseits und Zahlungen der PKV auf Basis der Gebührenordnung für Ärzte andererseits.

Die tatsächlichen Leistungen der Privaten Krankenversicherung für die Schutzausrüstung sind – wie oben erläutert – um ein Vielfaches höher und sichern die Qualität der ambulanten medizinischen Versorgung auch in Zeiten der Corona-Krise.

Besser durch die Corona-Krise dank flächendeckender ambulanter Versorgung

Wenn wir die Pandemie eines hoffentlich nicht allzu fernem Tages gemeinsam bewältigt haben, wird sich nach meiner Überzeugung als ein „Learning“ herausstellen: Die flächendeckende ambulante Versorgung hat maßgeblich dazu beigetragen, dass die Pandemie in Deutschland glimpflicher verlief als in anderen Ländern. Die meisten

Infizierten mussten daher nicht in die Krankenhäuser gehen, die beispielsweise in Italien unfreiwillig zu Hotspots der Ansteckung wurden – mit teilweise katastrophalen Folgen. So hat das Wissenschaftliche Institut der PKV in einem aktuellen Vergleich von 15 EU-Ländern festgestellt, dass etwa in Frankreich 67 Prozent der Infizierten im Krankenhaus behandelt wurden, in Spanien 50 Prozent – in Deutschland nur 20 Prozent.

Das stabile ambulante Versorgungsnetz macht also einen entscheidenden Unterschied – in der Corona-Krise ebenso wie im normalen Alltag. Eine wesentliche Grundlage für diese ambulante Versorgung bildet wiederum die bewährte Struktur der PKV-typischen Einzelleistungsvergütung für selbstständig tätige Ärzte. Daran wollen wir auch unter den erschwerten Bedingungen der Pandemie unbedingt festhalten. Im Ergebnis trägt der überproportionale PKV-Mehrumsatz im Schnitt für jede einzelne Arztpraxis etwa 50.000 Euro pro Jahr zusätzlich zur Finanzierung bei. Diese Summe können niedergelassene Ärzte somit in zusätzliches Personal und moderne medizinische Ausstattung investieren.

Deutschlands Klinik-Kapazitäten auf Rang eins in Europa

Beispielhaft für die sehr guten deutschen Versorgungsstrukturen stehen auch die hohen Kapazitäten der Kliniken, die im internationalen Vergleich schon vorher weit überdurchschnittlich waren und in kurzer Zeit nochmals deutlich gesteigert werden konnten. So konnten wir auch schwerkranken Covid19-Patienten aus anderen EU-Staaten helfen.

Deutschland verfügt mit 602 Akutbetten auf 100.000 Einwohner über die meisten Betten in der EU, wie der oben zitierte internationale Vergleich ebenfalls zeigt. Beson-

ders groß sind die Unterschiede bei der Ausstattung mit Intensivbetten. Auch hier liegt Deutschland auf Rang eins – mit 38 Intensivbetten auf 100.000 Einwohner. Der EU-Durchschnitt liegt nur bei 13,1. Von der Pandemie besonders betroffene Länder wie Frankreich (16,3), England (10,5), Spanien (9,7) und Italien (8,6) verfügen über deutlich geringere Kapazitäten für die intensivmedizinische Behandlung von COVID-19-Patienten. In mehreren EU-Ländern kam es dann auch zu einer Überlastung der Kapazitäten.

Die Corona-Krise wird uns an einigen Stellen aufzeigen, wo wir Schwächen haben und was wir verbessern müssen – von der Ausstattung des öffentlichen Gesundheitsdienstes der Kommunen bis hin zur Diversifizierung der Beschaffungswege für Schutzausrüstung und Arzneimittel. Aber die Pandemie lehrt uns auch, dass sich viele unserer Strukturen gut bewährt haben. Sie sollten also bei der Fortentwicklung unseres Gesundheitswesens nicht über Bord geworfen werden. Das Coronavirus ist in Deutschland auf eines der besten Gesundheitssysteme der Welt getroffen. Dafür können wir alle dankbar sein.

Die Hygiene in Zahnarztpraxen hat Goldstandard



Dr. Peter Engel
Präsident
Bundeszahnärztekammer

Viel hilft viel – nach dieser Devise handeln die Zahnärzte in Deutschland schon lange, wenn es um Hygienemaßnahmen geht.

Der Mundraum ist das Einfallstor für Krankheiten aller Art. Deshalb wurde in den Zahnarztpraxen schon vor der COVID-19-Pandemie mehr in Hygiene investiert, als dies in anderen Arztpraxen üblich ist. In Zeiten der Pandemie bewährt sich das nun. Denn nach internationalen Erkenntnissen besteht bei zahnärztlichen Behandlungen ein geringes Corona-Ansteckungsrisiko. Hygiene und Sicherheit für Patienten und Mitarbeiter haben aber ihren Preis. Und es gibt andere Risiken.

Die Hygienemaßnahmen in Deutschlands Zahnarztpraxen sind darauf ausgerichtet, die Übertragung jeglicher Krankheitserregern zu verhindern. Dafür gibt es ebenso gute wie nachvollziehbare Gründe. Kaum ein Arzt kommt dem Mundraum der Patienten so lange so nahe wie die Zahnärzte. Ohne Schutz wäre das Infektionsrisiko hoch, nicht nur für eine Corona-Infektion. Schon immer mussten Zahnärzte berücksichtigen, dass regelmäßig potentiell infektiöse Patienten zur Behandlung kommen, die zum Beispiel eine Grippe, Masern oder Hepatitis übertragen könnten.

Auch die Behandlungsmethoden in der Zahnarztpraxis erfordern besondere Schutzmaßnahmen für Patienten und Personal. Die sogenannten Aerosole, die wegen Corona in aller Munde sind, gelangen nicht nur beim Sprechen, Husten oder Niesen in die Luft. Bei der Behandlung können Aerosole durch den Rückprall von Spraynebel (Kühlwasser, Pulverstrahl) entstehen. Bisher gibt es keinen Nachweis, dass COVID-19 durch Aerosole bei der zahnmedizinischen Behandlung übertragen wird. Spraynebel wird durch eine effiziente, hochvolumige Absaugtechnik reduziert.

Hoher Hygienestandard hat Tradition bei Zahnärzten

Diese Vorsicht im Sinne der Patienten und Beschäftigten hat Tradition bei den Zahnärzten. Schon seit Jahren tragen sie zum Schutz ihrer Patienten einen Mund-Nasen-Schutz, lange bevor es die Maskenpflicht gab. Viele weitere Hygieneregeln, die jetzt wegen der Pandemie erforderlich sind, waren bei den Zahnärzten schon lange Standard. Sie sind fest verankert im vorgeschriebenen Hygieneplan und den Empfehlungen der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention beim Robert Koch-Institut („Infektionsprävention in der Zahnheilkunde – Anforderungen an die Hygiene“) sowie der Technischen Regel für biologische Arbeitsstoffe (TRBA 250). Zahnärzte tragen bei invasiven Tätigkeiten immer Mund-Nasen-Schutz, Handschuhe, Schutzbrille und beachten die notwendigen Hygienemaßnahmen. Sowohl Praxisteams wie Patienten sind diesbezüglich längst eingespielt, Desinfektionsmittel stehen ausreichend zur Verfügung und kommen laufend zum Einsatz.

Mit zusätzlichen Hygiene-Maßnahmen gegen Corona

Um eine Übertragung von SARS-CoV-2 zu verhindern, wurden nun weitere Maßnahmen ergriffen. Patienten spülen vor jeder Behandlung mit einer desinfizierenden Lösung, denn dies tötet einen Großteil der Keime im Mund ab. Bei aerosolproduzierenden Maßnahmen schützt ein sogenanntes Face-Shield zusätzlich, in den Behandlungspausen halten die Mitarbeiter die empfohlenen Mindestabstände ein, eine Schutzmaske wird ständig getragen, auch im Gespräch untereinander. Ähnlich wie im Einzelhandel wird der Rezeptionsbereich wenn möglich durch eine flüssigkeitsdich-

te Abtrennung geschützt. Auch die Zahl der Personen, die sich zum selben Zeitpunkt in der Praxis aufhalten, wird begrenzt, um die Abstände einhalten zu können. Trotz des ohnehin schon hohen Hygieneniveaus lernen auch die Zahnmediziner noch dazu. Was getan werden kann, wird getan, um maximalen Schutz für Patienten und Personal zu gewährleisten.

Zahnarztpraxen sind eher Schutzonen denn Hotspots

Dieses hohe Schutzniveau hat sich bewährt: Es gibt zurzeit kein bekanntes behandlungsbedingtes Infektionsgeschehen in den Zahnarztpraxen – trotz der Nähe, trotz der Aerosole. Und das gilt nicht nur für Deutschland. Auch in anderen Ländern waren Zahnarztpraxen eher Schutzonen denn Hotspots der Pandemie. Beispiel: China. Prof. Dr. Christoph Benz, Vizepräsident der Bundeszahnärztekammer, hat die Erfahrungen, die dort gemacht wurden, kürzlich treffend zusammengefasst: „In China lief der gemeinstmögliche Feldversuch: Ärzte und Zahnärzte wussten bis zum 22. Januar 2020 nicht, dass am 17. November 2019 eine Epidemie ausgebrochen war. Tausende aus den Medizinberufen haben sich infiziert, mindestens 46 Ärzte sind gestorben, besonders betroffen waren die HNO und die Ophthalmologie. Das 1.098 Personen starke Team der Zahnklinik Wuhan hat im Dezember und Januar etwa 120.000 Patienten ganz normal behandelt – Aerosol, einfacher Mundschutz, Kittel. Neun haben sich infiziert, davon drei zu Hause und sechs vielleicht bei der Arbeit. Kein Hochrisiko, kein Superspreader.“ Man kann also nicht nur in Deutschland von der Hygiene-Tradition der Zahnärzte profitieren.

Zahngesundheit stärkt das Immunsystem

Viele Patienten wissen nicht, wie hoch der Schutz und wie niedrig die Ansteckungsgefahr in Zahnarztpraxen ist. Auch in der Politik war der hohe Hygienestandard der Zahnärzte weitgehend unbekannt. Die Bundeszahnärztekammer wird deshalb in den nächsten Wochen und Monaten verstärkt daran arbeiten, Patienten und Politik über die Hygiene-Erfahrungen und -Kenntnisse zu informieren, die die Zahnärzte zu bieten haben. Denn die aus Unkenntnis geborene Furcht vor dem Zahnarztbesuch unter Corona-Bedingungen hat negative Folgen – für die Zahnärzte, die ohne ihre Patienten erhebliche Einnahmeverluste erleiden, für die Mitarbeiter in den Praxen und Laboren, aber vor allem für die Patienten selbst, die ihre Gesundheit nachhaltig gefährden, wenn sie nicht zum Zahnarzt gehen. Denn was viele Menschen nicht wissen: Der Mundraum ist nicht nur wichtig für das eigene Wohlbefinden, sondern eine mangelnde Zahngesundheit ist in der Lage, das gesamte Immunsystem zu schwächen.

Ganz gesund braucht mundgesund

Deshalb bleiben Vorsorge und die Fortsetzung begonnener Behandlungen wichtig. Die Zahnmediziner sind sich weitgehend einig, dass die zahnärztliche Versorgung nicht auf Akut- und Notfallpatienten beschränkt werden darf. Denn fällt die regelmäßige Vorsorge und Behandlung weg, gibt es bald ganz viele Notfallpatienten. Kleine Beschwerden, die zum Beispiel zeitnah durch eine Füllung beseitigt werden könnten, verursachen bei zu langem Warten womöglich Wurzelbehandlungen oder Abszesse. Jost Rieckesmann, Präsident der Zahnärztekammer Westfalen-Lippe, warnt deshalb eindringlich und zu Recht: „Verschie-

ben Sie bitte nicht Ihren routinemäßigen Besuch beim Zahnarzt, lassen Sie Ihre Zähne und Ihr Zahnfleisch nicht im Stich. Wir Zahnärzte sehen bereits die Folgen: Nicht nur zahnmedizinische Schäden treten über kurz oder lang ein, wenn notwendige Behandlungen oder regelmäßige Präventionsmaßnahmen unterbleiben, auch Herz-Kreislauf-, Nieren- und Lungenerkrankungen, sowie Diabetes können unmittelbar negativ beeinflusst werden. Gesund im Mund – das stärkt das Immunsystem. Und darauf kommt es mehr denn je an.“ Der Appell von Jost Rieckesmann enthält einen wichtigen Hinweis: Ganz gesund braucht mundgesund. Erkrankungen im Mundraum können Auswirkungen auf den Körper haben, zum Beispiel auf das Herz-Kreislauf-System. Wer wegen Corona nicht zum Zahnarzt geht, der geht das höhere Risiko ein.

Mehr Transparenz durch Meldesystem

Ebenso wichtig wie das Wohl der Patienten ist die Gesundheit der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in den Praxen. Um ihren Ängsten und Sorgen zu begegnen, gibt es jetzt ein neu eingerichtetes Meldeportal für aufgetretene Infektionen im Team. Alle Praxen können hier anonym, auf unbürokratische und einfache Weise direkt ihre Landes-zahnärztekammer informieren. Das Ergebnis: mehr Transparenz, ein realistisches Bild über das Infektionsgeschehen und mehr Vertrauen bei Beschäftigten und Patienten.

Hohe Hygienestandards gibt es nicht zum Nulltarif

Die hohen Hygienestandards in den Zahnarztpraxen gibt es nicht zum Nulltarif. Laut einer aktuellen Studie des Instituts der Deutschen Zahnärzte (IDZ) haben Zahnarztpraxen bereits vor dem Corona-Ausbruch rund 70.000 Euro

pro Jahr und Praxis für Hygienemaßnahmen ausgegeben – das ist aus den beschriebenen Gründen deutlich mehr als bei anderen Arztpraxen.

Jetzt sind die Corona-Maßnahmen dazu gekommen. Und nicht nur die verursachen zusätzliche Aufwände. Hinzu kommt, dass die Preise für Schutzausrüstung und Desinfektionsmittel enorm gestiegen sind. Um diese zusätzlichen Belastungen stemmen zu können, haben BZÄK und PKV eine Corona-Hygiene-Pauschale von 14,23 Euro vereinbart. Sie hilft den Zahnärzten, die Hygienelasten der Corona-Krise etwas zu mildern. Sie gilt bei jeder Behandlung eines privatversicherten Patienten bzw. eines gesetzlich Versicherten mit entsprechender privater Zusatzversicherung. Die ursprünglich bis Juli 2020 geltende Pauschale wurde unbürokratisch bis September 2020 verlängert – statt in einem langen Tauziehen unnötig Zeit zu verlieren, waren sich BZÄK, PKV und Beihilfe schnell einig, dass diese Unterstützung für die Zahnärzte erforderlich bleibt. In der Krise wird am selben Strang gezogen und solidarisch gehandelt – das ist eine ebenso erfreuliche wie wichtige Erkenntnis, die wir in der Krise gewonnen haben.

Niemand weiß, wie lange wir noch unter Corona-Bedingungen leben und arbeiten müssen.

Obwohl in Deutschland mittlerweile schon viele Beschränkungen aufgehoben wurden, ist ein Ende der Krise nicht in Sicht und eine abermalige Verschärfung aufgrund einer „zweiten Welle“ auch nicht ausgeschlossen. Die Zahnärzte in Deutschland sind in jedem Fall gut gerüstet, können auf ihre Erfahrungen bauen und lernen jeden Tag dazu. Der Hygienestandard war und ist hoch, die Ansteckungsgefahr niedrig und wir werden alles dafür tun, damit das so bleibt

und wir unseren Goldstandard halten. Diese Leidenschaft in unserem Beruf und die Höchstleistungen im Hygienebereich möchten wir im Herbst möglichst vielen Menschen kundtun, damit gute Zähne und Mundhygiene die Grundlage für eine stabile Gesundheit bleiben.

Uniklinika im Zentrum der regionalen Versorgung – nicht nur in der Pandemie



Jens Bussmann, Generalsekretär
VUD – Verband der Universitäts-
klinika Deutschlands e.V.

Die Corona-Pandemie unterstreicht die herausragende Rolle der Universitätsmedizin in Deutschlands Gesundheitssystem. Die Uniklinika übernehmen die Behandlung von COVID-19-Patienten, insbesondere der Schwerstkranken. Sie koordinieren regionale Versorgungsnetzwerke, um die vorhandenen Kapazitäten bestmöglich zu nutzen. Sie entwickeln Behandlungsstrategien und forschen an Arzneimitteln sowie Impfstoffen. Nicht zuletzt beraten Uniklinika Krisenstäbe und Politik auf Bundes-, Landes- und kommunaler Ebene. Die Corona-Pandemie zeigt, dass die Universitätsklinika in besonderem Maße systemrelevant sind.

Versorger, Koordinator, Berater und Forscher in der Pandemie

Die Universitätsmedizin spielt eine zentrale Rolle bei der Bewältigung der Corona-Pandemie. In den Universitätsklinika werden ein Großteil der COVID-19-Patienten versorgt, insbesondere die schwer Erkrankten. Die Universitätsklinika behandeln ca. ein Drittel der beatmeten Patienten.

Zusätzlich übernehmen sie wichtige Koordinierungsaufgaben in der Region, um Patienten je nach Schwere ihrer Erkrankung in das Krankenhaus zu vermitteln, dass ihrem Versorgungsbedarf am besten entspricht. So können die vorhandenen Behandlungskapazitäten in den einzelnen Krankenhäusern einer Region optimal genutzt werden. Über die Vernetzung mit anderen Einrichtungen bringen Uniklinika ihr Know-how und den aktuellen Stand der Erkenntnisse in die Fläche.

Experten aus der Universitätsmedizin beraten Ministerien, Krisenstäbe und lokale Behörden. An vielen Orten beteiligen sich Universitätsklinika auch an der Schulung von Personal anderer Einrichtungen in der Region. Nicht zuletzt forschen Wissenschaftler der Universitätsmedizin an Wirkstoffen und Behandlungsstrategien zur Bekämpfung des Virus. Die Universitätsmedizin leistet dabei einen zentralen Beitrag im Kampf gegen das Virus. Für diese Rolle ist sie prädestiniert, weil in der Regel nur sie über eine weitreichende Expertise, u.a. in der Virologie und Epidemiologie, verfügt.

Aus all diesen Gründen haben viele Bundesländer zu Beginn der Pandemie auf die besondere Unterstützung der Universitätsklinika gesetzt. Diese nehmen damit in ihrer Region eine einzigartige Mehrfachrolle als Versorger, Koordinator, Berater und Forscher ein.

Universitätsklinika im Zentrum der regionalen Versorgung

Die Corona-Pandemie hat gezeigt, wie wichtig eine gut abgestimmte und vernetzte Versorgung ist und dass die Universitätsklinika hierbei eine zentrale Rolle einnehmen müssen. Es geht nicht darum, dass alle Patienten in Uniklinika versorgt werden. Vielmehr sollte eine bedarfsgerechte Versorgung gewährleistet werden, bei der den Akteuren

im Versorgungssystem eine eindeutige Rolle zugeteilt wird. Die Standorte der Universitätsmedizin nehmen dabei in ihrer Region eine zentrale Rolle ein. Sie sind am besten geeignet, sektoren- und standortübergreifende Versorgungsketten zu organisieren und ihr medizinisches Know-how allen Leistungserbringern in der Region zur Verfügung zu stellen.

Universitätsklinika bieten das volle Spektrum der medizinischen Versorgung einschließlich der umfassenden Notfallversorgung an. Insgesamt versorgen die 34 Standorte heute etwa 1,9 Millionen Patienten stationär und stehen damit für rund zehn Prozent aller stationären Behandlungen. Dabei liegt der durchschnittliche Schweregrad der Fälle eines Universitätsklinikums in der Regel weit über dem anderer Krankenhäuser. Bei anspruchsvollen diagnostischen und therapeutischen Verfahren sind die Uniklinika oft der erste Ansprechpartner vor Ort. Bei besonderen medizinischen Verfahren sind sie überregional und teilweise sogar national der einzige Anlaufpunkt. An den medizinischen Fakultäten und Uniklinika werden derzeit etwa 100.000 angehende Ärzte und das gesamte Spektrum der Gesundheitsberufe an den eigenen Gesundheitsfachschulen und in spezialisierten Studiengängen ausgebildet. Die Weiterbildung zum Facharzt übernehmen zum größten Teil ebenfalls die Uniklinika. Gleichzeitig gibt es eine zunehmende Vernetzung zwischen den universitätsmedizinischen Standorten auf nationaler und internationaler Ebene. Für die Entwicklung neuer hochaufwendiger medizinischer Verfahren und ihre Einführung ist dies entscheidend.

Gestaltung der Versorgung in der Fläche

Universitätsklinika unterstützen auch die Versorgung in der Fläche und gewährleisten so eine bedarfsgerechte Versorgung vor Ort. Dazu gibt es vielfältige, insbesondere telemedizinische Ansätze, die das Know-how aus den universitären Zentren effektiv in die Fläche bringen. Ein aktuelles Beispiel ist das „Virtuelle Krankenhaus Nordrhein-Westfalen“. Diese deutschlandweit einmalige Plattform schafft zukunftsfähige digitale Versorgungsstrukturen, wie Telekonsile und den elektronischen Austausch be-

handlungsrelevanter Patientendaten. Krankenhäuser in Nordrhein-Westfalen können bereits seit März dieses Jahres bei der Behandlung von COVID-19-Patienten per Videokonferenz mit Experten aus den Universitätsklinika Aachen und Münster zusammenarbeiten. Die Häuser der Grund- und Regelversorgung können so auf die besondere Expertise der Uniklinika zurückzugreifen. Die vorhandenen Intensivbetten für schwer betroffene Patienten werden landesweit genutzt und risikobehaftete Verlegungen können dadurch minimiert werden.

Unterstützt wird der Versorgungsansatz durch die Vernetzung der Forschungskompetenzen zwischen den Universitätsklinika auf nationaler und internationaler Ebene. Eine besondere Rolle spielt dabei das vom BMBF geförderte „Forschungsnetzwerk der Universitätsmedizin zu COVID-19“. In diesen Netzwerken werden neue Erkenntnisse aus der Forschung und darauf beruhende Behandlungsstrategien ausgetauscht. Sie beziehen bei Bedarf auch die ambulante Versorgung mit ein und können so sektorenübergreifende klinische Forschung auf hohem Niveau betreiben. Darüber können die Uniklinika Erkenntnisse in das regionale Versorgungsgeschehen einbringen. Alle an der medizinischen Versorgung beteiligten Akteure profitieren damit von der Vernetzung innerhalb der Universitätsmedizin.

Pandemie- und Krankenhausplanung zusammen denken

Es ist inzwischen Konsens, dass die Versorgungsstrukturen im deutschen Gesundheitssystem neu ausgerichtet werden müssen. Dabei geht es weniger um Schließungen von Krankenhäusern als generell darum, Parallelvorhaltungen auf dem Krankenhausmarkt abzubauen, vernetzte Versorgungsstrukturen zu fördern und Sektorengrenzen zu überwinden. Dazu bedarf es einer fundierten und am Patienten ausgerichteten Versorgungsplanung, die auch regionale Besonderheiten berücksichtigt. In einer solchen neu ausgerichteten regionalen und integrierten Gesundheitsversorgung muss zukünftig den Universitätsklinika eine zentrale Rolle zugewiesen werden – ähnlich wie es in der derzeitigen Pandemie an vielen Standorten bereits erfolgt.

Die Versorgung in standort- und sektorenübergreifenden Netzwerken, innerhalb einer Region mit einem Universitätsklinikum oder Maximalversorger als Koordinator im Zentrum, ist das Modell der Zukunft. Die Pandemie hat dabei exemplarisch gezeigt, was auch in der Regelversorgung vorstellbar ist. Dazu bedarf es einer neuen Grundlage für die Krankenhausplanung. Pandemie- und Krankenhausplanung müssen in Zukunft zusammen gedacht werden. Die in der Corona-Pandemie ad hoc entwickelten Abstimmungs- und Zuständigkeitsverteilungen auf regionaler Ebene müssen nach der Pandemie in einer neuen Struktur organisiert und gesetzlich verankert werden. Die Universitätsmedizin hat in der Corona-Pandemie bewiesen, dass sie für die Koordination und Steuerung des regionalen Versorgungsgeschehens bestens geeignet ist. Auch ohne gesicherte Gegenfinanzierung haben die Universitätsklinika aus ihrem Selbstverständnis heraus und aus der Verantwortung gegenüber der Bevölkerung diese Aufgaben übernommen. Diese systemische Rolle der Universitätsmedizin muss in der Versorgungsplanung entsprechend berücksichtigt werden. Die Mehrfachfunktion der Universitätsklinika als Behandler, Koordinator, Berater und Forscher und die integralen Leistungen der Hochschulmedizin sind ein Garant für den hohen Gesundheitsschutz der Bevölkerung. Dies gilt sowohl im Regelbetrieb für komplexe medizinische Leistungen, aber auch für kommende Pandemien und vergleichbare Krisen. Aufgrund von Klimawandel, Bevölkerungswachstum, demographischem Wandel und Migration ist davon auszugehen, dass sich in Zukunft häufiger entsprechende Pandemien oder Epidemien entwickeln werden. Es ist daher jetzt Zeit zu handeln und die Versorgungsstrukturen nachhaltig anzupassen.

Systemische Rolle der Universitätsmedizin anerkennen

Auch ungeachtet der Pandemie übernimmt die Universitätsmedizin viele unersetzbare Sonderaufgaben für das Gesundheitswesen, die bislang nicht ausreichend refinanziert werden. Dazu gehören etwa hochqualifizierte Notfallversorgung rund um die Uhr, spezialisierte medizinische Zentren, Behandlung seltener Erkrankungen und

hohes Engagement bei der Facharztweiterbildung. All diese wichtigen Sonderaufgaben werden mit den derzeitigen gesetzlichen Regelungen unzureichend finanziert. In den vergangenen Jahren hat sich die finanzielle Situation der Universitätsklinika aufgrund der systematischen Unterfinanzierung der Universitätsmedizin immer weiter verschlechtert. Unter den aktuellen Ereignissen spitzt sich die Situation an manchen Standorten dramatisch zu. In der Pandemie verzeichnen die Uniklinika einen außerordentlichen Rückgang ihrer Einnahmen, da die planbaren Operationen verschoben wurden, das ambulante Versorgungsangebot weniger genutzt und gleichzeitig Kostensteigerungen bei Material und durch Neuorganisation der Abläufe zu verzeichnen sind. Es müssen daher dringend die gesetzlichen Rahmenbedingungen für das Budgetjahr 2020 so gesetzt werden, dass die stationären und ambulanten Einnahmen der Universitätsmedizin mindestens auf Höhe des Vorjahres unabhängig vom tatsächlichen Leistungsgeschehen im Sinne einer Budgetgarantie gesichert sind.

Darüber hinaus kann die systemische Rolle der Universitätsmedizin und der damit verbundene Aufbau und die Vorhaltung von Infrastruktur, Fachexpertise und Fachpersonal am Ende nur gelebt werden, wenn sie von allen Akteuren anerkannt und politisch unterstützt wird. Dies bedeutet auch, dass diese Anforderungen, die an die Universitätsmedizin gerichtet werden, nicht an einer unzureichenden finanziellen Ausstattung scheitern dürfen. Deshalb muss eine politische Lösung gefunden werden, damit für die Pandemievorsorge jetzt und in Zukunft die notwendigen Mittel zur Verfügung stehen.

Die Förderzwecke des Krankenhaus-Strukturfonds und des neuen Krankenhauszukunfts fonds betreffen in besonderer Weise das Leistungsspektrum der Universitätsklinika. Daher müssen die Universitätsklinika in beiden Fonds vollumfänglich einbezogen werden. Im weiteren Verlauf muss eine politische Lösung gefunden werden, wie die besondere Rolle der Universitätsmedizin nachhaltig finanziell abgesichert werden kann.

„Lesson learned“: Ein Gesundheitssystem näht man nicht auf Kante



Dr. Kai Joachimsen
Hauptgeschäftsführer
BPI – Bundesverband der
Pharmazeutischen Industrie e.V.

*Lehren aus Corona können aktuell nur
ein Zwischenfazit sein.*

Die pharmazeutische Industrie hat gezeigt, dass sie flexibel auf Krisen reagieren und weiter produzieren kann. Trotzdem muss die Sicherung der Arzneimittelversorgung in Deutschland und Europa gewährleistet werden. Die Politik ist hier gefragt, die dafür nötigen Rahmenbedingungen zu schaffen - und zwar schnell. Das Kaputtsparen muss ein Ende haben, stattdessen sollten wir mehr in die Unabhängigkeit der Arzneimittelversorgung vom Nicht-EU-Ausland und in Liefersicherheit investieren.

Mit der Corona-Gesetzgebung hat die Regierung auf in der Nachkriegszeit ungekannte Art und Weise in die Grundrechte von Bürgern, aber auch Unternehmen eingegriffen. Die Folgen können wir noch nicht vollständig abschätzen. Doch auch wenn die Krise noch andauert, kann man erste politische Lehren daraus ziehen: Ich persönlich wünsche mir für die Zukunft mehr Augenmaß bei solchen gravierenden Entscheidungen. Außerdem müssen die Wirtschaftsverbände in die Folgenabschätzungen einbezogen werden und mitwirken können. Wir müssen uns für neue Krisen wappnen. Kalt erwischen wie im März darf es uns nicht ein zweites Mal. Dass der Deutsche Bundestag sofort eine weitreichende Sondergesetzgebung erlassen hat, war der unklaren Entwicklung und mangelnder Erfahrung mit solchen Situationen geschuldet. Nach wie vor ist aber unklar, auf Basis welcher Kriterien überhaupt eine „epidemiische Lage von nationaler Tragweite“ festgestellt wurde. Ebenso wie die Bürger haben auch die Unternehmen bei Verkündung der Sondergesetze nicht nachvollziehen können, wie lange sie dauern und was sie bedeuten werden. Insbesondere die mit Änderungen des Infektionsschutzgesetzes geschaffenen Möglichkeiten, in bestehende Vertragsverhältnisse einzugreifen oder sogar Beschlagnahmungen vorzunehmen, sind verfassungsrechtlich bedenklich. Grundrechte und marktwirtschaftliche Prinzipien wie Wettbewerb, Eigentum und Preisbildung wurden ohne transparente und nachvollziehbare Kriterien auf eine Dauer von mehr als einem Jahr ausgesetzt. Das birgt die Gefahr schwerer wirtschaftlicher Verwerfungen. Das darf nicht passieren und

daran wollen wir als standortorientierte Pharmaindustrie gerne mitwirken.

Der Staat kann nur Unternehmer auf Zeit sein

Es muss in Zukunft klar sein, dass sich der Staat nicht dauerhaft als Unternehmer in das Beschaffungsgeschehen hineinbegeben darf: Vielmehr sollten Hersteller und Handeltreibende der „Produkte medizinischen Bedarfs“ durch das Setzen richtiger Rahmenbedingungen so unterstützt werden, dass versorgungsrelevante Lieferengpässe erst gar nicht auftreten. Dazu gehört es, die Produktion am Standort Europa zu erhalten und zu stärken. Die Corona-Krise hat gezeigt, wo die Schwächen liegen. Die in der SARS-CoV-2-Arzneimittelversorgungsverordnung festgelegten Regelungen zur Abgabe von Arzneimitteln in Apotheken waren zwar richtig und notwendig, um die Versorgung der Bevölkerung zu ermöglichen. Zugleich hat sich aber gerade dadurch gezeigt, dass der Arzneimittelmarkt unter normalen Bedingungen überreguliert und bereits kaputtgespart ist. Eine gravierende Folge daraus ist, dass ein Großteil der Arzneimittelproduktion schon lange in Asien stattfindet. Durch den starken Preisdruck ist eine riskante Marktkonzentration insbesondere bei den Wirkstoffherstellern entstanden, die die Liefer- und Versorgungssicherheit gefährdet. Die Politik muss angesichts der Krisensituation endlich erkennen, dass das Kaputtsparen ein Ende haben muss. Nur wenn wir hierzulande eine solide Preisbasis und richtige Rahmenbedingungen schaffen, können wir überhaupt Produktion zurückholen und unabhängiger von anderen Ländern werden. Dafür müssen wir künftig in normalen Zeiten in die Ressourcensicherung investieren. So können wir im Krisenfall auf sich ändernde Bedingungen reagieren und die Arzneimittelversorgung in Europa sichern. Die Pharmaunternehmen wollen ihren Beitrag dazu leisten, sie brauchen aber entsprechende marktwirtschaftliche Rahmenbedingungen, weniger Kos-

tendruck und mehr Planungssicherheit. Der immer stärker werdende ordnungsrechtliche Ansatz dagegen engt die Möglichkeiten der Unternehmen stark ein und wird die Wirtschaft gerade in Krisenzeiten weiter schwächen.

Die Industrie hat Verantwortung gezeigt

Die pharmazeutischen Unternehmen haben sich von Beginn der Krise an für die Arzneimittelversorgung stark gemacht. Die Produktion wurde unter kompliziertesten Bedingungen hochgefahren, Schichten wurden so umorganisiert, dass Mitarbeiter sich nicht begegnen und die für die Produktion unerlässliche sterile Schutzkleidung wurde trotz großer Engpässe organisiert. Die Industrie hat Verantwortung gezeigt und ihr Bestes gegeben. Das ist erst einmal gut gegangen, so dass wir die Bevölkerung weiterhin mit allen Arzneimitteln versorgen konnten und können. Dabei sehen wir uns aber nicht nur als Dienstleister, sondern als Player im Gesundheitswesen, der an langfristigen Lösungen arbeitet. Etwa bei der Erforschung, Produktion und Bereitstellung eines Corona-Impfstoffes oder von Therapien gegen Corona. Dafür erwarten wir als Branche weder Lob noch Beifall. Von Seiten der Politik wünschte ich mir aber die Einsicht, dass alle marktwirtschaftlichen Mechanismen funktioniert haben und wir sehr flexibel auf die Krise reagieren konnten. Diese Flexibilität dürfen wir uns auch in Zukunft nicht kaputt machen lassen. Die regulatorischen Anforderungen an die Gesundheitsindustrie, insbesondere auch an die pharmazeutische Industrie, sind in den vergangenen Jahren immens gestiegen. Wir haben seit 2009 im Pharmamarkt für die allermeisten Arzneimittel ein Preismoratorium. Das heißt, Arzneimittelpreise sind seitdem nicht mehr erhöht worden, obwohl wir es zugleich in der Branche mit diversen Kostenerhöhungen, etwa bei den Lohnkosten, zu tun hatten. Daneben gibt es ein Festbetragssystem das Innovationen erschwert, sowie die zum Teil ruinösen Ra-

battverträge, die dazu beitragen, dass die Liefersicherheit gefährdet wird und Unternehmen gar nicht mehr wirtschaftlich arbeiten können.

Die Corona-Kosten liegen nicht im Arzneimittelsektor

Erst kürzlich hat die AOK wieder einmal von ausufernden Arzneimittelkosten im GKV-System gesprochen und den Wert von Innovationen für die Versorgung kleingeredet. Das sind aus meiner Sicht klare Ablenkungsmanöver, denn die großen Ausgabenblöcke im Gesundheitswesen lagen vor Corona und liegen auch aktuell nicht bei den Arzneimitteln. Insbesondere wenn es um die Finanzierung von flächendeckenden Corona-Tests geht, darf die GKV freilich nicht überlastet werden. Hier ist eine Finanzierung durch Bundesmittel aus meiner Sicht unbedingt sicherzustellen. Fest steht aber: Die GKV-Ausgaben für Arzneimittel sind stabil – vor, während und sicher auch nach der Coronakrise. Sie liegen seit Jahren konstant bei rund einem Prozent des Bruttoinlandsproduktes und aktuell bei rund 16 Prozent der Gesamtausgaben. Auf die pharmazeutische Industrie entfallen davon nur rund zehn Prozent für alle Arzneimittel in der ambulanten Versorgung. Gemessen an deren enormen therapeutischen Stellenwert, ist dieser Anteil nicht hoch und mehr als gerechtfertigt. Die pandemiebedingte Ausnahmesituation erfordert einen Steuerzuschuss, für den Normalzustand wäre das GKV-Beitragsaufkommen jedoch ausreichend, und könnte auch moderat ansteigende Arzneimittelausgaben gut verkraften.

Fazit: Das Kaputtsparen muss ein Ende haben

Die Politik muss sich ernsthaft der Diskussion stellen, welche Gesundheitsversorgung und damit auch welche Arzneimittelversorgung wir uns in Deutschland und Europa leisten wollen und wie wir uns besser für den

Krisenfall wappnen können. Das beinhaltet die Frage, wie wir unsere wirtschaftliche Infrastruktur – und dazu gehört die Arzneimittelversorgung – unabhängiger von globalen Drittmärkten machen. Dabei müssen wir ehrlich bleiben: Ein Zurückdrehen der Globalisierung und eine komplette Rückholung von Produktion ist weder finanziell möglich, noch wünschenswert. Aber wir müssen ausreichende Ressourcen aufbauen, um unabhängig und flexibel auf sich verändernde Marktbedingungen reagieren zu können. Und da ist unser Credo ganz klar: Ein Gesundheitssystem näht man nicht auf Kante. Man darf eine Industrie nicht kaputt sparen, insbesondere auf dem Gebiet der Versorgung mit Generika, die etwa 75 Prozent der rezeptpflichtigen Verschreibungen ausmachen. Insofern ist es aus meiner Sicht noch vor der Diskussion um mögliche staatliche Förderungen am wichtigsten, dass wir eine solide Preisbasis etablieren. Durchschnittstherapiekosten von 6 Cent am Tag für manche häufig verschriebenen Präparate müssen der Vergangenheit angehören, denn davon kann niemand in Europa auskömmlich wirtschaften, geschweige denn die Produktion zurückverlagern. Wir müssen zuerst die Produktion halten, die hier noch existiert. Ansonsten scheitern auch alle Versuche, die Produktion aus Asien wieder zurück nach Europa zu holen. Die teilweise Rückholung der Produktion nach Europa ist eher ein Marathon als ein Sprint. Und sie hat ihren Preis, Versorgungssicherheit bekommt man nicht zum Nulltarif. Was allerdings schnell zu mehr Sicherheit in der Versorgung führen würde, wäre eine Änderung der Ausschreibungspraxis bei Exklusivverträgen und eine Bevorzugung europäischer Produktion. Hier ist vor allen Dingen die deutsche EU-Ratspräsidentschaft gefragt. Sie kann und sollte die Kriterien für die Vergabe von öffentlichen Aufträgen so mit verändern, dass gezielt Produktionsstandorte in Europa gefördert werden.

SARS-CoV-2 oder COVID-19: „Lessons learned“ nach Wochen im Pandemie-Modus



Dr. Michael Müller

1. Vorsitzender
Akkreditierte Labore in der
Medizin – ALM e.V.

*Die fachärztlichen Labore haben in Deutschland
im Rahmen der Pandemie ausgezeichnete Arbeit
geleistet. Jetzt gilt es, die Weichen für die Zukunft
zu stellen.*

Bereits im Januar 2020 haben sich Mikrobiologen, Virologen und Laborärzte in Instituten, Universitätskliniken, Krankenhäusern und ambulanten Facharztlaboren über die Bedeutung der ersten Berichte zu neuartigen Lungenerkrankungen in China ausgetauscht. Schnell war klar, dass es sich um eine durch ein neues Virus ausgelöste übertragbare Infektionserkrankung mit Pandemiepotential handelt. In den Laboren wurde rasch die Entscheidung zum Aufbau und Einführung der PCR-Methode für den Erregernachweis getroffen, nicht ahnend – aber vorausschauend –, dass nur wenige Wochen später der medizinische Bedarf an zuverlässiger Labor-Diagnostik eine unvorhersehbare dynamische Entwicklung nehmen würde. Diese ersten SARS-CoV-2-PCR-Verfahren basierten auf den Protokollen des Nationalen Konsiliarlaboratoriums für Coronaviren an der Charité in Berlin und wurden bis zur Verfügbarkeit der CE-markierten Tests der IVD-Hersteller unter Beachtung der gesetzlichen Vorgaben erfolgreich passager eingesetzt. Mit der frühen Entscheidung der gemeinsamen Selbstverwaltung von Ärzten und Krankenkassen, die SARS-CoV-2-PCR zum 1. Februar 2020 in den Leistungskatalog des EBM aufzunehmen und extra-budgetär zu finanzieren, wurde ein wichtiges Signal gesendet: „Wir nehmen COVID-19 ernst, Tests werden bezahlt.“

Deutschlandweit lag die Zahl PCR-bestätigter Infektionen da noch unter 100. Doch die allgemeine und individuelle Besorgnis stieg täglich, auch durch ein sehr intensives mediales Geschehen mit täglich neuen Corona-Updates und Sondersendungen. Immens wichtig war es in dieser Zeit, alle MitarbeiterInnen im Labor umfassend über das Virus und die Infektion zu informieren und sie auf dem aktuellen Stand des Wissens zu halten, gab es doch wegen der Neuartigkeit des Virus auch viel Raum für Speku-

lationen und „Halbwahrheiten“. Kaum war die PCR-Diagnostik im Labor etabliert, nahm die Zahl der Untersuchungen Pandemie-bedingt deutlich zu. Und so gab es vielerorts den dort ersten meldepflichtigen positiven Befund. Es waren fachärztliche Beratung und viel Kommunikation gefragt.

SARS-CoV-2 war da, jetzt drehte sich fast alles ausschließlich um die Bewältigung dieser gefühlsmäßig auf uns zurasenden Infektionswelle. Besonnenheit und Ruhe, Kraft und Ausdauer sowie ein gutes Miteinander waren nun für das, was alle „Corona-Krise“ nannten und auch die Labore in den entsprechenden Arbeitsmodus versetzte, gefragt. In wenigen Tagen war nichts mehr so wie zuvor, alle gewohnten Vorgehensweisen und Abläufe waren zu überprüfen und auf das übergeordnete Ziel der Pandemieeindämmung hin anzupassen. Mit schnell zunehmender Fallzahl, auch im Zusammenhang mit Besuchen in Clubs, der Teilnahme an Veranstaltungen oder dem Urlaub in Österreichs Ski-Metropole Ischgl, stellten sich neue Fragen: Bin ich Kontaktperson? Ist mein leichter Husten jetzt eine COVID-19? Wo und wie leicht kann ich mich anstecken? Was ist zu tun?

Es gab viel zu besprechen, zu erklären und zu organisieren und stark steigende Probenzahlen, die die hochmotivierten Teams in den PCR-Laboren bis an die Grenze und bisweilen darüber hinausbrachten. Das Telefon stand wegen der Anrufe besorgter BürgerInnen und Nachfragen der KollegInnen nicht mehr still. Auch die ebenfalls steigende Anzahl positiver Befunde waren persönlich vorab zu übermitteln.

In diese Phase im März und April fiel auch die Sorge, Reagenzien würden knapp und es könnte an der Zahl an verfügbaren PCR-Tests, der Laborkapazität, mangeln. Auch war unklar, wie das Testgeschehen überhaupt zu

betrachten ist. Im RKI gab es „lediglich“ die täglichen Berichte über die gemeldeten Infektionsfälle. So entschied der ALM e.V. gemeinsam mit der UFCG Uli Früh Consulting, Reutlingen, eine bundesweite Datenerhebung zum Testgeschehen aufzubauen und durch wöchentliche Updates einen Überblick zu erstellen. Die Ergebnisse wurden von Beginn allen Beteiligten zugänglich gemacht und an die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), das Robert Koch-Institut (RKI) sowie den Krisenstab im Bundesministerium für Gesundheit (BMG) übermittelt, um die Einschätzung der Lage zu verbessern. Diese wichtige Arbeit wird von einer zunehmenden Zahl an ambulanten und stationären Laboren, ganz unabhängig von der ALM-Mitgliedschaft, unterstützt. Gut 85 Prozent des gesamten SARS-CoV-2-Testgeschehens werden hier gebündelt und strukturiert zusammengefasst. Diese spontane und nachhaltige Zusammenarbeit gibt Kraft und Zuversicht, in außergewöhnlichen Zeiten einen gemeinsamen Fokus entwickeln zu können – eine positive Erkenntnis.

Dieser Zustand mit häufig wechselnder Dynamik und ständiger Anspannung hält unvermindert an, nun seit mehr als sechs Monaten. Der Umgang mit dem latenten persönlichen Risiko einer Infektion, das Wissen um die Möglichkeiten des eigenen Schutzes stärken das Selbstvertrauen. Die Erkenntnis, dass wir uns über eine längere Zeit bis zur Verfügbarkeit von wirksamen Therapien und Impfungen auf Maßnahmen zur Eindämmung der Pandemie einzustellen haben, bewirkt, dass wir Abläufe und Verhaltensregeln hierauf abstimmen. Das mag uns auch helfen, die nächste Grippesaison, gut zu meistern. „AHA“ (Abstand, Hygiene, Alltagsmasken) – gehört schon beinahe zur Routine, wenn auch noch nicht durchgehend von allen akzeptiert.

Es treten immer neue Fragen auf, die medizinisch-infektiologisch und mit Bezug zur Labordiagnostik, ihren Möglichkeiten und verfügbaren PCR-Kapazitäten zu beantworten sind. In noch größerem Umfang haben sie auch eine gesamtgesellschaftliche Bedeutung: Wie gestalten wir das normale Leben mit Reisen in andere Länder? Wie ermöglichen wir die Teilhabe an sozial wichtigen Gemeinschaftserlebnissen in Kultur, Sport und Religion? Welches Restrisiko sind wir als Gemeinschaft bereit zu tragen? Welche SARS-CoV-2-PCR-Teststrategie und welches Testangebot sind richtig und im Sinne der Pandemieeindämmung effizient? Diese zunächst auch politischen Fragen stellen die Verantwortlichen in Bund und Ländern vor dynamische Herausforderungen. Diskussionen und ein abgestimmtes Vorgehen sind hier sinnvoller als länderspezifische, meist unterschiedliche Beschlüsse.

Unsere „Lessons learned“ der fachärztlichen Labore:

Die so nicht vorhersehbare SARS-CoV-2-Pandemie mit ihren allgemeinen sowie in unserer spezifischen Arbeitswelt spürbaren Auswirkungen zeigt uns, dass wir mit Zutrauen zu unseren Fähigkeiten, einer vertrauensvoller Zusammenarbeit sowie einer Fokussierung auf das Wesentliche die Herausforderungen gut meistern können. Dabei sind menschliche Faktoren, eine positive Einstellung, eine auf die Stärken jeder Person ausgerichtete Strategie unter Bewahrung von Humor und Freude an der täglichen Arbeit wichtig. Wir, die FachärztInnen im Labor und alle MitarbeiterInnen in dieser Zeit, sind auch dankbar dafür, für unsere Arbeit und das Engagement so außerordentlich viel positive Anerkennung und Wertschätzung erfahren zu haben. Das hilft, weiterhin alle

Kräfte zu mobilisieren für eine gute Versorgung mit fachärztlich verantworteter Labordiagnostik.

Die SARS-CoV-2-Infektion, das hat sich gezeigt, ist eine interdisziplinäre Herausforderung innerhalb und außerhalb der Medizin. Unter dem Gesichtspunkt des Infektionsschutzes stellt die rasche Verfügbarkeit hoher PCR-Testkapazitäten in den fachärztlichen Laboren, verbunden mit der entsprechenden fachlichen Kompetenz zur Beratung und Befundinterpretation, einen im internationalen Vergleich wichtigen Erfolgsfaktor für Deutschland dar. Der Aufbau einer nationalen Teststrategie durch das Bundesgesundheitsministerium mit dem Motto „Testen, testen, testen aber gezielt“ mit klarem Fokus auf die möglichst frühe Erkennung der Infektionen, die Identifizierung von Kontaktpersonen und Unterbrechung von Infektionsketten sowie den Schutz der vulnerablen Gruppen in der Gesellschaft sind zur essentiellen Leitschnur für die EntscheiderInnen und Verantwortlichen geworden.

Dass diese Anstrengung für eine gute Medizin mit Labor nicht allen gleichermaßen bewusst ist, zeigt die meist von Fachfremden geführte Diskussion: als ob die durch die Labore aufgebauten Kapazitäten zur Umsetzung der nationalen Teststrategie für jeden im freien Zugriff stehen, und das insbesondere dann, wenn sie nicht vollständig in Anspruch genommen wurden oder werden. Man stelle sich das parallel im Hinblick auf andere Ressourcen im Gesundheitswesen vor.

Forderungen nach mehr und noch mehr und noch mehr PCR-Tests in fast „beliebiger“ Zahl und zu jeder gewünschten Zeit werden laut. Manchmal erfolgen diese unter Hinweis auf die schon erwähnten „freien Testkapazitäten“, die es auszunutzen gelte. Dabei wird die Frage nach dem medizinischen Nutzen für die Pandemieein-

dämmung häufig nur oberflächlich diskutiert. Solche Forderungen sollten besser begleitet werden, denn kaum ein System ist in der Lage, über einen längeren Zeitraum unter voller Belastung zu fahren. Und ebenso wenig ist es denkbar, dass alle deutschen Labore, längerfristig jede Woche die vollständige Kapazität an PCR-Testen verbrauchen.

Das würde die Labore selbst überfordern und ganz besonders die MitarbeiterInnen der PCR-Abteilungen. Es würde auch die IVD-Hersteller vor eine nicht unerhebliche Herausforderung stellen, denn jede Woche für ca. 1,2 Millionen PCR-Tests alles an Verbrauchsmaterialien und Reagenzien zur Verfügung zu stellen, wäre eine wohl kaum so leicht zu lösende Aufgabe. Auch ist die Notwendigkeit hierfür nicht erkennbar.

Eine „Lesson learned“ bei deutlich steigender Testzahlen im Juli ist denn auch die damit verbundene deutlich geringere Rate an positiven Befunden, die schon im Juni 2020 weit unter einem Prozent lag und nur im Zusammenhang mit dem Ausbruchsgeschehen in Gütersloh kurzfristig oberhalb von einem Prozent anstieg. Die Erkenntnis ist, beliebig viel zu testen hilft nicht beliebig viel. Ob viele sonst unentdeckte Infektionen gefunden werden konnten mit dieser erheblichen Testausweitung, insbesondere im Bereich der asymptomatischen Virus-trägerInnen, ist unklar.

Die Pandemie hat die fachärztlichen Labore auch etwas anderes gelehrt: Wer gestalten möchte, sollte Verantwortung übernehmen, sich aktiv in die Debatte einbringen und seine Position auch öffentlich vertreten. So entschlossen sich die Labore im ALM e.V. erstmalig auch dazu, in wöchentlichen Pressekonferenzen über das Testgeschehen, die in den Facharztlaboren vorhandenen und beson-

ders im März und April sehr stark ausgebauten Testkapazitäten und besondere Fragen im Zusammenhang mit der COVID-19-Diagnostik zu informieren. Parallel dazu galt es, sach- und lösungsorientiert die entstehenden Gesetze und Verordnungen zu analysieren und in Stellungnahmen zu kommentieren. Es war auch notwendig, in Positionspapieren zu wichtigen Fragen den Standpunkt der fachärztlichen Labore deutlich zu machen – zum Beispiel zum Pooling, zu den jenseits der ärztlich verantworteten Diagnostik als Wildwuchs entstehenden industriellen Testangeboten oder zu den wichtigen Fragen der Teststrategien im Zusammenhang mit Alten- und Pflegeheimen, Krankenhäusern und systemrelevanten Unternehmen. Für die anstehende Zeit bleibt es wichtig, aufbauend auf den positiven Erfahrungen in der Pandemie, dass es eine gute und effiziente Vernetzung der neuen wissenschaftlichen Erkenntnisse gibt, wir uns dabei auf die erfolgreiche internationale Zusammenarbeit stützen und in den Entscheidungs- und Handlungssträngen die jeweils Verantwortlichen noch näher zusammenbringen. Die Einbindung der fachärztlichen Labore in diese Diskussions- und Entscheidungsprozesse sollte fortgesetzt werden mit einer guten Verbindung zwischen regionalen, landesspezifischen und bundesweiten Aspekten.

„Dies ist keine Übung!“ – Lernen aus dem globalen Ernstfall: COVID-19



Chantal Friebertshäuser
Managing Director
MSD Deutschland

Das Corona-Virus verändert derzeit tiefgreifend unser gesamtes gesellschaftliches und wirtschaftliches (Zusammen)leben. Die Krise zeigt Verbesserungspotentiale auf und veranschaulicht Chancen zur Weiterentwicklung bestehender Strukturen und Systeme. Ein Blick auf erste Lehren aus der Krise und ihrer Bewältigung.

Zeit ist keine absolute Größe. Wir wissen das durch die theoretische Physik und erleben es in diesen Zeiten persönlich intensiv. Unser Leben ist im selben Moment extrem beschleunigt und extrem verlangsamt. Wenn wir uns erinnern, wie wir Ende 2019 auf das Jahr 2020 geschaut haben, welche Pläne geschmiedet, Vorhaben formuliert, ambitionierte Ziele gesetzt wurden, dann wird uns doch sehr schnell bewusst, wie viel sich in den vergangenen Monaten durch die Wucht der Pandemie verändert hat. Es wird noch längere Zeit dauern, bis die Corona-Pandemie überwunden ist. Sie fordert uns tagtäglich, und sie erfordert von uns zugleich Umsicht und Weitsicht. Welche Lehren aus der Pandemie zu ziehen sind, kann daher noch nicht wirklich beantwortet werden – schon gar nicht abschließend. Stattdessen müssen wir weiterhin „am offenen Herzen“ versuchen, den Verlauf der Pandemie, ihre vielseitigen Charakteristika und Eigenschaften und Erfolge bei ihrer Bewältigung möglichst richtig zu erkennen, zu deuten und daraus die richtigen Schritte für die kommenden Monate abzuleiten – um weitere Infektionswellen zu verhindern oder möglichst erfolgreich mit ihnen umzugehen. Auf der Suche nach historischen Parallelen wird in der aktuellen Situation häufig auch auf die Pandemie 1918/1919 verwiesen. Der verheerende Verlauf der sogenannten „Spanischen Grippe“ (die übrigens in Kansas ihren Anfang nahm) führte in vielen Ländern zum Aufbau neuer Strukturen im Gesundheitsbereich. Vielerorts schuf die damalige Bedrohung eine allgemein zugängliche und flächendeckende Gesundheitsversorgung und förderte die systematischere Nutzung von Krankheitsdaten – eine Grundlage der modernen Epidemiologie. Die Weiterentwicklung der Gesundheitssysteme war damals eine folgerichtige Konsequenz aus der Krise. Auch wir stehen aktuell an einem solchen Scheitelpunkt.

Der Blick auf die letzten Monate hilft dabei zu erkennen, welche Schritte richtig waren, wo Fehler gemacht wurden, wo wir entschiedener und klarer hätten handeln müssen. Wo angemessen sollten wir Verbesserungspotentiale ableiten und weiterentwickeln. Aus meiner Wahrnehmung heute sehe ich dabei insbesondere vier Themenfelder, in denen solche Potentiale bestehen.

Erstens: Internationale Kooperation ist stärker

MSD ist ein international arbeitendes Unternehmen. Erforschung und Entwicklung, Herstellung und Verteilung von Arzneimitteln und Impfstoffen leben davon, dass Wissen geteilt wird und Erkenntnisse aufeinander aufbauen können. Ein Mehr an Kooperation ermöglicht aber nicht nur Innovationen, es sichert auch Arbeitsprozesse ab und macht uns resilienter. Nur so können wir sicherstellen, dass unsere Produkte auch weiterhin dort ankommen, wo sie gebraucht werden: bei Patientinnen und Patienten überall auf der Welt. Durch intensive Kooperation können wir mit Disruption besser umgehen, Abschottung und Silodenken machen uns dagegen verwundbar. Natürlich müssen wir überlegen, wie Europa und andere Regionen tatsächliche Notfallsituationen auch allein stemmen können. Dabei dürfen wir aber nicht der Illusion verfallen, dass wir ohne internationale Zusammenarbeit, Arbeitsteilung und zwischenstaatliche Solidarität besser dastehen würden.

Wie wichtig es ist, engherzigem und kurzfristigem Abschottungsdenken Kooperation und Transparenz entgegenzustellen, werden wir spätestens dann sehen, wenn sichere und wirksame Impfstoffe gegen das Corona-Virus zur Verfügung stehen. Denn dann müssen diese in der Weltgemeinschaft fair verteilt werden können – aus moralischer Verpflichtung, aber auch zum Schutz von uns allen. Daher sind wir bei MSD der Auffassung, dass es bei der Distribu-

tion eines Corona-Impfstoffes weniger um die Frage gehen darf, welches Land exklusiv die ersten Impfstoffdosen erhält. Vielmehr müssen zuerst besonders vulnerable Gruppen wie medizinisches Personal oder ältere Menschen geschützt werden. Um dies zu gewährleisten, brauchen wir eine funktionierende Kommunikation und Kooperation zwischen allen an Herstellung, Distribution und Anwendung von Impfstoffen beteiligten Akteuren. Transparente und faire Prozesse können dabei helfen, das Ziel einer nachhaltigen, globalen Bekämpfung der Pandemie über egoistische Motive zu stellen.

Zweitens: Das Sichtfeld für alle Gesundheitsherausforderungen offenhalten

Natürlich steht die Bewältigung der Covid-Pandemie derzeit im Fokus, und dies auch völlig zurecht. Wir müssen aber zugleich darauf achten, dass andere große gesundheitspolitische Aufgaben nicht zu weit in den Hintergrund geraten. Wichtige Impfkampagnen werden derzeit verschoben oder fallen aus, laut WHO und UN-Kinderhilfswerk sind etwa Impfungen gegen Diphtherie oder Tetanus bei Kindern bedenklich zurückgegangen. Die Verteilung von Impfstoffen scheint nicht überall auf der Welt gewährleistet; dagegen kursieren unwissenschaftliche Falschmeldungen zu Medikamenten mit angeblich präventiver Wirkung, die bei Risikogruppen zu Problemen führen können.

Zum Auftakt der Welt-Aids-Konferenz gab das Programm der Vereinten Nationen für HIV/AIDS (UNAIDS) bekannt, dass sich im vergangenen Jahr schätzungsweise 1,7 Millionen Menschen weltweit mit dem Virus angesteckt haben. Eigentlich sollten es nach unterschiedlichen Programmen, Initiativen und Investitionen nur noch 500.000 pro Jahr sein. Bis 2030 wollte UNAIDS die Epidemie eigentlich besiegen. Das Ziel rückt nun wieder in weite Ferne.

Auch die Behandlung von Patientinnen und Patienten mit Krebs und die Versorgung von Menschen, die eine Krebstherapie überstanden haben sind mit neuen Herausforderungen konfrontiert: aus Sorge vor einer Ansteckung und wegen der Reduzierung von normalerweise verfügbaren klinischen Leistungen entstehen z.T. Verzögerungen bei der Therapie¹.

Die Sicherstellung der kontinuierlichen Verfügbarkeit von lebensrettenden Medikamenten und Impfstoffen für alle Patientinnen und Patienten muss also auch in Zeiten einer Pandemie hohe Priorität haben. MSD bedient sich hier lokaler und globaler Entwicklungs-, Produktions- und Lieferkettenressourcen auf der ganzen Welt, sodass sich unsere Patienten darauf verlassen können, dass klinische Studien fortgesetzt werden und Medikamente und Impfstoffe verfügbar bleiben.

Drittens: Digitalisierung, Datenverfügbarkeit, Datenschutz

Daten sind ein wichtiger Schlüssel zur Bewältigung bestehender und zukünftiger Gesundheitsherausforderungen. Aktuell werden fast jeden Tag weltweit Studien zur COVID-19-Pandemie veröffentlicht – neue Daten bringen auch neue Erkenntnisse. Der Aufbau von neuem und das Teilen von schon verfügbarem Wissen sind unermesslich wichtig und hilfreich. Beides ermöglicht die Bündelung, den gezielteren Einsatz und die bessere Koordination der Forschung. Beides hilft dabei, Maßnahmen transparent zu evaluieren und zu verbessern. Der Einsatz von Gesundheitsdaten erleichtert die Forschung und Entwicklung von neuen Arzneimitteln und Impfstoffen und ermöglicht eine passgenauere, zielgerichtete und individualisierte Ausrichtung von Therapien. In der Pandemie sind diese Daten ein entscheidender Hebel, um den allgemeinen und ausnahmslosen Lock-Down zu vermeiden.

Das Potential der Digitalisierung im Gesundheitswesen muss auch in der Post-Corona-Zeit anerkannt und noch besser genutzt werden. Die Entwicklungen bei der Nutzung von Telemedizin z. B. sind ermutigend, denn sie erhöht die Versorgungsfähigkeit in einer Pandemie-Situation wie dieser. Wir lernen – und die Diskussion um die Corona-App ist dafür ein gutes Beispiel – wie wichtig dabei Information und Transparenz sind. Nur wenn wir offen und kontinuierlich informieren, wenn wir auch mit Fehlern transparent und ehrlich umgehen, dann können wir Vertrauen aufbauen und Akzeptanz schaffen. Unabdingbar hierfür sind auch ein hohes und garantiertes Maß an Datenschutz und Datensicherheit. Gleichzeitig muss die Diskussion aber auch noch breiter in die Gesellschaft getragen und gesamtgesellschaftlich geklärt werden, nicht nur unter Digitalexpertinnen und -experten. Die Zukunft unserer Forschung, des Gesundheitssystems insgesamt und die bestmögliche Versorgung von Patientinnen und Patienten hängt an dieser Frage.

Viertens: Forschung & Entwicklung schützen und fördern

Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in allen Bereichen des Gesundheitswesens haben dieses Jahr Höchstleistungen vollbracht. Auch in den Pharmaunternehmen wird derzeit Enormes geleistet. Hunderte Unternehmen und Forschungseinrichtungen arbeiten weltweit unter Hochdruck an einem Corona-Impfstoff sowie an anderen antiviralen Medikamenten für die Therapie von COVID-19. Das während der Pandemie gesteigerte Maß an Zusammenarbeit zwischen den Unternehmen sowie zwischen staatlichen Institutionen und privaten Organisationen ist eine großartige Entwicklung. Auch wir von MSD sind an drei Projekten aktiv beteiligt. Das Virus ist in seiner Ausprägung zwar erst seit wenigen Monaten bekannt, dennoch gibt es bereits jetzt einige vielversprechende Ansätze für Impfstoffkandi-

¹ [www.thelancet.com/pdfs/journals/lanonc/PIIS1470-2045\(20\)30242-4.pdf](http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lanonc/PIIS1470-2045(20)30242-4.pdf)

daten. Diese Geschwindigkeit ist beispiellos und zeigt die hohe Innovationskraft und Leistungsfähigkeit unserer Branche und der in den Unternehmen stattfindenden Forschung.

Corona-Viren sind seit rund 60 Jahren bekannt. Die während dieser Jahrzehnte gesammelten Studien- und Forschungsdaten zum Genom, der Strukturen und den Infektionszyklen dieser Viren erlauben den Wissenschaftlern heute eine relativ schnelle und genaue Identifikation von Zielen neuer antiviraler Medikamente sowie eine passgenaue Entwicklung von Impfstoffstrategien gegen das aktuelle Corona-Virus. Der Tatsache, dass diese Forschung in überwältigendem Ausmaß privatwirtschaftlich gefördert und betrieben wird und enorm zeit- und kostenintensiv und riskant ist, sollte die Politik in Zukunft stärker Rechnung tragen und bessere Anreize setzen – beispielsweise durch den Erhalt eines starken und international wettbewerbsfähigen Systems zum Schutz geistigen Eigentums oder durch systemische Verbesserungen im Kampf gegen Antibiotikaresistenzen.

Auch in den nächsten Jahren werden die Gesundheitssysteme weltweit vor enorme Herausforderungen gestellt. Eine gut funktionierende privatwirtschaftliche Forschung ist ein verlässlicher Garant dafür, auch auf diese drängenden Gesundheitsfragen geeignete Antworten zu finden.

Lehren ziehen und weiter dazulernen.

Gleichzeitig gilt es, das gut funktionierende demokratische System hierzulande mit allen Mitteln zu erhalten und weiter zu stärken. Wir erleben gerade einmal mehr, dass dies weder eine Selbstverständlichkeit noch ein Selbstläufer ist.

Ich bin zuversichtlich und habe hohes Vertrauen, dass mit den im Rahmen der Pandemie-Bekämpfung erlassenen politischen Maßnahmen verantwortungsvoll umgegangen

wird. Wir haben in den letzten Monaten teils tiefe Einschnitte in unsere unternehmerische Freiheit akzeptiert, etwa dort, wo staatliche Einrichtungen mitunter massiv in die Prozesse von Herstellung, Logistik und Abgabe von Arzneimitteln eingreifen können². Wir erwarten, dass diese gesetzlichen Änderungen wie vorgesehen stetig überprüft werden, zeitlich begrenzt gültig sind und, wenn überhaupt, nur mit Augenmaß und großer Zurückhaltung eingesetzt werden.

Insgesamt muss unsere freiheitliche Demokratie stark und resilient bleiben, damit sie aktuell und auch während zukünftiger Krisen angemessenen Antworten finden kann. Klar ist: Dies ist keine leichte Aufgabe. Eindringlich im Gedächtnis sind mir weiterhin die Mahnung des Generalsekretärs der WHO, Tedros Adhanom Ghebreyesus, von Anfang März – „This is not a drill!“ – oder auch die Worte der Bundeskanzlerin „Nehmen Sie es ernst, denn es ist ernst!“. Insgesamt ist Deutschland der Krise bisher mit der nötigen Ernsthaftigkeit begegnet und hat sie verhältnismäßig gut gemeistert. Die Pandemie ist noch nicht überstanden und die in Teilen zurückgewonnene Normalität und damit einhergehenden Freiheiten sind fragil. Um sie zu schützen, müssen wir weiterhin aufmerksam durch die kommenden Wochen und Monate gehen, weiter dazulernen, die richtigen Schlüsse ziehen und diese konsequent umzusetzen. Nur dann können wir mit einigem Abstand auf diese Krise zurückblicken und hoffentlich sagen, dass wir unser Bestmöglichste getan haben.

² Die Regeln greifen in den Schutz des geistigen Eigentums ein, können Patente einschränken und sogar bis zu Beschlagnahmungen führen. Im Zuge der Pandemie-Bewältigung wurde u.a. § 5 des Infektionsschutzgesetzes entsprechend geändert.

Corona-Krise und Arzneimittel-Lieferengpässe – Was müssen wir aus der Krise lernen?



Christoph Stoller
Geschäftsführer Teva
Deutschland & Österreich,
President Medicines for Europe

Die Arzneimittel-Industrie konnte die Herausforderungen der Coronakrise bisher meistern. Befürchteten und zum Teil reell drohenden Arzneimittel-Lieferengpässe konnten verhindert werden. Dennoch hat die Krise jetzt auch der breiten Öffentlichkeit deutlich gemacht, wie verwundbar unser System und damit die Versorgung der Patienten geworden ist. Wo liegen die Ursachen und was muss jetzt getan werden, um die Lieferketten widerstandsfähiger zu machen?

Mit der Coronakrise ist vor allem ein Thema, das die Gesundheitssysteme schon seit Jahren intensiv beschäftigt, in den Blickwinkel einer breiten Öffentlichkeit gerückt: Arzneimittel-Lieferengpässe.

Zwar standen wichtige Medikamente für die Versorgung der Patienten – nicht nur der COVID-19 Intensivpatienten – auch in der Hochphase der Pandemie, immer ausreichend zur Verfügung, allerdings hat die Krise überdeutlich gemacht, dass wir in der Arzneimittelversorgung in Deutschland und in Europa an einem Punkt angelangt sind, an dem wir nicht mehr so weitermachen können wie bisher. Was sind die Ursachen für diese Situation und was muss jetzt getan werden, um drohende Versorgungslücken mit lebensnotwendigen Arzneimitteln in der Zukunft abzuwenden?

Arzneimittelversorgung in Deutschland: 79 Prozent Generika

Dazu müssen wir einen kurzen Blick auf die Versorgung mit Arzneimitteln in Deutschland werfen. Der Anteil der Generika an der gesamten Arzneimittelversorgung hierzulande beträgt nahezu 79%. In der Corona-Krise kam die hohe Verantwortung der Generika-Hersteller noch deutlicher zum Tragen. Denn die Wirkstoffe, die auf den Intensivstationen für die Behandlung von COVID-19-Patienten benötigt werden, sind fast alle generisch: 69 von 71 Wirkstoffen, die für COVID-19-Patienten notwendig werden könnten, werden von Generika-Unternehmen angeboten – das entspricht 97%. Darunter fallen Antibiotika, Analgetika, Sedativa, Relaxantien, Antiobstruktiva, Diuretika, Antiarrhythmika, Insuline, Gerinnungshemmer, Neuroleptika, Antimykotika und Virostatika.

Corona-Krise erhöht Nachfrage dramatisch

Die Nachfrage stieg innerhalb kürzester Zeit rapide: Die Bevölkerung hatte sich Vorräte an Arzneimittel angelegt, die Ärzte bereits Medikamente für die nächsten Monate verschrieben und auch die Apotheken versuchten ihre Lager zu füllen. Was es konkret für ein Unternehmen bedeutet, mit welchen Herausforderungen es zu kämpfen hatte, zeigt das Beispiel des globalen Weltmarktführers Teva.

In unserer Arzneimittelproduktion herrschte in der Hochphase der ersten Welle über Wochen Hochbetrieb. Von einem auf den anderen Tag verdoppelte sich die Menge in unserem Logistikbereich. Mehr als 30 Millionen Medikamentenpackungen auf 15.000 Paletten haben unsere Logistik und unser eigener Fuhrpark im März verpackt und an unsere Kunden in Deutschland und Österreich ausgeliefert. Das höchste Tagesvolumen betrug 2 Millionen Packungen und 1.275 verladene Paletten, mehr als doppelt so viel wie zu normalen Zeiten. Um diese plötzlich anfallenden Mengen bewältigen zu können, wurde in ein Dreischicht-Modell gewechselt, der Samstag zum normalen Arbeitstag erklärt, Fahrer aus dem Urlaub zurückgeholt, Auszubildende eingespannt.

Bei all dem mussten auch die Produktionsbedingungen massiv angepasst werden: Es gilt, die eigenen Mitarbeiter zu schützen und für Arbeitsabläufe zu sorgen, bei denen eine Ansteckungsgefahr so gering wie möglich ist.

Der Medizinbereich hat Listen mit Corona-relevanten Medikamenten erstellt, darunter in Blaubeuren/Weiler produzierte injizierbare Generika, die in der intensivmedizinischen Basisversorgung bei beatmeten Patienten unverzichtbar sind. Die Nachfrage für diese Arzneimittel stieg

im März auf bis zu 300% über das Niveau vor Corona. Umso bemerkenswerter, dass alle Anfragen - wenn auch zum Teil mit einer kleinen Überbrückung - bedient werden konnten. Dies war nur möglich durch die Flexibilität der lokalen Produktion und Logistik, verbunden mit medizinischer Kompetenz im Unternehmen vor Ort und einer konsequenten Warenstromsteuerung des Unternehmens in Deutschland.

Insgesamt konnte die Industrie die Herausforderungen der Coronakrise meistern. Die befürchteten und zum Teil reell drohenden Arzneimittel-Lieferengpässe konnten verhindert werden. Dennoch hat die Krise jetzt auch der breiten Öffentlichkeit deutlich gemacht, wie verwundbar unser System und damit die Versorgung der Patienten geworden ist. Wo liegen die Ursachen dafür?

Seit zwei Jahrzehnten wandert Arzneimittelproduktion nach Asien ab

Seit dem Ende des letzten Jahrhunderts hat sich die Arzneimittelproduktion zunehmend nach Asien verlagert. Dabei ist nicht nur die Herstellung von Wirkstoffen und Grundstoffen für eine große Zahl lebensnotwendiger Medikamente nach Indien und China abgewandert. Auch die Produktion der Fertigarzneimittel sieht sich einer nach wie vor voranschreitenden Verlagerung nach Osten gegenüber. Gerade die Coronakrise hat aber gezeigt, wie wichtig es ist, dass es große Produktionsstandorte für Generika in Deutschland gibt, um die Handlungsfähigkeit für das nationale Gesundheitssystem aufrecht erhalten zu können. Erste Priorität muss deshalb sein, diese Produktionskapazitäten im Land, respektive in Europa, zu halten.

Ein zweiter Schwerpunkt gilt den Wirkstoffen und Grundstoffen von Arzneimitteln. Hier wurde bereits vor der Krise immer deutlicher, welche Konsequenzen die zunehmende bzw. längst zementierte Abhängigkeit von Indien und China für die Versorgung der Patienten in Deutschland und den europäischen Ländern hat. Die komplexen und verzweigten Lieferketten sind bereits ohne Pandemie äußerst störungsanfällig. Mit den globalen Einschränkungen der Warenflüsse, z.B. durch Grenzschließungen, Ausfuhrverboten von COVID-19 relevanten Medikamenten sowie lokalen Lockdowns mit Produktionsstopps und der vorübergehenden Schließung von Herstellungsstätten in der Krise, stand die Versorgung mit einigen wichtigen Arzneimitteln mitunter auf der Kippe.

Wie steht es um die Pharmaproduktion in Deutschland und Europa?

Auch hier soll das Beispiel des Unternehmens Teva einen Einblick geben. Teva hat die letzten Monate intensiv genutzt, um die Resilienz der eigenen Arznei- und Wirkstoffproduktion in Europa genauer zu analysieren:

Teva's Produktionsstätten in Europa stellen über 93% unserer Fertigarzneimittel her, die wir auf dem Kontinent verkaufen. Teva API stellt 53% der Wirkstoffe (active pharmaceutical ingredients/API) her, die Teva in Europa einsetzt, 40% davon werden in Europa produziert. 22% der Rohmaterialien für sämtliche Produkte von Teva kommen aus Europa. 30 Logistikzentren verteilen jedes Jahr mehr als 1,2 Milliarden Arzneimittelpackungen in ganz Europa.

Allein am Produktionsstandort von Teva in Ulm/Blaubeuren werden jährlich über 340 Millionen Packungen Arzneimittel produziert. Dabei liegt der Fokus der Arzneimittelproduktion dort nicht nur auf Generika und OTC. Aktuell investiert Teva mehr als 500 Millionen Euro in die Er-

richtung einer hochmodernen Biotech-Produktionsanlage zur Herstellung der innovativen Teva Biopharmazeutika und zukünftiger Biosimilars. Damit einher geht die Schaffung von bis zu 300 Arbeitsplätzen für hochqualifizierte Mitarbeitender und Mitarbeiterinnen.

Erhalt der Fertigarzneimittelproduktion in Deutschland und Europa

Ein auf den ersten Blick erfreuliches Ergebnis. Über 93% unserer Fertigarzneimittel werden in Europa hergestellt. Noch! Denn auch die bestehende gute Infrastruktur der Fertigarzneimittelproduktion steht unter erheblichem Druck und droht ebenso wie die Wirkstoffproduktion nach Osten abzuwandern. Wie oben bereits betont: Ohne die Produktion vor Ort wäre es nicht möglich gewesen, in Deutschland und auch in Europa Versorgungsengpässe essentieller Medikamente (beispielsweise für die Intensivstationen) während der COVID-19-Pandemie vermeiden zu können.

Deshalb müssen jetzt konkrete Maßnahmen ergriffen werden, um die vorhandene Arzneimittelproduktion in Deutschland und der EU zu halten und auch wieder zu stärken. Zu einem großen Teil kann das nur im Verbund der europäischen Staaten und mit und durch die Europäische Union erreicht werden. Aber auch wenn die Forderung einem Kampf gegen Windmühlenflügel gleichkommt – um das zu erreichen ist auch das Rabattvertragssystem in Deutschland zwingend und baldmöglichst zu überarbeiten. Es muss an die aktuellen Herausforderungen für eine resiliente Arzneimittelversorgung angepasst werden.

Wirkstoffproduktion zurück nach Europa?

Das Rad der Globalisierung zurück zu drehen und die komplette Versorgungskette für alle Arzneimittel zurück

nach Europa zu holen, ist weder realistisch noch sinnvoll. Doch für einige lebensnotwendigen Medikamente sollte die Ansiedelung von Wirkstoffproduktion in Deutschland/Europa in jedem Fall das mittelfristige Ziel sein. Dabei ist klar, dass nicht alle Medikamente gleich wichtig sind. Nach der Festlegung auf eine gewisse Zahl an essenziellen, lebensnotwendigen Wirkstoffe müssen wir überlegen, wie wir deren Versorgung sicherstellen können.

Auch wenn die Gesamtsumme einer solchen teilweisen Rückholung der Wirkstoffproduktion schwer abzuschätzen ist, gibt es doch bereits erste Berechnungen dazu. Im Fall von bestimmten Antibiotika, so genannten Cephalosporinen, die zu den am häufigsten eingesetzten Antibiotika in Deutschland zählen, hat die Unternehmensberatung Roland Berger dies berechnet. Derzeit findet die Produktion ausschließlich in China und benachbarten Ländern statt. Würde man die Produktion nach Deutschland zurückholen, verteuerte sich die Tagesdosis pro Patient um 46 Cent. Pro Jahr würde das die Kassen 55 Millionen Euro kosten. Auf der anderen Seite müssen geeignete Maßnahmen ergriffen werden, um die Lieferketten der Medikamente insgesamt deutlich widerstandsfähiger und nachhaltiger zu gestalten, als dies bisher der Fall ist.

Politik muss jetzt handeln – auf europäischer und nationaler Ebene

Die Produktion von Arzneimitteln zurück nach Europa zu holen, ist einer der Schwerpunkte der deutschen EU-Ratspräsidentschaft im zweiten Halbjahr 2020. Davon versprechen wir uns deutliche positive Impulse für die Sicherung und den Ausbau der vorhandenen Infrastruktur. Neben europäischen Initiativen muss sich dazu auch in Deutschland etwas ändern. Hier sehen wir drei grundlegende Veränderungen.

Der erste von drei wichtigen Schritten wäre, dass die Krankenkassen ihre Rabattverträge und Ausschreibungsbedingungen ändern. Den Zuschlag darf nicht mehr exklusiv ein Pharmaunternehmen erhalten, er sollte mindestens an drei Hersteller gehen. Die Kassen sollten zweitens berücksichtigen, dass diese drei Anbieter auf unterschiedliche Wirkstoffquellen zugreifen.

Und drittens müssen die Krankenkassen gesetzlich verpflichtet werden, neben dem Preis auch andere Kriterien zu berücksichtigen. So muss es beispielsweise einen Bonus dafür geben, wenn die Wirkstoffe und/oder Fertigarzneimittel in Deutschland/Europa hergestellt werden. Und natürlich müssen künftig auch soziale und ökologische Kriterien (z.B. EMAS-Zertifizierung, CO₂-Neutralität) aufgenommen werden. Die Umweltauflagen in Deutschland und Europa sind deutlich strenger als beispielsweise in Asien. Wir haben die Hoffnung, dass hier auch das „Green-Deal“-Konzept der EU-Kommission hilft, die Arzneimittelproduktion nach Europa (zurück) zu holen.

Um es abschließend nochmals deutlich zu sagen: Es sind nicht alle Medikamente gleich wichtig. Wir müssen diskutieren: Welche Medikamente sind die essenziellen und wie können wir für diese eine sichere Versorgung gewährleisten. Aber Versorgungssicherheit darf keine Frage des Geldes sein. Denn spätestens die Corona-Krise hat deutlich gemacht: Wir können nicht weitermachen wie bisher!

¹ Pro Generika, <https://www.progenerika.de/publikationen/generika-in-zahlen-2>

² Pro Generika, <https://www.progenerika.de/presse/zahl-des-monats-mai>

³ Pro Generika Roland Berger Studie, <https://www.progenerika.de/publikationen/roland-berger-studie-antibiotikaproduktion>

Aus der Corona-Krise in die Corona-Normalität



Teresa Kues, Verwaltungsdirektorin



Dr. Jörg Koch, Leitender Arzt

Augenzentrum am
St. Franziskus-Hospital Münster

„Positiver Corona-Test bei Herrn K.! Alle OPs für Montag werden abgesetzt.“ Das saß. Noch bevor die Schulen und Kindergärten in NRW geschlossen wurden, hatte das Augenzentrum am St. Franziskus-Hospital in Münster den ersten Corona-Fall.

Ein unwissentlich infizierter Patient wurde bei uns operiert. Erst danach hat der Patient erfahren, dass er Kontakt zu einem COVID-19-Infizierten hatte. In der Folge hat sich der Patient testen lassen und nach dem positiven Befund wurden wiederum seine Kontaktpersonen getestet. Wir sind dem Patienten sehr dankbar, dass er uns umgehend über den Infektionsverdacht informiert hat. Die Corona-Pandemie betraf uns durch diesen Fall zu einem recht frühen Zeitpunkt und wir konnten schnell reagieren.

Das Schlimmste wäre nun gewesen, wenn sich viele Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen angesteckt hätten und eventuell sogar langfristige Schäden davongetragen hätten. Ein ärztlicher Mitarbeiter wurde tatsächlich positiv getestet und erkrankte. Sowohl ihm als auch unserem Patienten geht es mittlerweile zum Glück wieder gut.

Neben der Sorge um die Mitarbeiter galt es, den Betrieb bestmöglich aufrecht zu erhalten, ohne die Gesundheit der Mitarbeiter oder der Patienten zu gefährden. Eine Schließung des Augenzentrums hätte weitreichende Folgen für die Patientenversorgung gehabt. Das Augenzentrum am St. Franziskus-Hospital ist eine Gemeinschaftspraxis mit Belegabteilung. Etwa 30 Ärzte versorgen hier täglich Patienten aus Westfalen-Lippe und darüber hinaus. Wir bieten Spezialsprechstunden an und haben ein umfangreiches operatives Spektrum, sind Referenzzentrum, erstellen Zweitmeinungen und sind anerkanntes Tertiärzentrum in der Augenheilkunde. Die Bereiche altersbedingte Makuladegeneration, (diabetische) Netzhauterkrankungen, Glaukom, Uveitis, Katarakt, Hornhauterkrankungen und Refraktive Chirurgie bilden nicht nur klinische, sondern auch wissenschaftliche Schwerpunkte. Eine Schließung musste also unbedingt durch geeignete Maßnahmen vermieden werden.

Andere Patientenversorgung

Nach dem positiven Corona-Test unseres Patienten haben wir sofort das Gesundheitsamt informiert, eine Testung der Mitarbeiter, die Kontakt zu dem Patienten hatten, veranlasst und kurzfristig am Wochenende alle Patienten angerufen, um sämtliche Termine für den nächsten Arbeitstag, den Montag, abzusagen.

Doch die Absage sämtlicher OPs konnte nur eine kurzfristige Lösung sein. Schließlich galt es die Patientenversor-

gung sicherzustellen. Einige Termine – Kontrolltermine, elektive Eingriffe – konnten aufgeschoben werden, die Notfallversorgung musste weiter stattfinden. Und: Auch zunächst aufgeschobene Termine erledigen sich nicht mit der Zeit, sondern bedürfen der weiteren Behandlung. Wie konnte also die Patientenversorgung aussehen?

Zunächst fanden in unseren Sprechstunden nur unaufschiebbare Untersuchungen und dringliche Termine statt. Allerdings stellten wir fest, dass viele Patienten ohnehin aus Sorge vor einer Ansteckung ihre Termine absagten. Als weitere Maßnahmen haben wir darum gebeten, dass Begleitpersonen das Augenzentrum am St. Franziskus-Hospital nicht mehr betreten mögen, wobei minderjährige oder hilfsbedürftige Patienten von dieser Regelung selbstverständlich ausgenommen wurden. Dadurch hatten wir auf einen Schlag mehr Platz in den Wartezimmern, es kamen insgesamt weniger Menschen in Kontakt miteinander. Ein Mitarbeiter war abgestellt, am Eingang des Augenzentrums alle Patienten nach Symptomen oder Kontakt zu anderen COVID-19-Infizierten zu befragen. Bejahte der Patient eine der Fragen, musste jedoch medizinisch versorgt werden. So erhielt der Patient eine FFP2-Maske, wurde isoliert gesetzt und alle Kontaktpunkte wurden sofort desinfiziert. Ambulante Operationen, insbesondere Katarakt-, Glaukom- und Lid-OPs, fanden in der zweiten Märzhälfte und im April kaum statt, da es sich hier in der Regel um elektive, also nicht-dringliche Wahl-Eingriffe handelte, die zu dem Zeitpunkt untersagt waren. Alle abgesagten Operationen kamen auf eine „COVID-Warteliste“.

Die Notfallversorgung der Patienten war zu jedem Zeitpunkt lückenlos sichergestellt. Unklare Sehminderungen wurden untersucht, intravitreale Injektionen (IVOM), bei denen zur Behandlung einer altersbedingten Makuladegeneration Medikamente in den Glaskörper des Auges gespritzt werden, fanden im Einklang mit den Empfehlungen der augenheilkundlichen Verbände größtenteils statt. Andernfalls wäre eine sonst unkontrollierbare Progredienz der Netzhautschädigung zu erwarten. Notfall-Operationen bzw. nicht aufschiebbare Eingriffe erfolgten uneingeschränkt unter striktem COVID-Schutz, wobei die überwiegende Mehrzahl davon in den stationären Sektor fielen. Da 50 Prozent der Betten für COVID-19-Patienten vorge-

halten werden mussten, war auch unsere Kapazität bei den Belegbetten drastisch reduziert. Hier kam es immer wieder zu Engpässen, die individuelle Lösungen forderten.

Wir haben kurzfristig Videosprechstunden für Patienten mit bestimmten Diagnosen getestet. Aufgrund der fehlenden diagnostischen Möglichkeiten kann dies jedoch kein Ersatz für eine Präsenz-Sprechstunde sein. Dazu kam, dass Patienten das an sich bequeme Angebot nur sehr zurückhaltend annahmen.

Gute Zusammenarbeit im Team

Die Herausforderungen, welche die Corona-Pandemie mit sich brachte, waren und sind nur gemeinsam mit einem starken Team zu bewältigen.

Um eine gute Kommunikation zu gewährleisten und gleichzeitig jeglichen direkten Kontakt zu vermeiden, fanden seit Bekanntwerden der Corona-Infektion unseres Patienten tägliche Videokonferenzen statt. Die Inhaber des Augenzentrums bildeten gemeinsam mit der Geschäftsführung den Krisenstab, der in diesen Konferenzen über alle notwendigen Maßnahmen beriet. Von einem Tag auf den anderen hielt eine neue Form der digitalen Kommunikation Einzug, die sich rasend schnell etablierte und heute nicht mehr wegzudenken ist. Man kann behaupten, dass wir ohne unseren ersten Corona-Fall die digitale Kommunikationsplattform vielleicht gar nicht – oder zumindest nicht so schnell – in allen Bereichen unseres Augenzentrums hätten implementieren können.

Generell galt es, alle Mitarbeiter unter Pandemie-Bedingungen „mitzunehmen“, über alle neuen Maßnahmen zu informieren, aber auch deren Hintergründe zu erläutern. So wollten wir eine möglichst große Akzeptanz und damit auch Umsetzung der angepassten Hygiene- und Arbeitsbedingungen erreichen. Dazu haben wir – so umstritten dieses Medium auch ist – eine WhatsApp-Mitarbeitergruppe errichtet. Die Inhaber des Augenzentrums konnten und können diesen Kanal nutzen, um z.B. über organisatorische Neuerungen oder Änderungen im Ablauf für den nächsten Tag zu informieren. Selbstverständlich werden keine personenbezogenen Daten, weder über Patienten noch über Mitarbeiter, oder anderweitig kritische Daten ausgetauscht, so dass der Datenschutz gewährleistet ist. Neben dieser Art der Mitarbeiterinfor-

mation fanden zu wichtigen Themen in unregelmäßigen Abständen digitale Vollversammlungen statt, die besser besucht waren, als alle vorangegangenen Treffen mit physikalischer Anwesenheit.

Immer im Einklang mit den Vorgaben des St. Franziskus-Hospitals in Münster und mit den geltenden Bestimmungen des Landes NRW haben wir Hygienemaßnahmen für verschiedene Arbeitsbereiche festgelegt. Diese reichten von allgemeinen Schutzmaßnahmen (Mindestabstand 1,5m), über organisatorische Maßnahmen (feste Teams, Wechsel von Arbeitsplatz-Positionen vermeiden) bis hin zu Anweisungen, wann welche Schutzmasken und -kleidung zu tragen sind.

Mund/Nasenschutz (M/N)- und FFP2-Masken wurden persönlich an die Mitarbeiter ausgehändigt und die Handhabung erläutert. Im Anmeldebereich haben wir sogenannte Spuckschutzscheiben errichtet. Markierungen auf dem Boden und in den Wartezimmern dienten dazu, dass der Mindestabstand von 1,5m korrekt und kontrollierbar eingehalten wurde. Bei Untersuchungen an der augenärztlichen Untersuchungseinheit kommen sich Patient und Arzt zwangsläufig sehr nah. Auch hier haben wir unmittelbar eine Schutzscheibe installiert – die ersten Modelle haben wir selbst aus etwas dickeren Klarsichtfolien gefertigt.

Alle Mitarbeiter, deren Tätigkeit keinen unmittelbaren Kontakt zu Patienten oder Mitarbeitern erforderten, arbeiteten von zu Hause aus. Teilweise war die Technik dafür schon vorhanden, teilweise haben unsere IT-Experten innerhalb kurzer Zeit datentechnisch gesicherte neue Home Office-Plätze mit Hard- und Software installiert. Der Arbeitsalltag war und ist bis heute deutlich verändert. Dabei brachten alle Mitarbeiter ein hohes Maß an Flexibilität für jeden neuen Arbeitstag mit und haben engagiert die anstehenden, oft deutlich umstrukturierten Aufgaben angenommen. Dafür gebührt ihnen großer Dank.

Weichenstellungen von administrativer Seite

Leider haben wir im März auch feststellen müssen, wie schwer es ist, sinnvolle Arbeitsschutz- und Hygienemaßnahmen umzusetzen und ausreichend Schutzausrüstung

zu beschaffen. M/N-Masken und erst recht FFP2-Masken gehörten plötzlich zu heiß begehrter Ware. Die Preise schnellten in die Höhe und auch Betrüger machten sich in diesem Feld breit. Die KV hatte keine Möglichkeit, die Arztpraxen in ausreichendem Maße zu versorgen. Dank des Einsatzes unseres Beschaffungsteams und durch persönliche Kontakte der Inhaber ist es uns dennoch immer gelungen, ausreichend und qualitativ adäquate Masken zu organisieren. Aber auch Hände- und Flächendesinfektionsmittel wurde plötzlich ein knappes Gut, so dass auch hier auf der Beschaffungsseite voller Einsatz gefordert war. Und wir mussten noch eine neue Erfahrung machen: Aufgrund gesunkener Patientenzahlen in den Sprechstunden und bei elektiven Operationen hatten viele Mitarbeiter aus dem medizinischen Bereich weniger Arbeit. Sicherlich sind neue Tätigkeiten, z.B. die Befragung der Patienten beim Eintritt in unsere Räumlichkeiten oder die Durchführung von Rachenabstrichen, hinzugekommen. Das war aber kein Ausgleich für die entfallenen Einsatzzeiten in Sprechstunden, auf der Station und im OP. So mussten wir uns erstmals mit dem Thema Kurzarbeit auseinandersetzen. Gleichbleibende Kosten (Personal, Miete, Energie usw.) standen deutlich sinkenden Einnahmen gegenüber. Daher sahen sich die Inhaber dazu gezwungen, Kurzarbeit für den Monat April unter den gesetzlichen Vorgaben anzumelden. Etwa zwei Drittel aller Mitarbeiter waren davon betroffen.

Parallel dazu mussten verschiedene Wirtschaftlichkeits-szenarien entwickelt werden. Es galt neue Risiken zu identifizieren bzw. bereits bestehende neu zu bewerten, Kosten und mögliche Einnahmen abzuschätzen. Eine gute Übersicht über die finanzielle Situation ist Entscheidungsgrundlage für eventuelle Einsparungsmaßnahmen oder auch Investitionen. Eine ausreichende Liquidität ist erforderlich, um z.B. die Gehälter der Mitarbeiter weiter zahlen zu können. Entlastung brachte die Hoffnung, dass der KV-Schutzschirm im Bedarfsfall wirtschaftliche Einbrüche bis zu einem gewissen Grad abfangen soll.

Neue Corona-Normalität

Nach den ersten Wochen mit weniger Patienten, neuen Hygienemaßnahmen und einem völlig neuen Arbeitsalltag

stellte sich die Frage, wie mittelfristig (oder sogar langfristig?) die Arbeit zu organisieren ist. Parallel zu den ersten Hygiene- und Arbeitsschutzmaßnahmen, die wir im Augenzentrum getroffen haben, hatte auch die politische Ebene weitreichende Beschlüsse gefasst. Neben der Schließung von Schulen und Kitas wurden Veranstaltungen untersagt und Kontaktsperrern erlassen. Dies führte zu einer Reduktion der Infektionszahlen, aber allen Entscheidungsträgern war klar, dass wir mit COVID-19 noch längere Zeit leben müssen. Wie konnte also eine gute Patientenversorgung unter diesen neuen Rahmenbedingungen aussehen? Eine dauerhafte Verschiebung von Sprechstundenterminen oder ambulanten Operationen ist weder aus Patientensicht noch aus wirtschaftlicher Sicht einer Arztpraxis machbar. So galt es, einen Handlungsrahmen in der „Corona-Normalität“ festzulegen.

Die Sprechstunden sind mittlerweile wieder gut gefüllt. Um zu volle Wartezimmer zu vermeiden, bitten wir Begleitpersonen weiterhin, außerhalb des Augenzentrums auf ihre Angehörigen zu warten. Patienten, die unsere Praxis betreten wollen, werden nach wie vor persönlich von einem Mitarbeiter empfangen und befragt. Es besteht Maskenpflicht. Weitere Maßnahmen wie die Schutzscheiben an der Anmeldung oder an den Untersuchungseinheiten werden uns dauerhaft erhalten bleiben.

Elektive Eingriffe finden fast wieder in gewohntem Maße statt. Im Gegensatz zu „vor Corona“-Zeiten werden bis heute alle Patienten vier Tage vor der angesetzten OP über einen Rachenabstrich auf Covid19 getestet. Nur bei einem negativen Test wird der Patient operiert. Zudem werden die Patienten angewiesen, sich in den Tagen zwischen erfolgtem Abstrich und OP in häusliche Quarantäne zu begeben. So soll die Ansteckungswahrscheinlichkeit minimiert werden. Wie lange dieses Verfahren in die nächste Zukunft getragen wird, wird immer wieder diskutiert.

Sowohl die „Türsteher“-Position als auch die Tätigkeiten in der Abstrichstelle für die Testung der Patienten sind neue Aufgabenfelder, für die „vor Corona“ kein Personal eingeplant war. Hier haben wir uns mit studentischen Hilfskräften verstärkt, um die zusätzlichen Aufgaben bewältigen zu können.

Die Kurzarbeit ist längst Geschichte, die Patienten suchen wieder in großer Zahl das Augenzentrum auf und die Mitarbeiter-WhatsApp-Gruppe wird deutlich weniger genutzt. Dies sind alles Zeichen, dass wir allmählich in einem „Corona-Alltag“ angekommen sind. Inhaber und Geschäftsführung besprechen nicht mehr täglich neue Maßnahmen, sondern treffen sich wöchentlich, um zukunftsgerichtete Themen anzugehen.

Einige Dinge wie die Spuckschutzscheiben oder die Maskenpflicht sind geblieben. Aber auch das Home Office und das Arbeiten mit Videokonferenzen ist mittlerweile fester Bestandteil des Arbeitsalltags.

Lessons learned

Was haben wir gelernt aus der Corona-Krise? Der Schulterschluss unter den Mitarbeitern, aber auch mit dem St. Franziskus-Hospital und anderen Kooperationspartnern, hat funktioniert und war unverzichtbare Grundlage für weitere kurzfristige Maßnahmen. Die Mitarbeiter mussten eine große Flexibilität für jeden Arbeitstag mitbringen. Durch gute Arbeitsorganisation und gezielte Aufgabenverteilungen war es möglich, Kontakte zu reduzieren und Abstand einzuhalten. Die Nutzung der neuen Kommunikationsplattform vereinfachte viele Absprachen. Und noch etwas hat sich gezeigt: Mit dem Hygieneplan verbundene Erfordernisse (lesen, unterschreiben, Schulungen besuchen) galten bisweilen dem ein oder anderen als lästig. Heute stellt dies niemand mehr in Frage und was noch viel wichtiger ist: Erforderliche Hygienemaßnahmen werden gut umgesetzt, die im Hygieneplan getroffenen Regelungen werden gelebt.

Die Zeit des völligen Lockdowns war sicherlich eine prägende Erfahrung, die nachwirkt. Es sind längst noch nicht alle verschobenen OPs und Sprechstundentermine aufgeholt. Dies erfordert noch einen langen Atem sowohl von Patienten- als auch von Mitarbeiterseite. Aber wir sind auf einem guten Weg. Hoffen wir, dass es so bleibt und nicht eine weitere Infektionswelle das Leben erneut zurückwirft!

Digitalisierung des Gesundheits- wesens: Vor dem Durchbruch?



Andreas Storm

Vorsitzender des Vorstands
DAK-Gesundheit

Die Corona-Pandemie hat den Einsatz digitaler Lösungen in vielen gesellschaftlichen Bereichen beschleunigt. Krankschreibungen per Videosprechstunde sind beispielsweise unter bestimmten Voraussetzungen seit Juli 2020 regelhaft zugelassen. Für Patientinnen und Patienten ist das ein konkretes Anwendungsbeispiel dafür, dass die Digitalisierung des Gesundheitswesens für sie erlebbare Vorteile haben kann.

Noch vor wenigen Jahren galt das deutsche Gesundheitswesen im internationalen Vergleich als digital rückständig. Mittlerweile befindet es sich im Aufholprozess. Die von Bundesgesundheitsminister Jens Spahn auf den Weg gebrachten Gesetze erweisen sich als Katalysatoren der digitalen Transformation. Hinzu kommt, dass die Corona-Pandemie den Einsatz digitaler Lösungen in vielen gesellschaftlichen Bereichen beschleunigt hat, auch im Gesundheitswesen. So ist die Nutzung von Videosprechstunden nach Beginn der Pandemie sprunghaft angestiegen. Der Gemeinsame Bundesausschuss hat konsequenterweise nach den positiven Erfahrungen mit telefonischen Krankschreibungen auf dem Höhepunkt der ersten Infektionswelle im Juli 2020 entschieden, Krankschreibungen per Videosprechstunde regelhaft zuzulassen, sofern der Patient in der Praxis bekannt und eine Diagnose per Videosprechstunde möglich ist. Für Patientinnen und Patienten ist das ein konkretes Anwendungsbeispiel dafür, dass die Digitalisierung des Gesundheitswesens für sie erlebbare Vorteile haben kann.

Mit dem Digitale-Versorgung-Gesetz (DVG) und dem Patientendaten-Schutz-Gesetz (PDSG) ebnete der Gesetzgeber den Weg für die weitere Digitalisierung des Gesundheitswesens. Dies soll u. a. durch die Bereitstellung digitaler Gesundheitsanwendungen gelingen, die die Versicherten bei der Erkennung und Behandlung von Krankheiten sowie bei einer gesundheitsförderlichen Lebensführung unterstützen sollen. Auch wird den Krankenkassen mehr Raum für die Neu- und Weiterentwicklung von digitalen Versorgungsangeboten eingeräumt. Dies ermöglicht es, die vielfältigen Chancen digitaler Innovationen auszuschöpfen und Versicherte noch passgenauer zu beraten und zu begleiten. Trotz dieser insgesamt positiven, durch den Gesetzgeber geschaffenen Rahmenbedingungen, stehen wir immer noch am Anfang. Das Potenzial durch digitale Lösungen die Versorgungsqualität, die ärzt-

liche Diagnostik, die Behandlung, die Krankheitsdokumentation und die Adhärenz zu verbessern, ist erheblich. Daneben gibt es weitere Herausforderungen, wie die haus- und fachärztliche Unterversorgung in einigen ländlichen Regionen, die sich durch digitale Antworten teilweise bewältigen lassen.

Bei der Debatte über die Digitalisierung des Gesundheitswesens geht es nicht nur um die Einführung neuer Technologien und um die Modernisierung von Prozessen. Denn die Digitalisierung berührt auch kulturelle Dimensionen in einem gewachsenen, solidarischen und sozialstaatlichen System, in dem es letztlich aus Sicht von Versicherten und Patienten um ein Miteinander geht, das Vertrauen bedingt: Vertrauen in die Sozialstaatlichkeit, in das Leistungsversprechen, in die Qualität von Behandlung und Beratung. Aus einer DAK-Studie, die wir zur Bedürfnislage von Versicherten in Bezug auf digitale Szenarien im Gesundheitswesen durchgeführt haben, wissen wir, dass auch Menschen, deren Alltag digital geprägt ist, gegenüber digitalen Lösungen im Gesundheitswesen zurückhaltend bis skeptisch sind. Datenschutz, Datensicherheit, die Qualität digitaler Versorgungslösungen, die Befürchtung, der Technik nicht gewachsen zu sein, und Bedenken, ob digitale Angebote letztlich nicht nur der Kostensenkung dienen, sind die Fragen, denen wir uns stellen müssen. Die Corona-Krise hat deutlich gemacht, dass auch aus Sicht von Versicherten und Patienten konkrete und nutzwertige Potentiale in der Digitalisierung liegen und dem Transformationsprozess zusätzlichen Schub geben. Wir sollten dies nicht leichtfertig verspielen. Stattdessen sollten die Akteure im Gesundheitswesen die Digitalisierung als gemeinsame Aufgabe und Chance verstehen.

So vielversprechend die Entwicklung in Bezug auf die Digitalisierung des Gesundheitswesens in den zurückliegenden zwei Jahren auch war, gibt es noch zahlreiche

offene Fragen, die zu lösen sind, bis wir für Patienten und Versicherte ein rundum nutzer- und qualitätsorientiertes, digitalisiertes Gesundheitswesen entwickelt haben.

Digitale Identitäten

In der analogen Welt wird die Identität einer Person anhand eines amtlichen Ausweisdokuments nachgewiesen. In der digitalen Kommunikation ist der Nachweis einer Identität ungleich schwerer. Ein staatliches System fehlt hierfür weitgehend, weil sich die Nutzung der digitalen Funktion des Personalausweises bislang nicht durchgesetzt hat. Da es immer mehr digitale Leistungen im datensensiblen Gesundheitswesen gibt, ist eine sichere Identifikation von Patienten und Versicherten von grundlegender Bedeutung. Derzeit versuchen private Unternehmen diese Lücke mit eigenen Identitätssystemen zu schließen. Es geht im Gesundheitswesen aber um hochsensible Daten, deshalb dürfen derartige Basisfunktionen nicht dem Zugriff kommerzieller Interessen ausgesetzt werden. Digitale Prozesse im Gesundheitswesen dienen auch der Daseinsvorsorge.

Eine Privatisierung und Kommerzialisierung von Identitätssystemen im deutschen Gesundheitswesen muss deshalb gesetzlich ausgeschlossen werden. Die Kontrolle über den Zugriff zu Sozialdaten muss in den Händen der gesetzlichen Krankenversicherung liegen. Die gesetzlichen Rahmenbedingungen dafür sind noch zu schaffen. Das Bundesgesundheitsministerium sollte daher eine Strategie für die Einführung eines Systems digitaler Identitäten im Gesundheitssystem durch die Krankenkassen entwickeln.

Digitalisierungseffekte in EBM und bei DRG berücksichtigen

Die Digitalisierung geht mit strukturellen Veränderungen in Behandlungsprozessen, Verwaltungsabläufen, der Arzt-

Patienten-Kommunikation etc. einher. Viele digitale Projekte werden schrittweise die Behandlungsqualität verbessern und gleichzeitig die Verwaltungsabläufe vereinfachen. Bisher werden jedoch ausschließlich zusätzliche Aufwände im Rahmen von Einführungszenarien (z.B. Befüllen der ePA) in der Honorarentwicklung der Leistungserbringer berücksichtigt. Unbestritten ist, dass zunächst durch Fortbildung, Prozessveränderungen und parallele analoge Prozesse erhöhte Aufwände entstehen. Künftig sollten sich aber auch Effizienzgewinne in der Weiterentwicklung des einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM) und der Krankenhausentgelte (DRG) widerspiegeln. EBM und DRG sollten hinsichtlich von Effizienzsteigerungen in Behandlungs- und Verwaltungsabläufen durch Digitalisierungseffekte systematisch überprüft und angepasst werden. Sinnvoll wäre hier ein gesetzlicher Auftrag zur Evaluation.

Digitale Gesundheitsanwendungen risikoadjustiert evaluieren

In den kommenden Wochen werden die ersten digitalen Gesundheitsanwendungen (DiGA) in die Gesundheitsversorgung aufgenommen. Voraussetzung für die Aufnahme in das DiGA-Verzeichnis ist das erfolgreiche Durchlaufen des Bewertungsverfahrens („Fast-Track“) beim Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM). In dem Verfahren müssen Hersteller die Sicherheit, Funktionstauglichkeit und Qualität sowie positive Versorgungseffekte nachweisen. Die im DiGA-Leitfaden konkretisierten Anforderungen an entsprechende Studien fallen jedoch deutlich geringer aus, als in der Methoden- oder Arzneimittelbewertung durch den Gemeinsamen Bundesausschuss. Dadurch besteht das Risiko, dass DiGA auf Basis einer unzureichenden Datengrundlage in die Erstattungsfähigkeit gelangen. Eine verlässliche evidenzbasierte Nutzenbewertung ist jedoch unerlässlich für den Schutz von

Patienten vor unwirksamen oder gar schädlichen Anwendungen.

DiGA mit einer unzureichenden Datengrundlage dürfen nicht von der Solidargemeinschaft finanziert werden.

Auch für digitale Versorgungslösungen muss das Qualitätsversprechen gelten, das das deutsche Gesundheitswesen kennzeichnet. Deshalb dürfen nur DiGA mit nachgewiesenem Nutzen in die Regelversorgung aufgenommen und erstattungsfähig werden. Dazu sollten die Anforderungen für die Aufnahme in das Verzeichnis nach Paragraph 139e SGB V für DiGA mit der Risikoklasse I und IIa evaluiert und vor einer Ausweitung auf weitere Risikoklassen entsprechend des Risikos an die Standards der Methoden- oder Arzneimittelbewertung angeglichen werden. Sinnvoll wäre ein dynamisches Anforderungsmodell für die Aufnahme von DiGA in das Verzeichnis nach § 139e SGB V, das nach Risikoklassen differenziert.

Datenschutz einheitlich regeln

Die weitgehende Vereinheitlichung des europäischen Datenschutzrechts wird aktuell in Deutschland durch unterschiedliche Auslegungen der Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) in Bund und Ländern fragmentiert. Die Aufsicht über die Datenschutzvorgaben liegt je nach Sachbereich bei den einzelnen Landes- oder dem Bundesdatenschutzbeauftragten. Uneinheitliche Auslegungen der Regelungen für die Verarbeitung von Gesundheitsdaten durch die Beauftragten führen somit zu einem Flickenteppich unterschiedlicher Vorgaben. Für Versicherte bedeutet dies selbst in benachbarten Bundesländern abweichende Datenschutzstandards. Bundesweit tätige Akteure im Gesundheitswesen müssen einen hohen bürokratischen Aufwand zur Einhaltung unterschiedlicher Standards betreiben, der vermeidbar wäre.

Die Datenschutzvorgaben der Länder und des Bundes sollten deshalb hinsichtlich der Verarbeitung von Gesundheitsdaten harmonisiert werden. Alternativ sollten die Entscheidungen der Landesdatenschutzbehörden sowie des Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit gegenseitig anerkannt werden.

Digitale Bürgernähe durch Vernetzung

Ein Ziel der digitalen Transformation ist es, für die Bürger Verwaltungsprozesse zu vereinfachen. Der Aufbau eines Bürgerportals soll dazu einen wesentlichen Beitrag leisten. Im Digitale-Versorgungs-Gesetz aus dem Jahr 2019 heißt es: „Das im August 2017 in Kraft getretene Onlinezugangsgesetz (OZG) [verpflichtet] den Bund und die Länder, bis Ende 2022 ihre Verwaltungsleistungen auch elektronisch über Verwaltungsportale anzubieten und einen gemeinsamen Portalverbund zu bilden. Davon erfasst werden auch Kommunen und andere bundes- und landesunmittelbare Selbstverwaltungskörperschaften wie Sozialversicherungsträger, hier also die Kranken- und Pflegekassen.“

Derzeit ist die Situation noch durch viele Doppel- oder Mehrfachstrukturen bestimmt. Ein echter Nutzen entsteht erst, wenn die Services unterschiedlicher Behörden sich ergänzen und Daten untereinander ausgetauscht werden können. Eine Adressänderung beim Einwohnermeldeamt sollte – mit Einwilligung – direkt an weitere Behörden und an die Krankenkasse weitergegeben werden. Bei der Geburt eines Kindes könnten Behördengänge und Leistungsanträge über eine Plattform koordiniert erfolgen und anschließend schnell und kundenorientiert durch die unterschiedlichen Behörden und die Krankenkasse bearbeitet werden.

Derzeit steht ein Großteil der Verwaltungsleistungen der gesetzlichen Krankenversicherung noch nicht auf den

Webseiten Vorversion des Bürgerportals zur Verfügung. Auch sind viele der im OZG genannten Prozesse noch nicht umgesetzt.

Um für die Bürger die Vorteile der Digitalisierung im Alltag erlebbar zu machen, müssen die Verwaltungsleistungen der gesetzlichen Krankenversicherung schnell an das Bürgerportal angebunden werden. Dabei muss ein datenschutzkonformer Informationsaustausch zwischen Behörden und Krankenkassen gewährleistet sein. Konzepte wie das vom GKV-SV erarbeitete zur technischen Anbindung der Kassenportale an das Bürgerportal liegen vor. Sie müssten nur schnell umgesetzt werden.

Digitalisierung europäisch denken

Die Corona-Pandemie hat uns vor Augen geführt, wie wichtig die internationale Zusammenarbeit auch in Fragen der Gesundheit ist. Selbst wenn die europäischen Gesundheitssysteme in vielerlei Hinsicht unterschiedlich organisiert sind, ist die Digitalisierung doch eine Chance, die Systeme durchlässiger zu machen und besser zu vernetzen. Auch wenn wir aktuell mit Reisebeschränkungen die Mobilität innerhalb Europas deutlich reduziert haben, werden Arbeitnehmer sicherlich künftig innerhalb Europas wieder zunehmend mobiler sein. Wer in Deutschland geboren wird, studiert vielleicht eine Zeit lang in Frankreich und arbeitet anschließend ein paar Jahre in Belgien oder Dänemark. Deshalb müssen wir die Digitalisierung der europäischen Gesundheitssysteme möglichst gemeinsam denken und, wo es sinnvoll ist, aufeinander abstimmen. Die fehlende Interoperabilität zwischen den nationalen Corona Warn-Apps hat verdeutlicht, dass hier noch viel zu tun ist. Die deutsche EU-Ratspräsidentschaft sollte hier die Chancen nutzen, Kooperationen und Datenaustausch in Europa zu stärken.

Harte, aber richtige Entscheidungen



Rainer Striebel

Vorstandsvorsitzender
AOK PLUS

COVID-19 verändert das deutsche Gesundheitswesen nachhaltig. Allein der Umgang mit der ersten Infektionswelle hat eine Reihe überfälliger Veränderungen in Gang gesetzt. Nun gilt es, die bisherigen Erfahrungen ehrlich zu reflektieren, damit die Bundes- und Landesregierungen, Krankenkassen und Akteure in der medizinischen Versorgung diese Pandemie bewältigen und das Gesundheitssystem zukunftsfest machen können.

Die Krankenkassen haben sich früh bekannt: Wir halten dem Gesundheitswesen den Rücken frei. Die gesetzlichen Krankenkassen, der Medizinische Dienst und die Organisationen der Selbstverwaltung haben ab März 2020 ungewöhnlich zügig Sonderregelungen getroffen: Für Videosprechstunden entfiel die bis dahin bestehende Deckelung, wonach Ärzte maximal fünf Prozent ihrer Patienten auf diesem Weg behandeln durften. Die telefonische Krankschreibung wurde eingeführt, um Praxen zu entlasten. Die Qualitätsprüfungen in Pflegeeinrichtungen und die persönliche Begutachtung von pflegebedürftigen Menschen wurden ausgesetzt. Für Therapie- und Hilfsmittelverordnungen galt eine Fristverlängerung.

Ihr Versprechen haben die Krankenkassen auch auf Länderebene umgesetzt. Für die AOK PLUS war klar: Als Krankenversicherer von mehr als 3,4 Millionen Menschen in Thüringen und Sachsen würden wir eng mit den Krisenstäben der Landesregierungen, den Kliniken und der ärztlichen Selbstverwaltung zusammenarbeiten, um die Gesundheitsversorgung sicherzustellen, die Gremien zu beraten und, wo erforderlich, die Rolle des Koordinators zu übernehmen. Auch wurde von Beginn an eine schnelle und unkomplizierte Versorgung der Vertragspartner mit der notwendigen Liquidität organisiert.

Krankenkassen sind systemrelevant

Es galt, Ausgleichszahlungen an Krankenhäuser und Reha-Einrichtungen zu verteilen und einen Rettungsschirm für Ärzte zu finanzieren. In Sachsen und Thüringen konnten wir z. B. die Vertragsärzte bei der Beschaffung von Schutzausrüstung unterstützen und finanzielle Mittel zur Sicherung der zahnärztlichen Versorgung zur Verfügung stellen. Außerdem erhielten im Juni termingerecht viele Pflegeeinrichtungen in Thüringen und Sachsen von uns die Bonuszahlung zur Weitergabe an die Pflegekräfte. Ihre tägliche Arbeit hat durch die Pandemie endlich eine an-

gemessene Aufmerksamkeit und Wertschätzung der breiten Öffentlichkeit erhalten.

Parallel liefen hinter verschlossenen Türen fast alle Geschäftsprozesse auf Hochtouren weiter. Zwar mussten Mitte März alle 140 AOK PLUS-Filialen geschlossen werden. Doch in systemrelevanten Krankenkassen wie der AOK PLUS gibt es viele Aufgaben, die auch in Krisenzeiten nicht ins Stocken geraten dürfen. Sie verteilen enorme Geldmittel. Neben Krankenhäusern, Ärzten und Therapeuten waren auch Versicherte, die Krankengeld beziehen, von funktionierenden Zahlungsströmen abhängig. In den Bereichen Kinderkrankengeld und Pflegegeld mussten die Prozesse ebenfalls weitergehen. Zum Glück konnten wir Ende April bereits wieder eine Vielzahl von Filialen öffnen.

Der Schub für die Digitalisierung war überfällig

Gleichbleibend war auch der Beratungsbedarf der Versicherten. Insgesamt fünf Wochen stand unser dichtes Filialnetz nicht als Anlaufstelle zur Verfügung. In dieser Zeit hat sich das über mehrere Jahre ausgebaute digitale Angebot bewährt. Neben der Telefon- und Videoberatung wurde die Online-Geschäftsstelle stark in Anspruch genommen. Sie ermöglicht das Abwickeln zahlreicher Anliegen von zu Hause, beispielsweise das Hochladen von Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen, Beantragen von Krankengeld oder Kinderkrankengeld sowie von Erstattungen für zahlreiche Leistungen. Die Online-Geschäftsstelle wurde schon zu Jahresbeginn von jedem zehnten Versicherten genutzt und verzeichnete unter dem Pandemie-Einfluss noch einmal einen enormen Registrierungsanstieg. Weiterhin konnten wir rund 3.000 Beschäftigten kurzfristig das Arbeiten im Homeoffice ermöglichen. So waren wir für unsere Kunden und Vertragspartner durchgängig zu allen Fragen erreichbar.

Gut ist, dass auch die ärztliche Versorgung im Angesicht der Pandemie einen Digitalisierungsschub erfahren hat. Das Paradebeispiel ist die Videosprechstunde. Es ist erstaunlich, was geht, wenn es muss. Ende 2019 nutzten beispielsweise in Thüringen ganze 21 Praxen die Videosprechstunde. Bis Ende April ist deren Zahl regelrecht explodiert, so dass 423 ambulant tätige Ärzte und Psychotherapeuten in 387 Praxen eine Genehmigung zur Nutzung der Videosprechstunden hatten. Sicher wurde die Entwicklung weiter begünstigt durch Rahmenbedingungen wie das Abstandsgebot und die Anfang März vorübergehend weggefallene Deckelung der digitalen Arztkontakte. Doch viele Ärzte, die Videosprechstunden notgedrungen einführten, dürften das Potenzial erkannt haben. Selbst die Bundesärztekammer zieht ein positives Fazit, was die Erfahrungen mit digitalen Anwendungen während der Pandemie betrifft.

Diese Dynamik gilt es jetzt zu nutzen. Einen Mehrwert für die Versorgung bietet Telemedizin nicht zuletzt im ländlichen Raum, sowohl beim Pflegepersonal als auch bei fach- und hausärztlichen Kapazitäten. Die AOK PLUS erprobt darum bereits im Rahmen des Projekts „Telekonsil“ gemeinsam mit Hausärzten und Pflegeeinrichtungen in Sachsen und Thüringen, wie Telemedizin die haus- und fachärztliche Versorgung in Pflegeeinrichtungen sichern kann. Das Projekt wurde in Leipzig erfolgreich pilotiert und wird derzeit im Einsatz in ländlichen Regionen weiterentwickelt.

Für Entlastung in den Praxen sorgte unter Pandemiebedingungen die telefonisch ausgestellte Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung. Das Angebot wurde rege genutzt. Bedenken, dass Beschäftigte das Angebot missbräuchlich ausnutzen könnten, lassen sich nach einer Analyse der AOK PLUS nicht belegen. Es scheint vielmehr so, dass dieses Angebot ein probates Mittel darstellen kann, um

während zukünftiger Erkältungs- und Grippesaisons Patienten und Patienten zu entlasten und Ansteckungsketten zu unterbrechen.

Was es nun braucht, ist eine Diskussion darüber, welche Angebote und Regelungen die Gesundheitsversorgung weiter verbessern und wie in diesem Zusammenhang bestehende Lücken zwischen den Sektoren überwunden werden können. Kurzfristig implementierte Angebote, die bei den Nutzerinnen und Nutzern auf positive Resonanz gestoßen sind, sollten nach der Pandemie nutzbar bleiben und im Sinne einer Pandemie-Prävention zügig weiterentwickelt werden. Diese neue Kultur des Ausprobierens ist ein Fortschritt für die Gesundheitsversorgung in Deutschland, weil sie sich am tatsächlichen Versorgungsbedarf orientiert.

Versorgungsstrukturen sind nicht mit Geld zu reparieren

Was dagegen nicht zur Regel werden darf, ist das längerfristige Aussetzen von Qualitätsvorgaben. Hier sollten wir schnellstmöglich zur Normalität zurückkehren, denn Qualitätsrichtlinien sind gut und richtig und sichern die Behandlungsqualität. Das gilt nicht nur in Pflegeeinrichtungen, sondern auch in Kliniken. Diese rückten mit dem Aufkommen der Pandemie in den Fokus der deutschen Gesundheitspolitik. Es war konsequent, zunächst in den Krankenhäusern alle planbaren Operationen zu verschieben, um ausreichend Intensivbetten als auch Ärzte und Pflegekräfte für an COVID-19 Erkrankte zu haben. Jeder Infizierte mit Symptomen sollte adäquat behandelt werden können, das hatte oberste Priorität. Die Entscheidungen waren hart, aber richtig.

Auch richtig war die Verpflichtung per Verordnung, dass alle Kliniken ihre Intensivbetten und aggregierten Fallzahlen von COVID-19-Fällen in einem Register führen. Was bis März noch unmöglich schien und nur von wenigen Krankenhäusern freiwillig veröffentlicht wurde, ist durch politischen Druck Realität geworden. Die neue Transparenz ermöglicht auch Krankenkassen, schneller auf veränderte Situationen zu reagieren, und rückt zudem wichtige Qualitätsaspekte ins Licht. Aus Sicht der Krankenkassen ist es sinnvoll, einzelne Krankenhausstandorte festzulegen, die künftig prioritär die Corona-Patienten aufnehmen sollen. Sachsen hat gezeigt, dass so eine Spezialisierung im Krankenhaussektor machbar ist: Dort hat die Sozialministerin die drei Maximalversorger in Chemnitz, Dresden und Leipzig beauftragt, jeweils regionale Netzwerke zu bilden und die Behandlung von Patienten mit COVID-19 zu steuern. Die stärkere Konzentration an wenigen Klinikstandorten hat ermöglicht, Personal und Ressourcen effizienter einzusetzen und die Ansteckungsgefahr für andere Häuser zu reduzieren, weil sich die Spezialisten auf die Behandlung von Patienten mit COVID-19 konzentrierten.

Trotz der bisher guten Bewältigung der Pandemie in Deutschland ist weiterhin eine Debatte um sinnvolle Strukturveränderungen in der Krankenhauslandschaft dringend notwendig.

Spezialisierung durch eine kluge Zentrenbildung, Zusammenarbeit in Netzwerken und der Einsatz von digitalen Lösungen bilden wichtige Leitplanken für die Weiterentwicklung des Gesundheitswesens. Damit werden wir in der Lage sein, auch künftige Krisensituationen gut bewältigen zu können. Dafür brauchen die Partner der Selbstverwaltung weniger zentralistische Vorgaben und mehr regionale Gestaltungsmöglichkeiten. Die bestmögliche Be-

handlung der Patientinnen und Patienten in den Regionen muss stets im Mittelpunkt stehen.

Die Verschiebung staatlicher Aufgaben beenden

Über die originären Aufgaben der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung hinaus war in den vergangenen Monaten eine Verschiebung von Zuständigkeiten zu beobachten, die besorgniserregend ist. Die Aufstockung der Intensivbetten in Kliniken, flächendeckende Corona-Tests im Inland, Tests für Urlaubsrückkehrer an Flughäfen, die Corona-Prämie für Pflegekräfte – für all diese Ausgaben sollte die GKV, also die Beitragszahler, aufkommen. Es ist vertretbar, dass der Staat sich in einer Ausnahme-situation bestehender Strukturen bedient, um zügig handlungsfähig zu sein. Doch er darf sich nicht langfristig seiner Verantwortung entziehen und das selbstverwaltete gesetzliche Kassensystem nachhaltig schädigen.

Die Frage ist doch die: Was ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe und was müssen Beitragszahler einer gesetzlichen Krankenversicherung finanzieren? Wenn Patienten mit Corona-Anzeichen getestet werden, ist es klar eine Kassenleistung. Aber vorsorgliche Tests – und das gilt auch für Urlaubsrückkehrer, die symptomfrei sind – gehören eindeutig zum Infektionsschutz der Bevölkerung. Und der ist ganz klar eine staatliche Aufgabe, die Bund und Länder finanzieren müssen. Damit können nicht die Beitragszahler zusätzlich belastet werden. Insofern ist die Finanzierung eindeutig Aufgabe von Bund und Ländern.

Neben der Pandemie-Gesetzgebung und den Verordnungen durch Gesundheitsminister Jens Spahn bekommen die Krankenkassen die Krise auch an anderen Stellen zu spüren. Neue Versorgungsgesetze wie das Terminservice-

und Versorgungsgesetz und das Pflegepersonal-Stärkungsgesetz haben schon vor Corona zu höheren Ausgaben geführt. Während der Pandemie sanken zwar in einigen Bereichen die Ausgaben aufgrund ausgefallener Operationen in den Krankenhäusern, nicht angetretener Kuren oder Physiotherapien. Doch Vorsicht: Im Gesundheitsfonds wird in diesem Jahr, durch fehlende Beitragseinnahmen und den Ausgabensonderlasten, voraussichtlich die Liquiditätsreserve vollständig verbraucht werden. Neben dem Auffüllen dieser Reserve im nächsten Jahr drohen weitere Beitragsausfälle und ein deutlicher Anstieg der Leistungsausgaben. Nur durch zusätzliche Steuermilliarden in den Gesundheitsfonds wird es der Bundesregierung im nächsten Jahr gelingen, die Summe der Lohnnebenkosten unter 40 Prozent zu halten. Ansonsten drohen im Wahljahr in der GKV auf breiter Front massive Erhöhungen der Beitragssätze.

Die Krise ist nicht ausgestanden

In den ersten Monaten der Pandemie hat Deutschlands wirklich leistungsfähiges Gesundheitssystem viel mehr Ressourcen vorgehalten, als wir gebraucht haben. Nun ist klar: Wir sind in der Lage, eine hohe Zahl an Infektionen aufzufangen. Das gibt Sicherheit. Es ist aber auch deutlich geworden, wo Nachholbedarf herrscht – beispielsweise bei der sinnvollen Spezialisierung von Krankenhäusern, der Schaffung mehrwertiger digitaler Angebote, sowie der Stärkung von Pflegeberufen und Gesundheitsämtern. Ich habe weiterhin ein großes Vertrauen in unser Gesundheitssystem und Hochachtung vor allen, die in dieser Krise Menschen medizinisch versorgen und pflegen. Darauf dürfen wir alle gemeinsam zu Recht stolz sein.

Corona war ein Tritt in den Hintern



Dr. Hans Unterhuber
Vorstandsvorsitzender
SBK Siemens-
Betriebskrankenkasse

Dr. Hans Unterhuber berichtet von seinen Corona-Erfahrungen. Er gibt Einblicke in die Digitalisierung der Prozesse im Gesundheitswesen und wünscht sich auch Zukunft mehr Mut und mehr Freiraum, um auch mal etwas ausprobieren zu können.

Geben wir es ruhig zu: Das Gesundheitswesen in Deutschland hat nicht gerade den Ruf, digitale Innovationen zu fördern. Den verschiedenen Playern wird eher eine so überbordende Bürokratie und so wenig Flexibilität nachgesagt, dass Start-ups selbst mit guten Ideen Pleite gehen, bevor sie eine Chance auf den Einsatz in der Versorgung von PatientInnen bekommen. Und auch wenn die Realität nicht ganz so drastisch ist: Ein kleiner Funke Wahrheit steckt in dieser Aussage. Es gibt viele Formalien, es gibt lange Prozesse und es gibt wenig digitalen und agilen Austausch im System.

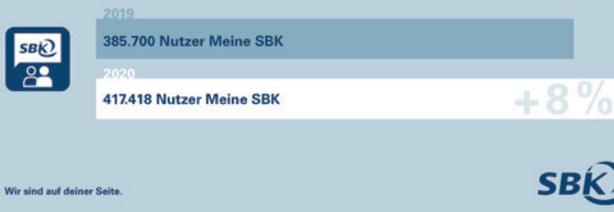
Als nun Corona in seinem ganzen Ausmaß zu uns nach Deutschland kam und der Lockdown begann, ist uns das auf die Füße gefallen. Als wir den ersten Corona-Verdachtsfall in einer unserer Geschäftsstellen hatten, lief die Information und Kommunikation mit dem Gesundheitsamt über Telefon und Fax. Als eine kassenarten-übergreifende Arbeitsgruppe ihre Arbeit in virtuellen Treffen weiterführen wollte, stellte sich heraus, dass der Organisator der Gruppe kein Videotelefonie-System hatte. Die fehlende Digitalisierung wurde zum Hemmschuh bei der schnellen Organisation eines funktionierenden Systems in Zeiten der Kontaktbeschränkung. Wie auch sollte schnelle und unkomplizierte Zusammenarbeit funktionieren, wenn der persönliche Kontakt nicht möglich ist und das Fax im Home-Office nicht überall zustellbar?

Im Mittelpunkt: digitale Unterstützung für unsere Versicherten

Für uns als SBK war vor allem eines wichtig: Selbst, wenn vielleicht im Hintergrund nicht alles optimal laufen sollte – unsere Versicherten müssen sich auf uns verlassen können, gerade in unsicheren Zeiten. Natürlich haben auch wir unsere Geschäftsstellen für den Publikumsverkehr geschlossen. Und wir haben KundenberaterInnen ins Home-Office geschickt, wo sie nicht an unsere Telefonanlage angebunden waren. Aber wir hatten immerhin eine gute Alternative – unsere Service-App „Meine SBK“. Darauf haben wir unsere Versicherten, unter anderem über E-Mails, hingewiesen. Im März, dem Monat der Schließungen, hatten wir die höchste Neuregistrierungszahl bisher in diesem Jahr. Das ist angesichts unserer bisher

MEINE SBK: DIGITALISIERUNG DURCH CORONA

Zu Beginn der Ausgangsbeschränkungen im März lagen die Neuregistrierungen ca. **150 %** über dem Jahresdurchschnitt von 2020.



Inzwischen nutzt fast jeder zweite Versicherte die Online-Geschäftsstelle in der App- beziehungsweise der Web-Version.

schon guten Registrierungsquoten eine tolle Entwicklung. Inzwischen nutzt fast jeder zweite Versicherte die Online-Geschäftsstelle in der App- beziehungsweise der Web-Version. Dass wir unseren Versicherten eine qualitativ hochwertige digitale Kontaktmöglichkeit bieten konnten, liegt vor allem daran, dass wir auch ohne Corona die Notwendigkeit einer SBK-App gesehen haben und seit Jahren daran arbeiten, diese weiterzuentwickeln. Aufgrund der Pandemie haben wir dann noch einmal die Prioritäten geändert und beispielsweise den Rechnungsupload und die Einreichung von Leistungsanträgen über die App schneller eingeführt als geplant. Das waren Features, die unsere Versicherten immer wieder eingefordert hatten.

Prozesse im Hintergrund mussten digitalisiert werden – intern ...

Das alles war mit einigem an Organisationsaufwand verbunden – ganz klar. Viele KollegInnen brauchten Laptops und Zugänge, um zuhause auf die Systeme zurückgreifen zu können. Und unsere Arbeitsabläufe mussten umgestellt werden: Normalerweise sind unsere KundenberaterInnen Allrounder. Von der telefonischen Beratung bis hin zur Genehmigung von Leistungen liegt alles in ihrer Hand, sie sind der Dreh- und Angelpunkt unseres Geschäfts. Nun mussten wir die Aufgaben teilen: Diejenigen, die noch in den Geschäftsstellen saßen, übernahmen die Telefone und die KollegInnen im Home Office waren eher für die Back-Office-Tätigkeiten zuständig. Das erforderte von den MitarbeiterInnen viel Flexibilität und auch ein Stückweit ein Abrücken von ihrem Selbstverständnis, einen Kunden rundum zu begleiten. Aber ich war von Anfang an optimistisch, dass unseren Mitarbeitern das gelingt.

Durch die pragmatische Vorgehensweise bei der Digitalisierung, der Umpriorisierung in der Weiterentwicklung unserer App und die Umstellung unserer internen Prozesse haben wir eines erreicht: Wir konnten trotz Lockdown un-

sere Servicequalität halten und einige Prozesskennzahlen sogar steigern.

... sowie auch extern

Skeptischer war ich da schon bei anderen Prozessen – nämlich bei denen, bei denen wir nicht alleine verantwortlich waren, sondern mit anderen Akteuren zusammenarbeiten mussten. Hier waren und sind die Bedingungen sehr unterschiedlich und es müssen verschiedene Systeme und Arbeitsweisen in Einklang gebracht werden. Was von Anfang an sehr flexibel und reibungslos funktioniert hat, war der digitale Austausch in den übergeordneten Gremien des BKK-Systems. Egal ob das interne Krisenstabmeetings, Aufsichtsratssitzungen des BKK Dachverbandes oder der Bitmarck GmbH oder andere Runden waren – innerhalb kürzester Zeit wurde alles auf digital umgestellt. Hier funktionierte nicht nur die Technik, der digitale Austausch wurde wie selbstverständlich gelebt. Mit anderen Akteuren arbeiteten wir auch schon „vor Corona“ an einem Digitalisierungsvorhaben. Nehmen wir zum Beispiel den Elektronischen Datenaustausch mit dem Medizinischen Dienst (MD). Das Projekt hat uns schon eine Weile begleitet, nun ist es uns innerhalb von zwei Wochen gelungen, den elektronischen Datenaustausch mit dem MD zu pilotieren. Ganz pragmatisch. Bis zur Krise lief die Abstimmung mit dem MD sowohl persönlich als auch per Papier. Von einem Tag auf den anderen waren die GutachterInnen im Home-Office tätig und konnten keine Papierpost mehr erhalten. Unsere MitarbeiterInnen können Unterlagen zuhause nicht ausdrucken und versenden. Da war schnell klar, dass wir dringend eine digitale Lösung brauchen und gezwungen sind, mit einer 80%-Lösung zu starten und in der Praxis zu lernen. Natürlich erleben wir im Tagesgeschäft, dass es hier und da manchmal noch hakt, da Daten zum Teil zusätzlich per Post versendet werden. Insgesamt läuft es jedoch sehr rund und wir sind durchweg zufrieden. Die Erfassung dauert digital lediglich wenige Minuten und die Qualität der Gutachten ist insgesamt viel besser. Das liegt vor allem daran, dass sie jetzt eindeutig lesbar sind, da die Gutachten ins System eingegeben und nicht handschriftlich erfasst werden. Außerdem erhalten wir viel schneller Rückmeldung vom Medizinischen Dienst und

können somit insgesamt schneller bessere Lösungen für unsere KundInnen finden.

Pragmatische Vorgehensweise auf bei digitalen Versorgungsangeboten

Ähnlich pragmatisch habe ich das Vorgehen bei den digitalen Versorgungsangeboten erlebt. Corona hat den freien Zugang zur Versorgung eingeschränkt und damit die Versorgungslandschaft massiv verändert. Dadurch ist ein Bedarf an neuen Lösungen entstanden. Vor Corona war der persönliche Zugang zum Leistungserbringer meist relativ einfach möglich.



Persönliche Beratung läuft unter den aktuellen Hygienebestimmungen anders ab. Der Kontakt verlagert sich auf andere – digitale – Kanäle.

Jetzt waren Geburtsvorbereitungskurse gestrichen, Physiotherapie-Praxen zum Teil geschlossen. Es waren und sind zum Teil immer noch digitale Alternativen gefragt. Ich bin total begeistert, wie rasch wir die Ver-

träge mit den Herstellern eingehen konnten, mit denen wir teilweise schon vor Corona im Gespräch waren. Diese waren größtenteils sehr flexibel und entgegenkommend und haben zusätzliche Anforderungen extrem zügig umgesetzt. Es haben sich alle darauf konzentriert, Betroffenen schnellstmöglich Lösungen anbieten zu können, was die Zusammenarbeit auf dem Weg dorthin weiter verbessert. Auch im Vorfeld haben wir mit vielen Anbietern von digitalen Lösungen bereits sehr gut zusammengearbeitet, aber die Pandemie hat uns alle noch ein Stück agiler werden lassen – sowohl Hersteller- als auch Kassen-

seite haben sich an die Situation angepasst. Ein gutes Beispiel dafür ist auch unser Vorgehen beim Entlassmanagement und die Zusammenarbeit mit Recare: Bis zu 500 SBK-versicherte PatientInnen kommen pro Monat aus der Klinik und benötigen Unterstützung durch professionelle Pflege. Bereits in den ersten Wochen der Corona-Krise haben wir deshalb unser Team im Entlassmanagement massiv verstärkt und den Kliniken angeboten, sie an dieser Stelle zu entlasten. Mit dem

Fortschreiten der Krise wurde das Thema zu einer echten Herausforderung, denn Pflegeheime zum Beispiel in Bayern hatten einen Aufnahmestopp, weil Quarantäne-Maßnahmen oft nicht ausreichend umgesetzt werden konnten. Aber: Reha-Kliniken durften in der akuten Pandemie-Situation Kurzzeitpflege anbieten. Eine Chance, denn mit einem Netzwerk an über 1.000 Reha-Kliniken ist Deutschland hier gut aufgestellt. Wir haben deshalb begonnen, Reha-Einrichtungen zu kontaktieren. Und wir haben mit Recare gesprochen. Seit März bereits arbeiten wir mit dem Berliner Start-up zusammen. Recare ist eine digitale Plattform, die Pflegebedarf und freie Kapazitäten in der Pflege zusammenbringt. Unsere Idee, die wir dem Unternehmen unterbreitet haben: Wir erweitern den bestehenden Prozess unkompliziert auf Reha-Kliniken. Reha-Einrichtungen melden ihre freien Kapazitäten für Kurzzeitpflege an Recare. Kliniken melden ihren Pflegebedarf an Recare oder uns als SBK. Gemeinsam finden wir für SBK-Versicherte eine schnelle Lösung, die auch die Akutklinik entlastet. Direkt nach dem dritten Telefonat haben wir uns auf einen kurzen Vertrag geeinigt und starteten schnell mit der Umsetzung. Wir möchten unsere Vereinbarung mit Recare anderen Krankenkassen zur Verfügung stellen.

Den Mut beizubehalten, ist wichtig

Mal etwas Ausprobieren, mutig sein, voneinander lernen und Verbesserungen im Sinne des Versicherten und Patienten allen Akteuren zur Verfügung stellen – das alles hat in der Corona-Krise gut funktioniert. Und ich würde mir wünschen, dass das auch weiterhin so gut funktioniert. Die Rahmenbedingungen entwickeln sich auch in die richtige Richtung. Egal ob Bürokratieentlastungsgesetz, Digitale-Versorgung-Gesetz, Patientendatenschutzgesetz: Wir sind auf einem guten Weg. Aber Corona hat gezeigt, dass noch mehr möglich ist. Dass gar nicht immer alles bis ins Kleinste geregelt werden muss, sondern dass Freiraum für die Akteure im Gesundheitswesen manchmal die bessere Lösung hervorbringt. Denn detaillierte Regelungen verbauen manchmal den Blick fürs Wesentliche: den Versicherten.



Bildcredits: SBK Siemens-Betriebskrankenkasse

Die Sicherung der medizinischen Versorgung muss auch ein Faktor der Sicherheitspolitik werden



Interview mit
Wolfgang Kast
 Leiter Bevölkerungsschutz
 und Rettungsdienst,
 Deutsches Rotes Kreuz

Wir haben mit Wolfgang Kast, Leiter des Teams Gesundheitlicher Bevölkerungsschutz und Rettungsdienst beim Deutschen Roten Kreuz e.V., ein Interview zu den Erkenntnissen des DRK zur Gesundheitsversorgung in der Corona-Pandemie geführt.

Sehr geehrter Herr Kast, welche Aufgaben hat das Rote Kreuz in der Krise übernommen?

Die Kreisverbände sind auf kommunaler Ebene in die Bewältigung der Pandemie eingebunden. Das Rote Kreuz hat insgesamt an ganz vielen Stellen geholfen und Aufgaben übernommen: Abstrichzentren zum Beispiel, oder die Versorgung von Personen in Quarantäne. Das ging schon sehr früh los, direkt mit den Reiserückkehrern aus Wuhan.

Wie haben Sie die Versorgung von Quarantänepflichtigen organisiert? Wer hat die Daten beigebracht, wie kommen solche Vorgänge in Gang?

Das geht immer von den Gesundheitsämtern aus, die mit Anfragen, ob bestimmte Aufgaben übernommen werden können, auf das Rote Kreuz vor Ort zukommen. Allgemein ist es so, dass wir das Hilfeersuchen prüfen und versuchen, es zu realisieren, wenn eine Behörde auf uns zukommt. Im Falle Wuhan war es sogar die Bundesregierung selbst, die uns angesprochen hat. Im Falle der verschiedenen Abstrichzentren an den Autobahnen geht die Initiative von den jeweiligen Gesundheitsämtern aus. Auf eigene Initiative können wir auch gar nicht tätig werden – das ist ähnlich wie beim Technischen Hilfswerk.

Haben Sie den Eindruck, dass die Gesundheitsämter den Herausforderungen gewachsen sind? Sie wurden ja lange sehr stiefmütterlich behandelt und standen jetzt plötzlich im Fokus.

Die Gesundheitsämter sind, wie man ja auch der Presse entnehmen kann, unterschiedlich aufgestellt. Wir haben beim Roten Kreuz selbst hierzu keinerlei Erhebungen

erstellt. Wir haben aber insgesamt sehr gute Erfahrungen in der Zusammenarbeit gemacht, so zumindest meine Einschätzung basierend auf dem, was ich von Mitarbeitern und Kreisverbänden höre.

In einem der letzten Hefte des iX-Forum hatten wir uns Gedanken über eine Reform der Notfallversorgung gemacht. Haben Sie den Eindruck, dass die Versorgungsdecke reicht oder sind bereits Löcher in der Decke?

Löcher kann man das nicht nennen. Am Ende der Pandemie – noch sind wir ja mittendrin – muss man sich Gedanken darüber machen, was genau eigentlich passiert. Bis dato haben wir einfach keine verlässlichen Zahlen. Sicherlich haben wir aber noch Luft nach oben, was die Organisation und die Bewältigung einer Pandemie angeht.

Wir hatten ja schon einmal ein Pandemieszenario, das war 2012 in einer Risikoanalyse für die Regierung. Sehen Sie dieses Szenario bestätigt?

Es liegt ja immer am Bundestag und der Regierung zu entscheiden, ob sie auf Grundlage dieser Risikoanalysen handeln und Vorbereitungen treffen. In unseren DRK-Symposium „Strategische Vorausschau im gesundheitlichen Bevölkerungsschutz“ haben wir im Herbst 2018 aus sehr verschiedenen Perspektiven exakt die Fragen gestellt, die damals in dieser Analyse aufgeworfen worden sind – vor allem die Frage, ob wir vorbereitet sind, wenn uns eine Pandemie trifft. Und diese Fragen sind genauso beantwortet worden, wie wir es schon gedacht haben: mit Nein. Wir waren nicht vorbereitet. Nun könnte man natürlich auf die Idee kommen und sagen, hätte man doch nur die Risikoanalyse hergenommen und hätte früher etwas getan. Es ist aber müßig darüber zu diskutieren. Fakt ist, die Risikoana-

lyse 2012 wurde damals ohne Aussprache im Bundestag zu Protokoll genommen und außer einer Diskussion um Bevorratung von Privathaushalten mit Wasser und Grundnahrungsmitteln, an die sich manche noch erinnern werden, ist weiter nicht viel passiert. Das deutet darauf hin, dass sicherlich auch in der Politik noch eine gewisse Risikoaversion besteht. Es kommt nun darauf an, nach Abschluss der Pandemie zu bewerten, wie wahrscheinlich ein erneutes Auftreten einer solchen Pandemie ist und welche Verfahren aus der Bewältigung der SARS-CoV-2-Pandemie übernommen werden sollten.

Sehen Sie da Bereiche, wo man schon konkrete Handlungsempfehlungen aussprechen kann?

Es gibt vor allem zwei relevante Bereiche: Der öffentliche Gesundheitsdienst braucht sicher aus jeder Perspektive eine bessere Ausstattung, um auf solche Lagen effektiv reagieren zu können. Das passiert auch gerade. Damit einhergehend muss eine Verbesserung der Kommunikation dringend angestrebt werden. Fallübermittlung, Übermittlung von Testergebnissen, all das muss besser werden, damit wir sehr rasch ein Gesamtbild der Lage beim Robert-Koch-Institut erstellen können. Da hinken wir bei der Digitalisierung hinterher, die Infrastruktur ist nicht da. Da passiert noch viel zu viel händisch und mit Papier. Im Katastrophenschutz kann das sinnvoll sein, da es bei Ausfall kritischer Infrastruktur die Variante ist, die auf jeden Fall funktioniert. Bei einer Pandemiebewältigung ist es hinderlich.

Zweitens stellt sich die Frage, wie man in Zukunft mit den Kliniken umgeht. Macht es Sinn, Bettenkapazität, aber nicht Behandlungskapazität anzufragen? Ein konkretes Beispiel: Rehabilitationskliniken wurden deutschlandweit für Corona-Erkrankte vorgehalten und haben daraufhin keine anderen Patienten aufgenommen bzw. durften das nicht einmal. Das war im Rückblick suboptimal und nicht zielführend, denn die Kliniken sind nicht verpflichtet worden, auch das ent-

sprechende Personal vorzuhalten, d.h. Ärzte, Ärztinnen und Pflegekräfte wurden im Zweifelsfall nach Hause geschickt. Hier sind Situationen zutage getreten und Versorgungslücken entstanden, die nicht vorhergesehen wurden – und zum Teil auch nicht vorhergesehen werden konnten. Dasselbe gilt für die Intensivbetten. Ein Bett bringt nichts, wenn kein Personal da ist.

Insgesamt deutet vieles darauf hin, dass die Katastrophenschutzstrukturen, die wir haben, nicht das Mittel der Wahl sind, um große Gesundheitslagen zu bewältigen. Dafür braucht es eine eigene, spezialisierte Struktur. Der Katastrophenschutz ist auf akut verletzte und zum Teil zerstörte Infrastruktur ausgerichtet, nicht darauf, wie man Einrichtungen der Gesundheitsversorgung in einer Pandemielage aufrechterhält.

Sie gehen also auch davon aus, dass dies nicht die letzte Pandemie bleiben wird.

Ganz sicher nicht. Nach ersten Einschätzungen sollten wir nicht glauben, die nächste Pandemie werde jetzt wieder 30 bis 40 Jahre auf sich warten lassen. Und ich weise in diesem Zusammenhang ausdrücklich darauf hin, dass es auch Pandemien geben kann, die einen menschengemachten Ursprung haben. Eine Pandemie kann ja auch künstlich und ganz bewusst herbeigeführt werden. Das Verbreiten von Krankheitserregern in der Bevölkerung zur gezielten Schwächung eines Staates. Das stand schon 2016 im Weißbuch der Bundesregierung zur Sicherheitspolitik als wichtige politische Herausforderungen. Daher müssen wir uns endlich auch mit dieser Möglichkeit ressortübergreifend und gemeinsam beschäftigen. Die Aufrechterhaltung der medizinischen Versorgung muss also auch ein Faktor der Sicherheitspolitik werden. Und solche Überlegungen müssen schließlich zu der Frage führen, ob man wirklich alle Bereiche der Gesundheitsversorgung der freien Marktwirtschaft überlassen kann.

Da verknüpft der Pandemiefall das Gesundheitswesen und den Verteidigungsfall.

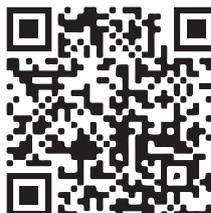
Ja, ganz sicher. Aber nicht nur das. Hier ist die gesamte Bandbreite der sogenannten hybriden Bedrohungen angesprochen, die sich mit dem Begriff des Heimatschutzes verknüpfen, und das vielleicht lange, bevor das Parlament einen Bündnis- oder Verteidigungsfall feststellt. Aus dieser Pandemie können und müssen wir daher auch Ableitungen treffen, die einen Konfliktfall betreffen, der nicht (nur) militärisch ausgetragen und vielleicht nicht einmal sofort parlamentarisch festgestellt wird.



Download der Dokumentation des Symposiums „Strategische Vorausschau im gesundheitlichen Bevölkerungsschutz“



Download iX-Forum 06/2019 „Reform der Notfallversorgung“



QR-Code zur Drucksache 17/12051 des Deutschen Bundestags: „Bericht zur Risikoanalyse im Bevölkerungsschutz 2012“:
<https://dipbt.bundestag.de/dip21/btd/17/120/1712051.pdf>



Jenseits von Paragraphen und Verträgen lebt unser Gesundheitssystem vom Gespräch und vom Austausch der Akteure. Vor allem Weiterentwicklungen unseres Gesundheitssystems finden nicht am Reißbrett statt, sondern im Diskurs der Akteure miteinander. Mit iX-Media wird diesem Austausch eine Plattform gegeben. Wir laden „auf allen Kanälen“ zum Dialog ein: Print, Audio und Video stehen Ihnen zur Verfügung, um Ihre Positionen, Ihre Ideen, Ihre Erkenntnisse der gesundheitspolitischen Community mitzuteilen.

Mit Dr. Albrecht Kloepfer, Dr. Jutta Visarius, Dr. Martina Kloepfer und dem übrigen iX-Media-Team stehen langjährige Systemexperten hinter dem Projekt, die wissen wie gesundheitspolitisch der Hase läuft (und zukünftig laufen wird), die der Komplexität des Themas auch mit einfachen Worten gerecht werden können und denen auch die technischen Aspekte medialer Umsetzungen vertraut sind. Wenden Sie sich an uns – wir sind für Sie da!



GESUNDHEITSPOLITISCHER WOCHENRÜCKBLICK

Die iX-Highlights informieren immer montags über aktuelle gesundheitspolitische Entwicklungen und liefern relevante Hintergrundinformationen. In seinem gesundheitspolitischen Editorial bewertet Dr. Albrecht Kloepfer ein herausragendes Wochenthema. In der Rubrik „Mondphasen“ kommen einmal im Monat Vertreter aus Politik oder Selbstverwaltung zu Wort. Aktuelle Dateien der Woche (Bundestagsdrucksachen, Studien etc.) können als Service zusätzlich kostenlos abgerufen werden.



GESUNDHEITSPOLITIK IN DER DISKUSSION

Die Zeitschriften-Reihe iX-Forum greift die großen gesundheitspolitischen Themen des Gesundheitswesens auf und bietet Ihnen die Möglichkeit, mit ausreichend Platz und in ansprechendem Rahmen Ihre Positionen, Ihre Ideen, Ihre Erkenntnisse der gesundheitspolitischen Szene mitzuteilen. Der Clou an der Sache: Die Hefte werden bundesweit an mehr als 2.500 gesundheitspolitische Entscheider und Meinungsführer versandt. – Wir sorgen dafür, dass Ihre Gedanken Beachtung finden!



GESUNDHEITSPOLITIK ZUM HÖREN

In monatlicher Folge widmet sich iX-Radio einem aktuellen gesundheitspolitischen Thema und lässt dazu die wichtigsten Entscheider zu Wort kommen. Erläuternde Moderationen beleuchten die Hintergründe und stellen das jeweilige Thema in den Kontext der unterschiedlichen Interessen. Ziel dabei ist, dass nicht nur die Szene sich selbst bespiegelt, sondern dass unser komplexes Gesundheitssystem auch Außenstehenden nahe gebracht wird.



VISUELLE PRÄSENZ IM GESUNDHEITSWESEN

iX-Spotlight ist die Video-Plattform für Ihre bildstarke Kommentierung des aktuellen Zeitgeschehens im Gesundheitssystem. Denn um überzeugende Statements sichtbar in Szene zu setzen, sind nicht nur eindrucksvolle Bilder ausschlaggebend, sondern vor allem auch fundierte Kenntnisse des Systems. Mit Dr. Martina Kloepfer haben wir eine bühnen- und filmerfahrene Expertin im Team, die auch Sie medienwirksam „in Szene setzen“ kann.

**Herausgeber:**

Dr. Albrecht Kloepfer
Wartburgstraße 11 | 10823 Berlin
post@ix-institut.de | www.ix-media.de

Redaktion:

Dr. Albrecht Kloepfer, Dr. Jutta Visarius, Sören Griebel

In Zusammenarbeit mit

**Druck:**

PrintingHouse,
Union Sozialer Einrichtungen gGmbH,
Genter Str. 8 in 13353 Berlin

Satz und Layout:

Mediengestaltung der
Union Sozialer Einrichtungen gGmbH,
Koloniestr. 133–136 in 13359 Berlin

www.u-s-e.org

Erscheinungsweise: Mindestens 6 Ausgaben im Jahr. Bezugspreis 78,- Euro einschließlich Versandkosten (Inland) und MwSt. Ein Abonnement verlängert sich um ein Jahr, wenn es nicht sechs Wochen vor Ende des Kalenderjahres gekündigt wird. Sämtliche Nutzungsrechte am iX-Forum liegen bei der iX-Media. Jegliche Nutzung, insbesondere die Vervielfältigung, Verbreitung, öffentliche Wiedergabe oder öffentliche Zugänglichmachung ist ohne die vorherige schriftliche Einwilligung der iX-Media unzulässig.

Die Fotorechte liegen bei der jeweiligen Institution.

ISSN 2569-6289, 26. Jahrgang 2020, Ausgabe 3 · 2020,
Erscheinungsdatum: 9. September 2020

Folgende Themen bewegen das iX-Media Team und sollen in der iX-Forum Reihe näher betrachtet werden:

- **Rahmenbedingungen für eine gesicherte Plasmaversorgung**
- **Potentiale der Gesundheitsberufe**
- **Finanzierung von Innovationen**
- **Weichenstellung beim Morbi-RSA?**
- **Integrierte Versorgung – Potentiale und Herausforderungen**

Die Aufzählung unterliegt keiner zeitlichen Reihenfolge. Selbstverständlich reagieren wir auch auf aktuelle politische Entwicklungen

Die iX-Forum Reihe wird bundesweit mit über 2.500 Exemplaren personalisiert an Parlamente, Ministerien, Verbände, wissenschaftliche Fachgesellschaften und andere wichtige Akteure im Gesundheitswesen versandt.

Sie haben Interesse, einmal einen Diskussionsbeitrag in der iX-Forum Reihe zu veröffentlichen? Kommen Sie mit uns ins Gespräch.

**Besuchen Sie
unsere Website:**

www.ix-media.de

