



Corona-Pandemie: Analyse und versorgungsrelevante Handlungsnotwendigkeiten

Aus der Krise lernen - Zehn Punkte für ein effektives Krisenmanagement

21.08.2020

Das deutsche Gesundheitswesen ist durch die Corona-Pandemie vor die größte Herausforderung der letzten Jahrzehnte gestellt worden. In dieser Lage hat es sich als großer Vorteil erwiesen, dass Deutschland in den vergangenen Jahren – vielen anderslautenden Forderungen zum Trotz – an einer flächendeckenden Krankenhausversorgung und einer starken ambulanten hausärztlichen und fachärztlichen Versorgung festgehalten hat. Auf der anderen Seite wurde auch deutlich, wie gefährlich die jahrzehntelange Vernachlässigung des öffentlichen Gesundheitsdienstes für unser Land war. Mit beispielloser Einsatzbereitschaft haben Ärztinnen und Ärzte aus allen Versorgungssektoren sowie die Angehörigen der anderen Gesundheitsfachberufe einen Kollaps der Gesundheitsversorgung verhindert. Nun ist es an der Zeit, die richtigen Konsequenzen zu ziehen. Insbesondere mit Blick auf ein mögliches Wiederaufflammen des Infektionsgeschehens sowie auf potenzielle zukünftige Pandemien gilt es, Schwachstellen und Defizite in unterschiedlichen Bereichen der Krisenbewältigung zu analysieren und Verbesserungsstrategien zu entwickeln.

1) Krisenmanagement von Bund und Ländern weiter optimieren	2
2) Sicherheit des medizinischen Personals gewährleisten.....	3
3) Versorgungskapazitäten für Krisenfälle vorhalten und finanzieren.....	5
4) Europäische Zusammenarbeit stärken	7
5) Öffentlichen Gesundheitsdienst stärken/Meldewege verkürzen.....	9
6) Testmaßnahmen gezielt ausweiten	11
7) Kapazitätserfassung und Kapazitätssteuerung optimieren	12
8) Impfstoffentwicklung durch internationale Abkommen beschleunigen	14
9) Nachwuchs fördern und Fachkräfte sichern	15
10) Krise als Treiber für Digitalisierung nutzen	16

1) Krisenmanagement von Bund und Ländern weiter optimieren

Hintergrund:

Die Bundesregierung und die Landesregierungen haben in der Hochphase der ersten Infektionswelle Task-Forces und Krisenstäbe zur Krisenbewältigung eingesetzt. Die Kommunikation nach außen über die Arbeit der Task-Forces und deren Zusammensetzung war an vielen Stellen unzureichend. Dies hat es insbesondere externen Akteuren erschwert, sich mit ihrer Expertise in die Arbeit der Task-Forces konzeptionell einzubringen. So wurden die Bundesärztekammer, die Landesärztekammern und viele andere Organisationen aus dem Gesundheitswesen erst dann in die Arbeit der Krisenstäbe eingebunden, als bereits fertig ausgearbeitete Referentenentwürfe zu gesetzlichen und untergesetzlichen Regelungen vorlagen.

Forderung:

Im Infektionsschutzgesetz sollten für den Fall von Epidemien und Pandemien feste Krisenstäbe mit klar definierten Aufgaben und Handlungsmöglichkeiten unter Einbindung der Bundesärztekammer und der Landesärztekammern angelegt werden, die bei Bedarf schnell einberufen werden können. Notwendig ist die stärkere Vernetzung der Krisenstäbe auf Landesebene und deren Vernetzung mit den Krisenstäben auf Bundesebene. Erforderlich ist zudem die Vorhaltung eines interdisziplinären Expertenpools unter Einbindung von in Klinik und Praxen tätigen Ärztinnen und Ärzten zur Beratung der Krisenstäbe. Notwendig sind außerdem gesetzlich vorgegebene regelmäßige Übungen für den Einsatz der Krisenstäbe, wie sie etwa für Großschadensereignisse praktiziert werden. Solche Übungen führen zur besseren Vernetzung der Beteiligten und sind geeignet, Schwachstellen aufzuzeigen. Ferner sind die Pandemiepläne von Bund, Ländern, Kommunen und Einrichtungen alle zwei Jahre zu aktualisieren.

2) Sicherheit des medizinischen Personals gewährleisten

Hintergrund:

Am Beispiel von Schutzmasken und anderen Schutzmaterialien hat sich gezeigt, dass in einer Pandemie Lieferwege plötzlich nicht mehr verlässlich sind. Gleichzeitig war Deutschland nicht in der Lage, aus eigener Kraft auf eine akut steigende Marktnachfrage selbst relativ einfacher Medizinprodukte rasch zu reagieren. Der Mangel führte teilweise zu unkonventionellen Lösungsstrategien. So wurden auch von öffentlichen Stellen Hinweise zur Mehrfachbenutzung und Desinfektion verbreitet, die sich weder als praktikabel noch als erprobt oder zuverlässig erwiesen haben. Die Anschaffungspreise von Schutzausrüstungen, wie zum Beispiel Schutzmasken, Verbrauchsmaterialien, aber auch Absaugkatheter, sind im Verlauf der Pandemie erheblich gestiegen. Ebenfalls offenbarte die Zusammenarbeit der Mitgliedstaaten der Europäischen Union bei der Beschaffung von Schutzausrüstung deutlichen Verbesserungsbedarf.

Forderung:

Es muss dafür gesorgt werden, dass in Deutschland und Europa ausreichende Produktionskapazitäten geschaffen werden, die eine Versorgung und Bevorratung mit Schutzausrüstung ermöglichen. Dafür sollten auch kurzfristig aktivierbare, inländische oder jedenfalls innereuropäische Produktionsstrukturen verfügbar sein. Die dafür notwendigen Voraussetzungen und Anreize sind zu schaffen. Für die Bevorratung, als auch für die Produktionsstrukturen müssen Verträge vereinbart werden, damit im Pandemiefall sofort auf ausreichende Mengen an Schutzausrüstung zugegriffen werden kann. Dies umfasst auch die Bevorratung absehbar notwendiger Rohstoffe und wichtiger Arzneimittel. Dabei muss die Nutzung der Schutzausrüstung gemäß ihrer vorgesehenen Bestimmung als Einweg-Artikel Grundlage sein.

Die Erfahrungen der Corona-Pandemie haben gezeigt, dass die bisher in der Pandemieplanung vorgegebene Vorratshaltung von Schutzmaterial nicht ausreichend war. Deswegen ist die Pandemieplanung anzupassen. Grundsätzliches Ziel sollte die Rückverlagerung beziehungsweise der Wiederaufbau der Produktion von Arzneimitteln und Medizinprodukten innerhalb der EU sein. Dies ist nicht nur aus Gründen der sicheren Versorgung im Krisenfall sinnvoll. Auf diese Weise kämen auch die in der EU geltenden Umwelt-, Klima- und Arbeitsschutzbestimmungen zum Tragen. Firmen, die diese Bestimmungen durch Verlagerung der Produktion umgehen, dürfen hierdurch keinen Wettbewerbsvorteil in der

EU haben. Deshalb müssen bei der Produktion von Arzneimitteln und Medizinprodukten auch außerhalb der EU die hohen europäischen Standards für die Produkt- und Produktionsqualität gelten. Heute ist eine Qualitätskontrolle durch staatliche Organe insbesondere der Ursprungsrohstoffe nicht ausreichend sichergestellt. Hier müssen die Hersteller zwingend in die Verantwortung genommen werden und ggf. durch deutliche Sanktionsandrohungen veranlasst werden, selbst Qualitätskontrollen durchzuführen, um eine gleichbleibende, der Zulassung entsprechende Qualität zu gewährleisten.

3) Versorgungskapazitäten für Krisenfälle vorhalten und finanzieren

Hintergrund:

Während der Corona-Pandemie haben die im Vergleich zu anderen Ländern höhere Anzahl an Krankenhäusern und Krankenhausbetten, insbesondere Intensivbetten, sowie die ambulante haus- und fachärztliche Versorgung mit dazu beigetragen, dass Deutschland eine auffallend geringe Mortalität zu verzeichnen hatte. Insbesondere das Beispiel Spanien hat die Folgen eines massiven Abbaus von Versorgungskapazitäten (im Zuge der letzten Wirtschafts- und Finanzkrise) drastisch vor Augen geführt. Aber auch in Deutschland wurde in den vergangenen Jahren insbesondere von Seiten der Kostenträger und von Teilen der Wissenschaft immer wieder auf eine Reduktion von Versorgungskapazitäten aus monetären Gründen gedrängt. Wäre die Politik diesen Empfehlungen gefolgt, hätte Deutschland wohl eine wesentlich höhere Mortalität zu verzeichnen.

Forderung:

Kliniken sind Einrichtungen der Daseinsvorsorge und keine Industriebetriebe, die sich ausschließlich an Rentabilitätszahlen ausrichten. Krankenhäuser müssen den Patienten dienen, nicht dem Profit. Personalressourcen und Reservekapazitäten, gerade im Bereich der Notfall- und Intensivmedizin, müssen deshalb im Rahmen einer bedarfsgerechten Krankenhausplanung definiert, umgesetzt und finanziert werden. Die Vergütungssystematik der Krankenhäuser darf nicht länger ausschließlich auf wirtschaftliche Effizienz eines Krankenhausbetriebes ausgerichtet sein, vielmehr muss sich die Vergütung nach dem Versorgungsbedarf und den angemessenen Vorhaltekosten für Infrastruktur, Personal und Technik richten. In Krisensituationen sind schnell weitere Finanzmittel zur Verfügung zu stellen. Die Bundesländer sind bereits jetzt aufgefordert, in vollem Umfang ihren Investitionsverpflichtungen für den stationären Bereich nachzukommen und den Investitionsstau von rund 30 Milliarden Euro aufzulösen. Die nun von Bund und Ländern eingeplanten Mittel („Pakt für die Krankenhäuser“) müssen der Einstieg in eine dauerhaft nachhaltige Krankenhausfinanzierung werden.

Der ambulante Bereich hat sich in der Hochphase der Pandemie trotz unzureichender Schutzausrüstung als ausgesprochen krisenfest erwiesen. Sechs von sieben Corona-Patienten konnten ambulant behandelt werden.

Damit bildeten die Praxen einen Schutzwall, der die Krankenhäuser vor Überlastung bewahrte. Damit dies auch künftig sichergestellt ist, ist der ambulante Versorgungsbereich

vor einem Wiederaufflammen der Pandemie zu stärken. Neben tragfähigen Konzepten für die Beschaffung und Bevorratung von Schutzausrüstung bedarf es einer angemessenen Gegenfinanzierung des krisenbedingten Versorgungsmehraufwands. Beispielhaft zu nennen sind die Umstellung des Praxismanagements, erforderliche Umbauten zum Schutz von Personal und Patienten, die Vorhaltung von Infektionssprechstunden und die Organisation von Zeitfenstern für die Durchführung von Abstrichen, woran auch die Medizinischen Fachangestellten einen wesentlichen Anteil hatten.

4) Europäische Zusammenarbeit stärken

Hintergrund:

Die von den EU-Mitgliedstaaten getroffenen Maßnahmen, etwa Schließungen der Grenzen und Ausfuhrverbote für Schutzausrüstung, erfolgten oft einseitig und nicht in Abstimmung mit der EU-Kommission, wie es der Vertrag über die Arbeitsweise der EU vorsieht. Eine Reaktion der EU erfolgte meist verspätet und improvisiert. Sie konnte oft nur versuchen, den durch unkoordinierte nationale Maßnahmen entstandenen Schaden zu begrenzen. Ein Grund der Schwäche der EU war das Fehlen konkreter Instrumente wie eines Reaktionsmechanismus für grenzüberschreitende Gesundheitsgefahren. Solche Instrumentarien hätten mit den bereits bestehenden Kompetenzen der EU im Gesundheitsbereich aufgebaut werden können.

Forderung:

Erforderlich ist der Aufbau eines EU-Krisenreaktionsmechanismus für grenzüberschreitende Gesundheitsnotfälle. Konkret sollte die EU einen Aktionsplan für grenzüberschreitende Gesundheitsnotfälle erarbeiten und eine zentrale Koordinierungsstelle hierfür benennen. Diese könnte beim Europäischen Zentrum für die Prävention und Kontrolle von Krankheiten (ECDC) eingerichtet werden, welches ressourcenmäßig gestärkt werden und erweiterte Kompetenzen erhalten sollte. Bei einem festgestellten Pandemiefall sollte diese Stelle die Abstimmung mit den Mitgliedstaaten vornehmen. Zu diesen zu koordinierenden Maßnahmen zählen insbesondere die Schließung von Grenzen für Personen oder für den Warenverkehr sowie die Veranlassung von Schutzvorkehrungen für den grenzüberschreitenden Verkehr.

Diese zentrale Koordinierungsstelle beim ECDC sollte kurzfristig Auftragsvergabeverfahren für dringend benötigte Arzneimittel, Wirkstoffe, Medizinprodukte oder Schutzausrüstung durchführen und die Verteilung organisieren. Gemeinsam mit Unternehmen sollte sie Notfallpläne erarbeiten, wie im Bedarfsfall die Produktion auf dringend benötigte Produkte umgestellt werden kann. Für Arzneimittel, Medizinprodukte oder Schutzausrüstung sollten in Ergänzung zu nationalen Reserven auch europäische Vorräte angelegt werden.

Notwendig sind ferner europaweit vernetzte Meldestrukturen, die Entwicklung einer europäischen Tracing-App, ein europäischer Beistandspakt bei Überlastung von Klinikstrukturen sowie die Entwicklung eines europäischen Registers für medizinische Ressourcen. Die EU-Mitgliedstaaten müssen sich zudem unbedingt über eine einheitliche medizinische Grundversorgung von geflüchteten Menschen/Menschen ohne geregelten Zugang zur

Gesundheitsversorgung verständigen. Die Beachtung der Menschenrechte und der Menschenwürde gebietet den gesundheitlichen Schutz aller Menschen, unabhängig von ihrer Herkunft; dies sollte die EU garantieren. Um die internationale Zusammenarbeit und die Verbesserung der gesundheitlichen Versorgung weltweit zu unterstützen, sollte sich die EU auch für eine Stärkung und Reform der WHO einsetzen.

5) Öffentlichen Gesundheitsdienst stärken/Meldewege verkürzen

Hintergrund:

Die Corona-Pandemie hat noch einmal verdeutlicht, dass die Gesundheitsämter dauerhaft mehr Personal benötigen, um ihre vielfältigen Aufgaben erfüllen zu können. So ist die Zahl des ärztlichen Personals in den Gesundheitsämtern von 5.000 im Jahr 1970 (nur Westdeutschland) auf 2561 im Jahr 2019 gesunken. Weitere personelle Engpässe sind absehbar, weil rund 72 Prozent der Ärztinnen und Ärzte im Öffentlichen Gesundheitsdienst 50 Jahre oder älter sind und bei Eintritt in den Ruhestand ersetzt werden müssen. Die Bundesärztekammer befürwortet den von der Bundesregierung mit dem Konjunkturpaket beschlossenen „Pakt für den Öffentlichen Gesundheitsdienst“ sowie die vorgesehenen Maßnahmen zur Stärkung des ÖGD. Zudem ist der strukturelle Ausbau des Öffentlichen Gesundheitsdienstes, insbesondere die Modernisierung der digitalen Ausstattung sowie die Beschleunigung der Meldeverfahren, notwendig, um auf Pandemielagen angemessen reagieren zu können. So wurde bereits zu Beginn der Pandemie in Deutschland offensichtlich, dass die notwendigen Meldekette zwischen den Gesundheitsämtern vor Ort, den Landes- und Bundesbehörden, dem Bundesministerium für Gesundheit und dem Robert Koch-Institut weder qualitativ noch quantitativ ausreichend waren. Entscheidungsträger aus Politik und Medizin mussten so deutlich länger als technisch notwendig ohne valide Daten und deren wissenschaftlicher Auswertungen agieren.

Forderung:

Die Ärztinnen und Ärzte in den Gesundheitsämtern sind keine Verwaltungsangestellten, sondern Fachärzte, die einer ärztlichen Tätigkeit nachgehen. Damit der ÖGD dauerhaft personell besser ausgestattet werden kann, ist eine tariflich gesicherte, arztspezifische Vergütung unabdingbar. Angesichts der enormen Bedeutung des ÖGD für die Pandemiebekämpfung und die Gesunderhaltung der Bevölkerung sind die mit dem Pakt für den Öffentlichen Gesundheitsdienst geplanten Maßnahmen von Bund, Ländern und Kommunen konsequent, zügig und bundesweit umzusetzen. Bei der konkreten Ausgestaltung dieser Maßnahmen ist die Expertise der Bundesärztekammer mit einzubeziehen.

Außerdem muss der ÖGD dauerhaft technisch besser ausgebaut werden. Der Anschluss an das Deutsche Elektronische Melde- und Informationssystem für den Infektionsschutz (DEMIS) kann nur ein erster Schritt bei der erforderlichen Anpassung des ÖGD an die digitalen Möglichkeiten sein. Verfügbare Daten und (Zwischen-)Auswertungen offizieller

Institutionen, wie z. B. des Robert Koch-Institutes, der Bundes- und Landesministerien sowie der Bundes- und Landesstatistikbehörden, sind im Krisenfall so schnell wie möglich den Verantwortlichen in Bund, Land, Kommunen (insbesondere dem Öffentlichen Gesundheitsdienst) sowie den Institutionen der Ärzteschaft und den fachlich betroffenen medizinisch-wissenschaftlichen Fachgesellschaften verfügbar zu machen. Es sollte ein einheitliches Vorgehen und eine einheitliche Informationspolitik der Gesundheitsämter angestrebt werden.

Auch für den Bereich der europäischen Union sollte dabei eine einheitliche Melde- und Erfassungssystematik gewährleistet werden.

Diese Punkte und weitere relevante Aspekte hat die Bundesärztekammer in einem Positionspapier vom 20. Juli 2020 fokussiert dargestellt.

6) Testmaßnahmen gezielt ausweiten

Hintergrund:

Deutschland hat im Vergleich zu anderen Ländern relativ früh Testkapazitäten ausgebaut und mit der Testung von Verdachtsfällen begonnen. Dies hat nach fast einhelliger Meinung der Wissenschaft maßgeblich dazu beigetragen, dass die erste Infektionswelle in Deutschland gut eingedämmt werden konnte. Dennoch ist es auch ein halbes Jahr nach dem offiziellen Eintritt der Pandemie nicht gelungen, ein tragfähiges einheitliches Konzept umfänglicher und gezielter Testungen zu implementieren. In Einrichtungen der ambulanten und stationären Versorgung besteht ein hohes Risiko für die Bildung von Infektionsclustern, auch weil im Rahmen der medizinischen Versorgung Abstandsregeln oftmals nicht eingehalten werden können. Dies gefährdet zum einen die vulnerable Gruppe der Patientinnen und Patienten, die zu einem Großteil einer Risikogruppe angehören. Zum anderen ist auch das medizinische Personal, das für die Patientenversorgung dringend gebraucht wird, einem erhöhten Infektionsrisiko ausgesetzt.

Forderung:

Unabhängig vom jeweiligen Erreger muss in Vorbereitung auf eine weitere infektiologische Krisensituation eine ausreichende Verfügbarkeit von Testreagenzien, erforderlichen Rohstoffen und flexibel steigerbaren Laborkapazitäten gegeben sein. Für medizinische Einrichtungen und Arztpraxen muss eine einheitliche und verbindliche Test-Strategie implementiert werden. Die dadurch entstehenden Kosten müssen gegenfinanziert werden. Diese Strategie muss indizierte Testungen sowohl für Patientinnen und Patienten als auch für die Gesundheitsfachberufe vorsehen. Außerdem sollten auch Risikogruppen außerhalb des Gesundheitswesens Anspruch auf Tests haben.

Testkonzepte sollten sobald wie möglich schnelle Antigennachweise mit einbeziehen und auf der Basis wissenschaftlicher Erkenntnisse und epidemiologischer Fragestellungen zur Eingrenzung einer Pandemie entwickelt werden.

7) Kapazitätserfassung und Kapazitätssteuerung optimieren

Hintergrund:

Bereits mit Beginn der Pandemie in Deutschland wurde eine Verdopplung der Intensivkapazitäten in Krankenhäusern angestrebt. Strukturen, die eine Übersicht über die täglich landes- und bundesweit verfügbaren Kapazitäten ermöglicht hätten, existierten nicht. Entsprechende Übersichten wurden zunächst durch das Engagement von Fachgesellschaften initiiert (DIVI-Intensivregister), dann über eine gesetzliche Neuregelung zu einer verpflichtenden Meldung durch die Kliniken nachjustiert. Erst ab diesem Zeitpunkt wurden eine verlässliche Übersicht und eine darauf basierende Kapazitätsplanung, -steuerung und -auslastung möglich. Hilfsangebote an Norditalien und Ostfrankreich zur Aufnahme von Patientinnen und Patienten konnten so anfänglich nur deutlich verzögert realisiert werden. Ebenso war die Vergabe von Aufträgen an die Industrie nur verzögert möglich (Bestellung von Beatmungsgeräten etc.).

Forderung:

Eine Übersicht über die tatsächlich verfügbare medizintechnische Infrastruktur, notwendige Diagnostik und Therapeutika ist wesentlich. Die Steuerung der jeweils notwendigen Ressourcen muss neben Betten und Beatmungsgeräten auch das tatsächlich vorhandene qualifizierte Personal umfassen. Die gezielte Kapazitätssteuerung erfolgt sinnvollerweise auf allen Ebenen (Bund, Länder, Landkreise und Kommunen) in regionalen Verbänden.

Gerade in den ersten Monaten der Corona-Pandemie haben Menschen aus Angst vor einer Infektion zu spät oder gar nicht ärztliche Hilfe nachgesucht. Dazu zählten beispielsweise Früherkennungsuntersuchungen, die Krebsdiagnostik oder die Behandlung chronischer Erkrankungen. Um Ängste abzubauen und Unsicherheiten zu vermeiden, bedarf es einer breit angelegten Informationskampagne von Bund und Ländern zur Aufklärung der Bürgerinnen und Bürger über tatsächliche Infektionsrisiken sowie über die Infektionsschutzmaßnahmen in medizinischen Einrichtungen.

Im stationären Sektor konnten Patienten in der Hochphase der Pandemie selektive Eingriffe nicht vornehmen lassen, weil diese verschoben werden mussten, um Kapazitäten für schwere Verläufe von Covid-19-Patienten freizuhalten. Nach einer Studie der Universität Birmingham wurden in Deutschland in einem Zeitraum von drei Monaten 908.759 Operationen aufgeschoben, darunter 52.000 Krebsoperationen. Auch wenn nicht jeder Aufschub bei onkologisch indizierten Eingriffen mit einer Verschlechterung der Prognose verbunden sein

muss, stellen längere Wartezeiten insbesondere für Krebspatienten eine starke psychische Belastung dar. Auch nach Wiederaufnahme des Regelbetriebs in den Kliniken bleiben verfügbare Kapazitäten für die Behandlung von Patientinnen und Patienten außerhalb der Covid19-Versorgung derzeit noch ungenutzt. Monetäre Fehlanreize für das Vorhalten unnötig großer Intensivkapazitäten sind daher zu beseitigen. Für künftige Ausbrüche sind die Pandemiepläne so auszugestalten, dass elektive Eingriffe nur entsprechend des tatsächlichen Anstiegs der Infektionszahlen eingeschränkt werden.

Zudem gilt es, Kollateralschäden von Schutzmaßnahmen insbesondere unter Kindern- und Jugendlichen zu vermeiden. Für ihr seelisches und körperliches Wohlbefinden ist die Aufrechterhaltung eines weitgehenden Regelbetriebes in Schulen und Kitas zwingend erforderlich. Darüber hinaus sind die Wiederaufnahme und die Nachholung versäumter Schuleingangsuntersuchungen notwendig, um häusliche Gewalt und Verwahrlosung frühzeitig erkennen zu können.

8) Impfstoffentwicklung durch internationale Abkommen beschleunigen

Hintergrund:

Auf internationaler Ebene ist zu konstatieren, dass erst Ende April/Anfang Mai 2020 die Notwendigkeit klarer internationaler Absprachen und Abkommen zur Impfstoffentwicklung und -verteilung seitens der EU-Kommission, der WHO, der Vereinten Nationen und nationaler Regierungen erkannt wurde. Dabei war schon im März 2020 bekannt, dass eine Impfstoffentwicklung in der Regel mindestens ein Jahr erfordert und der Zugang zu (einem) wirksamen Impfstoff(en) entscheidend für alle betroffenen Länder werden wird. Auf nationaler Ebene sind für den Bedarfsfall Fragestellungen zur begleitend erforderlichen Logistik und zu den Durchführungsbedingungen von Massenimpfungen vielfach ungeklärt.

Forderung:

Deutschland verfügt als eines der wenigen Länder in der Welt über zwei Produktionsstandorte für Impfstoffe. Um wirksam auf Gesundheitskrisen reagieren zu können, müssen Möglichkeiten geschaffen werden, deren Produktionskapazitäten schnell zu erweitern. Eine solche Kapazitätsausweitung ist schon derzeit für Influenza-Impfstoffe dringend erforderlich, da eine relevante Grippewelle während der gegenwärtig pandemischen Lage das Gesundheitswesen zusätzlich belastet. Die Planungen zur Impfstofflogistik sollten überprüft werden, damit die Versorgung der Arztpraxen, Betriebsärzte, Krankenhäuser und des öffentlichen Gesundheitsdienstes mit Impfstoffen und notwendigen Materialien jederzeit gewährleistet ist. Apotheken müssen sich an dieser Stelle auf ihre originären und herausfordernden Aufgaben in der Impfstoffversorgung fokussieren. Die Durchführung von Impfungen in Apotheken hingegen läuft einer effektiven Impfstrategie zuwider, denn sie ist medizinisch-fachlich unvertretbar, kann das erforderliche hohe Vertrauen der Bevölkerung in die Sicherheit von Impfungen gefährden und ist zudem unter Versorgungsgesichtspunkten ineffektiv und teuer. Modellversuche dieser Art passen deswegen nicht in eine Zeit der Pandemie, in der alle vorhandenen Kräfte zielgerichtet und gebündelt eingesetzt werden müssen. Der Gesetzgeber sollte die entsprechenden Regelungen deswegen für mindestens ein Jahr aussetzen. Dabei muss die Impfung der Patienten in ärztlicher Hand bleiben.

Auf internationaler Ebene sind Abkommen über gemeinsame Forschung, Herstellung sowie Verteilung von Medikamenten und Impfstoffen erforderlich. Die Abkommen sollten baldmöglichst angestrebt werden und über gegenseitige Hilfe im Rahmen der Corona-Pandemie hinausgehen.

9) Nachwuchs fördern und Fachkräfte sichern

Hintergrund:

Die Corona-Pandemie hat gezeigt, wie sehr das gesellschaftliche und wirtschaftliche Leben von einem gut funktionierenden Gesundheitswesen abhängt. Das deutsche Gesundheitssystem wird von hochmotivierten Ärztinnen und Ärzten, Medizinischen Fachangestellten, Pflegekräften und weiteren Gesundheitsfachberufen getragen. Allerdings ist die Personalsituation in Kliniken und Praxen auch unabhängig von der Corona-Krise stark angespannt. Auf dem Höhepunkt der ersten Infektionswelle hat sich die Situation in einigen Einrichtungen deutlich verschärft. So mussten Krankenhäuser auf nicht-intensivmedizin-erfahrenes Personal aus anderen Klinikbereichen zurückgreifen, im ambulanten Bereich wurden Ärztinnen und Ärzte im Ruhestand unterstützend tätig.

Forderung:

Die Verfügbarkeit von gut ausgebildetem Personal ist der zentrale Schlüssel zur Krisenbewältigung. Das Vorhalten notwendiger Personalkapazitäten, die Personalentwicklung und -schulung sind daher als unverzichtbare Bestandteile der Daseins- und Krisenvorsorge zu sehen. Der Fachkräftegewinnung und Fachkräftesicherung im ärztlichen Dienst wie auch in der Pflege, Medizinische Fachangestellte und anderen Gesundheitsfachberufen sind deshalb hohe Priorität beizumessen. Die Bundesländer sind aufgefordert, weitere finanzielle Mittel für eine ausreichende Zahl der Studienplätze in der Humanmedizin bereitzustellen. Daneben sind die im Masterplan Medizinstudium 2020 aufgeführten Reformmaßnahmen vollständig und bundesweit umzusetzen. Personalkosten dürfen nicht wie bisher überwiegend ökonomischen Überlegungen untergeordnet werden. Vielmehr muss akzeptiert werden, dass eine ausreichende – auch Vorhaltebedarfe beachtende – qualitative und quantitative Personalausstattung nicht nur eine leitliniengerechte menschenwürdige Patientenversorgung ermöglicht, sie ist auch zur Daseinsvorsorge und zur Unterstützung der Patientenautonomie unabdingbar.

10) Krise als Treiber für Digitalisierung nutzen

Hintergrund:

Durch die Corona-Krise und die damit einhergehenden Kontaktbeschränkungen hat sich die Nutzung digitaler Anwendungen im privaten Umfeld sowie im Arbeitsleben intensiviert. Auch im Gesundheitswesen kamen und kommen zunehmend Video- und Telefonsprechstunden sowie weitere telemedizinische Verfahren wie beispielsweise Telekonsile und Telemonitoring zum Einsatz. Dennoch fehlen in vielen wichtigen Bereichen passgenaue digitale Anwendungen bzw. digitale Vernetzungen. Insbesondere vor dem Hintergrund, dass Patienten aus Angst vor einer Infektion dringend notwendige Arztbesuche verschoben haben, fällt das Fehlen flächendeckender telekommunikativer Angebote besonders ins Gewicht. Hierzu zählen zum Beispiel digitale, sensorgestützte Monitorings bei chronisch kranken Patienten (beispielsweise Herz-Kreislauferkrankungen und chronische Lungenerkrankungen), bei Patienten in häuslicher Quarantäne oder in Pflegeeinrichtungen. Es gibt ferner keine sichere Messenger App, die von allen Ärztinnen und Ärzten zur schnellen innerärztlichen Kommunikation genutzt werden kann. Es fehlt die ausreichende digitale Anbindung von Ärztinnen und Ärzten an den Öffentlichen Gesundheitsdienst. Das Resultat sind fehlende digital unterstützte strukturierte Meldewege für eine einheitliche Corona-Dokumentation und für eine Koordinierung der Versorgung.

Forderung:

Notwendig sind ein flächendeckender Ausbau zertifizierter Videokonferenzmöglichkeiten, ein besserer Zugang zu Wissensdatenbanken und aktuellen Forschungsergebnissen für Ärztinnen und Ärzte sowie der Ausbau von Telekonsilen. Monitoring-Möglichkeiten für ambulante Patientinnen und Patienten sind zu etablieren und leistungsgerecht zu vergüten. Einheitliche und sichere Messenger App-Anwendungen für eine schnelle und unproblematische Kommunikation im gesamten medizinischen Bereich sind zu entwickeln. Bund und Länder sollten zudem Möglichkeiten prüfen, wie digitale Kommunikationsmöglichkeiten zwischen Patienten und ihren Angehörigen, insbesondere bei bestehenden Besuchseinschränkungen in Pflegeheimen, geschaffen werden können.

Flächendeckend müssen schnellstmöglich die technischen Voraussetzungen für stabile und sichere Internet- und Telekommunikationsmöglichkeiten für alle Bürgerinnen und Bürger geschaffen werden.