



RESILIENZ IM GESUNDHEITSWESEN IN DER KRISE – EIN DISKUSSIONSPAPIER.

Eingereicht von: ASG-Bundesvorstand

Vorbemerkung

Als größte Krise ist derzeit die Klimakrise zu betrachten, die auch das Gesundheitssystem vor neue Herausforderungen stellt, wie gerade am Beispiel am Beispiel der Hitzeperioden deutlich wird. Wir erleben gerade am Beispiel der durchlebten Corona-Krise, dass sich die Resilienz des Gesundheitssystems in Deutschland als sehr brüchig erweist. Nachfolgend nur einige Stich- bzw. Schlagworte als Hintergrundmaterial, ausschließlich zur internen Verwendung.

Zweck: Erste Orientierung mit Blick auf Schaffung resilienterer Strukturen im Gesundheitswesen. Die entsprechenden Belege können aus Zeitgründen nicht einzeln aufgeführt werden, lassen sich jedoch bestimmt schnell recherchieren. Abschließend sei erwähnt, dass die seit Jahren bekannten strukturellen Defizite und Effizienzmängel im Gesundheitswesen, die derzeitige Krise verschärfen.

Zur Steigerung der Resilienz ist deren Behebung deshalb dringend geboten.

Krisenfokus: Öffentlicher Gesundheitsdienst

- Personelle Ausdünnung ÖGD in letzten Jahren
- Corona-Krisenerfahrung – föderale Struktur bzw. mangelnde Kooperation und Koordination zwischen Bund und Ländern, aber auch zwischen den Kommunen, erschweren effiziente Krisenbekämpfung: Austarieren der jeweiligen Vorteile zentraler und dezentraler politischer Strukturen nötig – Erfordernis intensiver Kommunikation und Koordination.
- Kooperationsdefizite zwischen ÖGD und niedergelassenen Ärzten bzw. KVen inkl. Logistikketten (z. B. bei Impfstoffversorgung)
- Mühselige und kostspielige Beschaffung von med. Artikel (Masken), Medikamente
- Kommunikations- und Zuständigkeitsdefizite wie momentan am Beispiel des Robert-Koch-Instituts oder der Stiko ersichtlich
- Unzureichendes aktives Risikomanagement bereits im Vorfeld der Krise: Deshalb vorab Festlegung von Krisenplänen (Zuständigkeiten, Entscheidungsbefugnisse, Kommunikationskanäle, Ressourcenplanung u. v. m.)

Krisenfokus: Versorgung

- Personelle Unterversorgung kurzfristig kaum behebbar
 - Steigender Bedarf Pflegepersonal aufgrund demografischer Entwicklung
 - Steigender Ärztebedarf
 - Krankenhaus – Deutsches Krankenhausinstitut: 76 % der Krankenhäuser können kaum Personal für vakante Stellen finden



- Niedergelassene Ärzte: Unterversorgung insbesondere in ländlichen Regionen – Digitalisierungspotential z. B. Telemedizin kann nicht gehoben werden (s. u.)
- Dauerbrenner: abgeschottete Sektoren/Schnittstellenproblematik: niedergelassene Ärzte – stationäre Versorgung – Übergang/Rückkehr in Beruf bzw. Pflege. In Krisen benötigter Mehrbedarf an Finanzmitteln könnte durch bessere Abstimmung/Effizienz zwischen den Sektoren gedeckt werden.
- Abbau von Fehlversorgung, um nicht nur in Krisen benötigte Ressourcen für prioritäre Bedarfe bereitstellen zu können. Beispiel: überflüssige Inanspruchnahme von Notfallambulanzen. Eindämmung der Nachfrage angebotsinduzierter ärztlicher Leistungen, die medizinisch nicht notwendig sind. (Beispiel IGEL-Liste)

Krisenfokus: Digitalisierung

- Unzureichende digitale Vernetzung im Gesundheitswesen. Folge: fehlende valide Daten zur Initiierung effizienter Lösungsstrategien sowie zum Ausbau eines aktiven Risikomanagements, das der regelmäßigen Datenerhebung bedarf, um Prognosen, Warnsignale, Simulationsberechnungen, Stresstest u. v. m. vornehmen zu können. Weitergehende Folge: Glaubwürdigkeitsverlust/Vertrauensverlust in großen Teilen der Bevölkerung, wie am Beispiel der Corona-WarnApp, die kaum die gewünschte Wirkung erzielt hat!
- Unzureichende digitale Ausstattung (Haus-)Arztpraxen zur telemedizinischen Versorgung, obwohl dies eine effektive Strategie zur Bekämpfung von Versorgungslücken sein könnte. Am Beispiel Pflege: Mit telemedizinischer Versorgung könnten der Rückgang und Rückzug der Hausärzte sowie die spürbar abnehmenden Hausbesuche zur Versorgung Pflegebedürftiger in den eigenen vier Wänden spürbar verbessert werden.
- Potential der elektronischen Patientenakte bzw. -karte, bleibt nach wie vor weitgehend ungenutzt.

Fokus Krisenmanagement*

- Insbesondere mit Blick auf zukünftige Pandemien: Vorhalt leistungsfähiger internationaler Netzwerke unverzichtbar. Überprüfung der Leistungsfähigkeit, Früherkennung und Prognosefähigkeit sind geboten.
- Krisenpläne: rechtzeitige Aufstellung von Krisenplänen und Erprobung dieser mit den relevanten Akteuren (aus Flutkrise 2021 lernen – Wer, wann, was mit welchen Ressourcen und Entscheidungskompetenzen?! Auch hier: Zusammenspiel Bund-Länder und Kommunen beachten.)

Fokus Aufbau redundanter Strukturen*

- Senkung der Abhängigkeit z. B. in der Arzneimittelversorgung durch Lagerhaltung wichtiger Arzneimittel sowie Diversifizierung von Lieferketten, um



Abhängigkeiten von einem Anbieter zu reduzieren (s. aktuell Ukrainekrise) – im Ausnahmefall: Rückverlagerung von Wertschöpfungsketten nach Deutschland.

- Förderung/Befähigung der Unternehmen zur schnellen Umstellung von Produktportfolios auf krisenrelevante Produkte.

Fokus Strukturanpassung auf Basis von Krisenerfahrung*

- Steigerung von Leistungs- und Erholungsfähigkeit (krisenerprobter) Strukturen. Empirische Erkenntnisse über Krisenursachen und Konsequenzen bereits mitten in akuter Krise gewinnen, insbesondere über Funktionsfähigkeit von Anpassungsstrategien und Politikmaßnahmen. Hierzu nötig: zeitnahe Erhebung und Bereitstellung umfassenden Datenmaterials sowie Datenaustausch zwischen EU-Staaten: hierzu nötig sind int. Harmonisierung von Standards, Qualitätsnormen u.v.m. Sicherstellung hoher Cybersicherheit!

*in Anlehnung an Christoph Schmidt/SVR-Gutachten 2018; ifo Schnelldienst 3/2022