



BERNSTEIN
HEALTH

GESUNDHEIT IST WIEDER POLITISCH

*Warum die COVID-19-Pandemie einen
Umbruch im System beschleunigt*

Bernstein Health is a Joint Venture of

Bernstein Group

Neustädtische Kirchstraße 6
10117 Berlin

Pivot Regulatory GmbH

Sonnenstr. 19 – Eingang 1
80331 München



Wie nie zuvor stehen die Gesundheitspolitik und ihre Akteure im Zentrum des öffentlichen Interesses. Die Corona-Pandemie dominiert die Agenda von Politik und Gesellschaft. Covid-19 schärft den Blick auf die Stärken und Schwächen unseres Gesundheitssystems. Die grundsätzliche Frage, was aus den aktuellen Erfahrungen gelernt, wie die Gesundheitsversorgung gesichert und verbessert werden kann, wird – gerade in einem Wahljahr – immer drängender. Wenn das Virus besiegt oder zumindest dauerhaft unter Kontrolle ist, stellen sich elementare Fragen: Was muss sich ändern, was muss besser werden? Wie nutzen – und bezahlen – wir die Chancen, die Arzneimittelforschung oder Digitalisierung bieten?

Diverse Umfragen verschiedenster Institute belegen, dass die Bundesbürger gerade in Zeiten einer Pandemie mit dem Gesundheitssystem insgesamt zufrieden bis sehr zufrieden sind. Wie gut „das System“ tatsächlich ist, hängt von der Perspektive ab. Statistisch gesehen weist Deutschland im Vergleich zu anderen Staaten eine geringere Zahl von schweren Verläufen auf. Ob das auf eine immer noch gute Abdeckung mit Arztpraxen und/oder eine hohe Anzahl an Krankenhausbetten (inklusive Kapazitäten der Intensivstationen) zurückzuführen ist, sei dahingestellt.

Aber: Der „Covid-19-Schock“ hat Schwächen des Systems offengelegt. Deutschland war auf die Pandemie schlecht vorbereitet. Das Szenario einer „Seuche von globalem Ausmaß“ war lange bekannt, allein Vorsorge bei Schutzausrüstung und Desinfektionsmitteln wurde nicht getroffen. Die inhärente Trägheit des Gesundheitssystems erschwerte das Krisenmanagement. Die Selbstverwaltung kann derartige Ausnahmesituationen nicht bewältigen, dafür war und ist sie auch nicht konzipiert. Ob „die Politik“ für jeden Fehler, jedes Versäumnis haftbar gemacht werden kann, ist dann fraglich, wenn damit nur verantwortliche Regierungsmitglieder (die Bundeskanzlerin eingeschlossen) gemeint sind. Vielmehr scheinen sich nachgeordnete Behörden und die im Regelbetrieb verlässliche Verwaltung in der eigenen Bürokratie zu verheddern und damit in der Krise selbst zum Problem zu werden. Das wird im direkten Vergleich mit pragmatisch veranlagten westlichen Industriestaaten wie den USA oder dem UK deutlich. Nicht zuletzt die in Deutschland festzustellenden Mängel in der Digitalisierung sind ein gravierendes Manko im Kampf gegen Covid-19.

Wird die Pandemie zum Katalysator von Verbesserungen im Gesundheitssystem und damit in der Versorgung und der öffentlichen Daseinsfürsorge?

Meinungsverschiedenheiten innerhalb der Gematik sowie die Widerstände von Gesundheitsämtern gegen eine einheitliche Software lassen hier erhebliche Zweifel aufkommen. Einerseits. Andererseits sind es Biotech-Unternehmen aus Deutschland, die die Impfstoffentwicklung maßgeblich vorangebracht haben. Zwischen diesen Polen bewegt sich die gesundheitspolitische (Zukunfts-) Debatte: Bürokratisch anmutendes Klein-Klein und Durchbruch im Kampf gegen ein tückisches Virus.

Wie innovationsfreundlich ist das eigene, das „deutsche“ System? Welchen Stellenwert hat Versorgungssicherheit im Rahmen des Gesundheitswesens? Ist da nicht zu viel als selbstverständlich angesehen worden?



Innovation? War bisher nur erwünscht, wenn sie ins System passte. Versorgungssicherheit? Wurde bisher vor allem unter dem Vorbehalt der Qualitätskontrolle gedacht.

Wie werden die politisch Verantwortlichen reagieren, wenn die Pandemie dauerhaft unter Kontrolle ist, wenn „troubleshooting“ nicht mehr vorrangig gefragt sein wird?

Wir meinen: Es deutet sich ein umfassender(er) Umbau des Systems an. Der Fokus der handelnden Akteure verschiebt sich: weg von kleinteiligen Detailfragen hin zum großen Bild. Der Einfluss der Selbstverwaltung wird sich verringern, Kostenfragen treten in den Hintergrund.

Dazu fünf Thesen:

1. Resilienz wird zum neuen Schlüsselfaktor im Gesundheitssystem
2. Krankenhausfinanzierung sowie Arzneimittelentwicklung und -bewertung werden neu gedacht
3. Digitalisierung? Kein Durchbruch in Sicht
4. Evidenz wird wichtiger, die medizinisch-wissenschaftliche Meinungsbildung wird öffentlicher und kontroverser
5. Gesundheit ist als Querschnittsthema angekommen

These 1: Resilienz wird zum neuen Schlüsselfaktor im Gesundheitssystem

Unter Resilienz oder auch Widerstandsfähigkeit verstehen wir die Eigenschaft, souverän mit schwierigen Situationen umzugehen. Im Gegensatz zur oft beschworenen Resilienz als wichtigem Faktor für die psychische Gesundheit, meinen wir mit Resilienz die Fähigkeit des Systems flexibel, klug und kreativ mit neuen Situationen umzugehen und damit seine Belastbarkeit zu erhöhen.

Resilienz ist zwar in allen Bereichen des Gesundheitssystems relevant, wir möchten an dieser Stelle aber jene Bereiche hervorheben, in denen Resilienz besonders zentral ist:

Prävention:

- Das individuelle Verhalten von Menschen, um sich und andere zu schützen, rückt mehr und mehr ins Zentrum gesundheitspolitischer Maßnahmen, da grundsätzlich „gesunde Menschen“ weniger anfällig für schwere Verläufe von Covid-19 sind.
- Der Staat versteht es als Teil seiner Daseinsvorsorge, Präventionsmaßnahmen zu treffen. Diese können im Pandemiefall auch Grundrechte einschränken und zielen auf das individuelle Verhalten jedes Einzelnen ab, um einerseits die Verbreitung des Virus einzudämmen und damit schwere Krankheitsverläufe und Todesfälle zu verhindern, sowie andererseits einer Überlastung des Systems bzw. der Krankenhäuser vorzubeugen.
- Bisher war Primärprävention gewünscht, aber nicht notwendig, da das Verhalten nur ganz langfristig Auswirkungen auf das System (Stichwort nichtübertragbare Krankheiten) hatte – bei akuten Epidemien ist aktuelles Verhalten jedoch sehr relevant.



- Aus diesem Grund wird in Zukunft auch ein Fokus auf der Förderung von primären Präventionsmaßnahmen liegen. Dies senkt zu erwartende Behandlungskosten.
- So initiiert die EU in ihrem „Beating Cancer Plan“ ein Programm mit Schwerpunkt auf der Primärprävention und dem Zugang zu Screenings, da bis zu 40 Prozent der Krebserkrankungen vermeidbar sein könnten. (Primär-) Prävention wird daher ein relevantes Feld für Erstattungsfähigkeit und neue Produkte werden.

Personal:

- Bereits von Covid-19 war klar, dass das pflegende sowie medizinische Personal im Krankenhausbereich an bzw. über der Belastungsgrenze arbeitet und unter einem großen Fachkräftemangel leidet. Die Pandemie hat uns dieses Nadelöhr eindrücklich vor Augen geführt. Von politischer Seite fehlt noch der große Wurf, um die Situation zu bewältigen. Zu den bisherigen Maßnahmen zählen das Pflegepersonal-Stärkungsgesetz und die Berufung eines Pflegebevollmächtigten.
- Maßnahmen zur Steigerung der Funktionsfähigkeit und der Resilienz müssen allerdings über Symbolpolitik hinausgehen. Denn ohne neue Ideen zur Reduktion der Arbeitsbelastung von Krankenhauspersonal und der Steigerung der Attraktivität des Pflegeberufs kann keine stabile Versorgung sichergestellt werden. Hier braucht es innovative Modelle und die Einbeziehung von Akteuren, die sich außerhalb der klassischen Denkmuster bewegen; Digitalisierung ist hier nur eines der Stichworte.

Arzneimittelversorgung:

- Die Abhängigkeit von der Wirkstoffproduktion von Arzneimitteln in Asien wurde im letzten Jahr besonders deutlich. Um Arzneimittelengpässe zu bekämpfen, kündigte die EU-Kommission als Teil ihrer Pharmastrategie an, Produktion und Investitionen wieder verstärkt nach Europa zurückholen zu wollen.

These 2: Krankenhausfinanzierung sowie Arzneimittelentwicklung und -bewertung werden neu gedacht

Die Systeme der Krankenhausfinanzierung sowie der Arzneimittelentwicklung und -bewertung müssen dynamischer werden; Geschwindigkeit und Ressourcenbündelung werden zu Erfolgsfaktoren.

Krankenhausfinanzierung:

- Überbelastetes Krankenhauspersonal kann auch durch eine bessere Abbildung von Personalkosten im System entlastet werden. Die bestehenden Wege zur Kosteneinsparung sind zu kompliziert. Krankenhausfinanzierung muss nicht nur die Leistungsfähigkeit des Systems sicherstellen, sondern auch kluge Anreize für Leistungserbringer, pharmazeutische Unternehmer, Ärzte und Krankenkassen setzen.
- Die Abbildung von Aufwänden in Diagnosebezogenen Fallgruppen (DRGs) und die mangelnde Erstattungsfähigkeit aufgrund der NUB-Lücke sind Folge dieser Komplexität. Ein solches System ist eben nicht krisensicher, da es nicht flexibel auf Veränderungen reagieren und aus sich heraus keine Kapazitäten für den Krisenfall



vorhalten kann. Die Vereinfachung und Flexibilisierung des Systems stehen daher ganz oben auf der gesundheitspolitischen Agenda.

Arzneimittelentwicklung:

- Die Enttäuschung der Politik über die fehlende Voraussicht der pharmazeutischen Industrie ist groß. Ihr wird vorgeworfen, nur in rentable Projekte mit wenig tatsächlichem Mehrwert zu investieren, Forschung zu den tatsächlichen Herausforderungen wie zunehmenden Resistenzen gegen Antibiotika oder den Risiken eines Coronavirus werden außer Acht gelassen.
- Gleichzeitig ist die Politik auf die Innovationskraft der pharmazeutischen Industrie angewiesen, wie die Impfstoffentwicklung beweist. Die Beteiligung des Staates an CureVac zeigt zwar, dass sich die Politik hier nicht mehr nur auf Zusagen allein verlässt, dennoch ist sie den Zusagen der Unternehmen ausgeliefert.
- Dabei werden die politischen Prioritäten durch den Konflikt zwischen der Förderung der Spitzenmedizin und der Sicherung der Breitenversorgung – welche durch Covid-19 eine Renaissance erfahren hat – bestimmt.

These 3: Digitalisierung? Kein Durchbruch in Sicht

Das Gesundheitswesen in Deutschland ist im Vergleich noch immer eine digitale Wüste. Laut einer Studie der Bertelsmann-Stiftung belegt Deutschland Platz 16 von 17 untersuchten Ländern. Das liegt einerseits an hohen Datenschutzstandards, andererseits an langwierigen Entwicklungsprozessen in Kooperation mit öffentlichen Stellen. So gibt es beispielsweise keine einheitliche Software in den Gesundheitsämtern – Versuche diese zu vereinheitlichen scheiterten bisher.

Datenschutz:

- Das Digitalisierungsdefizit offenbart sich insbesondere in der Kommunikation zwischen Ärzten und Patienten. Die hohen Datenschutzstandards in Deutschland sind wichtig. Übereifrigkeit in der Auslegung kann aber dazu führen, dass Innovationen im bürokratischen Sumpf ersticken.
- Dieses Dilemma offenbart sich auch mit Blick auf die Entwicklung der Corona-Warn-App. Zwar führt eine höhere Datensicherheit zu einer höheren Akzeptanz und damit Verbreitung der App in der Bevölkerung, doch das Patientenwohl muss sich dem wie so häufig unterordnen. Auch die mehr als zehnjährige Diskussion zur Einführung der elektronische Patientenakte war lange durch diesen Aspekt getrieben und hat sich nicht zuletzt dadurch verzögert.
- Jüngstes Beispiel zum Stand der Digitalisierung im deutschen Gesundheitswesen ist, dass Corona-Infektionszahlen von Laboren an Gesundheitsämter auch im Jahr 2021 per Fax verschickt werden – da die Übermittlung per E-Mail nicht erlaubt ist. Dies kostet Gesundheitsämter jedoch wertvolle Ressourcen, die diese nicht haben oder an anderer Stelle besser einsetzen könnten und verzögert Maßnahmen zur Bekämpfung der Pandemie.



Entwicklungsprozesse:

- Eines steht fest: Wenn der politische Wille und der öffentliche Druck vorhanden sind, werden Projekte vorangetrieben. Nicht ohne Grund wurde die Entwicklung der Corona-Warn-App direkt von der Bundesregierung beauftragt und nicht durch einen Ausschreibungsprozess verlangsamt.
- Genauso hat das Bundesgesundheitsministerium (BMG) auch das Verfahren zur Zulassung und Erstattung digitaler Gesundheitsanwendungen aufgesetzt. Dieses sieht mehr Kompetenzen für das dem BMG untergeordnete Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) vor und entmachtet dadurch den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA). Konkret entscheidet im Bereich von digitalen Apps das BfArM – und nicht wie bei Arzneimitteln der G-BA über die Erstattungsfähigkeit dieser Produkte.
- Auch die Verantwortung für das neu geplante Forschungsdatenzentrum, das es Institutionen ermöglicht, die Daten der gesetzlichen Krankenversicherung für spezifische Zwecke auszuwerten, wird dem BfArM übertragen.

Infrastruktur:

- Um die Digitalisierung voranzutreiben, hat das BMG den Mehrheitsanteil an der Gematik übernommen und kann nun als Mehrheitsgesellschafter die entscheidenden Weichenstellungen tätigen. Jedoch deutet Vieles darauf hin, dass man trotz der Politisierung der Gematik in der Entwicklung der Infrastruktur nicht wirklich vorankommt. Die Vereinheitlichung der Software der Gesundheitsämter ist nur ein Beispiel dafür. Die nächste Bundesregierung wird ordentlich aufs Gaspedal treten müssen, um Deutschlands Gesundheitsinfrastruktur aus der digitalen Steinzeit zu holen.

These 4: Evidenz wird wichtiger, die medizinisch-wissenschaftliche Meinungsbildung wird öffentlicher und kontroverser

Wissenschaftler bekommen mehr Aufmerksamkeit, gleichzeitig interessieren sich auch Medien und Bevölkerung wieder mehr für Wissenschaft und medizinische Zusammenhänge.

Einfluss:

- Die Stimme der Wissenschaft wird lauter. Wissenschaftler werden damit auch Adressaten für Kritik. Dabei folgt die Wissenschaftskommunikation den gleichen Maximen wie die Wissenschaft selbst: Kernaufgabe ist der Erkenntnisgewinn, für den sowohl Fort- als auch Rückschritte notwendig sind. Wissenschaft lebt vom Widerspruch und Wissenschaftskommunikation überlässt dem Rezipienten die Interpretationshoheit.
- So beraten Wissenschaftler die Politik und präsentieren wissenschaftliche Ergebnisse, überlassen die Interpretation der Ergebnisse aber ganz bewusst Politik und Medien. Ein und dieselbe Information kann somit auch gegensätzliche Narrative unterstützen.



Interesse:

- Die Pandemie hat das Interesse der Bevölkerung an wissenschaftlichen Zusammenhängen entfacht. Ausnahmslos jede/r Einzelne war entweder von der Krankheit selbst oder von den Einschränkungen für das gesellschaftliche Leben betroffen. Daher war es notwendig, sich auch hinsichtlich der Krankheitsanzeichen und Langzeitfolgen zu informieren.

Vertrauen:

- Gerade im akuten Krisenmodus haben die Auftritte von Christian Drosten und anderen Experten dazu geführt, dass das Vertrauen in die Wissenschaft wieder gestärkt wurde. Auch Institute wie das Robert-Koch-Institut (RKI), das Paul-Ehrlich-Institut (PEI) oder das Europäische Zentrum für die Prävention und die Kontrolle von Krankheiten (ECDC) gewinnen an Einfluss und erhalten mehr Verantwortung von der Politik.
- Gleichzeitig ist die Pandemie ein Anlass für viele Laien, sich auf das Thema Gesundheit zu stürzen. Auch in der Wissenschaft gibt es viele unterschiedliche Meinungen. Die Rolle der Politik muss hier aus unserer Sicht eine moderierende sein: ihre Aufgabe ist es, Fakten zu kommunizieren, den Diskurs zu erklären und übersetzen – nicht zuletzt, um Verschwörungstheorien vorzubeugen und wissenschaftliche Tatsachen zu erklären. Dies wurde in den letzten Monaten häufig versäumt, wie die Diskussion über die Wirksamkeit der zugelassenen Impfstoffe anschaulich beweist.
- Damit einhergehend sollten in Zukunft Alternativen in der Politik existieren dürfen – dies ist immer noch besser, als Handlungsmöglichkeiten öffentlichkeitswirksam auszuschließen, um sie unter bestimmten Umständen doch umzusetzen.

These 5: Gesundheit ist als Querschnittsthema angekommen

- Gesundheit durchdringt alle Politikbereiche – sie ist zu einem allgemeinpolitischen Thema geworden, an dem keiner mehr vorbeikommt, sei es Corona, Digitalisierung, Wirtschafts- oder Klimapolitik. Das bedeutet nicht nur, dass mehr Meinungen berücksichtigt und gebündelt werden müssen, sondern dass in Zukunft gesundheitspolitische Themen vermehrt zu Schlüssel- und Querschnittsthemen werden.
- Gesundheit ist gewissermaßen „gekommen, um zu bleiben“ und wird uns noch über viele Jahre begleiten.

Fazit

Was sich vor Covid-19 schon angedeutet hat, ist massiv beschleunigt worden: Bei der über Jahre praktizierten „Entpolitisierung“ des Gesundheitssystems ist es nun zu einer Trendwende gekommen. Während jahrelang Kompetenzen an die Selbstverwaltung übertragen wurden, nimmt die Politik nun selbst wieder das Steuer in die Hand – und das ist gut so. Denn die Herausforderungen und Weichenstellungen, mit denen das



Gesundheitssystem bereits heute, aber auch in den nächsten Jahren konfrontiert wird, kann (und soll) das „System“ nicht lösen – sie erfordern politische Entscheidungen.

Vielzitiertes Beispiel dafür ist die Digitalisierung des Gesundheitssystems, die nun zur „Chefsache“ geworden ist. Auch die Prävention von Covid-19 ist stark von der Politik getrieben – in Zukunft ist umso mehr damit zu rechnen, dass die Politik Präventionsmaßnahmen vor dem Hintergrund der alternden Bevölkerung ihren Stempel aufdrückt. Neue Therapien und Arzneimittel setzen die Politik schon heute unter Druck – diesen wird sie in Form von neuen Regulierungen in der Arzneimittelentwicklung (Stichwort Antibiotika) oder zentralisierten HTA-Verfahren begegnen.

Schon jetzt zieht sich das Thema Gesundheit durch unseren Alltag, sei es in der Ernährung, Bewegung, in Bezug auf die körperliche und psychische Gesundheit am Arbeitsplatz oder in Transportmitteln. Gesundheit als politisches Querschnittsthema ist dabei nur ein Ausdruck dieser Entwicklung.