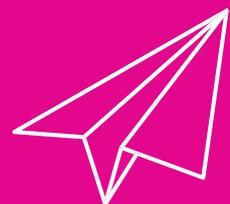


Diskussionspapier – Neustart! Corona Calls

Brennglas Corona-Krise – Was können wir von der Pandemie für unser Gesundheitssystem lernen?

Impulse von Expertinnen und Experten für die Reformwerkstatt
„Neustart!“ (Mai/Juni 2020)



Neustart! Reformwerkstatt für unser Gesundheitswesen

ist eine Initiative der Robert Bosch Stiftung GmbH. Sie bietet Bürgern und Experten die Möglichkeit, Impulse für unsere Gesundheitsversorgung zu setzen – mit Mut zu Reformen, für die Menschen und die Zukunft.

In der Erstellung und Vertiefung wissenschaftlicher Expertise kooperieren die Robert Bosch Stiftung und die Hertie School.

Die Initiative „**Neustart! Reformwerkstatt für unser Gesundheitswesen**“ soll Raum und Möglichkeiten eröffnen, eine Weiterentwicklung und Neuordnung unserer Gesundheitsversorgung zu skizzieren, um den zukünftigen Herausforderungen zu begegnen. Pandemien und ihre Folgen waren von Expertinnen und Experten bereits im Think Lab „Megatrends“ als Risiko benannt worden.

Ausgelöst durch die COVID-19-Pandemie setzte eine Debatte zu zahlreichen Aspekten des Gesundheitssystems in Politik, Fachkreisen und der breiten Öffentlichkeit ein. Expertinnen und Experten der Neustart-Initiative tauschten sich im Frühsommer 2020 über die Debatte und ihre ersten Einschätzungen aus, welche Erfahrungen aus der Pandemie in der längerfristigen Gestaltung des Gesundheitswesens aufgegriffen werden sollten.

Der Inhalt dieses Papiers stellt nicht zwingend und in allen Punkten die Meinung jedes Beteiligten bzw. jeder Beteiligten dar.

Kernbotschaften

01

Die Re-Europäisierung der Lieferketten für die Gesundheitsversorgung, aber auch die Herstellung von Impfstoffen und Medikamenten sowie ihre Distribution sollten Top-Themen der deutschen EU-Ratspräsidentschaft sein.

02

Gleichzeitig ist die internationale Zusammenarbeit zu stärken und für tragfähige Steuerungsstrukturen auf globaler Ebene zu sorgen, für mehr Gesundheit, für die Verbesserung von Gesundheit und Krisenmanagement und für die Koordination von Studien.

03

Das Krisenmanagement ist effektiver zu gestalten und sollte unterschiedliche Krisenszenarien vorausdenken. Die Unterstützung „kritischer Personengruppen“ muss zukünftiger Bestandteil sein. Es müssen mehr wissenschaftliche Perspektiven wie Psychologie, Soziologie, Pflegewissenschaft und Public Health in Entscheidungen und Management einbezogen werden.

04

Die Wissenschaftskommunikation muss gestärkt werden. Entscheidungsträger und Schlüsselpersonen sollten ein Grundverständnis von gesundheitlichen Zusammenhängen entwickeln. Gleichzeitig müssen Kommunikationskanäle von der Alltagsebene „nach oben“ geöffnet werden.

05

Die Gesundheitskompetenz einschließlich der Digitalkompetenz muss in den verschiedenen Bevölkerungsgruppen gesteigert werden. Für die Übernahme der Verantwortung für die eigene Gesundheit müssen förderliche Bedingungen geschaffen werden.

06

Die „Jahrzehnt-Chance“ zum Vorantreiben digitaler Anwendungen sollte auch nach der Krise beharrlich genutzt werden: in der individuellen Gesundheitsversorgung mit dem Einsatz der digitalen Patientenakte, als auch mit dem Aufbau einer digitalen Struktur für flächendeckendes Monitoring und zur Bedarfsplanung.

07

Es sollte mehr in die Ausbildung, in die Akademisierung und den Qualifikationsmix der Pflegeberufe investiert werden, um Qualitätsniveau und Attraktivität anzuheben. Die Rollen der Gesundheitsberufe insgesamt sind zu steigern und in multiprofessionelle Teamarbeit einzubetten.

08

Der Öffentliche Gesundheitsdienst muss umfassend neu gedacht und allein der Daseinsvorsorge verpflichtet werden. Es sollte eine „Nationale Agentur für Gesundheit“ auf Grundlage internationaler Erfahrungen eingerichtet werden. Es braucht klare Strukturierungen der Aufgaben auf den Ebenen der Regionen, der Länder und des Bundes sowie für die internationale Vernetzung.

09

Das Zusammenspiel von Staat, Selbstverwaltung und Markt muss überdacht und ein klares Bild erzeugt werden, welche Teile des Gesundheitswesens „common goods“ sind. Die Region sollte als Zentrum dessen, was in der Gesundheitsversorgung zu geschehen hat, definiert werden und eine neue Kultur der Verantwortung entwickeln.

10

Besonders wichtig ist es, in der Gesellschaft eine Werte- und Würdediskussion anzustoßen. Diese sollte auch Fragen beinhalten nach dem, was in der Gesundheitsversorgung sinnvoll oder absurd ist, und Fragen nach der Lebensqualität und Gerechtigkeit aufgreifen.

Einführung

Die COVID-19-Pandemie hat seit ihrem Auftreten im Frühjahr 2020 zu einer disruptiven Situation für unser Gesundheitssystem geführt. Der Reformbedarf im Gesundheitssystem steht plötzlich im Licht der öffentlichen Aufmerksamkeit. Die Initiative „Neustart! Reformwerkstatt für unser Gesundheitswesen“ kann einen wichtigen Beitrag leisten, den Reformbedarf – auch über die COVID-19-Pandemie hinaus – zu benennen.

In insgesamt sieben Videokonferenzen, den „Neustart! Corona Calls“, trugen 26 Expertinnen und Experten aus verschiedenen Bereichen von Gesundheitsversorgung und Wissenschaft die Erfahrungen mit der COVID-19-Pandemie aus ihrer jeweiligen Perspektive auf das Gesundheitssystem zusammen. Sie skizzierten eine erste Bewertung zur Veränderungsdynamik des Gesundheitswesens unter Pandemie-Bedingungen im Vergleich zum Regelbetrieb. Sie gingen der Frage nach, welche (grundsätzliche) Bedeutung die COVID-19-Pandemie für das deutsche Gesundheitssystem hat und welche Lektionen wir – jenseits der aufgeladenen und auf einzelne Aspekte fokussierenden Debatte – aus der Pandemie-Erfahrung mitnehmen sollten. Dabei ging es weniger um die Betrachtung operativ wirksamer Maßnahmen in Vorbeugung und Umgang mit Pandemien, vielmehr wurden die Erfahrungen daraufhin geprüft, wie ein zukunftsfähiges Gesundheitssystem insgesamt gestaltet sein muss – dies in Abgleich und mit Bezug zu den Neustart!-Bürgerdialogen. Die Expertinnen und Experten betrachteten verschiedene Teilbereiche und Aspekte mit hoher Bedeutung für die Leistungskraft des Gesundheitssystems. Sie setzten sich mit Fragen des Wissens zu gesundheitsbezogenen Zusammenhängen auseinander, sowohl auf der Ebene der einzelnen Bürger und Bürgerinnen bzw. Patienten und Patientinnen, aber auch im Bereich der Wissenschaft. Sie unterstrichen die Notwendigkeit, wirksame Veränderungen im Bereich der öffentlichen Gesundheit („Public Health“) vorzunehmen. Außerdem stellten die Expertinnen und Experten Fragen in den Vordergrund, welchen Stellenwert wir Gesundheit in unserer Gesellschaft einräumen wollen, welche Werte wir setzen und wie wir die Würde der Menschen auch in Krisensituationen sichern wollen.

Veränderungsdynamik im Gesundheitssystem

„Erstaunlich, was alles geht, wenn es sein muss.“

Dieser Satz prägte die Diskussion rund um die Veränderungsdynamik, die die Corona-Krise im Gesundheitswesen ausgelöst hat. Die Expertinnen und Experten zeigten sich positiv überrascht über die Bereitschaft der Akteure im Gesundheitswesen wie auch in der Politik, rasch und flexibel Änderungen vorzunehmen, Maßnahmen umzusetzen und der Sachlage angemessenen Zielen zu folgen. Die Krise erweist sich als Treiber für Veränderungen. Insbesondere stellt sie eine erhebliche Chance für die Digitalisierung dar. So wurden in den vergangenen Monaten verstärkt telemedizinische Angebote, vor allem Videosprechstunden, wahrgenommen. Daran war ablesbar, dass die Bevölkerung als auch die Leistungserbringer offensichtlich deutlich weniger veränderungsresistent sind als in diesem Zusammenhang oft angenommen wird. Digitale Anwendungen in der Gesundheitsversorgung sollten nach Ansicht der Experten nicht nur in Krisensituationen zum Einsatz kommen, sondern generell fortgeführt und weiter ausgebaut werden.

Bei aller wahrnehmbaren Dynamik mit raschen und auch umfassenden Veränderungen, ist jedoch insgesamt keine große Veränderungsbereitschaft für Verbesserungen im Gesundheitssystem sichtbar. Es besteht vielmehr die Gefahr, dass wir in ein bis zwei Jahren wieder in den alten Lobbyismus zurückfallen und sich die Dynamik dementsprechend legt. Bereits jetzt hat der Kampf zwischen den verschiedenen Versorgungsbereichen um die Deutungshoheit begonnen, wer die Krise am besten gemeistert hat. Will man nachhaltig Veränderung bewirken, muss man mit richtungsweisenden, konkreten Vorschlägen und lauter Stimme Druck machen:

„Wenn man ein System nicht herausfordert, bewegt und ändert es sich nicht.“

Anlass für weiterführende Veränderungen ist vorhanden. Die Corona-Krise hat den Scheinwerfer auf bisher eher unterbelichtete Bereiche des Gesundheitssystems geworfen. Insbesondere ist die Bedeutung der öffentlichen Gesundheit („Public Health“) und des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (ÖGD) sichtbar geworden und gibt Anlass, die bestehenden Strukturen in ihrer Wirksamkeit zu hinterfragen und eine Neugestaltung voranzutreiben. Zu Beginn der Krise war die fast ausschließliche Konzentration auf die Akutversorgung der Corona-Fälle gut nachvollziehbar, zumal nicht genau eingeschätzt werden konnte, auf welches Ausmaß an Belastbarkeit sich die Versorgung einzustellen hatte. Im weiteren Verlauf werden aber auch Fragen relevant, wie die Gesundheit von Bevölkerungsgruppen wirksam geschützt werden kann. Daran wird erkennbar, wie wichtig es ist, den größeren Kontext zu sehen und den mentalen Korridor, in dem wir mit der Pandemie umgehen, zu weiten.

Dabei entsteht leicht ein Konflikt zwischen dem Schutz vor Tod, Krankheit und möglichen Langzeitschäden und der (zeitlich begrenzten) Einschränkung der Bürgerrechte. Die Selbstentmachtung des Parlaments in den Krisentagen war als bemerkenswert zu bezeichnen.

Leistungskraft des Gesundheitssystems

Infrastruktur und Versorgungsgeschehen

„Wir haben viel Glück gehabt.“

So die Meinung der Expertinnen und Experten. Das schmälert jedoch nicht ihre positive Einschätzung von der Leistungskraft des Gesundheitssystems in der Pandemie – vor allem im Vergleich zu anderen Ländern. In Deutschland haben in den Monaten mit den höchsten Neuinfektionsraten (März bis Mai 2020) die Intensivkapazitäten der Krankenhäuser ausgereicht. Deutschland hat in der Pandemie von seiner differenzierten Versorgungsstruktur profitiert, in der leichte Fälle überwiegend wohnortnah und ambulant versorgt werden konnten und in der für schwerere Fälle die nötigen stationären Versorgungsmöglichkeiten bestanden oder kurzfristig aufgebaut werden konnten. Bei Engpässen und Notsituationen im Krankenhausbereich waren weitere Kapazitäten im Umfeld verfügbar. Gleichzeitig hat die ambulante Versorgung oftmals dafür gesorgt, dass Patienten nicht stationär aufgenommen werden mussten. Der ambulante Bereich hat sich insgesamt dennoch als zu wenig vernetzt gezeigt. Primärversorgungszentren wären für vernetzte Aktionen und manche Maßnahmen wie Testabstriche sehr hilfreich gewesen. Im Einzelfall haben sie sich als eine überaus geeignete Struktur erwiesen, rasch ehrenamtliche Hilfe für isolierte Menschen im Umfeld zu organisieren.

Bei aller Effektivität der handelnden Menschen in den Versorgungsbereichen fehlte es jedoch an vielen Stellen an ausreichender Ausstattung wie Schutzausrüstung, medizinischen Geräten und teilweise auch an Medikamenten wie Antibiotika. Die Corona-Krise zeigt, dass es zu wenig kritische Infrastruktur für eine Gesundheitsversorgung in Deutschland und Europa gibt und dass globale, aber auch nationale Lieferketten nicht krisenfest belastbar sind. **Die Re-Europäisierung der Lieferketten, aber auch die Herstellung von Impfstoffen und Medikamenten sowie ihre Distribution, sollten als Top-Themen der deutschen EU-Präsidentschaft gesetzt werden.** Dabei sollte die Krisenprävention über Pandemien hinaus noch umfänglicher in den Blick genommen und das Risikomanagement generell verstärkt werden. Denn auch die kontinuierliche Stromzulieferung beispielsweise ist essentiell für die Gesundheitsversorgung. Die bisherige Maxime einer (vermeintlichen) Optimierung der Produktions- und Lieferketten bewirkt, dass Folgen von Katastrophen sich nicht mehr gut managen lassen.

Das Corona-Infektionsgeschehen hat trotz erfolgreicher Reaktion in Deutschland Versorgungsdefizite aufgezeigt. So wurde in den Pflegeheimen COVID-19 vor allem infektionshygienisch abgearbeitet und die psychosozialen Folgen wenig berücksichtigt. Besonders deutlich ist der insgesamt niedrige Standard in den Pflegeheimen hervorgetreten, der viel zu häufig Einweisungen ins Krankenhaus zur Folge hat. Bewohnerinnen und Bewohner werden zumeist von Ärzten behandelt, die wenig Erfahrung im Umgang mit alten, vulnerablen Menschen haben. Die Gesundheitsfachberufe gerieten in der Pandemie schnell in den Fokus der Öffentlichkeit. Ein quantitativer und zum Teil auch qualitativer Mangel wurde sichtbar. Es zeigte sich, dass ein Teil des Personals aufgrund von starker Spezialisierung nicht flexibel einsetzbar ist und dass es an interdisziplinärem Austausch und Zusammenarbeit mangelt.

In der Pflege wurde auf der einen Seite deutlich, dass es zu wenig gut ausgebildetes Personal gibt. Auf der anderen Seite mangelt es an Anerkennung, auch wenn es während der intensiven, emotionsgeladenen Tage der Pandemie Applaus und durchaus eine Lobby für die Pflegeberufe gab. **Wichtiger als eine Bonuszahlung, so die Expertinnen und Experten – wäre es, mehr in die Ausbildung, die Akademisierung und den Qualifikationsmix zu investieren, um das qualitative Niveau, aber auch die Attraktivität dauerhaft anzuheben.** Der positive Schub für die Pflege durch die Übertragung ärztlicher Tätigkeiten an ausgebildete Pflegekräfte (Heilkundeübertragung) sollte nach der Pandemie nicht durch Zurückrudern ins Gegenteil gekehrt werden. Außerdem ist das Versäumnis aufzuholen, bundesweit keinen Überblick über die Anzahl der Pflegekräfte zu haben.

Eine weitere Sorge betrifft die Versorgung chronisch kranker und multimorbider Menschen, da kleinere Krankenhäuser Komplexbehandlungen zurückgestellt hatten und betroffene Menschen selbst aus Ängstlichkeit die Gesundheitsversorgung weniger aufsuchen.

Kooperation und intersektorale Zusammenarbeit

Gesundheitsversorgung in der Corona- und künftigen Krisen war und ist in besonderem Maße auf wirksame und flexible Kooperation angewiesen. Stark nahmen die Experten die vielfach gute und konstruktive Zusammenarbeit vieler Menschen und der Berufsgruppen, auch über die verschiedenen Versorgungsbereiche im Gesundheitswesen hinweg, wahr. So haben es zum Beispiel niedergelassene Ärzte und ambulante Pflegedienste oft gemeinsam geschafft, die COVID-19-Patienten aus den Krankenhäusern herauszuhalten und somit dort Notsituationen verhindert. Auch in den Krankenhäusern war es funktionierender, multiprofessioneller Kooperation zu verdanken, dass in bemerkenswerter Geschwindigkeit Stationen umgestellt und mehr Beatmungsplätze zur Verfügung gestellt werden konnten.

Um dauerhaft und verlässlich über die Krise hinaus eine gute Zusammenarbeit zwischen den einzelnen medizinischen, pflegerischen und sozialen Helfern im Gesundheitssystem zu erreichen, muss das interdisziplinäre und multiprofessionelle Arbeiten gestärkt werden. Und bereits in der Ausbildung implementiert sein.

Auch die internationale Zusammenarbeit muss verbessert und strukturiert werden. Das weltweite Wirtschaftssystem könnte sich verändern, die Globalisierung wird in der bekannten Form womöglich nicht so weitergehen. Das wird auch Folgen für die Gesundheitssysteme und die Versorgung haben. Darauf müssen wir uns einstellen und für eine bessere Zusammenarbeit und Koordination auf europäischer und globaler Ebene sorgen. Wie auf der direkten Versorgungsebene sind vorausschauendes und vernetztes Denken und Handeln wesentliche Schlüssel zur Bewältigung herausfordernder und komplexer Situationen.

Ökonomisierung und Kommerzialisierung

Viele der beteiligten Expertinnen und Experten bemängelten, dass der wirtschaftliche Druck viele Einrichtungen zu sehr zwingt, auf Effizienz und Gewinne zu achten. Das macht bestimmte komplexe Behandlungen, eine Aufstockung des Personals oder bessere Arbeitsbedingungen nur schwer möglich. Hinzu kommen neue Anbieter auf den Markt, die nicht aus dem Gesundheitsbereich stammen, aber über Potenzial verfügen, erheblichen Einfluss auf die Gesundheitslandschaft zu nehmen und die Kommerzialisierung weiterzutreiben. Den Patienten in den Mittelpunkt zu stellen, wird nahezu unmöglich und dies verweist auf die Fragen, was die zunehmende Ökonomisierung auf Dauer bewirkt und welches Verhältnis von Aufwand und Ergebnis wir zustande bringen. Idealerweise bringen wir die jeweils guten Merkmale aus dem steuerfinanzierten Beveridge-System und dem wohlfahrtsstaatlichen Bismarck-Modell zusammen. Zwar ist offenkundig, dass kein Entgeltsystem zur perfekten Lösung führt, jedoch sollten wir zu der Klarheit kommen, was uns Gesundheit wert ist. Dies setzt eindeutig eine ethische Diskussion mit vielen nicht lösbaren Fragen voraus, die die Würde des Menschen betreffen. Weil Lösungen dennoch täglich erforderlich sind, werden sie ins Handeln der professionellen Helfer delegiert.

Finanzierungsfragen und Entgeltverfahren müssen mit Steuerungsverfahren zusammengebracht werden, die die gewollten Anreize setzen.

Digitalisierung

„Überraschend, welche Daten wir alle nicht zur Verfügung haben in Deutschland.“

Der Nachholbedarf in der Digitalisierung ist erheblich und betrifft alle Ebenen des Systems, nicht nur die direkte Patientenversorgung, sondern auch den Öffentlichen Gesundheitsdienst. Es zeigte sich einmal mehr als großer Nachteil, dass es im Gesundheitssystem keine einheitliche digitale Datengrundlage sowie eine universell arbeitende digitale Patientenakte gibt – und so kein guter Datenaustausch möglich ist. Bezüglich der Informationsflüsse waren regionale Unterschiede festzustellen. Wir brauchen eine digitale Struktur, die uns verlässlich und rechtzeitig angibt, wie es mit der Versorgung steht, wo Lücken und Notsituationen entstehen.

In der Versorgung wäre vieles leichter gewesen, hätte man bereits mit der für kommendes Jahr angekündigten elektronischen Patientenakte arbeiten können.

Das Thema der Digitalisierung hat nicht zuletzt deswegen durch die Corona-Pandemie eine neue Dynamik entfaltet. Die Mehrheit hat erkannt, dass wir auch in der Gesundheitsversorgung mehr Digitalisierung brauchen. Vorteile waren konkret spürbar in der neuen Möglichkeit der Videosprechstunden. Der Einsatz von in der EU kompatiblen Tracing-Apps würde die Möglichkeiten der Mobilität unterstützen. Auch weitere Anwendungen in der Telemedizin sollten erprobt und vorangetrieben werden. **Der breite Wille auf vielen Seiten, den Einsatz digitaler Mittel und Strukturen zu verbessern, wird als eine Jahrzehnt-Chance gesehen.** Überall dort, wo die Digitalisierung ein sinnvolles Werkzeug ist, sollte sie finanziert und eingesetzt werden. Bisher fehlte jedoch der Prozess der politischen Willensbildung, welche Ziele wir mit der Digitalisierung erreichen wollen. **Hier sollten Bürgerinnen und Bürger direkt einbezogen werden – ein Vorgehen, in dem es uns noch an geeigneter Praxis fehlt und das genauso wie der sichere Umgang mit digitalen Anwendungen ein solides Maß an „Digital Health Literacy“ (Gesundheits- und Digitalkompetenz) erfordert, sowohl bei den einzelnen Anwendern als auch in der Breite der Bevölkerungsgruppen.** Die Unterstützung dieser Kompetenzen wäre lohnenswert, denn es hätte ebenfalls Potenzial, das bestehende und hemmende Dilemma zwischen zu öffentlichem Umgang mit sensiblen Daten auf der einen Seite und einem (zu) ängstlichen, sehr auf Datenschutz bedachten Umgang auf der anderen Seite aufzulösen. Auch könnte das Verständnis gefördert werden, dass das (sichere) Zurverfügungstellen von Daten ein Beitrag zur Stärkung des Gemeinwohls sein kann.

Governance und Politikgestaltung

Die anwachsende Infektionswelle im Frühjahr wurde durch rasches und effektives Handeln bekämpft, was insgesamt positiv bewertet wird. Im Verlauf hat zuerst die Bundespolitik reagiert, dann einzelne Ministerpräsidenten. Der konkrete Umgang mit Infektionen und Quarantäne ist den Ländern überlassen worden, was zu einem Widerspruch zwischen dem Wunsch nach klaren, übergreifenden Regeln mit entsprechenden Einschränkungen einerseits und dem Wunsch nach mehr Regionalisierung andererseits führte. Trotz aller Erfolge waren im Krisenmanagement Lücken zu verzeichnen, zum einen durch Ausfälle in den Lieferketten insbesondere der Schutzmaterialien, zum anderen fehlten Leitlinien und Pläne, welche Maßnahmen am besten auf welcher Ebene der Versorgung ergriffen werden sollten. Neben der Bereitstellung von Testmöglichkeiten, Intensivbetten und Schutzmaterialien sollte es – so die Expertinnen und Experten – auch Pläne für aufsuchende Pflege und Versorgung geben, um „kritische“ Personenkreise wie ältere und pflegebedürftige Menschen, psychisch Kranke und Obdachlose, aber auch Kinder weiterhin zu erreichen.

Für weitere mögliche Krisen- und Notsituationen – und auch eine potentielle zweite COVID-19-Welle – sollten vorausschauend strukturelle Szenarien geplant werden. In welcher Situation tritt ein bestimmtes Szenario in Kraft? Welche Pläne sollten wann zur Anwendung kommen? Um Katastrophen und Notfällen gerecht zu werden, sollte ein innovatives und „elastisches System mit Ziehharmonika-Kapazitäten“ angestrebt werden. Um das leisten zu können, ist ein gutes Monitoring mit nationaler und regionaler Bedarfsplanung unter Einbeziehung unterschiedlichster Expertise notwendig.

Die Beispiele der USA und der Lombardei legen nahe, die Krisenresistenz von stark privatisierter Gesundheitsversorgung, auch in ihrem Zusammenspiel mit öffentlichen Strukturen, einer genaueren Analyse zu unterziehen. Die Erfahrungen der Corona-Krise sind daher nicht nur relevant für die Krisenprävention, sondern eignen sich auch zur grundsätzlichen Überprüfung des Gesundheitssystems auf seine Zukunftsfähigkeit. Einige Prinzipien und Erkenntnisse lassen sich für die Steuerung des Systems ableiten:

- **Das Mischverhältnis von Staat, Selbstverwaltung und Markt muss überdacht werden. Bei ausschließlich staatlicher Steuerung ist der Gesundheitsbereich der Bereich, in dem häufig zuerst Einsparungen vorgenommen werden.**
- Zugleich stehen Politik und Gesundheitssystem unter der Anforderung, einen heterogenen Gesundheitsmarkt aus öffentlichen und privatisierten Einrichtungen zu steuern und im Hinblick auf eine gute Gesundheitsversorgung zu formen.
- Dies in einer globalisierten Welt, in der spezifische Steuerungsmöglichkeiten schnell an Grenzen stoßen, da eine Steuerung allein durch den Nationalstaat nicht mehr möglich und sinnvoll erscheint und gleichzeitig tragfähige globale Steuerungsstrukturen noch ausstehen.
- Auch in Deutschland ist ein neues Ausräumen von Aufgaben und Zuständigkeiten dringend erforderlich. Das betrifft zum einen die Stärkung des bisher schwach aufgestellten Öffentlichen Gesundheitsdienstes neben den versorgenden Bereichen des Gesundheitssystems. Zum anderen sollte eine Neuordnung der Entscheidungs- und Umsetzungsebenen vorgenommen werden.
- **Gesundheit ist als Teil der Daseinsvorsorge zu begreifen und erfordert daher zukunftsgerichtete, einheitliche Strukturen auf dezentraler Ebene. Das Zusammenspiel von Bund und Ländern sollte deutlich verbessert, die Region als Zentrum dessen, was in der Gesundheitsversorgung zu geschehen hat, definiert werden. Es liegt darin auch die Hoffnung, dass die Region als Dreh- und Angelpunkt Innovation in verklebte sozialstaatliche Prozesse bringen, die derzeit den Beharrungskräften erliegen.**

Den Fokus auf die Region zu setzen, ist voraussetzungsvoll. Wichtig dabei ist, dass die ausgewählten Regionen eine tragfähige Entscheidungsstruktur haben und sich als Handlungsfeld bewusst wahrnehmen. Dazu müssen sie bei aller Unterschiedlichkeit eine neue Kultur der regionalen Verantwortung entwickeln. Sie können der Ort für mögliche Innovationen sein, in denen skalierbare Modelle und Lösungen entstehen. Unterversorgte Gebiete stellen besondere Herausforderungen dar und drängen auf neue Versorgungsmodelle, um eine gute Primärversorgung in der Fläche zu sichern. Interdisziplinäre, kommunale Primärversorgungszentren, in denen auch die Themen Pflege, Prävention und Vorsorge aufgegriffen werden, erscheinen als geeignete Modelle. Sie können auch der Ort sein, unter Einbeziehung der Bevölkerung Ideen für eine lokale Gesundheitsförderung zu entwickeln. Zum Erfolg des regionalen Ansatzes braucht es gute kommunale Netzwerke, die in der Lage sind, Krisen zu meistern und die Kommunikation und Kooperation der vielen Beteiligten befördern. Die Beteiligten müssen lernen, sich in regionalen Netzwerken bewegen zu können.

Derzeit enthält die Sozialgesetzgebung (SGB V) keinen ordnungspolitischen Ansatz, um die Region als Handlungsfeld der Gesundheitsversorgung zu stärken. Das SGB V sollte so verändert werden, dass die regionale Perspektive enthalten ist.

Wissenschaft und Gesundheitskompetenz

Es wurde positiv wahrgenommen, dass Wissenschaftler wie Christian Drosten, andere Virologen und Epidemiologen in der Politik gehört wurden und als Berater fungiert haben. Die beachtliche wissenschaftliche Fundierung von getroffenen Entscheidungen sollte auch über die Krise hinaus beibehalten werden. Allerdings ist es wichtig, kommunizierte Zahlen solide einzuordnen und in verständliche Verhältnisse zu setzen. Viele Studienergebnisse in der Medizin hängen von unterschiedlichsten Faktoren ab. Dennoch wurden viele Werte und Aussagen sowohl von Seiten der Politik als auch der Medien als absolut vermittelt. Der offene und gut kommunizierte Umgang mit Unschärfen, Nicht-Wissen und Unwissen ist eine wichtige Voraussetzung, um Verschwörungstheorien vorzubeugen und Manipulation und Panikmache zu vermeiden. Angst und Unwissen hinderte vor allem während des Lockdowns Menschen daran, mit ihren chronischen Beschwerden in Praxen oder Krankenhäuser zu gehen. Das kann schwere gesundheitliche Auswirkungen und erhöhte Kosten zur Folge haben.

Für eine seriöse Berichterstattung in den Medien ist eine Stärkung der Wissenschaftskommunikation wichtig. Nicht nur der Einzelne sollte seine Gesundheitskompetenz um seiner eigenen Gesundheit willen steigern. **Auch Entscheidungsträger und Schlüsselpersonen in anderen gesellschaftlichen Bereichen sollten ein Grundverständnis von gesundheitlichen Zusammenhängen – eine systemische Gesundheitskompetenz – entwickeln.** Wäre dies besser ausgeprägt, hätte sich die Politik in einer Krise mit multidimensionalen Auswirkungen womöglich auch von weiteren Wissenschaftlern beraten lassen. **So war die Perspektive der Pflegewissenschaft zu vermissen, ebenso die Wissenschaftler aus Psychologie, Soziologie und Public Health.** Daher wurden keine Schutzkonzepte gegen Einsamkeit bedacht und die Folgen sozialer Einflüsse weitgehend ausgeblendet.

Und selbst bei den Medizinerinnen fallen große Lücken im Verständnis des Alters auf. Es sollte nicht nur medizinerorientiert, sondern auch pflegerisch, sozial, rehabilitativ und palliativ gedacht werden.

Schließlich braucht Qualität, auch in der Gesundheitsversorgung, den internationalen Vergleich. Deutschland verfügt nicht über gute Versorgungsforschungsdaten. Immerhin wird die Pandemie-Erfahrung eine Beschleunigung der Forschung nach sich ziehen. Wichtig wird hier sein, für eine gute Koordination der Studien zu sorgen.

Öffentliche Gesundheit

„You cannot be healthy on your own.“

So lautet eine Einsicht aus dem internationalen Diskurs um die Öffentliche Gesundheit bzw. „Public Health“. In den kritischen Wochen der Hochphase der Pandemie war außer dem Robert Koch-Institut der öffentliche Gesundheit kaum in den Medien präsent.

Obwohl die aktuelle COVID-19-Pandemie bislang gut bewältigt wurde, zeigen die Entwicklungen deutlich, dass der Öffentliche Gesundheitsdienst weder strukturell noch inhaltlich ausreichend auf die Pandemie-Situationen vorbereitet war. Dies ist auch im Zusammenhang mit der politischen Wertigkeit des Öffentlichen Gesundheitsdienstes zu sehen. Jahrelange Kürzungen und finanzielle Rahmenbedingungen haben dazu geführt, dass eine Tätigkeit im Öffentlichen Gesundheitsdienst als unattraktiv empfunden wurde. **Gerade aber die aktuelle Pandemie macht deutlich, wie wichtig ein funktionierender Öffentlicher Gesundheitsdienst ist, der allein der Daseinsvorsorge verpflichtet ist und keine Individualinteressen vertritt.**

Der Öffentliche Gesundheitsdienst muss aus Sicht der Expertinnen und Experten gestärkt und attraktiver gemacht werden. Er sollte mehr Aufgaben vor Ort bekommen und eine bedeutende Rolle in der Gesundheitsförderung, Prävention und Versorgungsplanung übernehmen – und nicht länger nur als Infektionskontrolle gesehen werden. Es bräuchte mehr praxiserfahrene Allgemeinmediziner mit epidemiologischen Kenntnissen und eine spürbare Öffnung für die stärkere Beteiligung weiterer Gesundheitsprofessionen.

Die Gesundheitsämter müssen im Rahmen ihrer Gesundheitsplanung methodisch besser befähigt werden Daten zu erheben und als verständliche Multiplikatoren aufzutreten. Dazu müssen Kompetenzen und Infrastruktur geschaffen werden. Auch in einer zukünftig stärker populationsbezogenen Versorgungsplanung kann der Öffentliche Gesundheitsdienst eine wichtige Rolle übernehmen.

Vor allem sprachen sich die Expertinnen und Experten aber dafür aus, auf einen ganzheitlichen Ansatz in der Gesundheitsversorgung hinzuarbeiten. Es ist zunächst wichtig, der hohen Bedeutung von Public Health einschließlich Prävention und Gesundheitsförderung Raum zu geben. Ein gemeinsames Grundverständnis sollte geschaffen und Leitgedanken formuliert werden zur Zielsetzung eines gestärkten öffentlichen Gesundheitswesens. **Es sollte klar sein, welcher Teil des Gesundheitswesens als „common good“ angesehen wird, denn Public Health sollte nicht auf Versorgungsstrukturen treffen, die komplett privatisiert sind.**

Der aktuelle Öffentliche Gesundheitsdienst sollte nicht nur besser ausgestattet, sondern umfassend neu gedacht werden. Eine populationsbezogene und regionalisierte sowie vernetzte Versorgung ist aus Sicht der Expertinnen und Experten der Schlüssel für die zukünftige Gestaltung unseres Gesundheitssystems. Weder im Präventionsgesetz noch in anderen Gesetzen mit Ausnahme des Infektionsschutzgesetzes und Gesundheitsdienstgesetze der Länder wurde dem Öffentlichen Gesundheitsdienst eine wahrnehmbare Rolle zugeschrieben. Gleichzeitig besteht der Anspruch an einen präsenten und gut funktionierenden Öffentlichen Gesundheitsdienst gerade auch in Krisenzeiten. Das Thema braucht eine andere Wertigkeit im System und sollte durch Verhältnisprävention auf struktureller Ebene und über regulative Politik ergänzt werden. Als Beispiele werden Werbeverbote für gesundheitsschädliche Produkte wie Alkohol und Tabak, Deklarationspflicht für Inhaltsstoffe und Standards für Schulessen genannt. Das Präventionsgesetz wird als „lahme Krücke“ kritisiert. Wir haben keine gute Prävention, so die Experten, weil wir sie noch nicht probiert haben.

Vorgeschlagen wird die Einführung einer „Nationalen Agentur für Gesundheit“ auf Grundlage internationaler Erfahrungen. Um gleich viele Schwachstellen und Probleme anzugehen und nicht in alte Beharrungstendenzen zurückzufallen, müssen wir infrastrukturelle und institutionelle Veränderungen vornehmen. Dabei könnte die Institutionalisierung eines neuen nationalen Akteurs helfen, eine Art unabhängige Agentur für Gesundheit, eine umfassende Einrichtung mit Ansehen, in der auch Institutionen wie das Robert Koch-Institut und die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung eingebettet sind. Diese Agentur könnte die Rolle einer fachlichen Leitstelle für den Öffentlichen Gesundheitsdienst einnehmen. Parallel hierzu sind starke Institute auf Landesebene notwendig und die Kommunikation zwischen der Bundes- und Landesebene zu fördern. Eine gute Verbindung zu den europäischen Einrichtungen wie beispielsweise dem European Centre for Disease Control ist unabdingbar für eine gute europäische und globale Zusammenarbeit.

Die Agentur kann das Thema Public Health vorantreiben, auf Basis von Daten Steuerungsvorschläge machen, Veränderungen entwickeln, selbst Kompetenzen aufbringen, aber vor allem vorhandene Kompetenzen und verschiedene Ebenen horizontal und vertikal vernetzen. Sie könnte zudem eine Plattform bieten auf der sich Experten austauschen.

Um die öffentliche Gesundheit zu stärken, muss Public Health zu einer anwendungsorientierten Wissenschaft weiterentwickelt werden. Eine intensiviertere Verbindung von Wissenschaft und Praxis öffentlicher Gesundheit ist notwendig. Es braucht mehr Evidenz, dass eine Änderung der Verhältnisse mehr Gesundheit erzeugt. Auch die Effektivität und Effizienz des Öffentlichen Gesundheitsdienstes muss wissenschaftlich begleitet und evaluiert werden. Eine transparente evidenz- und wertebasierte Aufgabenwahrnehmung durch den Öffentlichen Gesundheitsdienst ist unabdingbar. Derzeit gibt es in Deutschland keinen Lehrstuhl für Öffentliche Gesundheit. Medizinstudierende werden vornehmlich individualmedizinisch ausgebildet. Lediglich an einzelnen Universitäten sind Vertreter des Öffentlichen Gesundheitsdienstes über Lehraufträge eingebunden.

Um Wirkungen zu erzielen, sind Gelder und weitere Forschung nötig, bei denen sich die Krankenkassen stärker beteiligen sollten. Dazu gehört auch, dass Ärzte, aber auch Lehrer und Pädagogen entsprechend ausgebildet werden bzw. die Schulgesundheitspflege als neues Berufsbild eingeführt wird, um Präventionsmaßnahmen vermitteln zu können – und um auch Kindergartenkinder und Schüler altersgerecht aufzuklären, zu informieren und zu motivieren, sich um die eigene Gesundheit zu kümmern. Jedoch betonen die Expertinnen und Experten, dass bei aller Verantwortung des Einzelnen für seine Gesundheit nicht alles auf das Individuum abgeschoben werden darf und das System eine wichtige Hilfe und Unterstützung sein muss.

Zusammenhalt

Gesundheit und gesellschaftlicher Zusammenhalt stehen in enger Wechselwirkung. Gesundheit ist einerseits wichtig für den Zusammenhalt und andererseits auch abhängig davon. Besonders deutlich wird das an einer Grundstruktur unseres Gesundheitswesens, dem auf solidarischen Prinzipien aufgebauten Versicherungssystem.

Zu Beginn der Corona-Pandemie wurde eine große Geschlossenheit wahrgenommen, auch hinsichtlich der Akzeptanz der Maßnahmen. Das Argument der Rücksichtnahme auf Ältere und Vorerkrankte hatte große Wirkung. Nun werden kritische Stimmen stärker und Verschwörungstheorien populärer. Auch wird offensichtlich, dass wir vor Corona nicht alle gleich sind. Das Infektionsrisiko ist ungleich verteilt und trifft beispielsweise Menschen in prekären Arbeits- und Wohnverhältnissen besonders stark. In den kritischen Wochen gab es vor allem auch die Differenz zwischen denjenigen, die zu Hause bleiben sollten und denjenigen mit „systemrelevanter“ Funktion, die ihre Kontakte nicht so gut reduzieren konnten. Wenn auch die wirtschaftlichen Folgen noch nicht in vollem Ausmaß absehbar sind, so ist bereits jetzt klar, dass die Verluste ungleich verteilt sein werden. Manche Branchen haben gewonnen in der Krise und werden auch weiterhin Erfolg haben. Andere Bereiche wie beispielsweise in der Kultur und im Service haben verloren und sehen ihrer Zukunft ungewiss ins Auge. Das Erleben des Lockdown ist so unterschiedlich wie die Vielfalt der individuellen Lebenssituationen. Für Kinder und Jugendliche stellt es sich anders dar als für Berufstätige und ältere Menschen. Für Menschen mit Haus und Garten anders als für Familien in begrenztem Wohnraum. Insbesondere das Herunterfahren von Einrichtungen für Kinder wird Auswirkungen haben, denn Schulen sind für manche Kinder auch Ort der Fürsorge. Psychischer Stress wird sich in der Inanspruchnahme von Leistungen bemerkbar machen. Wer schulisch zu kurz gekommen ist, werden wir erst zu Weihnachten absehen können. Für spezielle Gruppen, wie zum Beispiel autistische Kinder, wurden die Hilfs- und Betreuungsangebote geschlossen, ohne für die Folgen Sorge zu tragen. Für viele Frauen stiegen die Belastungen unverhältnismäßig. Die Vereinbarkeit von Familie und Beruf bei gleichzeitig geschlossenen Schulen und Kindergärten traf häufig die Frauen. Auch das Problem steigender häuslicher Gewalt mit wenig Möglichkeiten sich Konfliktsituationen zu entziehen wurde schnell offenbar. Entsprechend wiesen die Expertinnen und Experten darauf hin, dass die Unterstützung kritischer Familien Bestandteil zukünftigen Krisenmanagements sein sollte.

Insbesondere die Gruppe der alten Menschen war von der Isolation betroffen. Die Abschottung der Heime war am Anfang nachvollziehbar, jedoch war der Ausschluss von Angehörigen schwerwiegend.

„Wir haben derzeit keinen Einblick in die Heime.“

So die Experten, weil die Datenlage generell nicht so gut ist und in der Krise die Dokumentationspflicht ausgesetzt wurde.

Wie gelingt gesellschaftlicher Zusammenhalt vor dem Hintergrund dieser unterschiedlichen Situationen? Wie schafft man Solidarität? Wie kann man der Bevölkerung deutlich machen, dass es wichtig ist, alle Gruppen zu schützen? Auch wenn Gesundheit nicht allen gleich wichtig ist. Das Gesundheitssystem selbst widmet sich zu wenig den gesundheitlichen Folgen sozialer Ungleichheit und Benachteiligung.

Die Expertinnen und Experten beantworteten diese Fragen mit der Stärkung gemeinsamer sozialer Verantwortung und schlugen gemeinsame Diskussionen vor, wie Gesundheitsversorgung zu gestalten ist. Darin sollen auch Fragen nach der Lebensqualität und Gerechtigkeit aufgegriffen werden. Es ist wichtig, die Kommunikationskanäle von unten nach oben zu öffnen, damit die Menschen gehört und Dialoge zur Willensbildung geführt werden können. Die Runde merkte auch kritisch an, dass manche Menschen viel und alles wollen, oft aber nur wenig Beiträge leisten wollen – zum Beispiel eine bessere Pflege, aber keine Erhöhung der Beiträge zur Pflegeversicherung. Gesundheit ist zunächst ein Thema der Eigenverantwortung. Jedoch müssen die Bedingungen für Eigenverantwortung gesellschaftlich geschaffen und die Freude an der Übernahme von Verantwortung gesteigert werden. Dabei muss auch der permanenten Erwartung einer perfekten Gesundheitswelt realistisch begegnet werden.

Ethische Fragen zu Werten und Würde

Die Pandemie ist ein entscheidender Zeitpunkt zur Selbstreflexion des Gesundheitssystems. Was können wir leisten, welchen Stellenwert soll und darf Gesundheit haben? Ist Gesundheit unser höchstes Gut? Welche medizinische Versorgung wollen wir für unsere Gesellschaft – und was sind wir bereit, dafür zu leisten und zahlen?

Im Rückblick auf die vergangenen Monate kritisierten die Experten, dass die Verhältnismäßigkeit sowie die möglichen Folgen der beschlossenen und umgesetzten Maßnahmen zu wenig bedacht wurden. Was macht die Isolation mit den Menschen, vor allem mit denen in Pflegeheimen? Welche psychischen Schäden können resultieren? Wie kann man angesichts von Schulschließungen und Kurzarbeit das Wachsen der Ungleichheiten und der sozialen Unterschiede verhindern? Wie balancieren wir diese schädlichen Einflüsse auf Gesundheit mit dem Risiko der Ansteckung aus? Wo entsteht der größere Schaden? Diese Fragen wurden während der ersten Zeit der Krise nicht deutlich genug proaktiv gestellt.

Die Würde des Menschen hat in der Pandemie an vielen Stellen gelitten. Errungenschaften wurden zum Teil sehr schnell außer Kraft gesetzt. **Die Expertinnen und Experten mahnen dringend eine Werte- und Würdediskussion an.** Wir müssen uns alle gemeinsam fragen – und versuchen zu artikulieren, wie wir leben möchten, was wir wollen, welche Werte uns wichtig sind. Wie möchten wir mit älteren Menschen umgehen? Wie können wir die Würde aufrechterhalten und sicherstellen, dass niemand alleine stirbt?

Wir hatten Glück, dass wir in Deutschland nicht mitten in der Krise über Tabu-Themen wie Triage in der Intensivbehandlung und „nötige medizinische Mittel im Alter“ sprechen mussten. In Zukunft müssen wir offen sein, auch Tabu-Themen besprechbar zu machen, um niemanden in Krisensituationen mit der Verantwortung alleine zu lassen. Wir brauchen aktive, positiv ausgerichtete Diskussionen des Sinnvollen: was ist sinnvoll, was ist denkbar, was ist absurd? Die Wertedebatte wurde seit Jahrzehnten nicht geführt. An mancher Stelle hat sich wenig geändert. So ist es scheinbar unmöglich, in der Gesellschaft insgesamt eine positive Haltung gegenüber dem Alter und Altern zu entwickeln. Auch die Kinder sollten mehr Aufmerksamkeit erfahren. Nicht zuletzt wird ihre (Gesundheits-)Kompetenz entscheidend für die Gestaltung der Zukunft sein. Eine Wertediskussion sollte in Zukunft geführt werden und dabei deutlich gemacht werden, dass das geht.

Die Expertinnen und Experten mahnen, dass Gesundheit als kommerzielles Feld eine andere gesellschaftliche Kultur schafft, womöglich ein gesellschaftliches Konfliktfeld eröffnet. Es entsteht damit das Risiko, dass der Grundsatz der Gleichheit im Zugang zu Gesundheitsversorgung für alle ausgehöhlt wird – und die Botschaft, dass jedes Leben zählt, geschwächt wird.

Es stellt sich die Frage, wie viel Kommerzialisierung das Gesundheitssystem verkraftet. Es hat sich gezeigt, dass hochprivatisierte Gesundheitssysteme nicht besser arbeiten und Ungleichheiten verstärken. Zudem schwächt eine zunehmende Privatisierung und Kommerzialisierung die öffentliche Hand. Die Altenpflege beispielsweise ist zum Teil komplett in den Händen kommerzieller Anbieter. Allerdings stehen dadurch mehr Plätze zur Verfügung. Auch sind private Heime oft besser als vermeintlich gemeinwohlorientierte öffentliche Einrichtungen.

Kritisch sehen die Expertinnen und Experten in diesem Zusammenhang die Erwartungshaltung der Nutzer des Gesundheitswesens, dass Dienstleistungen rund um die Uhr zur Verfügung stehen. Das führt zu einer „extrem individualistischen Kultur“. Wir sollten den Mut haben, das Gesundheitswesen als einen Teil der abendländischen Kultur und deren Errungenschaften zu betrachten und zu fragen: Wo wollen wir hin? Zu mehr Wertschätzung? Zu einem Konsumwert?

Mit Blick auf die Zukunft sollten wir uns der Nabelschau enthalten, wie gut wir in Deutschland weggekommen sind. Denn es muss differenziert werden zwischen Corona-Versorgung und Normalversorgung. Auch darf Krisenmanagement nicht nur auf der Corona-Erfahrung fußen. Es braucht eine flexible Krisenplanung für unterschiedliche Krisenszenarien, da in der nächsten Krise vielleicht etwas anderes als Beatmungsgeräte gebraucht wird.

Das Klimathema ist hinter der Pandemie zurückgetreten, aber die Erkenntnis von der Bedeutung von Natur und Biodiversität ist auch für die Gesundheit wesentlich. Erfreulich ist, dass nach und nach Bezüge zwischen Klima, Umwelt und Gesundheit hergestellt werden und das Verständnis dafür wächst, dass unser Umgang mit der Natur das Erscheinen neuer Erreger wie COVID-19 begünstigt.

Teilnehmerinnen und Teilnehmer

Prof. Dr. Ralf von Baer

Prof. Dr. Jürgen Bauer

Prof. Dr. Hermann Brandenburg

Marion Caspers-Merk

Hans-Jürgen Firnkorn

Prof. Dr. Detlev Ganten

Prof. Dr. Ernst Hafen

Prof. Dr. Jana Jünger

Prof. Dr. Ilona Kickbusch

Dr. Wolfgang Klitzsch

Franz Knieps

Dr. Ilona Köster-Steinebach

Dr. Thomas Kostera

Prof. Dr. Ralf Lobmann

Dr. Claudia Maier

Prof. Dr. Gabriele Meyer

Prof. Dr. Andreas Michalsen

Prof. Dr. Corinna Petersen-Ewert

Andreas Podeswik

Dr. Nadine Reibling

Dr. Gottfried Roller

Dr. Britta Rutert

PD Dr. Verina Wild

Robert Wolf

Dr. Dogus Yagbasan

Dr. Matthias Zuchowski

Impressum

Das Diskussionspapier „Neustart! Corona Calls“ erscheint als Teil der Initiative „Neustart! Reformwerkstatt für unser Gesundheitswesen“, eine Initiative der Robert Bosch Stiftung.

Herausgegeben und gefördert von der

Robert Bosch Stiftung GmbH
Heidehofstraße 31, 70184 Stuttgart
www.bosch-stiftung.de

Kontakt in der Stiftung

Anja Leetz
Telefon +49 71146084-364
anja.leetz@bosch-stiftung.de

Copyright

Robert Bosch Stiftung GmbH
Stuttgart, 2020
Alle Rechte vorbehalten.

Redaktion

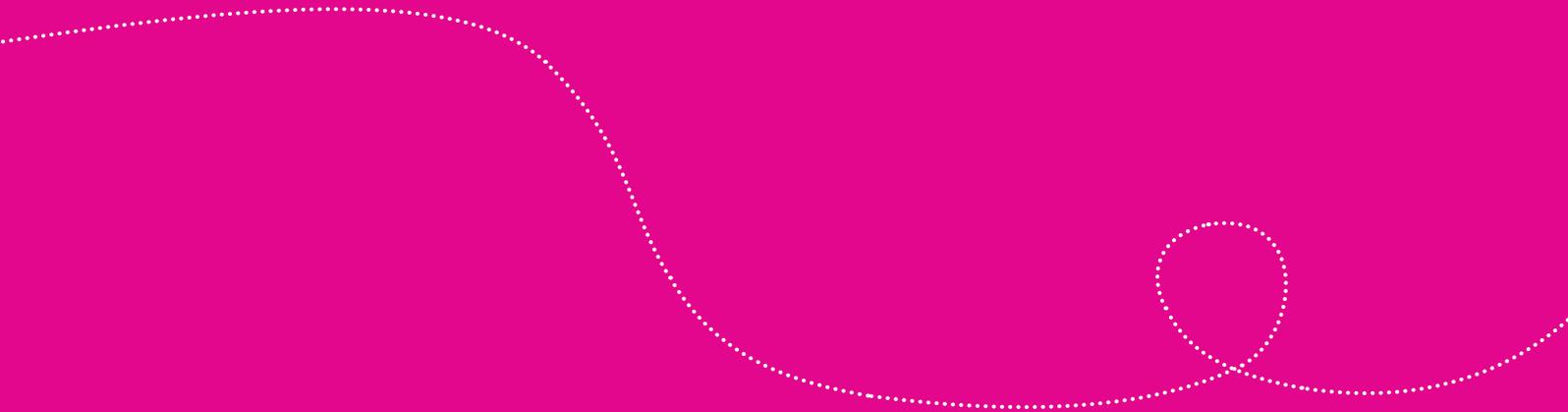
Alexandra Wolters
Dr. Bernadette Klapper

Gestaltung

siegel konzeption | gestaltung, Stuttgart

Zitierhinweis

Robert Bosch Stiftung. 2020.
Brennglas Corona-Krise – Was können wir von der
Pandemie für unser Gesundheitssystem lernen?
Diskussionspapier – Neustart! Corona Calls.
Stuttgart.



[bosch-stiftung.de](https://www.bosch-stiftung.de)