



Merkzettel - Lehren aus der Corona-Pandemie aus Patient*innen-Sicht (06/2020)

Der bisherige Verlauf der Corona-Pandemie hat meist zu umsichtigen Verhaltensweisen der Bürger*innen geführt, aber auch zu unerwarteten strukturellen Schwierigkeiten. Viele schon vorher diskutierte Probleme sind zugespitzt oder öffentlich zum Vorschein gekommen.

Dies ist Anlass für uns im PatientInnen-Netzwerk NRW, eine vorläufige Zwischenbilanz zu ziehen. Hierzu wollen wir auf der Landesebene in NRW beitragen und lokale und bundespolitische Aspekte ergänzen.

Was können wir also aus der Krise lernen und an welchen Stellen sollen Veränderungen erfolgen? Dabei möchten wir die pandemische Corona-Krise und die pandemische Klima-Krise zusammen in den Blick nehmen. Wir finden viele wechselseitige Bezüge und bei der Krisenverarbeitung ist eine nachhaltige, gesundheitsförderliche und klimafreundliche Praxis noch lange nicht gegeben.

Folgende Punkte halten wir für besonders wichtig:

1. Gesundheitsversorgung als Teil der gemeinwohlorientierten Daseinsvorsorge

Die bisherige Ausrichtung des Gesundheitswesens auf die Interessen und Logiken der Privatwirtschaft führte weder zur gewünschten qualitativen Verbesserung, noch kann damit die Aufgabe der Bereitstellung von Strukturen für die Zwecke der Daseinsvorsorge erfüllt werden. Privatisierung und ökonomischer Druck haben die Situation vor allem für diejenigen deutlich verschlechtert, die in einer Pandemie "systemrelevant" sind. Die Fokussierung auf abrechnungstechnisch lohnende Eingriffe, OPs oder Therapien verfehlen den Zweck einer an den Prinzipien der Daseinsvorsorge orientierten Steuerung und führen zu einer Unter-, Über- und Fehlversorgung.

Eine am Gemeinwohl orientierte Gesundheitsplanung setzt an den tatsächlichen Bedarfen an (auf Grundlage einer unabhängigen wissenschaftlichen Evaluierung, Datenerhebung und -auswertung), betrachtet die Patient*innen weder als Abrechnungsgröße noch als Kund*innen, sondern als zu beteiligende Mitwirkende. Ein solches Gesundheitswesen ist kein Reparaturbetrieb, sondern "denkt, plant und handelt" ganzheitlich, das bedeutet: Die psycho-sozialen, ökonomischen, ökologischen und materiellen Lebensbedingungen von Bürger*innen wirken sich auf deren Gesundheit aus und müssen daher mitgedacht werden.

Der Mensch muss im Vordergrund stehen, sowohl als Patient*in wie auch beim medizinischen Personal. Krankenhäuser müssen sich um kranke Menschen kümmern und nicht die Wirtschaftlichkeit in den Vordergrund stellen. Da die Beiträge für die Finanzierung des Gesundheitswesens aus Solidarmitteln stammen, muss eine Gewinnorientierung vollständig ausgeschlossen werden.

- Ganzheitliche Sicht auf Gesundheit und Gesundheitsversorgung
- Patient*innen als aktiv Mitwirkende und nicht als Abrechnungsgröße oder Kund*innen.
- Rücknahme der Ökonomisierung im Gesundheitswesen und Einführung einer bedarfsorientierten gesundheitsbezogenen Daseinsvorsorge



2. Gesundheitliche und soziale Ungleichheit wahrnehmen und ausgleichen

Die Folgen der Corona-Krise treffen besonders diejenigen, die über geringere ökonomische, soziale und/oder gesundheitliche Ressourcen und Teilhabemöglichkeiten verfügen (z.B. Ältere, Menschen mit Behinderung, Pflegebedürftige und Angehörige, Alleinerziehende, Flüchtlinge und Migrant*innen). Das Wegbrechen von notwendigen Unterstützungs- und Hilfestrukturen, Existenznöte, Arbeitslosigkeit, Vereinsamung, häusliche Gewalt, psychische Erkrankungen, Suchterkrankungen, Überlastung durch enge/schlechte Wohnverhältnisse, Überforderung durch Doppelbelastungen usw. können weniger gut kompensiert werden und auch die gesundheitlichen Belastungen sind höher. Zugleich fördern die als ungleich empfundenen Auswirkungen soziale Spannungen und die Ausbreitung bzw. Popularität einfacher Lösungsangebote, Verschwörungstheorien und ggf. antidemokratische Tendenzen.

Um Ungleichheit zu reduzieren und die Resilienz des Gesamtsystems zu erhöhen, ist es erforderlich, soziale, teilhabestärkende, die Grundversorgung sichernde Strukturen eines Landes insgesamt zu betrachten. So müssen künftige Pandemie-Präventionsstrategien sich gleichermaßen mit der Sicherstellung von sozialen Hilfs- und Unterstützungsangeboten beschäftigen, wie mit der Versorgung durch Intensivbetten. Der Mensch ist als soziales Wesen auf Kontakte angewiesen. Es ist notwendig, sowohl die Gesundheitsgefährdung durch den Virus als auch durch die Isolation zu beachten und zusätzlich alternative Kontaktmöglichkeiten zu schaffen.

Wir stellen außerdem fest, dass bei der Bekämpfung von Krankheitsursachen eine starke Ungleichbehandlung besteht. Während bei diesem neuartigen Corona-Virus Maßnahmen in nie zuvor praktiziertem Ausmaß erfolgen, werden dauerhafte gesundheitliche Gefährdungen hingenommen, die vor allem mit Armut einhergehen, so z.B. Atemwegserkrankungen bei Menschen, die an vielbefahrenen Straße leben (müssen) oder ernährungsbedingte Erkrankungen wie Adipositas oder Diabetes Typ II. Infektionen durch MRE sind weiter hoch und ihre Ursachen liegen oft in falschem Antibiotika-Einsatz.

Die Förderung und Erhaltung von Gesundheit ist weit mehr als die Abwehr akuter Gefährdungen. Sie setzt im Sinne der WHO ressort-übergreifendes Handeln voraus.

- Kostenlose Hilfestellungen und Zugänge zum Gesundheitssystem in Krisenzeiten
- Zukünftige Isolationsmaßnahmen teilhabegerecht und würdevoll gestalten
- Leistungen der Krankenkassen für chronisch Kranke auch unter Kostendruck erhalten

3. Patientensicherheit und Patientenschutz gewährleisten

Patientensicherheit wurde im Laufe der Corona-Pandemie oft zur Patientenunsicherheit: Dazu zählen der Mangel an Schutzausstattung, die Sorge um nosokomiale Corona-Infektionen in Heimen und im Krankenhaus, Unsicherheiten in der Informationspolitik und der Wegfall der sozialen Kontakte. Die Erfahrungen der ersten Corona-Welle lehren uns, dass der Patienten-Schutz nicht zu einer vollständigen Isolation der Menschen in den (Pflege-/Behinderten-) Einrichtungen führen darf.

Wir beobachten außerdem einen gefährlichen Trend in den Notaufnahmen der Krankenhäuser. Viele Menschen rufen trotz schwerwiegender körperlicher Probleme nicht den Rettungsdienst: Sie haben Angst, sich mit dem Virus anzustecken oder wollen



schwer erkrankten Covid-19-Patient*innen nicht das Bett wegnehmen. So kommen mehr Patient*innen in einem sehr schlechten Zustand in die Notaufnahme. Auch die Verschiebung von nicht dringend notwendigen Operationen hat bei den Patient*innen zur Verunsicherung geführt. Mehr Aufklärung seitens der Ärzteschaft ist erforderlich, diverse Schutzmaßnahmen und die klare räumliche und personelle Trennung zwischen Patient*innen mit und ohne Covid-19-Infektion müssen erfolgen.

Medizinische Einrichtungen waren bei hohen Infektionszahlen nicht ausreichend ausgestattet mit Schutzkleidung, Atemmasken und Beatmungsgeräten. Diese Mängel im Versorgungsmanagement beeinträchtigen die Sicherheit aller Beteiligten. Ambulante und stationäre Versorgungsstrukturen müssen zusammenwirken. Zudem muss der öffentliche Gesundheitsschutz ausgebaut werden: Die Gesundheitsämter brauchen auch nach Einführung der CORONA Warn-App mehr Personal und bessere Ausstattung.

Deutschland braucht eine gute Notfallversorgung, wenn es um Medikamente, Material und Produktionskapazitäten im eigenen Land geht. Bei der Herstellung von Arzneimitteln und medizinischen Geräten haben wir uns, auch das zeigt die Krise, aus Kostengründen in gefährliche Abhängigkeit von Billiglohnländern wie z.B. China oder Indien begeben. Für Schutzausrüstung braucht es nicht nur eigene Produktionsstätten, sondern auch verlässliche Vorratshaltung. Bei Arzneimitteln muss die Wirkstoffproduktion auf mehr Länder verteilt und teilweise nach Europa bzw. Deutschland zurückverlagert werden.

Die strukturellen, finanziellen und politischen Bedingungen für „gute Arbeit“ im Gesundheitswesen – vor allem bei den nichtärztlichen Heilberufen – sind immer noch nicht erfüllt. Eine gute Versorgung von Patient*innen setzt voraus, dass Ärzt*innen, Therapeut*innen und Pfleger*innen gute Arbeitsbedingungen haben. Wir müssen die Rolle des Pflegepersonals und der pflegenden Angehörigen aufwerten. Die Corona-Pandemie hat die vorhandenen Probleme deutlich offenbart. Trotz des vielfach hohen Engagements der Mitarbeiter*innen in den Einrichtungen sind die Rahmenbedingungen sowie Ausstattungen und damit auch Möglichkeiten, einer (bislang unbekannt) Ausnahmesituation zu begegnen, nicht ausreichend.

- Patienten-Schutz darf nicht zu einer vollständigen Isolation der Menschen führen.
- Eine ausreichende Notfallausstattung auch in Krisenzeiten gewährleisten
- Eine gute Versorgung von Patient*innen setzt gute Arbeitsbedingungen voraus

4. Patientenkompetenz und Gesundheitskompetenz fördern und alle mitnehmen

In der ersten Phase der Corona-Pandemie hat sich bereits gezeigt, dass vor allem die Gesundheitskompetenz im Hinblick auf vernünftige, nützliche und verlässliche Gesundheitsinformationen gefördert werden muss. Viele Ältere sind ohne Hilfe nicht in der Lage, sich über Video mit anderen in Verbindung zu setzen. Es braucht mehr Informationen statt Horrorbilder aus Italien, mehr Kompetenz in der Auswahl und Bewertung von Nachrichten, um Fake News zu erkennen. Und es fehlten Informationen in leichter Sprache, die alle Menschen verstehen.

Viele Menschen waren durch die Kontaktsperre von jetzt auf gleich allein auf sich gestellt. Psychisch Kranke wie auch Alleinstehende wurden teilweise vergessen. Wer alleine lebt, hatte niemanden mit dem sie/er sich treffen konnte. Materielle Hilfe kam relativ schnell von Nachbar*innen und hilfsbereiten Bürger*innen. Aber psychisch waren viele überfordert mit dem Alleinsein. Hier wäre ein Kontakt-Konzept gut, das nicht nur Familienmitglieder berücksichtigt, sondern auch „Wahlverwandtschaften“. Wir benötigen Konzepte, die solidarisches Verhalten und Wertschätzung stärken.



Selbstbestimmung muss auch in Corona-Zeiten möglich sein. Menschen benötigen einen würdevollen Umgang miteinander. „Schutz von Alten und Schwachen“ darf nicht bedeuten, dass andere für sie bestimmen! Hygienekonzepte sollen die Isolation von Bewohner*innen stationärer Pflegeeinrichtungen verhindern. Damit wird gleichzeitig eine Stigmatisierung des Alters oder alter Menschen im Allgemeinen verhindert. Nach wie vor gibt es Schwierigkeiten bei Besuchen von An- und Zugehörigen in Pflegeeinrichtungen, da es bisher keine einheitlichen Regelungen gibt, an die sich alle halten müssen.

Die Bürgerorientierung des Gesundheitswesens ist somit wichtiger denn je. Seit über 30 Jahren fordern Patientenvertreter*innen eine sprechende Medizin, die sich an den Wünschen, Fähigkeiten und Bedarfen der Patient*innen orientiert. Angebote zur Prävention und Gesundheitsförderung sind längst noch nicht ausreichend.

- Gesundheitsbildung für alle und Bürger*innen-Beteiligung wo immer möglich
- Selbstbestimmung auch in Corona-Zeiten
- Konzepte, die solidarisches Verhalten und Wertschätzung stärken

5. Digitalisierung kritisch reflektieren und gezielt patientenorientiert einsetzen

Die Nutzung von digitalen Medien in Deutschland als alternative Kontaktmöglichkeit steht noch ganz am Anfang und es gibt wenig Transparenz. Das betrifft den professionellen ebenso wie den zivilgesellschaftlichen und privaten Bereich: Bei Selbsthilfegruppen und Selbsthilfekontaktstellen besteht große Verunsicherung, welche Medien (Messenger, Chats, Videokonferenzen) tauglich und datenschutzrechtlich unbedenklich sind. Diese Hintergründe sind für Laien kaum zu beurteilen. Hier fehlt es an Transparenz und nutzerorientierter Handhabbarkeit. Die Angebote müssen funktional sein und dürfen nicht die Daten der Nutzer*innen für kommerzielle Zwecke verwenden. Dazu ist eine staatliche Zertifizierung der Angebote sinnvoll. Ebenso hat sich gezeigt, dass die Verwaltung – hier insbesondere Gesundheitsämter - digital unzureichend ausgestattet und geschult ist.

Digitalisierung kann eine sinnvolle Ergänzung zum "Analogen" sein. Sie wird aber immer mehr als Allheilmittel für viele Probleme im Gesundheitswesen dargestellt. Etlichen Vorschlägen mangelt es an der Nützlichkeit für die Versorgten oder an basalen Anforderungen an den Datenschutz. Meist stehen Gewinn- und Industrie-Interessen im Vordergrund. Deshalb fordert das PatientInnen-Netzwerk NRW eine Technikfolgenanalyse für E-Health-Projekte vor ihrer Einführung.

- Transparenz über nutzerorientierte und datenschutzkonforme Anwendungen
- Keine Kassenfinanzierung von ungeprüften bzw. unsinnigen Applikationen
- Technikfolgenanalyse für E-Health-Projekte vor ihrer Einführung

Anmerkungen zum Positionspapier bitte an: Manuela Anacker (Sprecherin) oder Günter Hölling (Sprecher) c/o Julia Gakstatter, Koordinatorin PatientInnen-Netzwerk NRW (www.patientennetz.net)
Der Paritätische NRW | Rathauspassage 3 | 48282 Emsdetten, julia.gakstatter@paritaet-nrw.org