



Lehren aus der Corona-Pandemie aus Patient*innen-Sicht 2. Zwischenbilanz (10/2021)

Die Corona-Pandemie hat während ihres Verlaufs zunehmend Schwächen in Bezug auf das Gesundheits- und Pflegesystem, den öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD), die staatliche Daseinsvorsorge, soziale Ungleichheiten, die Nutzung der Digitalisierung und Partizipationsmöglichkeiten von Patient*innen etc. offenbart. Viele schon vorher diskutierte Probleme sind zugespitzt bzw. öffentlich zum Vorschein gekommen.

Dies ist Anlass für uns im PatientInnen-Netzwerk NRW, eine zweite Zwischenbilanz zu ziehen. Was können wir aus der Krise lernen und was muss sich ändern? Dabei nehmen wir die pandemische Corona-Krise und die pandemische Klima-Krise gemeinsam in den Blick. Bei der Krisenverarbeitung ist eine gesundheitsförderliche und klimafreundliche Praxis noch lange nicht gegeben. Nachhaltigkeit ist dabei entscheidend.

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 psychosozialen, 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 und An-/Zugehöriger wie auch in der Funktion als medizinisch und pflegerisch Tätiger. 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, Überlastung durch enge/schlechte Wohnverhältnisse 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 Pandemiekonzepte sich gleichermaßen mit der Sicherstellung von sozialen Hilfs- und Unterstützungsangeboten beschäftigen, wie mit der Bereitstellung von Maßnahmen zur Verhältnisprävention bis zu den Intensivbetten. Der Mensch ist als soziales Wesen auf Kontakte angewiesen. Es ist notwendig, sowohl die Gesundheitsgefährdung durch das 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 und ansteigende gesundheitliche Gefährdungen hingenommen, die vor allem mit Armut einhergehen, so z.B. Atemwegserkrankungen bei Menschen, die an vielbefahrenen Straße leben (müssen) oder lebensstilbedingte Erkrankungen wie Adipositas oder Diabetes Typ II. Infektionen durch Multiresistente Erreger (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
- Kassen-Leistungen für chronisch Kranke auch unter Kostendruck erhalten
- Gesunde Lebensbedingungen für alle Bürger*innen schaffen, unabhängig von Einkommen und sozialem Status, als Grundlage für stabile Gesundheit und geringen Krankheitsdruck



3. Patientensicherheit und Patientenschutz gewährleisten

Patientensicherheit wurde im Laufe der Corona-Pandemie oft zur Patientenunsicherheit. 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. Auch die Verschiebung von nicht dringend notwendigen Operationen hat bei Patient*innen zur Verunsicherung geführt.

Patientensicherheit entsteht aber auch durch eine konsistente öffentliche Information, die wissenschaftlich fundiert und leicht verständlich sein muss. (Partei-)Politische Kalküle müssen zugunsten einheitlicher und verlässlicher Regelungen zurückstehen.

Ambulante und stationäre Versorgungsstrukturen müssen zusammenwirken. Zudem hat sich gezeigt, dass der öffentliche Gesundheitsschutz ausgebaut und aktuellen Anforderungen angepasst werden muss. Die Gesundheitsämter brauchen mehr Personal und bessere Ausstattung. Voraussetzung für die weitere Bewältigung der Pandemie, insbesondere bei weiteren Infektionswellen, ist außerdem der zügige Ausbau der technischen Infrastruktur im Zuge der Digitalisierung. Das gilt sowohl für die Standardisierung und Kompatibilität von Systemen von Gesundheitsämtern, Krankenhäusern und ambulanten Angeboten wie auch für telemedizinische Angebote.

Darüber hinaus braucht Deutschland eine gute Notfallversorgung, wenn es um Medikamente, Material und Produktionskapazitäten im eigenen Land geht. 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. Gemäß ihrer realen Unverzichtbarkeit sind die Rolle des Pflegepersonals und der pflegenden Angehörigen aufzuwerten. 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.

- Eine ausreichende Notfallausstattung auch in Krisenzeiten gewährleisten
- Öffentlichen Gesundheitsschutz ausbauen und Gesundheitsämter stärken
- 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 gezeigt, dass vor allem die Gesundheitskompetenz im Hinblick auf vernünftige, nützliche und verlässliche Gesundheitsinformationen gefördert werden muss. Es braucht mehr Informationen, mehr Kompetenz in der Auswahl und Bewertung von Nachrichten, um Fake-News zu erkennen. Und es fehlen Informationen in leichter Sprache, die alle Menschen verstehen.

Viele Menschen waren durch die Kontaktstörung von jetzt auf gleich allein auf sich gestellt. Psychisch Kranke, Ältere wie auch Alleinstehende wurden teilweise vergessen. Wer alleine lebt, hatte niemanden mit dem sie/er sich treffen konnte. Eine Hilfe zur Alltagsbewältigung 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 Gefahr der Isolation von Bewohner*innen stationärer Pflegeeinrichtungen berücksichtigen und diese verhindern. Damit wird gleichzeitig eine Stigmatisierung des Alters oder alter Menschen im Allgemeinen entgegengewirkt.

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 am Anfang und es gibt wenig Transparenz. Das betrifft den professionellen ebenso wie den zivilgesellschaftlichen und privaten Bereich: Bei Selbsthilfegruppen und -kontaktstellen 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 nutzer-orientierter 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.

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 vorab eine Technikfolgenanalyse für E-Health-Projekte.

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

6. Patient*innenbeteiligung und Partizipation

Im Interesse einer demokratischen Gesellschaft müssen das Land und die Kommunen – auch in Krisensituationen – stärker auf organisierte Bürgerbeteiligung setzen. Damit die Kommunikation zwischen Bürger*innen, Politik und Verwaltung besser funktioniert, sind über die vorhandenen Gremien hinaus (wie Beiräte für Senioren*innen, Menschen mit Behinderung oder kommunalen Gesundheitskonferenzen und Konferenzen für Alter und Pflege) neue partizipative Konzepte erforderlich. Das Gegenteil ist während der Pandemie geschehen. Eingespielte Beteiligungsprozesse wurden sowohl auf kommunaler Ebene als auch auf Landesebene ausgesetzt und digitale Beteiligungswege wurden vielfach nicht genutzt. Das gilt zum Beispiel für kommunale Gesundheitskonferenzen oder für den Landesausschuss Alter und Pflege. Hier ist die Partizipation zwar gesetzlich festgeschrieben, aber es wurde seitens der Landesbehörden und Kommunen billigend in Kauf genommen, dass diese praktisch zum Erliegen kam. Diese Erkenntnisse können auch auf die Klima-Krise übertragen werden.

- Bürgerbeteiligung und Patientenbeteiligung stärken
- Neue partizipative Beteiligungsmöglichkeiten schaffen
- Digitale Partizipation ermöglichen



7. Long Covid

Laut Zahlen des Robert-Koch Instituts gelten mehr als 4,2 Millionen Menschen in Deutschland nach einer COVID-19-Infektion als genesen (Stand: 1.11.2021). Doch mehr als jeder zehnte von ihnen kämpft noch mit Langzeitfolgen, auch bekannt als Long Covid. Die Beeinträchtigungen reichen von Kurzatmigkeit schon bei leichten Anstrengungen über Konzentrationsmängel bis hin zu chronischen Erschöpfungssyndromen und schweren Depressionen. Es trifft nicht nur Alte und Schwerkranke: Die meisten Patient*innen mit Long Covid sind relativ jung und haben die Corona-Infektion zu Hause durchgestanden.

Unter bestimmten Voraussetzungen kann die Infektion mit dem Corona-Virus als Berufskrankheit anerkannt werden. Dies betrifft nicht nur medizinisches Personal, sondern beispielweise auch Reinigungskräfte oder Verwaltungsmitarbeiter*innen, wenn sich diese Versicherten (vermutlich) im Rahmen ihrer Tätigkeit im Gesundheitswesen, zum Beispiel in Krankenhäusern, Altenheimen, Arztpraxen, Pflegediensten oder Laboratorien mit dem Corona- Virus infiziert haben. Bei beruflichen Tätigkeiten außerhalb des Gesundheitswesens und der Wohlfahrtspflege bedarf es einer Ursachenvermutung, wenn die Erkrankung in zeitlicher Nähe zur beruflichen Tätigkeit eingetreten ist. Weitere sozialrechtliche Fragen sind bislang ungeklärt: Haben austerapierte, offiziell als genesen geltende Menschen, die aber weiter an den Folgen einer Covid Erkrankung leiden, Anspruch auf Krankengeld, auf medizinische oder berufliche Rehabilitation, auf Erwerbsminderungsrente? Im Rahmen der sozialmedizinischen Forschung müssen klare Richtlinien für die Begutachtung und Beurteilung erarbeitet werden, damit Long Covid Erkrankte nicht durch die Maschen des sozialversicherungsrechtlichen Leistungsnetzes fallen.

- Sozialversicherungsrechtliche Ansprüche für Long Covid Erkrankte
- Einheitliche Begutachtungsrichtlinien bei Long Covid
- Ursachenvermutung bei COVID-19-Erkrankung infolge eines Arbeitsunfalls

8. Impfen

Von Beginn an war das Thema Impfen von gesellschaftlichen Kontroversen begleitet – und zwar besonders dann, wenn Impfungen gesetzlich verpflichtend gemacht wurden. Die Aspekte, die dabei in Politik und Öffentlichkeit debattiert werden, sind ebenso vielfältig wie emotional aufgeladen – stellt doch das Verabreichen eines Impfstoffes unbestritten einen Eingriff in die körperliche Unversehrtheit eines Menschen dar. Auf der anderen Seite bedrohen aber auch Krankheitserreger die körperliche Unversehrtheit, so dass es im Kern immer auch um die jeweilige Lesart des Art. 2 Abs. 2 Grundgesetz (GG) geht.

Die Legitimationsprobleme sind auch im Zusammenhang mit der Corona-Pandemie letztlich noch nicht geklärt. Immer muss der Nutzen sehr viel größer sein als der mögliche Schaden durch die Impfung, was sich aktuell z.B. bei den Kindern nicht eindeutig darstellen lässt. Auch für einzelne



Patientengruppen ist diese Abwägung nötig. Für aktuelle und zukünftige Debatten gilt es eben diese Verhältnismäßigkeit stets aufs Neue abzuwägen und die als angemessen erscheinenden Maßnahmen gesellschaftlich auszuhandeln. Hierbei muss auch berücksichtigt werden, welche Alternativen zur Verfügung stehen und wie die Teilnahme am öffentlichen Leben auch für die Nichtgeimpften gestaltet werden kann.

Wichtig ist, eine mehrsprachige und verständliche und zielgruppenorientierte Aufklärung zu erreichen, niederschwellige Impfangebote bereitzustellen und eine globale Impfgerechtigkeit mitzudenken.

- Differenzierte Impfempfehlungen wissenschaftlich begründen
- Verständliche, mehrsprachige und zielgruppengerechte Aufklärung
- Fragen des Impfangebotes oder der Impfpflicht gesamtgesellschaftlich aushandeln

Anmerkungen bitte an die Sprecher*innen:

Manuela Anacker und Günter Hölling

Kontakt:

Anke Steuer, Koordinatorin PatientInnen-Netzwerk NRW

Telefon: 02302 27 94 774, Mobil: 01525 73 59 840, E-Mail: anke.steuer@paritaet-nrw.org

Selbsthilfe-Kontaktstelle Witten | Wetter | Herdecke, Dortmunder Straße 13 in 58455 Witten

Das PatientInnen-Netzwerk NRW:

Gesundheitsladen Bielefeld e.V., gesundheitsladen köln e.V., Gesundheitsselbsthilfe NRW, KOSKON NRW, Landesseniorenvertretung NRW, Sozialverband VdK NRW, Der Paritätische NRW, Selbsthilfeakademie NRW
