

Resilientes Gesundheitswesen: Lernen wir aus der Pandemie?

Bedingt abwehrbereit: Das deutsche Gesundheitssystem im Pandemie-Stress

DR. FLORIAN STAECK

Das deutsche Gesundheitswesen hat durch die Corona-Pandemie einen ungeahnten Stresstest erfahren. Mehr als eineinhalb Jahre nach Beginn der Pandemie wird für Deutschland oft ein positives Zwischenfazit gezogen: Das Gesundheitswesen habe sich als leistungsfähig erwiesen und den Belastungen standgehalten, zusammen mit den Corona-Maßnahmen in allen gesellschaftlichen Ebenen ergebe sich eine Mortalitätsrate, die zumeist deutlich niedriger ausfällt als in vielen anderen europäischen Staaten.

Indes zeigen sich bei näherer Analyse eine Vielzahl von Schwachstellen, die teilweise auch über das Gesundheitswesen hinausgreifen. Die betrifft die unzureichende Krisenerkennung, die nicht auf verlässliche digitale Werkzeuge gestützt war, die strukturelle und personelle Unterausstattung des Öffentlichen Gesundheitsdienstes oder das defizitäre Monitoring des Pandemiegeschehens. All dies wurde begleitet durch einen länderspezifischen Flickenteppich unterschiedlicher Regelungen, der es den Bürgern erschwerte nachzuvollziehen, ab welchem Schwellenwert welche Corona-Maßnahmen greifen. Bis heute sind zudem schwerwiegende ethische Fragen beispielsweise im Zusammenhang mit Besuchsverboten in Krankenhäusern oder Pflegeheimen nicht im Ansatz aufgearbeitet worden.

Vor diesem Hintergrund stellen die Teilnehmer des 25. Frankfurter Forums, das am 22./23. Oktober 2021 in Fulda tagte, einen großen Modernisierungsbedarf im deutschen Gesundheitswesen fest. Die Veranstaltung mit dem Titel „Krisenstrategien – vorsorgende Gesundheitspolitik vor neuen Fragen“ schloss thematisch an das 24. Frankfurter Forum im Frühjahr 2021 an, bei dem die Vernetzung des Gesundheitswesens mit viel weiter ausgreifenden Problemen der Umwelt-, Klima- und Finanzpolitik debattiert

wurde. Bei dieser letzten Tagung wurde die Rolle des Gesundheitswesens als Reparaturinstanz von Problemen hervorgehoben, die tatsächlich an ganz anderer Stelle entstanden sind. Diskutiert wurden beispielsweise hohe im Gesundheitssystem entstehende „Reparaturkosten“, die ihre Ursachen in vermeintlich weit entfernt liegenden Problemlagen finden – etwa in sozioökonomischen Ungleichheiten oder Disparitäten im Hinblick auf Bildung oder Ernährung.

In der Herbsttagung nun wurden die Erfahrungen einer alle gesellschaftlichen Bereiche erfassenden Krise wie der Corona-Pandemie zurückgespiegelt auf das deutsche Gesundheitswesen. Dabei wurden nach Wahrnehmung der Teilnehmer auf vielen Ebenen Defizite in der staatlichen Aufbau- und Prozessorganisation deutlich. Als Folge hätten die handelnden Politiker insbesondere in Ländern und im Bund zu viel „auf Sicht“ fahren müssen.

Pandemie als „Missing-Data-Krise“

Auch wenn man viel Verständnis für das Handeln von Politikern unter Druck und Unsicherheit aufbringe, hätte vieles besser laufen können, hieß es. Denn eine zeitnahe Krisenerkennung, so die These, sei eine Voraussetzung für ein adäquates Pandemie-Management. Digitale Werkzeuge, die in der konkreten Pandemie-Situation hätten nützlich sein können, seien zwar bereits seit Jahren in Planung gewesen, standen zu Beginn der Pandemie dann aber doch nicht zur Verfügung – als Beispiele wurden die Impf-App, die digitale Vernetzung der Labore oder ein elektronisches Meldesystem auf Ebene der Gesundheitsämter genannt.

Die Pandemie sei insofern in Deutschland auch eine „Missing-Data-Krise“, wurde betont. Dies habe fatale Aus-

wirkungen für die politische Kommunikation gehabt. Denn nur durch Verlässlichkeit könne auch Vertrauen entstehen. Dieses jedoch sei strapaziert worden – so war die Validität der offiziellen Corona-Impfstatistiken des Robert Koch-Instituts ebenso Gegenstand politischer Debatten wie die stark schwankende Zahl der an das Intensivregister gemeldeten Intensivbetten in Krankenhäusern.

Als „gescheitert“ beschrieben wurde das deutsche Gesundheitssystem dann bei der noch komplexeren Aufgabe, digitale Daten aus verschiedenen Quellen zusammenzuführen. Denn dies erst ermögliche eine Datenqualität, die es erlaubt hätte, politische Entscheidungen mit ausreichender Evidenz zu unterlegen, urteilten Teilnehmer. Das sei in Deutschland auf Basis der geltenden Datenlage bisher nur begrenzt möglich. Exemplarisch diskutiert wurden die begrenzten Möglichkeiten der Verwendung digitaler Daten an der elektronischen Patientenakte (ePA). Nach der geltenden Opt-in-Regelung muss der GKV-Versicherte jeden Schritt der Befüllung der Akte einzeln genehmigen. Nachteil eines solchen Modells sei erfahrungsgemäß eine sehr niedrige Teilnehmerate – genannt wurde ein Wert von zehn Prozent.

Hohe Beteiligungsraten mit Opt-out-Modell

Nur ein Opt-out-Modell, bei dem ein Datentransfer vom Versicherten aktiv unterbunden werden muss, ermögliche hohe Beteiligungsraten, wurde argumentiert. Andere Teilnehmer schlugen vor, besser mit digitalen Anwendungen zu starten, bei denen relevante Themen für die Bürger aufgerufen werden, als Beispiel wurde die Patientenverfügung genannt. Wieder andere mahnten, digitale Werkzeuge müssten die individuellen, freiheitlichen Ansprüche der

Bürger zur Grundlage nehmen. Deshalb konnte der Corona-Warnapp, bei der eine Infektionsmeldung mit der Quarantäne „belohnt“ wird, auch kein nachhaltiger Erfolg beschieden sein, hieß es.

Paradigmatisch für die bisher fehlende Krisenresilienz diskutierten die Teilnehmer über die bisherigen Engpässe sowie Perspektiven des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (ÖGD). Deutlich geworden sei, dass die bevölkerungsmedizinische Perspektive in der Versorgung in Deutschland strukturell unterentwickelt ist. Nur der ÖGD könne durch seinen subsidiären und sozialkompensatorischen Ansatz Versorgungsprobleme adressieren, die in der individualmedizinischen Versorgung etwa beim niedergelassenen Arzt nicht aufgegriffen werden können. Die bisher randständige Position des ÖGD zeige sich nicht zuletzt in seiner finanziellen Ausstattung – nur rund ein Prozent der öffentlichen Gesundheitsausgaben flössen dorthin. Bekannt sei noch nicht einmal, wie viele Beschäftigte die bundesweit 375 Gesundheitsämter aktuell aufwiesen, denn die Gesundheitsberichterstattung in diesem Bereich sei 1999 eingestellt worden. Erhoben werde über die Bundesärztestatistik allein die Zahl der im ÖGD angestellten Ärztinnen und Ärzte.

Neben der personellen und sächlichen Mangelausstattung der Gesundheitsämter hat sich die solitäre Verankerung der Gesundheitsämter in den Landkreisen als problematisch herausgestellt – es fehle eine Einbindung in Strukturen des Landes oder des Bundes. Viele Bundesländer verfügten nicht einmal über ein Landesgesundheitsamt, so dass dort operative Gesundheitspolitik primär in den Landesministerien angesiedelt sei. Gesundheitsämtern fehle vor diesem Hintergrund in vielen Fällen eine Fach-

struktur auf Landesebene, die koordinierend wirken könne. Gleiches gelte für den Bund, wo mit dem Robert Koch-Institut ein Ansprechpartner für Fragen des Infektionsschutzes existiere – Bevölkerungsmedizin gehe über diesen Fokus aber weit hinaus.

Unter dem Druck der Pandemie-Bekämpfung wurde sodann versucht, die mangelhafte Implementation digitaler Prozesse im Hauruck-Modus nachzuholen. Beispielhaft illustrierten dies Teilnehmer am System SORMAS (Surveillance, Outbreak Response Management and Analysis System). Dieses Kontaktpersonen-Management-System soll Gesundheitsämter bei der Identifizierung und Überwachung von Kontaktpersonen unterstützen. Auf Wunsch von Bundesgesundheitsministerium und Gesundheitsministerkonferenz sollte SORMAS zeitnah in allen Gesundheitsämtern installiert werden – und zwar unabhängig davon, ob Gesundheitsämter bereits – funktionierende – digitale Nachverfolgungssysteme installiert hatten.

Bescheidene Fortschritte bei der Vernetzung

Dieser Druck „von oben“ habe in den Gesundheitsämtern eine Widerstandshaltung kultiviert, so dass noch im Herbst 2021 diese EDV nur in rund einem Drittel der Ämter installiert gewesen sei, hieß es. Ähnlich bescheiden falle der Erfolg beim digitalen Werkzeug DEMIS (Deutsches Elektronisches Melde- und Informationssystem für den Infektionsschutz) aus. Über DEMIS, das seit 2012 entwickelt worden sei, gelang es im Zuge der Pandemie, eine bundeseinheitliche und schnelle elektronische Meldung positiver SARS-CoV2-Erregernachweise von fast allen Laboren an die Gesundheitsämter abzuwickeln. Allerdings gebe es laut Infektionsschutzgesetz noch rund 50 weitere meldepflichtige Erreger, für die diese Datenstruktur noch nicht realisiert sei, wurde erinnert.

Die größte Herausforderung werde aber darin liegen, den ÖGD als eigene Versorgungsstruktur dauerhaft mit einzuplanen, und zwar bei der Ressourcenverteilung wie bei der Gesetzgebung. In einem solchen Prozess lägen sehr große Entwicklungschancen in Richtung eines resilienten Gesundheitssystems, hieß es. Die „Mitnahme“ der Gesundheitsämter, deren Mitarbeiter einen Überblick über Probleme der lokalen Versorgung haben, könne bei der Versorgungsplanung großen Nutzen stiften.

Ein Beispiel sei die Planung von Pflegeheimen durch große Pflegekonzerne, bei der Belange des Sozialraums – Fragen der Mobilität wie der Anbindung an den ÖPNV oder

der hausärztlichen Versorgung – oftmals nicht mitberücksichtigt würden.

Die mangelhafte politische Einschätzung der kurz- und mittelfristigen Entwicklungsmöglichkeiten des ÖGD zeige nicht zuletzt der im September 2020 geschlossene „Pakt für den ÖGD“. Dabei stellt der Bund über sechs Jahre vier Milliarden Euro für Personal, Digitalisierung und moderne Strukturen in den Gesundheitsämtern zu Verfügung. Verbunden sind die Mittel mit dem Ziel, in den Ländern bis Ende 2021 mindestens 1500 neue Stellen mit Ärztinnen und Ärzten sowie Fach- und Verwaltungspersonal zu besetzen. Bis Ende 2022 sollen sogar mindestens weitere 3500 Vollzeitstellen geschaffen werden. Das sei schon allein angesichts der fehlenden akademischen Ausbildungsstrukturen an den Medizinfakultäten illusorisch, wurde angemerkt. Hinzu komme der seit Jahren ungelöste Nachteil einer gravierend schlechteren Bezahlung von Ärztinnen und Ärzten im ÖGD im Vergleich zu einer Beschäftigung in Krankenhäusern nach TVöD.

Schließlich hätten in etlichen Bundesländern die kommunalen Spitzenverbände solange keine Unterstützung für die Einstellung neuer Mitarbeiter in Gesundheitsämtern signalisiert, wie nicht eine Weiterfinanzierung der Gehälter über das Jahr 2026 hinaus zugesagt wird. Ein Fazit von Teilnehmern lautete, es reiche nicht, bundesseitig Geld für den ÖGD zur Verfügung zu stellen, für den man keine Zuständigkeit hat. Jenseits des „Pakts für den ÖGD“ habe die konzeptionelle Arbeit mit Blick auf die Zukunft der Bevölkerungsmedizin in Deutschland gerade erst begonnen.

Medizinethische Kollateralschäden der Pandemie: Lebhaft diskutierten die Teilnehmer des Forums den Umfang mit Pflegeheimbewohnern und sterbenskranken Patienten in Krankenhäusern. Schon vor der Pandemie seien die teilweise prekären Lebensbedingungen für Heimbewohner bekannt gewesen, hieß es. Durch die Besuchsverbote insbesondere in der ersten und zweiten Phase der Pandemie sei es bei vielen alten Menschen zu einer Krankheitsverschärfung gekommen. Teilnehmer stellten in Frage, ob die strikten Zutritts- und Besuchsverbote für COVID-19-Patienten ethisch vertretbar gewesen sind.

Denn geboten gewesen wäre eine sorgfältige Abwägung zweier medizinethischer Prinzipien – Autonomie der betroffenen Heimbewohner versus Solidarität – hier: dem kollektiven Interesse, eine weitere Verbreitung des SARS-CoV2-Virus einzudämmen. Dass es in vielen Fällen Ange-

hörigen untersagt wurde, Sterbenden die Hand zu halten, wurde von Teilnehmern als in hohem Maße fragwürdig gebrandmarkt. Erinnert wurde daran, Sterbebegleitung sei nicht nur durch medizinische und pflegerische Kompetenz geprägt, sondern im entscheidenden Maße auch durch menschliche Zuwendung.

Bestürzend sei zudem, dass die Isolationspraxis von Heimbewohnern auch dann noch fortgesetzt wurde, als ausreichend Schutzausrüstung zur Verfügung stand, die Besuche erlaubt hätte. In vielen Fällen hätten die Verantwortlichen ein Setting vor Ort schaffen können, um in separaten Räumen mit streng begrenztem Zugang Angehörigen den Abschied von sterbenden Heimbewohnern zu ermöglichen, wurde argumentiert. Kritisch wurde angemerkt, dass es bislang zu keiner breiten Diskussion über die Folgen der Besuchsverbote gekommen sei. Viele trauernde Angehörige hätten Erfahrungen gemacht, die jetzt im kollektiven Gedächtnis offenbar ausgeblendet werden. Diese Vorgänge hätten das Potenzial, eine Gesellschaft zu traumatisieren, wenn sie nicht aufgearbeitet werden, um daraus Konsequenzen zu ziehen.

Reformbedarfe im Hinblick auf föderale Zuständigkeiten in der Gesundheitspolitik und im Katastrophenschutz: Die Corona-Pandemie habe auf vielen Ebenen des Gesundheitswesens Optimierungsbedarfe erkennen lassen, erinnerten Teilnehmer. Diese begännen bereits beim Monitoring der Pandemie – als Beispiele wurden häufig wechselnde Orientierungswerte wie R-Wert, Sieben-Tage-Inzidenz oder Hospitalisierungsinzidenz genannt. Aber auch das Krisenmanagement sei in vielen Bereichen ineffizient gewesen. Erinnert wurde dazu an uneinheitliche Regelungen für Einladungen zum Impftermin, überlastete Hotlines oder die fehlende Abstimmung von Impfzentren und niedergelassenen Ärzten. Erschwert wurde die Umsetzung der politischen Managemententscheidungen insbesondere durch die unzureichende Digitalisierung – die stellvertretend steht für die veralteten Strukturen im deutschen Gesundheitswesen.

Angesichts der offenbar gewordenen unklaren Kompetenzzuordnung und mangelnden Koordination im föderalen System schlugen Teilnehmer vor, die Zuständigkeit der Gefahrenabwehr und des Katastrophenschutzes zwischen Bund und Länder im Krisenfall neu zu ordnen. Im Krisenfall, so der Vorschlag, sollte ein Vertreter im Bundeskanzleramt unter Beteiligung eines Vertreters der Länderseite die Koordination übernehmen. Wenn es zu einer

Krise von nationaler Tragweite kommt, müsse dieser Krisenstab ad hoc aus dem Stand-by- in den Operationsmodus versetzt werden können. Diese strukturellen Voraussetzungen für ein strukturiertes Krisenmanagement sollten flankiert werden durch ein Gesundheitswesen mit höherer Krisenresilienz. Dazu müssten lange vertagte Strukturreformen endlich angegangen werden, wurde gefordert. Als die dabei wichtigste Baustelle identifizierten Teilnehmer die Modernisierung der Krankenhausstrukturen. Hier sei nach den Erfahrungen früherer Reformversuche eine Neuordnung der verfassungsrechtlichen Kompetenzen in der Krankenhausplanung geboten, die auch Sanktionsmöglichkeiten des Bundes vorsieht. Ziel müsse es sein, ein gemeinsames Leitbild der Krankenhausversorgung zu entwickeln. Hierzu sei eine Konsensbildung von Bund, Ländern und Selbstverwaltung vonnöten, hieß es.

Diese Vorschläge stießen zwar vielfach auf Zustimmung, zu bedenken gegeben wurde aber ein aktuell gegenläufiger Diskurs: Statt wichtige gesundheitspolitische Entscheidungen im Sinne einer „Konzertierten Aktion“ auf der Bund-Länder-Ebene anzusiedeln, gebe es Überlegungen von Grünen und Teilen der SPD hinsichtlich einer Rekommunalisierung von Entscheidungen, die auch Konsequenzen für die Finanzströme in der gesetzlichen Krankenversicherung haben würde.

Einem Konzept wie dem der „Gesundheitsregion“ wurde entgegengehalten, es sei ein gewagtes Unterfangen, Akteure wie etwa Kreistage zu zentralen Agenten der Gesundheitsplanung machen zu wollen. Auch wenn es ein legitimes Ziel sei, Kommunen als Akteure zu stärken, so müsse doch immer der „große Rahmen“ bundeseinheitlich geregelt bleiben. Es werde „ins Elend“ führen, wenn jedes Bundesland für sich entscheidet, wie die Krankenhauslandschaft der Zukunft aussieht, wurde argumentiert.

Zustimmung gegen mehr Steuerungskompetenzen?

Mit Blick auf die Mehrheitsverhältnisse einer – zum Zeitpunkt der Veranstaltung – potenziellen „Ampel“-Koalition im Bundesrat, werde die Versuchung der „Ampel“-Strategie groß sein, die Länder dadurch zu Konsensen zu bewegen, dass ihnen neue Steuerungskompetenzen angeboten werden. Dieser Prozess, bei dem sich der Bund als Rahmengestalter in der Gesundheitspolitik zurückzieht, könnte sich als fatal erweisen, wurde gewarnt. Denn es sei eine der Schlussfolgerungen aus der Pandemie, dass es eine regionale oder kommunale Gesundheitskompetenz in Verbin-

derung mit einer nationalen Koordination geben müsse. Andere Teilnehmer gaben zu bedenken, faktisch liege die Daseinsvorsorge ohnehin bei den Kommunen. Allein schon deshalb wäre es stringent, wenn es einen Prozess der Regionalisierung der Gesundheitsversorgung gebe. Geld werde dabei das stärkste Schmiermittel sein, um alle Akteure dabei ins Boot zu holen, zeigten sich Teilnehmer überzeugt.

Mit Blick auf die Pandemie-Erfahrungen müsse es darum gehen, dass die Kommunen auch im Krisenfall ihre Aufgaben erfüllen können. Falls beim Bund – wie oben beschrieben – eine hierarchische Krisenstab-Struktur etabliert werden sollte, müsse es darum gehen, dass sich die Akteure aus allen Ebenen dennoch „auf Augenhöhe“ begegnen können, wurde betont.

Die Kosten der Resilienz: Wer soll für was bezahlen? In der Corona-Pandemie sind mit Blick auf die unterschiedlichen Rettungsschirme im Gesundheitswesen und deren Finanzierung die Unterschiede zwischen einer Beitrags- und einer Steuerfinanzierung unscharf geworden. Von daher sei es hilfreich, sich Kriterien zu vergegenwärtigen, um künftig wieder klarer zwischen beiden Finanzierungsformen differenzieren zu können. Kurzfristig – mit Blick auf 2022 – werde es mit Blick auf die selbstgesetzte 40-Prozent-Grenze bei den Lohnnebenkosten kaum eine andere Möglichkeit als die Schuldenaufnahme geben, erläuterten Teilnehmer. Damit deutete sich bereits zum Zeitpunkt der Tagung ein GKV-Steuerzuschuss für das Jahr 2022 in Höhe von 28 Milliarden Euro an.

Offenbar habe sich zumindest in der großen Koalition die Auffassung durchgesetzt, dass künftige Ausgabensteigerungen in der GKV insbesondere durch höhere Steuerzuschüsse zu finanzieren sind, merkten Teilnehmer an. Dieser Kurs sei aus finanzwissenschaftlicher Sicht nicht unproblematisch. Addiere man die Steuerzuschüsse für alle Sozialversicherungssysteme, so würden 2021 mit rund 124 Milliarden Euro bereits 22 bis 23 Prozent des Bruttoinlandsprodukts erreicht. 2022 könne dieser Anteil – vor allem wegen des pandemiebedingt geschrumpften Bundeshaushalts – auf über 30 Prozent steigen.

Diese Entwicklung, so wurde gewarnt, sei nicht ungefährlich. Wenn sich die Finanzierung eines Sozialversicherungssystems immer stärker auf Steuern stützt, dann wachse damit auch der Wunsch, dass Gesundheits- mit dem allgemeinen Steuersystem zu harmonisieren, um Strukturbrüche zu vermeiden. Damit aber wäre der Einstieg in

ein steuerfinanziertes Gesundheitssystem wie etwa in Großbritannien geübt, hieß es.

Eine stärkere ordnungspolitische Systematisierung könnte dann erreicht werden, wenn Steuermittel nur noch für versicherungsfremde Leistungen oder für die Finanzierung der sozialversicherungsfremden Einkommensumverteilung eingesetzt werden. Allerdings gebe es keine wissenschaftlich abgeleitete Definition, was versicherungsfremde Leistungen genau sind. Denn deren Abgrenzung werde erschwert dadurch, dass Leistungen in der GKV und in der Sozialen Pflegeversicherung – anders als in der Gesetzlichen Rentenversicherung und Arbeitslosenversicherung – nicht einkommensabhängig, sondern bedarfsabhängig gewährt werden.

Angesichts dieser Ausgangslage seien Forderungen, Politiker sollten nachvollziehbarer als bisher das von ihnen bevorzugte Mischungsverhältnis von Steuern und Beiträgen begründen, politisch nicht erfolgversprechend. Vielmehr mache die unklare Abgrenzung von Steuern und Beiträgen auch künftig willkürliche Finanzierungsentscheidungen wahrscheinlich, argumentierten Teilnehmer.

Welche Infrastruktur ist von wem zu finanzieren?

Hingewiesen wurde insbesondere darauf, dass in der Pandemie GKV-Beitragsmittel aufgewendet wurden, um eine Kriseninfrastruktur – von Beatmungsgeräten bis hin zu Schutzausrüstung – zu bezahlen. Hier sei eine ordnungspolitische Neuorientierung geboten, im Zuge derer festgelegt werden sollte, welche Infrastruktur wie zu finanzieren sei. Andere Teilnehmer wiesen darauf hin, dass die Lohnnebenkosten ohne Intervention des Bundes rasch auf bis zu 43 Prozent steigen könnten. Allein mit Strukturreformen könne dem nicht begegnet werden, da erfahrungsgemäß mehrere Jahre vergehen, bis diese finanzwirksam werden.

Über die Möglichkeiten des Staates, sich zur Finanzierung sozialpolitischer Leistungen zusätzlich zu verschulden, debattierten die Tagungsteilnehmer kontrovers. Die einen erinnerten daran, Hauptmotiv für die Schuldenbremse auf Bundesebene sei der Schutz der kommenden Generationen. Die anderen widersprachen dem Ansinnen, von einer Schuldenstandsquote Deutschlands von 60 bis 80 Prozent des Bruttoinlandsprodukts könne irgendeine Gefahr für künftige Generationen ausgehen.

So sei es beispielsweise auch in Folge der Wiedervereinigung gelungen, die temporären Belastungen des Staatshaushalts durch Produktivitätsgewinne binnen einer Ge-

neration zurückzuführen. Entscheidend sei – angesichts vielfacher Defizite in der Infrastruktur – für was Steuergelder eingesetzt werden. Dem wurde entgegengehalten, in der Vergangenheit habe es viele Beispiele gegeben, bei denen für Investitionen deklarierte Steuermittel keineswegs ausschließlich für Sachinvestitionen eingesetzt, sondern anteilig in hohem Maße etwa für Bürgschaften, Darlehen oder Zuschüsse verwendet wurden.

Deutschland hat durch die Corona-Pandemie wider Willen eine Bestandsaufnahme der Funktionsfähigkeit staatlicher Strukturen und Abläufe nicht nur im Gesundheits-

wesen durchlaufen, die die Modernisierungsagenda der kommenden Jahre mit prägen wird, waren sich viele Teilnehmer des 25. Frankfurter Forums einig. Ob sich mit der „Ampel“-Koalition ein Möglichkeitsraum öffnet, um die richtigen Konsequenzen für ein stärker krisenresilientes Gesundheitswesen zu ziehen, war im Oktober 2021 nur eine Hoffnung – deren Einlösung aber stehe aus.

Dieser Beitrag gibt die Auffassung des Autors und des Kuratoriums des Frankfurter Forums wider.

Organisations- und Programmkuratorium des Frankfurter Forums e. V.

Philosophie / Theologie:	Prof. Dr. theol. Josef Schuster SJ, Fachbereich Moralthologie und Ethik, Theologisch-Philosophische Hochschule St. Georgen, Frankfurt
Kassenärztliche Vereinigungen:	Dr. med. Jürgen Bausch, Ehrenvorsitzender KV Hessen, Ehrenvorsitzender Frankfurter Forum e. V., Frankfurt Dr. med. Margita Bert, Ehrenvorsitzende KV Hessen, Frankfurt
GKV-Spitzenverband:	Michael Weller, Leiter Stabsbereich Politik, Berlin
Krankenkassen:	Eva Walzik, DAK-Gesundheit – Unternehmen Leben, Leiterin Berliner Büro, Berlin
Krankenhaus:	Prof. Dr. med. Ulrich Finke, ehem. Direktor und Chefarzt St. Katharinen-Krankenhaus, Frankfurt Leiter des Arbeitskreises Medizin und Ethik Rhein-Main des Bistums Limburg
Medizin:	Dr. med. Regina Klakow-Franck, stellv. Vorsitzende Frankfurter Forum e. V., stellvertretende Leiterin des Instituts für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen, Berlin
Klinische Pharmazie:	Prof. Dr. rer. nat. Eva Susanne Dietrich, Rheinische Friedrich-Wilhelms-Universität, Bonn
Patientenverband:	Dr. med. Thomas Sitte, Vorstandsvorsitzender Deutsche Palliativstiftung, Fulda
Politik:	Gudrun Schaich-Walch, Parlamentarische Staatssekretärin a. D., Ehrenvorsitzende Frankfurter Forum e. V., Frankfurt
Ökonomie / Gesundheitsökonomie:	Prof. Dr. rer. pol. Volker Ulrich, stellv. Vorsitzender Frankfurter Forum e. V., Lehrstuhl VWL III, insbesondere Finanzwissenschaft, Universität Bayreuth, Prof. Dr. h. c. Herbert Rebscher, Vorsitzender Frankfurter Forum e. V., IGV Research, Institut für Gesundheitsökonomie und Versorgungsforschung, Gyhum-Hesedorf
Gesundheitsmanagement:	Prof. Dr. rer. nat. Catharina Maulbecker-Armstrong, Technische Hochschule Mittelhessen, Fachbereich Gesundheit, Medizinisches Management, Versorgungsforschung Dr. med. Nick Schulze-Solce, Arzt und Apotheker, Bad Homburg
Kommunikation:	Wolfgang van den Bergh, Springer Medizin, Herausgeber ÄRZTE ZEITUNG, Neu-Isenburg
Projektmanagement:	Dietmar Preding, Geschäftsführer Frankfurter Forum e. V., Hanau
Forschende Pharmaindustrie:	Oliver Stahl, Director Corporate Affairs, Lilly Deutschland GmbH, Bad Homburg v. d. H

DISKUSSIONSTEILNEHMER BEIM FRANKFURTER FORUM



Petra Acher

Dr. med. Jürgen Bausch

Wolfgang van den Bergh

Dr. med. Margita Bert

Prof. Dr. rer. nat. Eva Susanne Dietrich

Prof. Dr. med. Ulrich Finke

Prof. Dr. rer. pol. Frank-Ulrich Fricke

Thomas Keck

Dr. med. Regina Klakow-Franck

Dr. theol. Wolfgang Matz

Prof. Dr. rer. nat. Catharina Maulbecker-Armstrong

Dr. phil. Andreas Meusch

Prof. Dr. Dr. med. habil. Dr. phil. Dr. theol. Eckhard Nagel

Prof. Dr. med. Guido Noelle

Dietmar Preding

Prof. Dr. rer. pol. h.c. Herbert Rebscher

Gudrun Schaich-Walch

Dr. med. Hubert Schindler

Dr. med. Nick Schulze-Solce

Prof. Dr. theol. Josef Schuster SJ

Dr. med. Thomas Sitte

Oliver Stahl

Andreas Storm

Dr. med. Ute Teichert

Prof. Dr. rer. pol. Volker Ulrich

Eva Walzik

Michael Weller

Prof. Dr. rer. pol. Jürgen Zerth