

COMPETENCE CENTER GESUNDHEIT  
CCG RINGVORLESUNG SOMMERSEMESTER 2021

# Gesundheitspolitik zwischen Bundestagswahl und Folgen der Corona-Pandemie

---



**HOCHSCHULE FÜR ANGEWANDTE  
WISSENSCHAFTEN HAMBURG**  
Hamburg University of Applied Sciences

---

**DOKUMENTATIONS BAND CCG RINGVORLESUNG  
SOMMERSEMESTER 2021**

# **Gesundheitspolitik zwischen Bundestagswahl und Folgen der Corona-Pandemie**

---

<b>Vorwort</b>	9
<b>Über das Competence Center Gesundheit</b>	11
<b>Vorträge</b>	13
<b>Beyond Spahn: ein Blick auf die Herausforderungen der Gesundheitspolitik in der 20. Legislaturperiode</b>	14
Dr. Andreas Meusch (Dozent Gesundheitspolitik an der HAW Hamburg)	
<b>Zur Notwendigkeit eines Strategiewechsels</b>	18
Franz Knieps (Vorstand BKK Dachverband)	
<b>Zukunft des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA): Mehr Patientenbeteiligung wagen?</b>	20
Prof. Josef Hecken (unparteiischer Vorsitzender G-BA)	
<b>Digitale Gesundheitsanwendungen/Pflegeanwendungen (DiGAs/DiPAs): Sprunginnovation oder Spielerei?</b>	22
Pia Maier (Vorstand Bundesverband Internetmedizin)	
<b>Am Anfang und am Ende steht immer der Mensch</b>	24
Katrin Blanck-Köster (Vorsitzende Hamburger Pflegerat)	

**Erfahrungen mit der Corona-Warn-App (CWA) und Lehren für die elektronische Patientenakte (ePA)** 26

Dr. Stefan Etgeton (Senior Expert Gesundheitspolitik, Bertelsmann Stiftung)

**Die elektronische Patientenakte: der Mensch im Mittelpunkt** 28

Dr. med. Markus Leyck Dieken (Alleingeschäftsführer gematik)

**Die ePA als Basis für die digitale Vernetzung – Erfolgsfaktoren der Umsetzung** 30

Sandra Hoyer (Projektleiterin elektronische Patientenakte, Techniker Krankenkasse)

**Arzneimittelversorgung der Zukunft** 32

Kai Peter Siemsen (Präsident Apothekerkammer Hamburg)

**Gesundheitsfolgenabschätzung in der Stadtentwicklung** 34

Prof. Dr. Joachim Westenhöfer (Professor für Ernährungs- und Gesundheitspsychologie, HAW Hamburg), Heidi Sinning<sup>2</sup>, Jana Borutta<sup>1</sup>, Astrid Benneckenstein<sup>1</sup>, Theresa Grimm<sup>2</sup> und Boris Tolg<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Competence Center Gesundheit (CCG) der HAW Hamburg

<sup>2</sup> ISP – Institut für Stadtforschung, Planung und Kommunikation der Fachhochschule Erfurt

**Advanced Nursing Practice** 36

Birgit Alpers (Stellv. Direktorin für Patienten- und Pflegemanagement, UKE)

Inke Zastrow (Pflegerwissenschaftlerin, Direktion für Patienten- und Pflegemanagement, UKE)

<b>Aufsuchende Präventionsarbeit in den Quartieren</b>	38
Prof. Dr. Corinna Petersen-Erwert (Professorin für Gesundheits- und Sozialwissenschaften, HAW Hamburg)	
<b>Gesundheitsberufe auf Augenhöhe?</b>	40
Prof. Dr. Susanne Busch (Professorin für Gesundheitsökonomie und Gesundheitspolitik, HAW Hamburg)	
Kristina Wook (Wissenschaftliche Mitarbeiterin, Department Pflege und Management, HAW Hamburg)	
<b>Öffentlicher Gesundheitsdienst (ÖGD) – eine Einordnung</b>	42
Dr. Matthias Gruhl (Staatsrat a. D., ehem. Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz)	
<b>Zukunft des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (ÖGD) als dritte Säule im Gesundheitswesen – Situation im Bezirk Harburg</b>	44
Dr. med. Vasilios Papadopoulos (Leitung Gesundheitsschutz, Fachamt Gesundheit HH-Harburg)	
<b>Weitere Vorträge</b>	46
<b>Präsentationen der Studierenden</b>	49
<b>Bestes Poster</b>	52

<b>Kontakt</b>	54
<b>Impressum</b>	55





# Vorwort

---

## LIEBE LESENDE,

es wurde informiert und diskutiert. Im Sommersemester 2021 konnten wir (pandemiebedingt online) insgesamt über 365 Zuhörende zu unserer CCG Ringvorlesung „Gesundheitspolitik zwischen Bundestagswahl und Folgen der Corona-Pandemie“ begrüßen. Expert\*innen aus Forschung und Gesundheitswesen gaben aus unterschiedlichen Perspektiven Einblicke in reale und denkbare Entwicklungen. Unter der wiederholten Moderation von Dr. Andreas Meusch, der auch für die Programmorganisation verantwortlich ist, wurden Themen wie bspw. die elektronische Patientenakte, die Struktur der Arzneimittelversorgung und Advanced Nursing Practice in den Fokus genommen. Zusammen mit den Referierenden und den Teilnehmenden wurde die Ringvorlesung zu einem virtuellen Raum, in dem offen und angeregt diskutiert werden konnte.

Wir bedanken uns herzlich bei allen Beteiligten.

Dieser Dokumentationsband gibt Ihnen die Möglichkeit, die referierten Themen noch einmal rückblickend zu betrachten. Für tiefere Auseinandersetzungen stehen Ihnen zudem die Folien der einzelnen Fachvorträge im Archiv der Ringvorlesung auf der CCG Website zur Verfügung. Mit unserem Gründungsziel, einen Beitrag für die bestmögliche Gesundheit aller zu leisten, sehen wir uns in Zeiten des Wandels und der Transformation umso mehr in der Verantwortung, stetig Einblicke in die aktuellen Herausforderungen und Entwicklungen der Gesundheitspolitik und der damit verbundenen Praxis zu geben.

Viel Inspiration und Freude beim Lesen wünschen



Prof. Dr. Susanne Busch  
Leitung CCG



Prof. Dr. Joachim Westenhöfer  
Leitung CCG



# Über das Competence Center Gesundheit

---

Das Competence Center Gesundheit (CCG) ist eine Kooperation der Fakultäten Life Sciences und Wirtschaft & Soziales der HAW Hamburg. Seit 2010 bündelt das CCG die gesundheitsbezogenen Kompetenzen aus fünf Departments und ist damit ein Zusammenschluss von mehr als 30 Professor\*innen sowie zahlreichen wissenschaftlichen Mitarbeitenden. Durch die Expertise der CCG Mitglieder werden nicht nur regionale, sondern auch darüber hinausgehende Forschungsprojekte mitgestaltet. Das gemeinsame Ziel des CCG ist es, den Zugang zu relevanten Gesundheitsdienstleistungen und -gütern zu fördern und einen Beitrag zur Chancengerechtigkeit in der gesundheitlichen Versorgung zu leisten.

Weitere Informationen zum CCG finden Sie unter:  
**[WWW.HAW-HAMBURG.DE/CCG](http://WWW.HAW-HAMBURG.DE/CCG)**



**PRÄSENTATIONEN ZU VORTRÄGEN ONLINE AUF:**

[www.haw-hamburg.de/ccg/veranstaltungen/ccg-ringvorlesung/archiv/gesundheitspolitik-zwischen-bundestagswahl-und-folgen-der-corona-pandemie/](http://www.haw-hamburg.de/ccg/veranstaltungen/ccg-ringvorlesung/archiv/gesundheitspolitik-zwischen-bundestagswahl-und-folgen-der-corona-pandemie/)





# Vorträge

---

# Beyond Spahn: ein Blick auf die Herausforderungen der Gesundheitspolitik in der 20. Legislaturperiode

---

## Dr. Andreas Meusch

Dozent Gesundheitspolitik an der HAW Hamburg

Die Corona-Pandemie und die Folgen haben einmal mehr deutlich gemacht, dass das Gesundheitssystem in Deutschland im Krisenmodus ist. Dabei sind die Digitalisierung, die Finanzierbarkeit der Systeme sozialer Sicherung, die institutionelle und föderale Organisation sowie der Vertrauensverlust nur die Spitze des Eisberges. Alle stehen in enger Verbindung. Für eine nachhaltige Stabilisierung bedarf es krisenübergreifender Lösungsansätze. Dieser Aufgabe muss sich die kommende Bundesregierung stellen. Zum besseren Verständnis der einzelnen Krisen und deren Komplexität ist eine differenzierte Betrachtung hilfreich:

### DIGITALISIERUNGSKRISE

Die Defizite des analogen deutschen Gesundheitssystems sind durch die Corona-Pandemie offengelegt worden. Fehlende Infrastrukturen, endlose Diskussionen über Datenschutzrichtlinien und mangelnde Investitionsbereitschaft führen dazu, dass mitunter lebensrettende Möglichkeiten der Gesundheitsförderung und der Gesundheitsprävention nicht genutzt werden.

### FINANZIERUNGSKRISE DER SYSTEME SOZIALER SICHERUNG

Schon seit 2012 war zu beobachten, dass die Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung stärker wuchsen als die beitragspflichtigen Einnahmen. So wird als „Worst-Case-Szenario“ mit einer Steigerung des durchschnittlichen Zusatzbeitragssatzes von derzeit 1,0 Prozent auf 2,4 Prozent im Jahr 2022 gerechnet. Da dies enorme Belastungen für die Versicherungsnehmer\*innen mit sich führen würde, ist anzunehmen, dass die Politik dem durch den Einsatz entsprechender politischer Instrumente entgegenwirken wird. Denkbar ist ein Policy-Mix, bestehend aus:

- Erhöhungen des Bundeszuschusses,
- Rückkehr zur klassischen Kostendämpfungspolitik mit Erhöhung von Zuzahlungen oder Selbstbehalten,
- Erhöhung der Beitragsbemessungsgrenzen und/oder Verbeitragung

- anderer Einkunftsarten wie Kapitaleinkünfte oder Mieteinnahmen und
- Regelungen für die Pharmaindustrie, wie die Erhöhung der Hersteller-  
rabatte, eine Änderung bei der Preisfindung für neue Arzneimittel  
sowie die Absenkung der Mehrwertsteuer auf Arzneimittel.

### **INSTITUTIONELLE UND FÖDERALE ORGANISATIONSKRISE**

Die Bundesländer sind aufgrund ihrer Zuständigkeit für die Daseinsvorsorge in den relevanten Bereichen der Gesundheitspolitik selbst in der Verantwortung, das Feld zu gestalten. Zudem wirken sie über den Bundesrat an der Gesetzgebung des Bundes mit. Dadurch dauern Gesetzesänderungen bzw. Gesetzgebungsverfahren mitunter Jahre.

### **VERTRAUENSKRISE**

Das Vertrauen der Bevölkerung in die Problemlösungskompetenz der Gesundheitspolitik und die föderale Organisation des Gesundheitssystems sind durch Debatten über den Pflegenotstand, fehlende Intensivbetten und die Unterfinanzierungen während der Corona-Pandemie noch weiter verschärft worden.

Inwieweit in der nächsten Legislaturperiode zukunftsweisende Maßnahmen zur Lösung dieser Krisen ergriffen werden und inwieweit Vereinbarungen in möglichen Koalitionsverträgen ausreichend sind oder ob es situationsbedingt weitergehender Maßnahmen bedarf, wird sich in den kommenden Monaten und Jahren zeigen.







# Zur Notwendigkeit eines Strategiewechsels

---

## Franz Knieps

Vorstand BKK Dachverband

Die Ausbreitung des SARS-CoV-2-Virus und die daraus resultierenden COVID-19-Erkrankungen haben die Welt und Deutschland völlig unvorbereitet getroffen. Zwar wurde in Fachkreisen der Virologie und der Epidemiologie schon seit langem über Wahrscheinlichkeit und Gefährlichkeit von Infektionskrankheiten diskutiert. Auch hatten viele Länder, darunter auch Deutschland, nationale Pandemiepläne ausgearbeitet und in groß angelegten Übungen deren Umsetzung simuliert. Trotzdem waren alle Akteur\*innen von Regierungen und Parlamenten bis hin zu Krankenhäusern und Arztpraxen weder konzeptionell noch materiell auf eine Pandemie vorbereitet. Auch die rechtlichen Grundlagen zur Bekämpfung einer pandemischen Bedrohung von nationaler oder gar weltweiter Tragweite erwiesen sich national wie weltweit als unzureichend. Daher ist es politisch und juristisch kaum zu beanstanden, dass in einer Phase großer Unsicherheit auch Maßnahmen ergriffen wurden, die weder notwendig noch geeignet noch verhältnismäßig waren. Aber ein Jahr nach den ersten Fällen positiv getesteter Personen in Deutschland und nach dem Überstehen zweier pandemischer Wellen ist es Zeit, die bisherige Strategie umfassend zu hinterfragen. Obwohl an der Ausrichtung wissenschaftlicher Politikberatung speziell der Bundesregierung vieles problematisch erscheint, muss sich der Verfasser auf juristische und praktische Fragen der Pandemiebekämpfung fokussieren. Nur hier hat er die spezifische Sachkunde.

Das Grundgesetz kennt keinen gesundheitlichen Notstand, der Grundrechte außer Kraft setzen und unbegrenzte staatliche Maßnahmen rechtfertigen kann. Umgekehrt gelten die Grundrechte nicht unbegrenzt; die meisten können durch oder aufgrund eines Gesetzes eingeschränkt werden. Nur die Menschenwürde ist unantastbar. Alle anderen Grundrechte – auch das Grundrecht auf Leben und körperliche Unversehrtheit – müssen gegeneinander abgewogen werden, dürfen aber in ihrem jeweiligen Kern nicht angetastet werden. Nicht nur grundrechtseinschränkende Maßnahmen müssen grundsätzlich und im Einzelfall notwendig, geeignet und verhältnismäßig sein. Unsere Verfassung kennt auch kein Vorrecht der Exekutive in der Krise. Vielmehr bleiben die Parlamente in der Verant-

wortung, selbst wenn sich die Kanzlerin, der Chef des Kanzleramts und der Gesundheitsminister auf Bundesebene und die Ministerpräsident\*innen auf Landesebene als große Krisenmanager\*innen medial herausputzen. Hier ist einiges aus dem Ruder gelaufen und schnellstens zu korrigieren. Für die Performance des Gesundheitswesens wirkt die Pandemie wie ein Brennglas; Stärken und Schwächen treten noch deutlicher hervor. Aber auch die Flexibilität des Systems ist sichtbar geworden. Die ziellose Inanspruchnahme und das egoistische Beharren auf sektorabhängigen Zuständigkeiten sind einem koordinierten Vorgehen und einer kollegialen Zusammenarbeit gewichen. Viele Dinge, die in der Pandemie unkompliziert möglich sind – etwa in der digitalen Ausgestaltung von Bürokratie und Versorgung –, müssen für die künftige Ausgestaltung des Gesundheitswesens relevant bleiben.

---

Der Beitrag gibt die persönliche Auffassung des Verfassers wieder. Vertiefend werden Probleme und Perspektiven der Pandemiebekämpfung in bisher acht Thesenpapieren der wissenschaftlichen Arbeitsgruppe um Professor Matthias Schrappe erörtert ([www.matthias.schrapp.com](http://www.matthias.schrapp.com)), der auch der Verfasser angehört.

# Zukunft des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA): Mehr Patientenbeteiligung wagen?

---

## Prof. Josef Hecken

Unparteiischer Vorsitzender Gemeinsamer Bundesausschuss

Die Beteiligung von Patient\*innen am Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) ist seit seiner Gründung im Jahr 2004 fest verankert und wurde in den Folgejahren durch den Gesetzgeber weiter ausgebaut. Im Gegensatz zu den Vertreter\*innen der (Zahn-)Ärzeschaft, Krankenhäuser und Krankenkassen, der anderen sogenannten Bänke, haben sie kein Stimmrecht bei den Entscheidungen darüber, welche Leistungen der medizinischen Versorgung von der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) im Einzelnen übernommen werden. Sie verfügen jedoch über Antrags-, Mitberatungs- und Stellungnahmerechte in sämtlichen Tätigkeitsbereichen des G-BA, von Arzneimitteln über Methodenbewertung und Qualitätssicherung bis hin zur zahnärztlichen Versorgung. Insofern „wagt“ der G-BA und vor allem der hierfür verantwortliche Gesetzgeber die Patientenbeteiligung bereits.

Heute sind etwa 220 Patientenvertreter\*innen an den Beratungen in den über 100 Arbeitsgruppen, 9 ständigen Unterausschüssen und im Plenum beteiligt. Sie werden von den derzeit 4 „maßgeblichen Organisationen“ für die Wahrnehmung der Patienteninteressen benannt: dem Deutschen Behindertenrat, der Bundesarbeitsgemeinschaft der PatientInnenstellen, der Deutschen Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen e.V. und der Verbraucherzentrale Bundesverband e.V. Die Patientenvertreter\*innen sind zum überwiegenden Teil selbst Betroffene, die mit ihrer individuellen Sichtweise eine zusätzliche wertvolle und wichtige Perspektive einbringen. Dabei werden sie von der Stabsstelle Patientenbeteiligung des G-BA bei der Gremienarbeit insbesondere durch methodische und rechtliche Beratung unterstützt.

Seit 2012 hat die Patientenvertretung insgesamt 25 Anträge gestellt, von denen sind 3 noch in Beratung, 15 waren erfolgreich und 4 wurden zumindest in Teilen umgesetzt – nur 3 wurden nach intensiven Beratungen abgelehnt. Die Zahlen allein geben kein vollständiges Bild, denn wie die anderen Bänke bringt die Patientenvertretung ihre Positionen und Anliegen kontinuierlich in die Beratungen ein. Die meisten Entscheidungen des G-BA können im Konsens getroffen werden.

Seit einigen Jahren steht die Forderung im Raum, auch der Patientenvertretung Stimmrechte zu geben. Dagegen spricht, dass Strukturen und Verfahren fehlen, wie zwischen den oben erwähnten 4 Verbänden eine qualifizierte Meinung gebildet und geäußert werden soll. Ein schrittweises Vorgehen, das zunächst nur ein Stimmrecht in Verfahrensfragen, z.B. Fragen der Geschäftsordnung oder Themenauswahl bzw. -priorisierung, vorsieht, wäre eine denkbare Option für den Gesetzgeber. Das wäre auf jeden Fall für alle sinnvoller als der aktuelle Trend, mehr staatlichen Einfluss auf die Selbstverwaltung auszuüben und so medizinisch-fachliche durch politische Entscheidungen zu ersetzen.

# Digitale Gesundheitsanwendungen/Pflegeanwendungen (DiGAs/DiPAs): Sprunginnovation oder Spielerei?

---

**Pia Maier**

Vorstand Bundesverband Internetmedizin

Eine Digitale Gesundheitsanwendung ist ein digitales Produkt mit Krankheitsbezug, das von Patient\*innen eingesetzt wird. Sie muss außerdem CE-zertifiziert sein, also nach Medical Device Regulation zugelassen sein, übergangsweise noch nach MDD. Nur die Risikoklassen I und IIa nach MDR (I und II nach MDD) sind für die DiGA-Listung zugelassen. Außerdem muss eine DiGA weitere Nachweise erbringen, vor allem den eines positiven Versorgungseffektes. Dabei kann es sich entweder um einen medizinischen Nutzen handeln oder um eine patientenrelevante Struktur- oder Verfahrensverbesserung. Außerdem stellt die Digitale Gesundheitsanwendungen-Verordnung (DiGAV) einige weitere Anforderungen an den Datenschutz und die Datensicherheit, die über die Anforderungen der CE-Zertifizierung hinausgehen, vor allem die, dass die Server der DiGA in der EU stehen müssen. In Sachen Robustheit und Verbraucherschutz liegt der Unterschied vor allem darin, dass Geschäftsmodelle neben der DiGA-Verordnung ausgeschlossen sind – also keine Datenverkäufe, keine Werbung, keine In-App-Käufe, die über den engen Kontext der DiGA hinausgehen. Auch das Thema Interoperabilität ist bei einem klassischen Medizinprodukt eher kein Thema, die DiGA muss dagegen mit der elektronischen Patientenakte und künftig auch mit Hilfsmitteln und Implantaten Daten austauschen können. Zudem muss sie barrierefrei sein, also zum Beispiel auch für Blinde und Sehbehinderte nutzbar sein. Alle Anforderungen sind berechtigt, machen die DiGA aber preislich nicht mehr mit dem unzertifizierten digitalen Produkt vergleichbar. DiGAs sind nur ein sehr kleiner Teil dessen, was in den App-Stores mit Gesundheitsbezug erhältlich ist.

Erfüllt ein digitales Produkt alle genannten Anforderungen, stellt der Hersteller einen Antrag beim Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM). Das BfArM prüft vor allem den positiven Versorgungseffekt und nimmt, spätestens nach drei Monaten, die DiGA in das Verzeichnis auf. Ab diesem Moment ist die DiGA von allen Ärzt\*innen und

Psychotherapeut\*innen verordnungsfähig.

Ein weiteres Novum hat der Gesetzgeber bei den DiGAs ermöglicht: die vorläufige Aufnahme in das Verzeichnis, wenn noch kein erwiesener Nutzen vorliegt. Voraussetzung für die Aufnahme ist dann, dass Vorstudien oder andere Formen von Vorarbeiten eine erfolgreiche Studie erwarten lassen. Meist liegen dann Studien mit vorläufigen Fassungen der DiGA vor, die mit der nun als DiGA eingereichten Fassung wiederholt werden müssen. Ein Evaluationskonzept eines unabhängigen Instituts muss dann in weniger als einem Jahr Studienergebnisse hervorbringen. Die Ergebnisse werden dem BfArM zur Prüfung vorgelegt, im Erfolgsfall folgt die dauerhafte Aufnahme. Angesichts der umfangreichen Nachweise und insbesondere der Nutzenbewertung, die zentrale Voraussetzung für die dauerhafte Listung der DiGA ist, sind diese digitalen Behandlungsmethoden sicherlich keine Spielerei. Sie sind ernsthafte und auf Herz und Nieren geprüfte Medizinprodukte, die echte Behandlungsalternativen oder -ergänzungen darstellen.

# Am Anfang und am Ende steht immer der Mensch

---

## Katrin Blanck-Köster

Vorsitzende Hamburger Pflegerat

In Deutschland sind 1.519.000 Beschäftigte in der Gesundheitsbranche von Digitalisierungsstrategien betroffen. Über 1 Million Beschäftigte arbeiten im ambulanten Dienst und in Seniorenheimen und 433.000 im Krankenhaus. Ihnen gegenüber stehen 4,1 Millionen Pflegebedürftige, die von Angehörigen und ambulanten Pflegediensten gepflegt werden. Zu den digitalen Entwicklungspotentialen in der Pflege zählen der Anschluss von Pflegeeinrichtungen an die Telematikinfrastruktur, digitale Unterstützung der Dokumentation und Abrechnung, digitale Assistenzsysteme für die Häuslichkeit, digitale Beratung und Telepflege sowie WLAN in der vollstationären Pflege. In diesem Zusammenhang wird auf die humane digitale Transformation der Arbeit verwiesen, die einer umsichtigen methodischen Herangehensweise bedarf und der Bestimmung dessen, wo und wie sich der Mensch in der Arbeit verorten kann, eine Zielsetzung im Hinblick darauf, was wozu digitalisiert werden soll, und eine Berücksichtigung gesellschaftlicher Werthaltungen. Zukunftstechnologien wie virtuelle und augmentierte Realität, künstliche Intelligenz und nicht zuletzt Robotik finden über neue Produkte zunehmend Einzug in den pflegerischen Alltag. Hier gilt es für Pflegenden, Chancen der Zukunftstechnologien zu nutzen und Weichen für einen verantwortungsvollen Einsatz zu stellen. Dabei muss die Forschung auf das Wohl der pflegebedürftigen Personen ausgerichtet sein und mit dem Nutzen für die beruflich Pflegenden im Sinne einer Entlastung verknüpft werden. Pflegenden müssen dabei als gestaltende Forschungspartner\*innen betrachtet werden, die in die Erschließung von Zukunftstechnologien einbezogen werden. Nur damit kann sichergestellt werden, dass sich zukünftige Forschung an den Bedarfen der Pflegepraxis orientiert.

Aus pflegewissenschaftlicher Sicht spitzt sich die Frage nach den Potentialen und Grenzen robotischer Pflegesysteme dahingehend zu, inwieweit diese in der Lage sind, die Professionalität pflegerischen Handelns im Sinne einer guten Pflege zu unterstützen. Der Einsatz von Robotern ist vor diesem Hintergrund dann zu legitimieren, wenn über diese Systeme handlungsrelevante Informationen bereitgestellt werden können. Offen-



bar ist es aber noch nicht gelungen, Angebote zu entwickeln, die von Kostenträgern und Endkund\*innen ausreichend akzeptiert werden. Aus Sicht von Expert\*innen hängt dies vor allem damit zusammen, dass sich Entwickler\*innen und Hersteller\*innen lange Zeit hauptsächlich an technischen Machbarkeitsvisionen orientiert haben und weniger die Bedürfnisse der Nutzenden im Blick hatten. Digitalisierung und technische Unterstützung können nur gelingen, wenn professionell Pflegende, pflegebedürftige Personen und pflegende Angehörige frühzeitig in die Entwicklung einbezogen werden, ihre Ängste ernst genommen und ihre Kompetenzen im Hinblick auf den Einsatz der Technik gestärkt werden. Nur in einem gemeinsamen Dialog zwischen Pflegeeinrichtungen, Krankenhäusern, beruflich Pflegenden, pflegebedürftigen Personen und deren Angehörigen werden sich Lösungen abzeichnen, die eine menschenrechte Pflege und Betreuung unter Berücksichtigung moderner Technik ermöglichen. Dieses setzt auch eine Diskussion um Werte voraus.

# Erfahrungen mit der Corona-Warn-App (CWA) und Lehren für die elektronische Patientenakte (ePA)

---

## Dr. Stefan Etgeton

Senior Expert Gesundheitspolitik, Bertelsmann Stiftung

Seit Januar haben alle gesetzlich Versicherten in Deutschland Anspruch auf eine elektronische Patientenakte (ePA) ihrer Krankenkasse. Doch bisher findet das Angebot nur wenig Beachtung. Trotz einiger Kontroversen vor dem Start steht es um die Nutzung der Corona-Warn-App (CWA) besser: Mitte Juni 2020 wurde sie veröffentlicht. Inzwischen sind es immerhin fast 34 Millionen Downloads. Das war der Ausgangspunkt unserer Untersuchung:

### LEITFRAGE

Kann man aus der Einführung einer digitalen Anwendung wie der Corona-Warn-App etwas für die Implementierung der elektronischen Patientenakte lernen?

### METHODE

Anfang Dezember 2020 hat das Meinungsforschungsinstitut Kantar im Auftrag der Bertelsmann Stiftung eine repräsentative Befragung von 1.017 Smartphone-Nutzer\*innen durchgeführt. Die Ergebnisse dieser Umfrage wurden in einem Expertenworkshop mit Vertreter\*innen aus Wissenschaft, Verbänden, Krankenkassen, Ärzteschaft und Datenschutz diskutiert.

### ERGEBNISSE

#### Alltagsnutzen steht an erster Stelle

Die Umfrage zeigt: Nutzer\*innen orientieren sich insbesondere an den alltagstauglichen Funktionalitäten; der wichtigste Grund, sich die App herunterzuladen, war, damit eigene Kontakte warnen zu können (91%), aber auch einen Beitrag zur Pandemiebewältigung zu leisten (90%). Bei denen, die die App nicht heruntergeladen haben, war der fehlende individuelle Nutzen der Hauptgrund (52%). Die Furcht, von Konzernen oder dem Staat überwacht zu werden, war demgegenüber nachrangig. Auch bei der Einführung der ePA sollte die Alltagsnähe ihrer Funktionen daher im Zentrum stehen. Dafür sollten Nutzer\*innen sowohl

auf der Patienten- als auch auf der Ärzteseite in die Entwicklung und Priorisierung aktiv einbezogen werden, denn nur so lassen sich die Funktionalitäten herauskristallisieren, die den Anwendenden einen echten Mehrwert bieten.

### **Große Bereitschaft zum Datenteilen, wenn die Letztkontrolle gewahrt bleibt**

Die Umfrage zur Nutzung der Corona-Warn-App legt zudem nahe, dass die Bereitschaft, Gesundheitsdaten zu teilen, sehr hoch ist: 62 Prozent derer, die die App installiert haben, wären grundsätzlich bereit, ein positives Testergebnis automatisch weiterzuleiten. Von denjenigen, die die App nicht installiert haben, sagen das nur 22 Prozent – weitere 31 Prozent würden es tun unter der Voraussetzung, dass sie diese Funktion deaktivieren können (Opt-out). Datensouveränität scheint hier eine wichtige Voraussetzung für die Bereitschaft zu sein, Daten zu teilen. – Dieser Befund lässt sich auch auf die ePA übertragen: Versicherten sollte das Teilen, die Freigabe oder das Spenden von Daten leicht gemacht werden. Dabei müssen sie schnell erfassen können, zu welchem Zweck sie dies tun und welchen Nutzen sie selbst oder die Gesellschaft davon haben. Zudem müssen sie die Kontrolle darüber behalten, wer Zugriff auf ihre Daten haben darf, und auf einfache Weise nachvollziehen können, wer Nutzungsrechte an ihren Daten haben kann. Voraussetzung: transparente gesetzliche Rahmenbedingungen, die im Einklang mit Datenschutz und -sicherheit stehen.

# Die elektronische Patientenakte: der Mensch im Mittelpunkt

---

## Dr. med. Markus Leyck Dieken

Alleingeschäftsführer gematik

Mit dem Start der Test- und Einführungsphase der elektronischen Patientenakte (ePA) zum 1.1.2021 hat für die Digitalisierung des deutschen Gesundheitswesens eine neue Epoche begonnen. Die ePA bringt konkrete Verbesserungen für Patient\*innen und Leistungserbringer\*innen – wie etwa Ärzt\*innen und Apotheker\*innen – und ist zugleich der Informationshafen für weitere nutzerorientierte Anwendungen. So leistet sie einen maßgeblichen Beitrag, E-Health in Deutschland voranzubringen. Als gematik konzipieren wir Anwendungen wie die ePA, lassen sie für den Einsatz im deutschen Gesundheitswesen zu und stellen die notwendige digitale Infrastruktur bereit.

Alle gesetzlich Versicherten haben Anspruch auf eine elektronische Patientenakte, die bei Bedarf von der Krankenkasse bereitgestellt werden muss, z. B. in Form einer Smartphone-App. Die Nutzung ist freiwillig. In die ePA können medizinische Dokumente wie Arztbriefe, Befunde oder Laborergebnisse eingestellt werden – entweder durch die Versicherten selbst oder durch die behandelnden Ärzt\*innen. Dabei entscheiden die Patient\*innen, wer wie lange welche Zugriffsrechte hat. Außerdem können sie die Datennutzung in der ePA jederzeit in einem Protokoll nachlesen. Die Ärzt\*innen wiederum können bei erteiltem Zugriff Dokumente einsehen und lokal in ihrem Praxisverwaltungssystem abspeichern. Damit die ePA noch mehr Kraft entfaltet, können auch der sogenannte Notfalldatensatz und der elektronische Medikationsplan darin abgelegt werden. Im Notfalldatensatz speichern Ärzt\*innen wichtige Patientenangaben für den Notfall, z. B. Allergien. Im elektronischen Medikationsplan vermerken sie vor allem die regelmäßig eingenommenen Arzneimittel. In den nächsten Jahren wird die ePA weitere Entwicklungsstufen erfahren: Mit der ePA 2.0 ab 2022 wird etwa der Zugriff auch über eine Desktop-Oberfläche möglich sein, außerdem können Standarddokumente wie Impfpass oder Zahnbonusheft abgelegt werden. Die ePA 3.0 ab 2023 ermöglicht u. a. die Freigabe von Daten für Forschungszwecke oder den Abruf von Gesundheitsinformationen aus dem Gesundheitsportal des Bundes.

Mit dieser geballten Funktionsvielfalt stärkt die ePA die Gesundheitskompetenz der Versicherten. Vor allem aber verbessert sie die Informationslage im Arzt-Patienten-Kontakt und damit letztlich die medizinische Versorgung. Denn Patient\*innen haben künftig ihre medizinischen Informationen jederzeit verfügbar, sodass Ärzt\*innen im Bilde sind und Doppel- oder Falschbehandlungen vermeiden können.

Dass die ePA freiwillig ist, bedeutet auch: Sie muss durch ihren Nutzen und ihre Funktionalität überzeugen. Mit einem breiten Informationsangebot und einer zielgerichteten Ansprache der Nutzergruppen – von YouTube-Videos über Infoveranstaltungen bis zu Flyern für Patient\*innen und Ärzt\*innen – macht die gematik daher die ePA bekannt und motiviert zu ihrem Einsatz. Denn dass die Gesundheitsversorgung zunehmend digital wird, daran besteht kein Zweifel. Die ePA ist hierfür ein erster, wesentlicher Meilenstein.

# Die ePA als Basis für die digitale Vernetzung – Erfolgsfaktoren der Umsetzung

---

**Sandra Hoyer**

Projektleiterin elektronische Patientenakte, Techniker Krankenkasse

Mit der elektronischen Patientenakte (ePA), die seit dem 1.1.2021 für alle gesetzlich Versicherten verfügbar ist, können alle relevanten medizinischen Informationen, wie Befunde, Arztbriefe, Notfalldaten und vieles mehr, zentral gespeichert werden. Was gespeichert wird und wer darauf zugreifen darf, bestimmen nur die Versicherten. Sie haben zu jedem Zeitpunkt und an jedem Ort die Hoheit über ihre Gesundheitsdaten. Die ePA ist für die Versicherten einfach über eine App auf ihrem Smartphone zugänglich. Diese kann auf den bekannten Plattformen Google Play Store oder Apple App Store heruntergeladen werden.

Hinter der mobilen App liegt ein zentraler Cloud-Speicher mit einer Ende-zu-Ende-Verschlüsselung. Alle dort gespeicherten Daten sind ebenfalls nochmals verschlüsselt. Somit übernimmt die ePA im deutschen Gesundheitswesen die Rolle eines zentralen „Daten-Hubs“. Aufgrund der – zentral durch die gematik – vorgegebenen Standards können alle Systeme, die an das sichere Netz der Telematikinfrastruktur (TI) angeschlossen sind, Daten in der ePA speichern oder Daten der ePA nutzen. Voraussetzung ist immer, dass die Versicherten den Zugriff erlauben. Damit sich die ePA zu einem Erfolgsmodell entwickelt, sind drei essentielle Rahmenbedingungen wichtig:

**1. SICHER & GESCHÜTZT** – Gesundheitsdaten sind die sensibelsten und schützenswertesten Daten der Welt. Deshalb muss für sie das größtmögliche Schutzniveau angewendet werden. Das wird bei der ePA unter anderem dadurch umgesetzt, dass jede Akte eine eigene Verschlüsselung besitzt und die Schlüsselweitergabe ausschließlich in der Hand der Versicherten liegt. Alle Systeme sind von Expert\*innen begutachtet und staatlich zertifiziert. Die ePA entspricht sowohl der EU-DSGVO (EU-Datenschutz-Grundverordnung) als auch den Sicherheitsanforderungen des BSI (Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik).

**2. EINFACH & BEQUEM** – Die Digitalisierung ermöglicht eine bisher nie dagewesene Annehmlichkeit in der Benutzung. Streaming, Urlaubsfotos in

der Cloud oder Einkaufen per Klick – alles ist immer einfach, bequem und 24/7 verfügbar. Wenn moderne Apps das nicht bieten, werden sie nicht genutzt. Das heißt für die ePA, dass alles von der Registrierung über den Login bis zum Hochladen von Dokumenten und zur Vergabe von Zugriffsberechtigungen intuitiv handhabbar sein muss.

Medienbrüche, wie sie heute noch im Gesundheitswesen überall gegenwärtig sind, müssen mit jedem ePA-Ausbauschritt mehr und mehr der Vergangenheit angehören. Ziel ist es, dass manuelle Eingaben auf das Notwendigste reduziert werden. So können heute schon die Scan- und Fotofunktionen des Smartphones die Medikamenteneingabe für den Medikationsplan unterstützen.

**3. BEDARFGERECHT & NÜTZLICH** – So wie das Internet – neben der Vernetzung – vom Content lebt, so lebt die ePA von den Inhalten. Bei einer durchgängig gepflegten ePA fehlen nie wieder medizinische Informationen für eine verlässliche Diagnostik und abgewogene Therapieempfehlung. Und gleichzeitig werden die Versicherten auf ein Informationsniveau gehoben (Patient Empowerment), das es bisher noch nicht gab, weil sie die Datenhoheit besitzen. Von A wie Arztbrief bis Z wie Zahnbonusheft liegen alle Informationen aktuell und zentral vor.

Mit jedem Ausbauschritt wird der Nutzen der ePA wachsen, denn die umfangreichen Daten in Versichertenhand bilden die Basis für zahlreiche freiwillige Serviceleistungen und unterstützen die personalisierte Medizin. Wichtig ist dabei, dass zukünftig die Daten in einer maschinenlesbaren Form in der Akte abgespeichert werden. Nur so können individuelle Services und Mehrwerte darauf aufbauend den Versicherten oder Ärzt\*innen zur Verfügung gestellt werden. Ein Beispiel sind individuelle Impf- und Vorsorgeempfehlungen auf Basis der Abrechnungsdaten und individuellen Eingaben, die schon heute helfen, wichtige präventive Maßnahmen rechtzeitig wahrzunehmen. Der Abgleich medikamentöser Kontraindikationen und individueller Unverträglichkeiten ist ein weiteres, perfekt geeignetes Einsatzfeld der ePA.

Gleichzeitig sind diese Daten in aggregierter und anonymisierter Form eine enorm wertvolle Quelle für die klinische Forschung und Versorgungsforschung. Jede\*r Versicherte kann freiwillig die eigenen Daten zu diesem Zweck spenden. Die maschinelle Verarbeitbarkeit ermöglicht es, wichtige Informationen zusammenzutragen und auszuwerten, um die effektivsten Therapien und Versorgungsformen und -pfade zu ermitteln. Damit unterstützt die ePA die Optimierung der Gesundheitsversorgung zum Wohle aller Bürger\*innen.

# Arzneimittelversorgung der Zukunft

---

## Kai Peter Siemsen

Präsident Apothekerkammer Hamburg

Die Arzneimittelversorgung der Zukunft steht vor großen Herausforderungen. Der demografische Wandel bedeutet heute schon, dass jede fünfte Person älter als 66 Jahre ist. In wenigen Jahren werden 3 von 5 Personen gepflegt werden müssen. Die Arzneimittelversorgung wird in Art und Menge deutlich steigen. Dies muss finanziert werden, obwohl gleichzeitig der Anteil der Erwerbstätigen abnimmt, die das heutige System hauptsächlich finanzieren. Hinzu kommen die neuen Entwicklungen in der Arzneimitteltherapie mit deutlich kleinerem Fokus auf jeweils einer Patientenklientel bis hin zur personalisierten Medizin. Die Behandlungsgruppe wird immer enger umrissen (z. B. durch Genotypisierung), dadurch werden aber auch die Anwendungsfälle immer weniger. Das bedeutet bei steigenden Entwicklungskosten, dass die Arzneimittel immer teurer werden. Der Trend zu mehr Hochpreismedikamenten ist heute schon deutlich zu erkennen und wird weiter zunehmen. Als ein herausragendes Beispiel sei hier nur die Zwei-Millionen-Euro-Pille zur Therapie gegen spinale Muskelatrophie genannt. Neben der Finanzierung muss auch die Infrastruktur in den Wohnquartieren erhalten oder wieder aufgebaut werden. Nur die allerschwersten Pflegefälle werden, der großen Zahl geschuldet, in stationären Einrichtungen versorgt werden können. Für eine Regelversorgung zuhause, wie auch oft von den Betroffenen selbst gewünscht, muss aber auch das Quartier passen. Neben der ambulanten Pflege, Ärzt\*innen und Apotheken muss es auch eine Grundversorgung im Allgemeinen vor Ort geben.

Die Apotheken vor Ort werden bei immer komplexeren Therapien zur Arzneiversorgung und Therapiebegleitung benötigt. Der Bedarf an pharmazeutischem Know-how steigt seit Jahren unaufhörlich. Gleichzeitig kämpfen die Apotheken mit mangelnden Honoraranpassungen und mit dem Fachkräftemangel. Aber gerade die Gesundheitsförderung, die Anleitung zur Selbsthilfe, das Empowerment bedarf deutlich mehr Apotheker\*innen vor Ort. Die Apotheker\*innen sind fachlich sehr gut ausgebildet, kompetent und bereit, mehr heilberufliche Leistungen für die Gesellschaft zu erbringen. Die Gesellschaft muss sich entscheiden, ob sie diese Leistungen bezahlen will. Ohne Bezahlung wird es diese Leistungen nicht geben.



Nur noch wenige Monate, dann wird das elektronische Rezept eingeführt. Vollkommen veränderte Prozesse in den Praxen und Apotheken werden die Folge sein. Auch die Patient\*innen müssen sich umgewöhnen, werden aber sicher recht bald die neuen Möglichkeiten schätzen lernen. Ich bin guter Hoffnung, dass mit der Digitalisierung nicht nur die Convenience, sondern auch die Evidenz der Therapien steigt.

Die Pandemie hat es deutlich aufgezeigt. Die Globalisierung, die Just-in-time-Lieferung aus den entlegensten Gegenden der Welt muss eingeschränkt werden. Es ist zur Grundsicherung nötig, auch im Katastrophenfall oder bei einem politischen Embargo jederzeit auf lebenswichtige Arzneistoffe und Medizinprodukte in ausreichender Menge Zugriff zu haben.

# Gesundheitsfolgenabschätzung in der Stadtentwicklung

---

**Prof. Dr. Joachim Westenhöfer**

Professor für Ernährungs- und Gesundheitspsychologie, HAW Hamburg

**Heidi Sinning<sup>2</sup>, Jana Borutta<sup>1</sup>, Astrid Benneckenstein<sup>1</sup>, Theresa Grimm<sup>2</sup> und Boris Tolg<sup>2</sup>**

<sup>1</sup> Competence Center Gesundheit (CCG) der Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg

<sup>2</sup> ISP – Institut für Stadtforschung, Planung und Kommunikation der Fachhochschule Erfurt

Viele Entscheidungen, die die Gesundheit der Menschen beeinflussen, werden außerhalb des eigentlichen Gesundheitssektors getroffen. Daher hat die WHO 1986 im Rahmen der Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung gefordert, dass Gesundheit in allen Politikfeldern berücksichtigt werden soll (Health in all Policies). Der globale Trend der Urbanisierung führt dazu, dass immer mehr Menschen in einem städtischen Umfeld leben. Dieses ist häufig von sozialen und ökologischen Belastungen geprägt, die wiederum Einfluss auf die gesundheitliche Lage der Bewohner\*innen haben. Stadtentwicklung und -planung haben hierauf Einfluss, allerdings werden die gesundheitlichen Auswirkungen bislang selten umfassend in Planungsprozessen berücksichtigt.

Gesundheitsfolgenabschätzung (GFA, engl.: Health Impact Assessment, HIA) ist eine Kombination von Verfahren, Methoden und Werkzeugen, mit denen sich Politikvorhaben, Programme oder Projekte im Hinblick auf die gesundheitlichen Auswirkungen und die Verteilung solcher Auswirkungen auf verschiedene Gruppen der Bevölkerung untersuchen lassen. Da GFA in der Stadtentwicklung/-planung bislang kaum Bedeutung hat, gilt es, Anwendungsbarrieren zu identifizieren und zu vermindern sowie die Akzeptanz dieses Ansatzes zu fördern.

In der Stadtplanung ist ein Umdenken hinsichtlich des Gesundheitsverständnisses erforderlich; d.h., dass nicht nur die Vermeidung gesundheitlicher Belastungen berücksichtigt wird, sondern auch die Möglichkeiten, das städtische Umfeld gesundheitsförderlicher zu gestalten.

Der Öffentliche Gesundheitsdienst (ÖGD) ist in die Lage zu versetzen, in kommunalen Planungsprozessen fundiert Stellung zu nehmen, um gesundheitliche Themen einzubringen und in Abwägungsprozessen zu gewichten. Eine systematische Berücksichtigung gesundheitlicher Belange stellt für die Stadtplanung ebenso eine zusätzliche Aufgabe dar wie für den ÖGD die fundierte Stellungnahme zu Planungen. Diese Aufgaben erfordern zusätzliche Ressourcen.

Ziel des Forschungsvorhabens „Gesundheitsfolgenabschätzung in der Stadtentwicklung“ ist es, ein integriertes und partizipatives Modell zur GFA zu entwickeln, um GFA in der Stadtentwicklung/-planung gut handhabbar und ressourcenschonend für die Verwaltung nutz- und integrierbar zu machen. Das Projekt wird vom Bundesministerium für Bildung und Forschung gefördert und gemeinsam an der HAW Hamburg und am Institut ISP der FH Erfurt durchgeführt. In Zusammenarbeit mit kommunalen Verwaltungen und dem ÖGD erarbeitet und erprobt ein interdisziplinäres Team aus den Gesundheitswissenschaften, der Stadtentwicklung und der Informatik einen Handlungsleitfaden für die GFA in der Stadtentwicklung/-planung sowie unterstützende IT-basierte Werkzeuge. Dabei wird auf die Walkability fokussiert. Das Konzept der Walkability umschreibt die Merkmale des städtischen Umfelds, die aktive Bewegung wie Gehen und Radfahren fördern. Für die positiven Auswirkungen von aktiver Bewegung auf die Gesundheit der Menschen gibt es überzeugende wissenschaftliche Evidenz.

# Advanced Nursing Practice

---

## **Birgit Alpers**

Stellv. Direktorin für Patienten- und Pflegemanagement, UKE

## **Inke Zastrow**

Pflegewissenschaftlerin, Direktion für Patienten- und Pflegemanagement, UKE

Die Akademisierung in der Pflege wird von verschiedenen Berufsgruppen im Gesundheitswesen unterschiedlich betrachtet.

Fakt ist, dass wir durch einen demografischen und epidemiologischen Wandel eine erhöhte Komplexität in der Patient\*innenversorgung erwarten können. Dies führt dazu, dass spezifischere Qualifikationen in der Pflege benötigt werden, um den Herausforderungen einer qualitativ hochwertigen und patient\*innenorientierten Versorgung gerecht werden zu können. Akademisch qualifizierte Pflegefachpersonen spielen in diesem Zusammenhang eine große Rolle. Eine Umsetzung ist jedoch nur in einem Gesamtkonstrukt möglich. Auf der Grundlage des UKE-Konzernleitbildes wurde bereits 2014 damit begonnen, ein Kompetenzmodell zu entwickeln, um alle Qualifikationen in der Pflege transparent abzubilden, fachliche Entwicklungsmöglichkeiten, die Personalentwicklung und den Qualifikationsmix aufzuzeigen. Der Weg zur Zertifizierung als Magnetkrankenhaus mit seinen sogenannten Magnet® Forces bildet einen weiteren Baustein der Umsetzung. Themenbereiche wie konsequente Patient\*innenorientierung, Führungsverständnis, Shared-Decision Making, Mitarbeitergewinnung und -bindung, Mitarbeiterzufriedenheit und das Konzernleitbild sind weitere Einflussfaktoren. Die Initiierung und Unterstützung dieser wichtigen strategischen Themen für das UKE wird zentral aus der Direktion für Patienten- und Pflegemanagement gesteuert. Aus unserer Sicht müssen die Verantwortung und die Bereitstellung erforderlicher Ressourcen aus dem Top-Management kommen und dadurch alle Führungsebenen infiltrieren.

Die höchste Stufe des UKE-Kompetenzmodells, welches erstmals die wissenschaftlichen Anforderungen akademisch qualifizierter Pflegefachpersonen abbildet, ist die Stufe der Pflegeexpert\*innen als Advanced Practice Nurses (APN). Die Pflegeexpert\*innen APN haben eine erweiterte pflegerische Kompetenz, welche den Anforderungen der zukünftigen

Patient\*innenversorgung gerecht werden soll. Für die Praxis bedeutet diese erweiterte Kompetenz auch eine Verpflichtung. Die Voraussetzung für die Tätigkeit als Pflegeexpert\*in APN bildet ein Masterabschluss. Da die Rolle der APN in der Praxis noch neu ist, muss diese Rolle strukturiert anhand von geeigneten Modellen zur Rollenentwicklung implementiert werden. Für die Rolle der Advanced Practice Nurse wird das PEPPA Framework von Bryant-Lukosius & DiCenso angewendet. Es beinhaltet die Definition der Patient\*innenpopulation durch Einbeziehung der beteiligten Stakeholder\*innen, die Identifikation von Bedarfen und Zielen, die Entwicklung neuer Versorgungsmodelle und Umsetzungsstrategien sowie deren Implementierung und Evaluation. In diesem Zusammenhang heißt es, auch übergreifende Strukturen wie z.B. Basistätigkeiten zu entwickeln und zur Verfügung zu stellen, um eine Hilfestellung für den Alltag zu generieren und die Tätigkeitsfelder für alle Beteiligten transparent zu machen.

Beispiele aus der Praxis haben gezeigt, dass die fachliche Kompetenz der Pflegeexpert\*innen APN dazu führt, dass die Versorgung komplex erkrankter Patient\*innen professionalisiert werden konnte. Für die Mitarbeiter\*innen sind die Pflegeexpert\*innen APN eine wichtige Unterstützung in der pflegerischen Versorgung von Patient\*innen mit komplexen und herausfordernden Krankheitsbildern.

Alles in allem sowohl für die Patient\*innen und Mitarbeiter\*innen als auch für die Pflegeexpert\*innen APN eine Erfolgsgeschichte!

# Aufsuchende Präventionsarbeit in den Quartieren

---

## Prof. Dr. Corinna Petersen-Ewert

Professorin für Gesundheits- und Sozialwissenschaften, HAW Hamburg

Der Gesundheitszustand des\*der Einzelnen ist davon abhängig, wo jemand aufwächst, zur Schule geht und wie viel man verdient. Die COVID-19-Pandemie verschärft dieses Gefälle. Quartiere oder Regionen, die stärker von Armut, prekären Beschäftigungen, engen Wohnverhältnissen sowie ungünstigen Umweltbedingungen betroffen sind, sind auch stärker von der Infektionskrankheit an sich sowie den wirtschaftlichen, psychischen und sozialen Folgen der Pandemie betroffen. Je niedriger der soziale Status, desto höher die Prävalenz bei chronischen Erkrankungen und Funktionseinschränkungen. Auch das Feld der Pflege wird hiervon beeinflusst und neue Handlungsansätze sind gefordert. Die Erweiterung des Handlungsspielraumes von Pflegenden in der Primärversorgung im deutschsprachigen Raum wird gegenwärtig in Bezug auf „Community Health Nursing (CHN)“-Konzepte diskutiert. CHN versteht sich als bedarfsorientierte, evidenzbasierte Pflegepraxis und adressiert vulnerable Zielgruppen. Ziel ist es, ein neues lebensweltbezogenes Versorgungsangebot im Gesundheitswesen zu sein. Die akademisierten Community Health Nurses versorgen und beraten eigenverantwortlich zu Gesundheitsproblemen, begleiten und stimmen Versorgungsprozesse ab, koordinieren Präventions- und Gesundheitsförderungsangebote, vernetzen sich vor Ort und leisten damit einen Beitrag zu gesundheitlicher Chancengleichheit. In Ländern wie Kanada ist das CHN-Konzept langjährig in der Primärversorgung verankert. In Deutschland fehlt es jedoch an Modellversuchen und empirischen Belegen, um den Mehrwert von CHN für die Praxis nachzuweisen, die spezifische Wirkweise in der Anwendung zu bewerten und Vergütungsoptionen für Budgets potentieller Kostenträger abzubilden. Genau diese Lücke wird vom Projekt CoSta, welches vom BMBF gefördert wird, thematisiert. Das Projekt wird an der Hochschule für Angewandte Wissenschaften (HAW Hamburg) mit der Poliklinik Veddel realisiert. Im CoSta-Projekt wird modellhaft eine CHN-geleitete Versorgung für chronisch kranke Menschen im städtischen Raum getestet. In der Studie steht das Quartier Veddel exemplarisch für einen marginalisierten urbanen Raum. Auf Grundlage einer Literatur- und Best-Practice-Recherche, einer

partizipativen Bedarfserhebung im Quartier und einer Datenanalyse wurde ein professionelles CHN-Konzept für die Versorgung chronisch kranker Erwachsener entwickelt. Die pflegerischen Interventionen umfassen Hausbesuche, Pflegesprechstunden und Schulungen und erfolgen vernetzt und interprofessionell mit einem Stadtteil-Gesundheitszentrum. Insgesamt muss festgestellt werden, dass die heterogenen Verhältnisse in der ambulanten Gesundheitsversorgung praktikable kommunale Modelle erfordern. Anhand des Versorgungskonzepts wird die Wirksamkeit der CHN-Interventionen derzeit in einer einjährigen randomisierten Studie überprüft.

# Gesundheitsberufe auf Augenhöhe?

---

## **Prof. Dr. Susanne Busch**

Professorin für Gesundheitsökonomie und Gesundheitspolitik,  
HAW Hamburg

## **Kristina Woock**

Wissenschaftliche Mitarbeiterin, Department Pflege und Management,  
HAW Hamburg

Die Zusammenarbeit in den Gesundheitsfachberufen ist im Idealfall ein Agieren „auf Augenhöhe“, in dem Mediziner\*innen, Therapeut\*innen und Pflegekräfte ihre jeweilige Expertise für das bestmögliche Patientenwohl einbringen. Der Mensch und seine Bedarfe stehen dabei im Mittelpunkt. In der Realität ist diese Form der Zusammenarbeit jedoch wenig im Arbeitsalltag verankert: Ein Beispiel dafür ist das Verhältnis von Hebammen und Ärzt\*innen, das teils durch sehr unterschiedliche Perspektiven auf Schwangerschaft und Geburt und den dazugehörigen fachlichen Kontext sowohl in der ambulanten als auch klinischen Versorgung geprägt ist. In anderen Klinikkontexten tragen tradierte hierarchische Organisationsformen mit zur Unattraktivität des Pflegeberufs bei. Das deutsche Gesundheitswesen stellt – trotz erster Ansätze – nach wie vor den Arztberuf in den Mittelpunkt und definiert weitere Gesundheitsberufe als unterstützend. Dies findet sich auch weiterhin in der vorherrschenden Form der Delegation. Die privilegierte Rolle von Ärzt\*innen wird fortwährend durch eine starke Interessenvertretung und Einflussnahme auf gesundheitspolitischer Ebene sowie über die Selbstverwaltung des Gesundheitswesens hergestellt und erhalten. Ganz alltagspraktisch wird Ärzt\*innen durch die Verordnung des Zugangs zu Heil- und Hilfsmitteln oder über Weisungsbefugnisse eine Schlüsselposition zugeteilt. Der Vergleich zu anderen Ländern zeigt wirkungsvolle Alternativen, in denen nicht-ärztliche Gesundheitsberufe in ihren Fachgebieten autonom agieren können. Aus der international vorhandenen Bandbreite seien beispielsweise Pflegeexpert\*innen in Kanada angesprochen, die dazu berechtigt sind, Diagnosen zu stellen, Sachmittel und Medikamente zu verordnen, diagnostische Tests anzuordnen, Untersuchungen durchzuführen und Therapien zu verordnen. Zudem ist die Akademisierung der Pflegekräfte in Kanada im Vergleich zu Deutschland herausragend: während in Deutschland ungefähr 2% der Pflegekräfte einen Hochschul-



abschluss besitzen, haben diesen in Kanada 44,7% der Pflegekräfte. Auch in Deutschland sollen nun die Gesundheitsberufe durch aktuelle Gesetze und Richtlinien gestärkt werden. So wird entsprechend ausgebildeten Pflegekräften durch §4 des Pflegeberufegesetzes von 2020 künftig mehr Verantwortung zugeschrieben. Dazu zählen die Erhebung und Feststellung des individuellen Pflegebedarfs, die Organisation, Gestaltung und Steuerung des Pflegeprozesses sowie die Analyse, Evaluation, Sicherung und Entwicklung der Qualität der Pflege. Zudem hat der Gesetzgeber zur Erprobung neuer Versorgungsformen die Durchführung heilkundlicher Tätigkeiten durch Pflegekräfte im Rahmen von Modellvorhaben, etwa im Kontext der Behandlung von Diabetes mellitus Typ I und II sowie von chronischen Wunden, geregelt. Auch im Infektionsschutzgesetz finden sich bereits Ansätze für mehr Autonomie von nicht-ärztlichen Gesundheitsberufen. Hier heißt es laut §5 IfSG, dass Pflegefachkräfte und Notfallsanitäter\*innen in begrenzten Zeiträumen (bspw. in einer Pandemie) Heilkunde in Form von erforderlichen Maßnahmen selbstständig ausüben dürfen, sofern die erforderlichen Kompetenzen dafür vorliegen. Nichtsdestotrotz herrscht weiterhin erheblicher Handlungsbedarf im deutschen Gesundheitssystem, damit die Gesundheitsberufe noch sehr viel stärker als bisher souverän, eigenverantwortlich, mit vorbehaltenen Tätigkeiten „auf Augenhöhe“ agieren können. Förderlich dafür wären unter anderem eine Teil- bzw. Vollakademisierung in Verbindung mit einem ausdifferenzierten Bildungsstufenmodell in allen Gesundheitsberufen, grundlegende Überlegungen zur Entwicklung outcome-orientierter Vergütungssysteme sowie eine Erweiterung der Handlungsfelder. Letzteres geschieht schon jetzt als „Notlösung“, wenn Ärzt\*innen nicht mehr können oder wollen. Auf langfristige Sicht ist ein grundlegendes Umdenken in der Gesundheitsversorgung erforderlich, in dem sich auch die Potentiale der Public Health Perspektive (inkl. Gesundheitsförderung und Prävention) entfalten können.

# ÖGD – eine Einordnung

---

## Dr. Matthias Gruhl

Staatsrat a. D., ehem. Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz

Die ÖGD, gerne als dritte Säule unseres Gesundheitswesens bezeichnet, hat strukturelle Schwächen. Diese lassen sich historisch begründen. Zwar war Deutschland im ausgehenden 19. Jahrhundert weltweit federführend in der Erforschung und Nutzung der Erkenntnisse der Sozialhygiene, allerdings wurden von führenden Vertreter\*innen neben der sozialen Dimension der Medizin auch sozialdarwinistische Ansätze vertreten. Insofern hat die deutsche Ärzteschaft die Erb- und Rassenlehre der Nationalsozialist\*innen weitgehend mitgetragen. Besonders die Gesundheitsämter waren die Stütze der „Erbgesundheit“. Sie zeichnen maßgeblich verantwortlich für rund 400.000 Zwangssterilisationen.

Als Reaktion auf diese gesamtstaatliche Steuerung dezentralisierten/kommunalisierten die Alliierten den ÖGD. Allerdings beließen sie viele der ehemaligen Täter\*innen im Amt. Diese verharmlosten lange ihre aktive Rolle in der NS-Zeit, zogen sich aber in Kenntnis ihrer Vergangenheit aus einer aktiven Rolle im Gesundheitswesen weitgehend zurück. Ihnen kam das kommunale und dezentrale Nischendasein des Nachkriegs-ÖGD sehr zugute. Eine systematische Aufarbeitung der Vergangenheit konnten sie bis in die 70er Jahre verhindern.

Als Folge konnte der ÖGD kein eigenes Profil entwickeln: Es gab keine einheitlichen Rechtsgrundlagen, die Aufgabenvielfalt der einzelnen Gesundheitsämter mündete in einer kommunalen Aufgabenbeliebigkeit, die formale ärztliche Ausrichtung verhinderte die Ausbildung eines multiprofessionellen Verständnisses. In der Folge kam es zu Personalabbau und Fachkräftemangel. Ein so geschwächter Dienst ohne Lobby konnte sich gegen andere kommunale Bedarfe immer weniger durchsetzen. Aufgrund dieser kommunalen Einbindung war der ÖGD bundesweit nicht sichtbar. Es fehlten Standardisierung oder eine fachliche Leitinstanz. Bis heute gibt es keine wissenschaftlich-universitäre Verankerung. Selbst ein Lehrbuch für den ÖGD ist nicht existent.

Dennoch gab es immer wieder Chancen für den ÖGD, sich stärker zu profilieren: erstmals in den 80er Jahren mit der gesundheitsfördernden Strategie zur Bewältigung der HIV/Aids-Infektion, kurz darauf mit der Anschubförderung von Lehrstühlen für Public Health. Beides konnte der

ÖGD nicht dauerhaft an sich binden. Erst mit dem Präventionsgesetz von 2015 und der Chance, Regionalität als Einstieg in Prävention und Gesundheitsförderung bewusst einzusetzen, erfolgte ein partieller Bedeutungszuwachs, der auch gesetzlich verankert wurde.

Öffentlich wurde die Bedeutung erst im Rahmen der Pandemie anerkannt. Sichtbares Zeichen ist der im September 2020 verabschiedete Pakt für den ÖGD von Bund und Ländern, der an allen Schwachpunkten ansetzte und mit vier Milliarden Euro vom Bund gut ausgestattet wurde. Hiermit ergibt sich erstmals eine historische Möglichkeit, den ÖGD auf eine zukunftsfähige Grundlage zu stellen.

Ob diese Chance von Kommunen und Ländern genutzt wird, ist im Augenblick noch nicht ersichtlich. Es gibt erste Umsetzungshindernisse. Unklar bleibt auch, ob sich der ÖGD nicht nur bei der Infektionsprävention, sondern auch zu einer Instanz der Gesundheitsförderung und breiter verstandenen Prävention weiterentwickeln kann. Diese Entwicklung bleibt abzuwarten.

# Zukunft des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (ÖGD) als dritte Säule im Gesundheitswesen – Situation im Bezirk Harburg

---

**Dr. med. Vasilios Papadopoulos**

Leitung Gesundheitsschutz, Fachamt Gesundheit HH-Harburg

Der Öffentliche Gesundheitsdienst (ÖGD) ist im Rahmen der COVID-19-Pandemie-Bekämpfung sowohl politisch als auch im Bereich der medialen Berichterstattung sehr prominent in den Vordergrund gerückt. Dadurch hat man sowohl auf Bundes- als auch Länderebene festgestellt, dass es Defizite gibt. Die Bedeutung eines strukturell, personell sowie digital gut aufgestellten ÖGD hinsichtlich der Erfüllung seiner Hauptaufgabe im Sinne der Prävention ist dadurch sehr apparent geworden.

Um einen Einblick auf operativer Ebene in Anlehnung an bezirks-spezifische Aspekte wie beispielsweise soziodemografische Faktoren zu erlangen, die Bedeutung eines interdisziplinären Austausches und die Kommunikationsnotwendigkeit innerhalb verschiedener Behördenstrukturen zu verdeutlichen und schließlich ein äußerst effektives und bürgernahes Instrument zur Gesunderhaltung der Bevölkerung auf kommunaler Ebene aufzuzeigen, wurde Bezug auf den Bezirk Harburg und sein Gesundheitssamt genommen.

Ziel war es, über dieses so wichtige Thema und Aufgabenfeld in der CCG Ringvorlesung zu referieren, um einen universitären und somit wissenschaftlichen Austausch anzuregen und den akademischen Nachwuchs dahingehend zu sensibilisieren, zu informieren und letztlich auch das Interesse für prospektive Tätigkeitsfelder zu wecken und gleichzeitig eine Plattform für politische Diskussionen zu bieten.



## Weitere Vorträge

---

Hier finden Sie eine Übersicht über weitere Vorträge von Referentinnen und Referenten aus der CCG Ringvorlesung. Die freigegebenen Präsentationen sind im Archiv der CCG Website hinterlegt.

### **Ausbreitungsdynamik von COVID-19 und Strategien der Eindämmung**

Dr. Viola Priesemann

(Forschungsgruppenleitung, Max-Planck-Institut für Dynamik und Selbstorganisation)

### **Über Beteiligung im Gesundheitswesen**

Luise Tavera

(Vorständin, Denkschmiede Gesundheit)

### **Arzneimittelversorgung der Zukunft**

Dr. Antje Haas

(Leitung Abteilung Arznei- und Heilmittel, GKV Spitzenverband)

### **Gesunde Städte als Ressource für mehr Gesundheit**

Prof. Dr. med. Claudia Hornberg

(Mitglied Sachverständigenrat für Umweltfragen des Bundesumweltministeriums)

### **Advanced Nursing Practice**

Prof. Dr. Uta Gaidys

(Professorin für Pflegewissenschaft, HAW Hamburg)

### **Umdenken in den Versorgungsstrukturen**

Melanie Schlotzhauer

(Staatsrätin für Gesundheit, Behörde für Arbeit, Soziales,  
Familie und Integration der Freien und Hansestadt Hamburg)

### **Auf Augenhöhe? Zukunft der Gesundheitsberufe**

Dr. Bernhard Gibis

(KBV)

### **Brauchen wir einen einheitlichen Versicherungsmarkt?**

Dr. Frank Wild

(Leiter des wissenschaftlichen Instituts der PKV)

Dr. Martin Albrecht

(Geschäftsführer und Bereichsleiter Gesundheitspolitik, IGES)



#### **PRÄSENTATIONEN ZU VORTRÄGEN ONLINE AUF:**

[haw-hamburg.de/ccg/veranstaltungen/ccg-ringvorlesung/archiv/gesundheitspolitik-zwischen-bundestagswahl-und-folgen-der-corona-pandemie](http://haw-hamburg.de/ccg/veranstaltungen/ccg-ringvorlesung/archiv/gesundheitspolitik-zwischen-bundestagswahl-und-folgen-der-corona-pandemie)



"Ich möchte  
Mit weichen  
einleiten, z

Deutsche Post



te Student sein, um mir einmal an Hand einer Wissenschaft langsam klarzu  
em Resultat könnte man studieren, wenn man es nicht mehr müsstel W  
rstat durch widerwällig eingeklemmte Türen, wie so oft in der Jugend!

so ist im menschlichen Leben.  
II Wenn die Lehre durch weitgeöffnete Flügelhfen

Kurt Tucholsky, „Ich möchte Studieren sein“, 1929



# Präsentationen der Studierenden

---

STRUB  
VIRUS-PROTECT  
Spray

# Präsentationen der Studierenden

---

Die Studierenden präsentierten im Rahmen der Abschlussveranstaltung im Juli 2021 wissenschaftliche Poster zu gesundheitspolitischen Themen im Kontext der CCG Ringvorlesung.

## **„Der digitale Impfnachweis – eine (daten)sichere Zukunft?“**

A. Bart, K. Sauerhöfer,  
T. Phan, S. Schodjai

## **„Digitalisierung in der Behandlung von Menschen mit Diabetes mellitus Typ 2“**

J. Höpfner, S. Scheffel, A. Schwandt

## **„Beschaffung und Verimpfung der COVID-19-Impfstoffe“**

M. Riefflin, A. Schmidt, P. Vögele

## **„Advanced Practice Nursing – Pflege auf Augenhöhe“**

L. Corinth, F. de Vries, J. Winterhoff

## **„Impfpflicht: Selbstbestimmung vs. Gemeinwohl“**

M. Fiedler

## **„Die Akzeptanz digitaler Gesundheitsanwendungen (DiGAs)“**

M. Gajic, T. Kappertz,  
L. Mallée, F. Oldenburg

## **„Chancen und Risiken des digitalen Impfpasses am Beispiel der CovPass-App“**

L. Lach, T. Mera Euler,  
R. Metz, M. Zimmering

## **„COVID-19 und Impfen“**

A. Wershefani, A. Cakir, M. Samalus

## **„Internationale Verteilung von Corona-Impfstoffen“**

D. Aba, Z. Bilgic,  
N. Cot, I. Kayali

# Bestes Poster

Das CCG würdigte im Anschluss an die Präsentationen das beste Poster. Erstellt wurde es von Maya Alexandra Riefflin, Anabell Schmidt und Pascal Vögele.

Wir gratulieren recht herzlich!

## Beschaffung und Verimpfung der COVID-19 Impfstoffe – Ein Vergleich des israelischen und des deutschen Vorgehens

M. Riefflin, A. Schmidt, P. Vögele



### Hintergrund

Am 31.12.2019 wird durch die Volksrepublik China eine unbekanntes Lungenerkrankung an die World Health Organization (WHO) gemeldet. Am 27. Januar wird der erste Fall in Deutschland bekannt<sup>[1],[2]</sup>. Was folgt, dürfte nahezu jeder Person bekannt sein: Das Virus SARS-CoV-2, Ursache der Lungenerkrankung COVID-19, verbreitet sich rasant um die ganze Welt und bringt weitreichende Einschränkungen des öffentlichen Lebens mit sich. Auch in Deutschland infizieren sich bis zum 31.05.2021 über 3,5 Mio. Menschen mit dem Virus, nahezu 90.000 sterben<sup>[3]</sup>. Mit der Entwicklung der ersten Impfstoffe wird deutlich, dass international unterschiedliche Standards und Herangehensweisen zur Zulassung, Beschaffung und Verimpfung der Vakzine entwickelt wurden. Aufgrund der unterschiedlichen politischen Rahmenbedingungen, den verschiedenen gesellschaftlichen Meinungen und dem stark abweichenden Verlauf der Impfkampagne sollen im folgenden die Fragestellung „Inwieweit unterscheiden sich Deutschland und Israel hinsichtlich der Beschaffung und Verimpfung der COVID-19-Impfstoffe – ein Staatenvergleich?“ beantwortet und in einem abschließenden Fazit die jeweiligen Vor- und Nachteile dargestellt werden.

Abbildung 1: Timeline eines (für Beschaffung, Impfen und Verimpfung), die Unterschiede eines COVID-19-Impfstoffes zwischen Israel und Deutschland, nach Di Chiro, Perotti, 2021

### Methodik

Für die Beantwortung der Fragestellung wurde zunächst eine narrative Literaturrecherche durchgeführt. Die hieraus entstandenen Ergebnisse wurden zusammengetragen, die Daten wurden deskriptiv analysiert. Nachfolgend wurden die aus der Literaturrecherche identifizierten Vor- und Nachteile der verschiedenen Vorgehensweisen um eigene Überlegungen ergänzt.



### Ergebnisse

<p>27.08.20: Abschluss eines Vorverkaufvertrages mit Astra Zeneca (300 Mio. Impfstoffen nach „Best Reasonable Effort“)<sup>[4],[5]</sup></p> <p>August 2020</p> <p>Vertragsabschluss mit Janssen über 200 Mio. Impfstoffen<sup>[6]</sup> Oktober 2020</p> <p>11.12.20: Abschluss eines Vorverkaufvertrages mit Pfizer/BioNTech über bis zu 300 Mio. Impfstoffen<sup>[7],[8]</sup></p> <p>November 2020</p> <p>25.11.20: Abschluss eines Vorverkaufvertrages mit Moderna über bis zu 100 Mio. Impfstoffen<sup>[9]</sup></p> <p>09.12.20: Die ersten Dosen des Pfizer/BioNTech-Impfstoffes treffen in Israel ein, wodurch das Einhalten der Kühlketten getestet wird<sup>[10]</sup></p> <p>11.12.20: Notfallgenehmigung der U.S. Food and Drug Administration (FDA) für den Impfstoff von Pfizer/BioNTech<sup>[11]</sup></p> <p>19.12.2020: Beginn der Impfungen mit dem Pfizer/BioNTech-Vakzine<sup>[12]</sup></p>	<p>06.01.21: Zulassung des Impfstoffes von Moderna in der EU durch die EMA<sup>[13]</sup></p> <p>08.01.21: Bestellung weiterer 300 Mio. Impfstoffen von Pfizer/BioNTech<sup>[14]</sup></p> <p>29.01.21: Bedingte Zulassung des Impfstoffes von AstraZeneca in der EU<sup>[15]</sup></p> <p>05.01.21: Zulassung des Impfstoffes von Moderna durch das israelische Ministry of Health (MoH)<sup>[16]</sup></p> <p>06.01.21: Israelisches MoH schließt mit Pfizer Inc. Vereinbarung bzgl. eines „epidemiologischen Real-World-Beweis“<sup>[17]</sup> → stellt eine kontinuierliche Lieferung von Impfstoffdosen des Vakzins sicher<sup>[18]</sup></p> <p>07.01.21: Die erste Lieferung mit Impfstoffdosen von Moderna trifft ein<sup>[19]</sup></p> <p>10.01.21: Erwerb weiterer 4 Mio. Impfstoffen des Impfstoffes von Pfizer/BioNTech<sup>[20]</sup></p> <p>11.03.21: Erteilung einer bedingten Zulassung für Johnson &amp; Johnson Impfstoff<sup>[21]</sup></p> <p>17.02.21: Erwerb weiterer 300 Mio. Impfstoffen des Impfstoffes von Moderna<sup>[22]</sup></p> <p>24.02.21: Die Impfung der israelischen Bevölkerung ist so weit fortgeschritten, dass Güten Nicht-Gewinnern an Behörden überreicht werden, um diese Personen von der Impfung zu überzeugen<sup>[23]</sup></p> <p>24.02.21: 50% der israelischen Bevölkerung hat einen vollständigen Impfschutz gegen COVID-19 erhalten. Die Dosen des Moderna-Impfstoffes wurden bislang nicht verabreicht<sup>[24]</sup></p>	<p>01.07.21: 55.20% der Bevölkerung geimpft (37.58% vollständig)<sup>[25]</sup></p> <p>März 2021</p> <p>Beginn Lieferungen Johnson &amp; Johnson Vakzine<sup>[26]</sup></p> <p>April 2021</p> <p>01.07.21: 65.02% der Bevölkerung geimpft (59.78% vollständig)<sup>[27]</sup></p> <p>20.05.21: 50% der israelischen Bevölkerung hat einen vollständigen Impfschutz gegen COVID-19 erhalten. Die Dosen des Moderna-Impfstoffes wurden bislang nicht verabreicht<sup>[28]</sup></p> <p>20.05.21: 50% der israelischen Bevölkerung hat einen vollständigen Impfschutz gegen COVID-19 erhalten. Die Dosen des Moderna-Impfstoffes wurden bislang nicht verabreicht<sup>[29]</sup></p>
---	--	---

### Diskussion und Fazit

Vor- und Nachteile des deutschen (europäischen) Vorgehens		Vor- und Nachteile des israelischen Vorgehens	
<p><b>Vorteile:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Vorbeugen von „jocunde nationalism“ innerhalb der EU</li> <li>Einzelne Mitgliedsstaaten hätten eventuell schlechtere Chancen für Vertragsabschlüsse gehabt</li> <li>Standardmäßige Qualitätskontrolle<sup>[30]</sup></li> <li>Datenschutz der europäischen Bürgerinnen beachtet (vgl. „Datenverkauf“<sup>[31]</sup> in Israel)</li> <li>Solidarische Aspekte (Möglichkeit der Impfstoffimporte)<sup>[32],[33]</sup></li> </ul>	<p><b>Nachteile:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Haftung im Falle von negativen Nebenwirkungen bleibt beim Pharmakonzern</li> <li>geringere Kaufpreise</li> <li>Vertragsbruch („Best Reasonable Efforts“)</li> <li>Einbezug der Industrie zögerlich (z.B. neue Produktionsstätten)</li> <li>Generell schlechte Vorbereitung auf Pandemie<sup>[34]</sup></li> </ul>	<p><b>Vorteile:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Raiche und kontinuierliche Lieferung des Pfizer/BioNTech-Impfstoffes<sup>[35]</sup></li> <li>Schnelles Anlaufen der Impfstoffstrategie, sowie Impfungen vergleichsweise vieler Personen pro Tag</li> <li>Schaffen von Evidenz hinsichtlich Wirksamkeit und Verträglichkeit des Pfizer/BioNTech-Impfstoffes durch Vereinbarung mit Pfizer Inc.<sup>[36]</sup> (Überlegungen)</li> <li>Vergleichsweise hohe Kaufpreise, sowie Haftungsübernahme des israelischen MoH<sup>[37]</sup></li> </ul>	<p><b>Nachteile:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Übermittlung der Daten von Geimpften ohne deren explizite Zustimmung an Pfizer Inc. („Datenverkauf“)<sup>[38]</sup></li> <li>Sicherung derart vieler Impfungen in kurzer Zeit scheint gegenüber anderen Staaten weniger solidarisch („jocunde nationalism“)</li> <li>Ausschluss nicht-geimpfter Personen vom öffentlichen und Berufsleben („no jab – no job clause“)<sup>[39]</sup></li> </ul>

Die vorliegende Arbeit zeigt sich aufgrund mehrerer Faktoren limitiert. Zur Untersuchung beider Vorgehensweisen wurden ebenso Berichte der Massenmedien herangezogen, wobei diese aus Israel weniger detailliert schienen. Zudem wurde die Literaturrecherche in deutscher und englischer Sprache durchgeführt, wodurch mögliche israelische Berichte nicht identifiziert wurden. Eine generelle Limitation besteht in der mangelnden Verfügbarkeit von Informationen aus dem politischen Prozess. Israelische COVID-19-Impfstoffstrategie gab weltweit anhand mehrerer Faktoren als einzigartig. Damit gehen neben der vergleichsweise guten Vorbereitung des Gesundheitswesens auf derartige Krisen auch der Verkauf von Bevölkerungsdaten, eine Haftungsübernahme des israelischen Staates und ein höherer zu zahlender Preis pro Impfstoff einher. Die Strategie des EU nimmt insgesamt weniger Faktoren mit auf. Allerdings erfolgt innerhalb dieser kein Verkauf bevölkerungsbezogener Daten, sowie keine Haftungsübernahme durch die EU. Auch die Wahrnehmung der globalen Verantwortung hinsichtlich der Beschaffung von Impfstoffen, sowie ein ungefähr halb so hoher Preis je Impfstoff, führte unter anderem zu langsamer anlaufenden Impfungen in der EU. Der in der Abbildung 1 dargestellte mehrwöchige Vorzug der israelischen Strategie führte letztlich zu länger andauernden gesellschaftlichen Einschränkungen und einer höheren Zahl an Neuinfektionen, sowie höheren volkswirtschaftlichen Kosten in der EU.

**Kontakt:**  
M. Riefflin (OW), maya.riefflin@haw-hamburg.de (2126064)  
A. Schmidt (OW), anabell.schmidt@haw-hamburg.de (2422646)  
P. Vögele (OW), pascal.voegele@haw-hamburg.de (2429412)



Maya Alexandra Riefflin



Anabell Schmidt



Pascal Vögele



## **Beschaffung und Verimpfung der COVID-19-Impfstoffe – ein Vergleich des israelischen und des deutschen Vorgehens**



# Kontakt

---

## CCG LEITUNG



Prof. Dr. Susanne Busch  
Susanne.Busch@haw-hamburg.de



Prof. Dr. Joachim Westenhöfer  
Joachim@Westenhoefer.de

## CCG TEAM



Ralf Schattschneider  
Geschäftsführung  
Ralf.Schattschneider@haw-hamburg.de



Michaela Weber  
Wissenschaftliche Mitarbeiterin  
Michaela.Weber@haw-hamburg.de

## STUDENTISCHE UNTERSTÜTZUNG

Moritz Harms, Martina Henatsch, Sophia Kagerer, Sarah Preuß

## IMPRESSUM

---

Herausgeber:  
Competence Center Gesundheit (CCG)

---

Redaktionsanschrift:  
Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg  
CCG Geschäftsstelle  
Alexanderstraße 1, Raum 7.22  
20099 Hamburg

+49 40 42875-7210  
c cg@haw-hamburg.de

---

Redaktion:  
Michaela Weber, Ralf Schattschneider

Layout:  
Sarah Preuß

---

Fotos:  
Beatrice Król, stock.adobe.com

---

© HAW Hamburg, Mai 2022

---



PDF-Download  
Dokumentationsband

## Neu sortieren! Paradigmenwechsel in der Gesundheitsversorgung?

—  
CCG RINGVORLESUNG  
WINTERSEMESTER 2021/22

WEITERE INFORMATIONEN FINDEN SIE AUF  
[WWW.HAW-HAMBURG.DE/CCG](http://WWW.HAW-HAMBURG.DE/CCG)

Bilder: stock.adobe.com, shutterstock.com, Beatrice Król