

## **Antwort**

### **der Bundesregierung**

**auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Sandra Weeser, Michael Theurer, Renata Alt, weiterer Abgeordneter und der Fraktion der FDP  
– Drucksache 19/23085 –**

### **Vorkehrungen in der Gesundheitsversorgung für künftige Krisen**

#### Vorbemerkung der Fragesteller

Seit dem Ende des Zweiten Weltkrieges hat kein Ereignis die Bundesrepublik Deutschland und seine Bürger so sehr beeinträchtigt und herausgefordert wie die Corona-Pandemie. Weltweit sind derzeit etwa 6,3 Millionen Menschen registriert, die sich mit dem Coronavirus infiziert haben, über 380 000 Menschen sind daran gestorben. Die Dunkelziffern dürften weit darüber liegen. Das Welternährungsprogramm fürchtet, dass die Zahl hungernder Menschen infolge der Corona-Krise bis Ende 2020 um 130 Millionen zunehmen könnte. Der Internationale Währungsfonds schätzt, dass sich die ökonomischen Einbußen in den Jahren 2020 und 2021 weltweit auf etwa 9 Billionen Dollar belaufen werden. Nach aktuellen Schätzungen wird Deutschland sein Wachstum von Ende 2019 erst Anfang 2022 wieder erreichen – wenn sich die Wirtschaft wieder zunehmend öffnen kann, das heißt keine weiteren Corona-Wellen den Handel auf globalem Niveau beeinträchtigen. Die in Deutschland aufgelegten Corona-Hilfen, unter anderem zur Absicherung von Arbeitsplätzen und als Schutzschirme für Gebietskörperschaften und Wirtschaftsbranchen, könnten laut Deutscher Bank ein Volumen von bis zu 1,9 Billionen Euro erreichen (<https://www.swp-berlin.org/publikation/die-krisen-nach-corona/>; [https://www.bmwi.de/Redaktion/DE/Publikationen/Schlaglichter-der-Wirtschaftspolitik/schlaglichter-der-wirtschaftspolitik-06-2020.pdf?\\_\\_blob=publicationFile&v=30](https://www.bmwi.de/Redaktion/DE/Publikationen/Schlaglichter-der-Wirtschaftspolitik/schlaglichter-der-wirtschaftspolitik-06-2020.pdf?__blob=publicationFile&v=30)).

Auch wenn Deutschland nach aktuellem Stand im internationalen Vergleich gut mit den Auswirkungen der Krise zurechtgekommen ist, so war man dennoch nicht ausreichend auf eine solche Pandemie vorbereitet. Als Konsequenz aus den Erfahrungen der letzten Monate fordert die Ärzteschaft in Deutschland eine schnelle Verbesserung der Krisenmechanismen und Vorkehrungen für einen möglichen neuen Anstieg der Corona-Infektionen. Dr. Klaus Reinhardt, Präsident der Bundesärztekammer, hält in diesem Zusammenhang eine engere europäische Vernetzung und Abstimmung für notwendig. Das gelte für Meldestrukturen, technische Plattformen von Corona-Apps, Vorräte an Schutzausrüstung sowie das Entwickeln von Medikamenten und Impfstoffen (<https://www.bundesaerztekammer.de/presse/pressemitteilungen/news-detail/reinhardt-zeit-fuer-verbesserungen-nutzen/>).

---

*Die Antwort wurde namens der Bundesregierung mit Schreiben des Bundesministeriums für Gesundheit vom 3. November 2020 übermittelt.*

*Die Drucksache enthält zusätzlich – in kleinerer Schrifttype – den Fragetext.*

### Vorbemerkung der Bundesregierung

Die Corona-Pandemie erfordert es auf allen Ebenen– lokal, regional, in Ländern, in Staaten, in der Europäischen Union und weltweit –, sich fortlaufend wechselseitig zu informieren und möglichst abgestimmt zu handeln. Bei der Abstimmung werden bestehende Netzwerke insbesondere national wie auf der europäischen Ebene intensiv genutzt und dort, wo dies notwendig ist, ausgebaut.

In der anhaltenden Pandemie-Situation sind Entscheidungen getroffen worden, die Umsetzung von „Lessons Learned“ sind: Das betrifft u. a. die Beschaffung von Persönlicher Schutzausstattung und den Aufbau einer nationalen Reserve, die Bereitstellung von Geldern für die verbesserte IT-Ausstattung in der stationären Versorgung sowie erhebliche Investitionen in den Öffentlichen Gesundheitsdienst.

1. Welche Maßnahmen hat die Bundesregierung als Konsequenz aus der Corona-Krise ergriffen, um die europäische Vernetzung und Abstimmung zur Bewältigung einer solchen Krise zu verbessern?

Sind diese als Projektmaßnahmen mit begrenzter Dauer oder als ständige Einrichtungen gedacht, und welcher Kostenaufwand ist damit im jeweiligen Fall verbunden?

Mit der COVID-19-Pandemie steht die Europäische Union (EU) und die gesamte Welt vor einer großen Herausforderung, die sämtliche Bereiche des Lebens betrifft. Die Bundesregierung setzt sich im Rahmen der deutschen EU-Ratspräsidentschaft dafür ein, diese Aufgabe gemeinsam mit den anderen Mitgliedstaaten und EU-Institutionen zukunftsgerichtet zu bewältigen. Auf europäischer Ebene konzentriert die Bundesregierung ihre Aktivitäten vor allem auf die Abstimmung von Regelungen und Empfehlungen, die der Bewältigung der COVID-19-Pandemie und nachhaltigen Vorbereitung auf zukünftige Krisensituationen dienen. Dazu wurde der Abstimmungsrhythmus insbesondere in den Ratsgremien erhöht. Zu den langfristigen Verbesserungen gehört z. B. eine Stärkung des EU-Katastrophenschutzverfahrens sowie eine Verbesserung der Zusammenarbeit bei schweren grenzüberschreitenden Gesundheitsgefahren (Beschluss des Europäischen Parlamentes und des Rates Nr. 1082/2013/EU). Die Bundesregierung setzt sich zudem für die Stärkung des Europäischen Zentrums für die Prävention und die Kontrolle von Krankheiten und der Europäischen Arzneimittelagentur ein. Inhaltlich werden beispielsweise eine EU-weit funktionierende Kontaktnachverfolgung bzw. -warnungen mit Hilfe auch grenzüberschreitend interoperabler und datensparsamer Tracing und Warning Apps sowie ein koordiniertes Vorgehen in der EU bei der Beschränkung der Freizügigkeit aufgrund der COVID-19-Pandemie adressiert.

2. Welche Notwendigkeit sieht die Bundesregierung, auf europäischer Ebene für ein gemeinsames Konzept zur Bevorratung, für die Beschaffung und für die Produktion von Schutzausrüstung, Medikamenten und Impfstoffen zu sorgen, und welche Maßnahmen hat sie bereits dafür ergriffen oder welche will sie dafür ergreifen?

Es existieren bereits verschiedene Instrumente und Verfahren auf EU-Ebene, die eine gemeinsame Beschaffung und Bevorratung der genannten krisenrelevanten Produkte ermöglichen.

So hat sich die Bundesregierung zusammen mit anderen EU-Mitgliedstaaten und der Europäischen Kommission im Rahmen des „Joint Procurement Agree-

ment“ an Verfahren zur Beschaffung von persönlicher Schutzausrüstung und des Arzneimittels Veklury beteiligt.

Alle EU-Mitgliedstaaten nehmen an der Initiative der Europäischen Kommission zur gemeinsamen Beschaffung von Impfstoffen gegen COVID-19 teil. Dabei verhandelt die Europäische Kommission mit Herstellern von aussichtsreichen Impfstoffentwicklungen Rahmenverträge für die EU-Mitgliedstaaten. Ziel ist es, durch sogenannte Advance Purchase Agreements (APAs) rechtzeitig Produktionskapazitäten in der EU für Impfstoffe aufzubauen und für die EU-Mitgliedstaaten Kaufoptionen für Impfstoffdosen verschiedener Hersteller zu sichern. Die Vorfinanzierung der sogenannten „Advance Purchase Agreements“ erfolgt im Rahmen des „Emergency Support Instrument“, das durch die EU-Verordnung 2020/521 des Rates vom 14. April 2020 aktiviert wurde. Um die Finanzierung eines möglichst breiten Portfolios an Impfstoffkandidaten sicherzustellen, hat sich die Bundesregierung als deutsche EU-Ratspräsidentschaft im Kreis der EU-Gesundheitsministerinnen und -minister für eine Aufstockung des Emergency Support Instrument eingesetzt.

Mit Blick auf eine gemeinsame Bevorratung, haben Europäische Kommission und EU-Mitgliedstaaten im März 2020 beschlossen, im Rahmen des EU-Katastrophenschutzverfahrens (Beschluss Nr. 1313/2013/EU) eine rescEU-Kapazität zur medizinischen Bevorratung, von z. B. Therapeutika, Impfstoffen, medizinischer Ausrüstung für Intensivpflege, persönlicher Schutzausrüstung oder Labormaterial aufzubauen. Deutschland ist unter den ersten EU-Mitgliedstaaten, die sich aktiv beteiligten. Im Zuge der von der EU mit 6 Mio. € ausgestatteten deutschen rescEU-Kapazität beschafft und verteilt das Deutsche Rote Kreuz bereits seit April 2020 persönliche Schutzausrüstung an hilfesuchende EU-Mitgliedstaaten und andere Teilnehmerstaaten am EU-Katastrophenschutzverfahren. Bislang sind 335.000 Schutzmasken und 5.000 Schutzkittel u. a. an Spanien, Italien, Kroatien, Serbien, Nordmazedonien und Montenegro verteilt worden.

Zudem haben sich Ende September 2020 mehrere deutsche Hilfsorganisationen, die Charité sowie zwei Bundesländer im Einvernehmen und enger Abstimmung mit dem Bundesministerium des Innern, für Bau und Heimat (BMI) mit einem umfassenden Konzept um die Finanzierung einer weiteren deutschen rescEU-Kapazität zur Bevorratung von Schutzausrüstung und medizinischem Equipment bei der EU beworben.

Am 19. März 2020 hat die Europäische Kommission den „Befristeten Rahmens für staatliche Beihilfen zur Stützung der Wirtschaft angesichts des derzeitigen Ausbruchs von COVID-19“ veröffentlicht, der seither mehrmals überarbeitet und erweitert wurde. Seit der Erweiterung vom 8. Mai 2020 enthält er Regelungen, auf deren Grundlage die EU-Mitgliedstaaten die Herstellung von Produkten im Zusammenhang mit der COVID-19-Pandemie über bestehende Möglichkeiten hinaus fördern können. Der befristete Rahmen ist – mit Blick auf die genannten Regelungen – bis zum 30. Juni 2021 befristet.

Das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) hat die Sicherstellung der Arzneimittelversorgung in der EU als ein Schwerpunktthema der deutschen EU-Ratspräsidentschaft festgelegt. Finanzielle Anreize zum Erhalt und zur Rückverlagerung der Wirkstoffproduktion in die EU sind ein Baustein, der in diesem Zusammenhang auf EU-Ebene erörtert wird. Ferner ist es notwendig, die bestehenden Instrumente der Beschaffung und Bevorratung auf europäischer Ebene in Hinblick auf ihre Effizienz, Transparenz sowie auf die Schnittstellen und Überschneidungen dieser Instrumente zu überprüfen und gegebenenfalls zu optimieren bzw. zu ergänzen.

Gleichzeitig ist darauf hinzuweisen, dass die Gesundheitssysteme in den EU-Mitgliedstaaten unterschiedlich organisiert und die Abläufe in der Beschaffung

und Bevorratung sehr komplex sind. Die Notwendigkeit einer Steuerung auf nationaler und regionaler Ebene ist in der COVID-19-Pandemie noch einmal deutlich geworden. Die Wahrung der Zuständigkeit der EU-Mitgliedstaaten für den Gesundheits- und Bevölkerungsschutz sowie die Grundsätze der Subsidiarität und der Verhältnismäßigkeit sind darum zwingend zu beachten.

3. Welche Maßnahmen will die Bundesregierung auf europäischer Ebene ergreifen, um die Meldestrukturen der einzelnen Staaten bei der Nachverfolgung von Infektionsketten besser abzustimmen und zu verknüpfen?

Die Nachverfolgung von Infektionsketten wird auf EU-Ebene durch grenzüberschreitende Kontaktnachverfolgung durchgeführt. Dazu wird ein selektiver Austauschmechanismus auf der Plattform des EU-Frühwarn- und Reaktionssystems (Early Warning and Response System, EWRS) gemäß Beschluss des Europäischen Parlamentes und des Rates Nr. 1082/2013/EU von den EU-Mitgliedstaaten genutzt. Die Plattform wurde erst 2019 verbessert und nutzerfreundlicher gestaltet. Die Bundesregierung setzt sich für eine weitere Digitalisierung des EWRS und auch des Überwachungssystems für übertragbare Erkrankungen auf EU-Ebene ein. Zusätzlich setzt sich die Bundesregierung für einen schnellen Zugang zu relevanten Passagierdaten unter Beachtung der datenschutzrechtlichen Regelungen ein, um die Ermittlung von Kontaktpersonen im Verkehrswesen (Flug-, Land- und Schiffsverkehr) zu erleichtern; kurzfristig durch die Vernetzung der Systeme von digitalen Registrierungen und Aussteigekarten, langfristig durch Schaffung einer digitalen Plattform. Zu diesem Thema wurde von der Bundesregierung eine Konferenz der „Chief Medical Officers“ der EU organisiert. Über das EWRS hinaus hat die Bundesregierung auch intensiv die Arbeiten der EU-Kommission und Mitgliedstaaten im eHealth-Netzwerk zur Vernetzung und Interoperabilität der Corona-Warn-Apps in Europa unterstützt. Dazu wurde bereits erfolgreich ein EU-Gateway-Server aufgebaut, wobei erste Mitgliedstaaten, einschließlich Deutschland, sich im Oktober anschließen werden. In Unterstützung der Arbeit der Gesundheitsämter können so anonyme automatische Risikokontaktwarnungen grenzüberschreitend auch zwischen den Nutzerinnen und Nutzern verschiedener nationaler Warn-Apps ausgetauscht werden.

4. Wie will die Bundesregierung zukünftig die Situation bzw. den Schutz von Pendlern in den Grenzregionen während Krisenzeiten verbessern?

Grundsätzlich sind für den Gesundheitsschutz in Grenzregionen die Bundesländer verantwortlich. Die Bundesregierung unterstützt die Bundesländer bei Bedarf in ihren Planungen. Auf EU-Ebene setzt sich die Bundesregierung im Rahmen der deutschen EU-Ratspräsidentschaft kurzfristig für ein koordiniertes Vorgehen bei erforderlichen Maßnahmen als Reaktion auf die COVID-19-Pandemie ein, die zu einer Einschränkung der Freizügigkeit führen. Langfristig unterstützt die Bundesregierung eine Stärkung des interregionalen, grenzüberschreitenden Krisenmanagements, insbesondere durch Erarbeitung gemeinsamer Pandemiepläne durch das Europäische Zentrum für die Prävention und die Kontrolle von Krankheiten (ECDC) und die EU-Mitgliedstaaten (<https://www.bundesgesundheitsministerium.de/eu2020/deutsche-eu-ratspraesidentschaft.html>).

5. Welche Maßnahmen hat die Bundesregierung als Konsequenz aus der Corona-Krise ergriffen, um die Vernetzung und Abstimmung zwischen Bund und Ländern zur Bewältigung einer solchen Krise zu verbessern?

Seit Beginn der Corona-Pandemie finden regelmäßige Beratungen zwischen der Bundeskanzlerin und den Regierungschefinnen und Regierungschefs der Länder statt. Darüber hinaus werden regelmäßig – teilweise mehrfach wöchentlich – Telefonschalt- bzw. Videokonferenzen zwischen den maßgeblich betroffenen Ressorts auf Bundes- und Landesebene abgehalten. Das trifft gleichermaßen auf den Austausch des Bundesministers für Gesundheit mit der Gesundheitsministerkonferenz (GMK) zu. Die Sitzungen fanden zu Beginn der Pandemie täglich und finden jetzt anlassbezogen und in jedem Fall einmal wöchentlich statt. In diesen Beratungen werden aktuelle Entwicklungen erörtert und gemeinsam Beschlüsse gefasst, die Maßnahmen zur Bewältigung der Pandemie festlegen. Die Fachebenen aller beteiligten Ressorts stehen ebenfalls in einem engen Austausch, was sich auch auf Bundesoberbehörden, wie dem Robert Koch-Institut oder dem Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte erstreckt.

6. Wie will die Bundesregierung die deutschlandweite Koordinierung der Versorgung, Beschaffung und Produktion von Schutzausrüstung zukünftig verbessern und sicherstellen?

Welchen Kostenaufwand sieht die Bundesregierung dafür, und wodurch entstehen diese Kosten?

Die deutschlandweite Koordinierung der Versorgung, Beschaffung und Produktion von Schutzausrüstung will die Bundesregierung zukünftig vor allem über die unter Punkt 54 im „Konjunktur- und Krisenbewältigungspaket“ vom 3. Juni 2020 festgelegte Bevorratung der persönlichen Schutzausrüstung (PSA) in einer nationalen Reserve sicherstellen.

Für die nationale Reserve plant der Bund einen Finanzbedarf in Höhe von 1 Mrd. Euro. Die Kosten entstehen insbesondere durch die Beschaffung von PSA und die erforderliche Logistik sowie die Ausschreibung von Verträgen über die Vorhaltung von Produktionsreserven.

7. Welche Unklarheiten hat die Bundesregierung in Fragen der Zuständigkeit von Bund, Ländern und Kommunen in der aktuellen Krisenzeit diagnostiziert, und welche Maßnahmen will sie ergreifen, um diese zu beseitigen?

Die Bundesregierung zieht zusammen mit den Ländern und Kommunen fortlaufend Schlussfolgerungen aus dem Verlauf der Pandemie. Innerhalb der Zuständigkeitsverteilungen des Föderalismus stellen regionale Entscheidungen auf kommunaler bzw. Landesebene schnelle und angemessene Reaktionen auf das sich laufend verändernde Infektionsgeschehen sicher. Nicht zuletzt aufgrund dieser Strukturen und Kompetenzverteilung ist Deutschland bisher vergleichsweise gut durch die Pandemie gekommen.

Bei überregionalen Herausforderungen und Fragestellungen wird das gemeinsame Ziel verfolgt, flächendeckend möglichst abgestimmte Voraussetzungen zu schaffen und bei Bedarf die Kompetenz des Bundes und seiner nachgeordneten Behörden sowie der Bundeswehr im Rahmen der Amtshilfe zu nutzen. Um vergleichbare Rahmenbedingungen sicherzustellen, werden und wurden von der Bundesregierung in Zusammenarbeit mit den Ländern Prozesse angestoßen, die ein sinnvolles Ineinandergreifen der Aufgaben von Bund und Ländern sicher-

stellen (z. B. Ausbau des Deutschen Elektronischen Meldesystems, Nationale Teststrategie, Pakt für Öffentlichen Gesundheitsdienstes (ÖGD)).

8. Wie bewertet die Bundesregierung die derzeitigen Kommunikationsmöglichkeiten unter Ärzten, Krankenhäusern und anderen Gesundheitseinrichtungen insbesondere im Hinblick auf den zeitkritischen Austausch von Informationen etwa während einer Pandemie?

Welche Maßnahmen plant die Bundesregierung, um die Kommunikation zu verbessern, und welcher Kostenaufwand ist damit verbunden?

In der aktuellen Corona-Pandemie wird eine große Fülle an Informationsmöglichkeiten und Informationen angeboten, die Ärztinnen und Ärzten, Krankenhäusern und anderen Gesundheitseinrichtungen uneingeschränkt zur Verfügung stehen. Eine zentrale Rolle nimmt hierbei das Robert Koch-Institut ein, das täglich Lageberichte mit allen wesentlichen Informationen veröffentlicht. Daneben stehen Informationsangebote zu Corona, die sich sowohl an Laien wie auch Fachleute richten. Ergänzt werden die Informationsangebote der Bundesregierung und ihrer obersten und oberen Bundesbehörden durch Informationsangebote auf Länderebene, die diese jeweils selber verantworten.

9. Welche Maßnahmen will die Bundesregierung ergreifen, um für einen flächendeckenden Ausbau und unkomplizierten, diskriminierungsfreien Zugang zu zertifizierten Videokonferenzen im Gesundheitswesen zu sorgen?

In Folge des Pflegepersonal-Stärkungsgesetzes hat die Selbstverwaltung Regelungen im Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) getroffen, um die umfassende Vergütung der Erbringung ärztlicher Leistungen im Rahmen der Videosprechstunde zu gewährleisten. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung stellt im Rahmen ihrer Informationstätigkeit Informationen zur Videosprechstunde und den für die Durchführung der Videosprechstunde zu verwendenden, nach Maßgabe des § 291g Absatz 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch i. V. m. Anlage 31b zum Bundesmantelvertrag-Ärzte zertifizierten Videodiensteanbietern zur Verfügung. Der sozialrechtliche Rechtsrahmen garantiert insoweit eine umfassende Versorgung der Versicherten der Gesetzlichen Krankenversicherung mit Leistungen der Videosprechstunde.

Der Zugang zur Videosprechstunde ist dabei abhängig von der Verfügbarkeit hinreichend leistungsfähiger Internetanbindungen am Standort der Versicherten. Zu diesem Zweck sind Internetverbindungen mit 30 MBit/s oder weniger hinreichend. Hier verfügt Deutschland bereits über einen sehr guten Abdeckungsgrad. Ende 2019 waren Anschlüsse mit mindestens 30 Mbit/s für 93,6 Prozent der Haushalte in Deutschland verfügbar. Unabhängig hiervon ist es das Ziel, Deutschland bis 2025 zu einer flächendeckenden Gigabitgesellschaft weiterzuentwickeln. Hierzu wird das aktuell bestehende Bundesförderprogramm Breitband gegenwärtig erweitert, so dass bereits mit den oben genannten Geschwindigkeiten versorgte Gebiete ebenfalls Glasfaseranschlüsse erhalten können. Diese Förderung schafft neben dem privatwirtschaftlichen Ausbau die Grundlage zum Gigabitziel der Bundesregierung.

10. Welche Maßnahmen plant die Bundesregierung, um den Zugang zu Wissensdatenbanken und aktuellen Forschungsergebnissen für Ärztinnen und Ärzte zu verbessern?

Mit evidenzbasierten Informationen können die Qualität der medizinischen Versorgung weiter verbessert und die zur Verfügung stehenden Ressourcen effizienter genutzt werden. Insofern misst die Bundesregierung dem Zugang zu evidenzbasierten Informationen für die Akteure des deutschen Gesundheitswesens eine hohe Bedeutung bei.

Die Verbesserung der Qualität und des Verwertungspotenzials der Gesundheitsforschung sowie die Etablierung einer Kultur des Datenteilens sind erklärte Ziele des im Jahr 2018 veröffentlichten Rahmenprogramms Gesundheitsforschung der Bundesregierung. Das Prinzip des Open Access – also des unentgeltlichen, digitalen Zugangs zu wissenschaftlichen Publikationen – ist der Bundesregierung ein zentrales Anliegen. Die Bundesregierung setzt sich für das Prinzip der „offenen Daten“ ein, das auch in der Europäischen Union und weltweit immer mehr an Bedeutung gewinnt.

In den Förderrichtlinien des Bundesministeriums für Bildung und Forschung (BMBF) im Bereich der medizinischen Forschung ist festgelegt, dass vom BMBF geförderte Studien transparent und der Öffentlichkeit zugänglich gemacht werden müssen. Sie müssen in öffentlich zugänglichen Registern vor Beginn registriert werden, zum Beispiel im durch das BMBF initiierte Deutsche Register klinischer Studien (DRKS). Zudem muss das Studienprotokoll veröffentlicht werden und die Ergebnisse sollen nach Studienende in einschlägigen wissenschaftlichen Fachzeitschriften veröffentlicht werden.

Mit der Deutschen Zentralbibliothek für Medizin (ZB MED) – Informationszentrum Lebenswissenschaften – fördert das BMG zusammen mit dem Land Nordrhein-Westfalen eine wissenschaftliche Infrastruktureinrichtung, die die Aufgabe der überregionalen Informations- und Literaturversorgung u. a. in den Fachgebieten Medizin und Gesundheitswesen wahrnimmt. ZB MED befindet sich in einem umfassenden Transformationsprozess von einer klassischen Bibliothek zu einem modernen Fachinformationszentrum mit zunehmend digital ausgerichteter Informationsversorgung.

Darüber hinaus übernehmen auch die durch das BMG geförderte Cochrane Deutschland Stiftung (CDS) und das Leibniz-Zentrum für Psychologische Information und Dokumentation (ZPID) Aufgaben der Informations- und Literaturversorgung. Zudem stellen die Ressortforschungseinrichtungen des BMG medizinisches Wissen zu spezifischen Themen (z. B. Informationssysteme für Arzneimittel und Medizinprodukte) zur Verfügung.

11. Wie will die Bundesregierung zukünftig die Qualifizierung der Ärzteschaft, der medizinischen Fachangestellten und der Angehörigen der Pflegeberufe für den Umgang mit digitalen Anwendungen vorantreiben und sicherstellen?

Welcher Kostenaufwand ist damit verbunden, und woraus setzt sich dieser im Einzelnen zusammen?

Mit den einschlägigen Berufsgesetzen und den auf dieser Grundlage erlassenen Verordnungen werden die Grundlagen für die Vermittlung der erforderlichen Fertigkeiten, Kenntnisse und Fähigkeiten im Umgang mit digitalen Anwendungen für die in der Fragestellung genannten Gesundheitsberufe geschaffen. Die konkrete Ausgestaltung sowie die Durchführung und das Recht der Fort- und Weiterbildung fallen in die Zuständigkeit der Länder.

So ist nach der Approbationsordnung für Ärzte (ÄApprO) das Ziel der ärztlichen Ausbildung der wissenschaftlich und praktisch in der Medizin ausgebildete Arzt, der zur eigenverantwortlichen und selbstständigen ärztlichen Berufsausübung, zur Weiterbildung und zu ständiger Fortbildung befähigt ist. Sie soll unter anderem die für das ärztliche Handeln erforderlichen allgemeinen Kenntnisse, Fähigkeiten und Fertigkeiten in Diagnostik, Therapie, Gesundheitsförderung, Prävention und Rehabilitation auf Basis des aktuellen Forschungsstandes vermitteln. Digitale Anwendungen spielen auch bei der Ausübung des ärztlichen Berufs eine immer größere Rolle, sodass die Vermittlung der dafür erforderlichen Kompetenzen nach der ÄApprO Gegenstand der ärztlichen Ausbildung ist. Die konkrete Ausgestaltung des Studiums der Medizin obliegt den Universitäten. Diesen steht mit dem Nationalen Kompetenzorientierten Lernzielkatalog Medizin (NKLM) ein unverbindliches Kerncurriculum zur Verfügung, an dem sich die Universitäten bei der Ausgestaltung des Studiums orientieren können. Der NKLM sieht als Lernziel unter anderem vor, dass die Absolventen und Absolventinnen die Informationstechnologie zur Beschaffung und Transferierung von Informationen sowie zur Dokumentation von Behandlungsprozessen nutzen können (vgl. Nr. 10.7.1 des NKLM). Mit dem von den Gesundheits- und Wissenschaftsministerinnen und -ministern von Bund und Ländern beschlossenen „Masterplan Medizinstudium 2020“ wurde vereinbart, dass der NKLM weiterentwickelt und der weiterentwickelte NKLM verbindlicher Bestandteil der ÄApprO wird (Maßnahmen 1 und 4 des Masterplans Medizinstudium 2020). Damit sollen auch die Lernziele des NKLM zum Thema Umgang mit digitalen Anwendung künftig verbindliche Bestandteile des Medizinstudiums werden. Es ist beabsichtigt, diese Maßnahmen im Zuge der bevorstehenden Änderung der Approbationsordnung für Ärzte umzusetzen. Darüber hinaus ist in diesem Zusammenhang vorgesehen, die Vermittlung der für die Funktionsweise und den Umgang mit digitalen Technologien erforderlichen Kenntnisse, Fähigkeiten und Fertigkeiten unmittelbar in der ÄApprO zu verankern.

Mit dem Pflegeberufegesetz (PflBG), welches am 1. Januar 2020 in Kraft trat, und der auf Grundlage des PflBG erlassenen Ausbildungs- und Prüfungsverordnung (PflAPrV), wurde die Pflegeausbildung umfassend modernisiert und zukunftsfähig ausgestaltet. Dies zeigt sich insbesondere hinsichtlich der Vermittlung digitaler Kompetenzen. Die Vermittlung solcher Kompetenzen ist insbesondere bereits in der PflAPrV und in den Rahmenplänen der Fachkommission enthalten. Beispielsweise ist die Vermittlung von Kompetenzen im Hinblick auf die Nutzung digitaler Dokumentationssysteme und digitaler Assistenzsysteme zur Unterstützung der zu Pflegenden ausdrücklich vorgesehen.

Nach der Verordnung über die Berufsausbildung zum Medizinischen Fachangestellten/zur Medizinischen Fachangestellten sollen die in dieser Verordnung genannten Fertigkeiten, Kenntnisse und Fähigkeiten bezogen auf die Arbeits- und Geschäftsprozesse so vermittelt werden, dass die Auszubildenden zur Ausübung einer qualifizierten beruflichen Tätigkeit im Sinne des § 1 Absatz 3 des Berufsbildungsgesetzes befähigt werden. Die Ausbildung vermittelt den Berufsangehörigen die für die Ausübung der in einer sich wandelnden Arbeitswelt notwendigen beruflichen Kompetenzen nach dem jeweils aktuellen Stand. Die nach dieser Verordnung zu vermittelnden Fertigkeiten, Kenntnisse und Fähigkeiten umfassen im Kontext des Umgangs mit digitalen Anwendungen u. a. die Bereiche Kommunikation, Kommunikationsformen und – methoden, Betriebsorganisation und Qualitätsmanagement sowie Informations- und Kommunikationssysteme, die auch abzuprüfende Inhalte der Abschlussprüfung darstellen. Neben einer fundierten, an den Anforderungen der Praxis orientierten Ausbildung nimmt auch die berufliche Fort- und Weiterbildung einen wesentlichen Stellenwert ein, um berufliche Handlungsfähigkeit vor dem Hintergrund der Digitalisierung im Gesundheitswesen kontinuierlich weiterzuentwickeln. Die



Bundesärztekammer hat hierzu ein Musterfortbildungscurriculum für Medizinische Fachangestellte „Elektronische Praxiskommunikation und Telematik“ erstellt, das auf die Vertiefung und Erweiterung der beruflichen Handlungsfähigkeit in dem Bereich der Digitalisierung im Gesundheitswesen abzielt und so Ärztinnen und Ärzte beim Einsatz moderner Informations- und Kommunikationstechnologien entlasten soll.

12. Wie bewertet die Bundesregierung die Notwendigkeit einer einheitlichen und sicheren Messenger-Anwendung für eine schnelle und direkte Kommunikation im gesamten medizinischen Bereich, und hat die Bundesregierung vor, diese einzurichten?

Wenn ja, mit welchem Planungshorizont und welchem Kostenaufwand rechnet die Bundesregierung dafür?

Die Bundesregierung prüft derzeit auf Basis des bereits bestehenden sicheren Übermittlungsverfahrens der Telematikinfrastruktur (Kommunikation im Medizinwesen – KIM) weitere mögliche Funktionalitäten. Die Erweiterung dieses Verfahrens mit Funktionalitäten, die eine direkte Kommunikation im medizinischen Bereich ermöglichen würde, ist Teil dieser Prüfung.

13. Wie will die Bundesregierung zukünftig dem Problem begegnen, dass Patienten mit anderen Erkrankungen aufgrund der Krisensituation nicht behandelt werden können oder die Behandlung aus Angst vor einer Ansteckung nicht durchführen lassen wollen?

Die Bundesregierung hat zahlreiche Maßnahme getroffen, um die Behandlungskapazitäten auch während der Corona-Pandemie aufrechtzuerhalten. Für die vertragsärztliche Versorgung im ambulanten Bereich tragen Regelungen in der Arbeitsunfähigkeits-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) dazu bei, dass Vertragsarztpraxen entlastet werden, indem Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen per Videosprechstunde ausgestellt werden können und somit eine Ausbreitung von SARS-CoV-2 über die Wartezimmer der Arztpraxen verhindert wird.

Im stationären Bereich konnte mithilfe einer finanziellen Förderung nach § 21 Absatz 5 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes eine deutliche Ausweitung der intensivmedizinischen Behandlungskapazitäten mit dem Ziel erreicht werden, auch bei einem starken Anstieg der Zahl intensivpflichtiger Patientinnen und Patienten Engpässe zu vermeiden.

Für den stationären Bereich ist weiterhin festzustellen, dass der Bundesregierung keine Erkenntnisse zu genauen Zahlen zu ausgefallenen Operationen vorliegt. Eine Ursache dafür ist, dass auch planbare Operationen nur mit einem relativ kurzen Vorlauf angesetzt werden. Ein leichter Rückgang bei Operationen lässt sich statistisch erkennen: Von Januar bis Mai 2020 zeigten sich im somatischen Bereich Leistungsrückgänge bei stationären Fällen von etwa 15 Prozent. Der Rückgang bei Notfällen lag bei etwa 11 Prozent, Einweisungen gingen um etwa 20 Prozent zurück. Im betrachteten Zeitraum gab es damit erstmals mehr Notfälle als Einweisungen. Der Rückgang fiel bei dringenden Indikationen wesentlich geringer aus als bei weniger dringlichen Indikationen. Das Inanspruchnahmeverhalten der Patientinnen und Patienten hat demnach eine größere Rolle gespielt als die Absage von Behandlungen durch Krankenhäuser (Quelle: Statistisches Bundesamt).

Eine nachgelagerte Auswertung dieser noch nicht abschließend zu bewertenden Entwicklung wird die Basis für die Entscheidung legen, ob und in welchem Umfang Maßnahmen einzuleiten sind.

Eine ausbleibende Inanspruchnahme von medizinischen Leistungen aufgrund von Ängsten vor einer möglichen Ansteckung ist grundsätzlich nachvollziehbar, sollte jedoch vermieden werden. Die Bundesregierung, der Bundesgesundheitsminister Jens Spahn, die Patientenbeauftragte, der Bundesregierung sowie mehrere Organisation der Selbstverwaltung riefen daher bereits im Frühjahr 2020 wiederholt öffentlichkeitswirksam dazu auf, notwendige Untersuchungen und Behandlungen durchführen zu lassen und bei Beschwerden eine Arztpraxis oder ein Krankenhaus aufzusuchen. Auch verschiedene medizinische Fachgesellschaften stellten für besonders vulnerable Patientengruppen spezifische Fachinformationen zur Behandlung während der COVID-19-Pandemie bereit, wie beispielsweise die Deutsche Gesellschaft für Hämatologie und Medizinische Onkologie e. V. (DGHO), die auf ihrer Homepage u. a. zur „Krebstherapie in der Zeit von COVID-19“ informiert (<https://www.dgho/covid-19>).

14. Welche Notwendigkeit sieht die Bundesregierung für die permanente Etablierung der Möglichkeit der Bescheinigung einer Arbeitsunfähigkeit über Telefon- und Videokontakt für Bestandspatienten von Haus- und Kinderärzten?

Durch die vom G-BA am 16. Juli 2020 beschlossene Anpassung der Richtlinie über die Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit und die Maßnahmen zur stufenweisen Wiedereingliederung (AU-Richtlinie) besteht bereits die Möglichkeit der Feststellung der Arbeitsunfähigkeit per Videosprechstunde (vgl. § 4 Absatz 5 AU-Richtlinie, Inkrafttreten am 7. Oktober 2020). Zudem hat der G-BA am 15. Oktober 2020 eine Sonderregelung im Zusammenhang mit der COVID-19-Pandemie beschlossen, die eine telefonische Feststellung der Arbeitsunfähigkeit bei Versicherten mit Erkrankungen der oberen Atemwege, die keine schwere Symptomatik vorweisen, bis zum 31. Dezember 2020 zeitlich befristet ermöglicht. Diese Regelungen der AU-Richtlinie gelten für alle Vertragsärztinnen und Vertragsärzte.

15. Welche Maßnahmen will die Bundesregierung ergreifen, um als Konsequenz aus der Corona-Pandemie medizinische und ethische Begleitforschung bei der Weiterentwicklung digitaler Anwendungen zu gewährleisten?

Welcher Kostenaufwand ist aus Sicht der Bundesregierung damit verbunden?

Das Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) fördert aktuell die Forschung zu ethischen, rechtlichen und sozialen Aspekten (ELSA) der Digitalisierung, von Big Data und Künstlicher Intelligenz in der Gesundheitsforschung und –Versorgung mit rund 10 Mio. Euro (bis 2023) sowie die Forschung zu ethischen, rechtlichen und sozioökonomischen Implikationen im Zusammenhang mit der Corona-Pandemie mit rund 4,5 Mio. Euro (bis 2021). Die im Rahmen dieser Forschung erzielten Erkenntnisse haben das Potential, die Entwicklung digitaler Anwendungen im Zusammenhang mit der Corona-Pandemie zu unterstützen. Die weitere Förderung von ELSA-Projekten im Zusammenhang mit der Corona-Pandemie wird bedarfs- und situationsorientiert weiterentwickelt werden.

Darüber hinaus verlangt das BMBF in allen Fördervorhaben zu interaktiven Technologien einen integrierten Forschungsansatz, bei dem ethische, rechtliche und soziale Aspekte ebenso wie ökologische und gesellschaftliche Nachhaltigkeit von Beginn an in Technikentwicklungsprojekte integriert und mitgestaltet werden. Ein signifikanter Teil der Gesamtförderung fließt in die Umsetzung dieses integrierten Forschungsansatzes.

Die Erfahrungen der Corona-Pandemie verdeutlichen, dass digitale und telemedizinische Anwendungen einen Beitrag zur Gewährleistung der Versorgung in Krisenzeiten leisten können. Mit dem Digitale-Versorgung Gesetz wurden ein Verfahren zur Prüfung der Erstattungsfähigkeit von digitalen Gesundheitsanwendungen beim Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte eingerichtet und ein Leistungsanspruch der Versicherten auf Versorgung mit digitalen Gesundheitsanwendungen begründet. Im Rahmen der Prüfung der Erstattungsfähigkeit prüft das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte neben Aspekten wie Sicherheit, Funktionstauglichkeit, Datenschutz, Datensicherheit und Qualität auch den Nachweis eines positiven Versorgungseffektes (vgl. § 139e SGB V). Im Rahmen der Prüfung des Nachweises eines positiven Versorgungseffektes nimmt das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte eine umfassende Bewertung der medizinischen und ethischen Implikationen einer digitalen Gesundheitsanwendung vor (vgl. § 13 DiGAV).

Das Bundesministerium für Gesundheit hat ethische Aspekte der Digitalisierung im Gesundheitswesen dabei auch jenseits der konkreten Bewertung digitaler Gesundheitsanwendungen durch das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte umfassend im Blick. Hierzu fördert das Bundesministerium für Gesundheit seit 2017 mehrjährige Ressortforschungsprojekte.

Des Weiteren fördert der beim G-BA angesiedelte Innovationsfonds eine Vielzahl von neuen Versorgungsformen und Vorhaben der Versorgungsforschung, die sich auch mit dem Einsatz digitaler Lösungen in der Gesundheitsversorgung und deren Beitrag zur Weiterentwicklung der GKV-Versorgung befassen. In einer aktuellen Förderbekanntmachung des Innovationsausschusses zur Versorgungsforschung sind unter anderem die Themenfelder „Versorgungsforschung zu Erkenntnissen im Umgang mit Pandemien“ und „Nutzung und Vertrauenswürdigkeit von KI-Anwendungen in der Versorgung“ als Förderschwerpunkte benannt. Informationen zu den vom Innovationsfonds geförderten Projekten sowie zu Förderbedingungen und Förderverfahren des Innovationsfonds sind unter <https://innovationsfonds.g-ba.de> einsehbar.

16. Wie will die Bundesregierung zukünftig gewährleisten, dass insbesondere bei bestehenden Besuchseinschränkungen die Anwendung digitaler Kommunikationsmöglichkeiten zwischen Patienten und Angehörigen sichergestellt ist?

Digitale Fernkommunikationsmittel leisten einen wichtigen Beitrag zur Aufrechterhaltung sozialer Kontakte von Angehörigen sowie Patientinnen und Patienten in stationären Einrichtungen im Kontext der coronabedingten Besuchsbeschränkungen. Derzeit kommen dabei handelsübliche Telefon- und Videodienste zum Einsatz. Diese ermöglichen nach hiesiger Kenntnis oftmals eine hinreichende Befriedigung privater Kommunikationsbedürfnisse ohne unmittelbaren persönlichen Kontakt.

Im Krankenhausbereich ist die Sicherstellung angemessener und ausreichender Kommunikationsmöglichkeiten zwischen Patientinnen und Patienten sowie deren Angehörigen eine Frage der Krankenhausorganisation. Die organisatorische Ausgestaltung des Krankenhausbetriebs ist von den Krankenhäusern eigenverantwortlich festzulegen. Der Bund hat im Rahmen seiner auf die Krankenhausfinanzierung beschränkten Gesetzgebungskompetenz keine Möglichkeit, organisatorische Vorgaben für die Krankenhäuser gesetzlich zu regeln.

Im Bereich der stationären Langzeitpflege sind die Förderung der Kontakte der pflegebedürftigen Menschen zu ihnen nahestehenden Personen sowie die Unterstützung zur Erhaltung der Kommunikationsfähigkeit und bei der Beteiligung am sozialen Leben als Kriterien guter Versorgung in den Maßstäben und

Grundsätzen für die Qualität, die Qualitätssicherung und –darstellung sowie für die Entwicklung eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements nach § 113 des Elften Buches Sozialgesetzbuch (SGB XI) festgeschrieben. Diese Kriterien guter Versorgung gelten auch während Krisensituationen – wie der derzeitigen Pandemie – fort und sind Bestandteil der jährlichen Qualitätsprüfungen stationärer Pflegeeinrichtungen. Gleichwohl stellt die Gewährleistung sozialer Kontakte der Bewohnerinnen und Bewohner von Pflegeheimen die Einrichtungen in Zeiten von Kontaktbeschränkungen vor besondere Herausforderungen. In der andauernden Corona-Pandemie haben viele Einrichtungen mittlerweile gute Lösungen – insbesondere auch durch die Nutzung digitaler Kommunikationsmöglichkeiten – gefunden, die auch über die aktuelle Krisensituation hinaus genutzt werden können.