

STELLUNGNAHME

auf Einladung der Enquetekommission „Krisenfeste Gesellschaft“ zum Handlungsfeld Gesundheit

18.11.2022

Deutscher Hausärzteverband Landesverband Baden-Württemberg e. V.

T +49 711 21747-500

info@hausarzt-bw.de

hausarzt-bw.de

Autorinnen: **Prof. Dr. Nicola Buhlinger-Göpfarth**

Vorsitzende

Dr. Susanne Bublitz

2. Vorsitzende

Der Landtag von Baden-Württemberg hat in seiner Sitzung am 7. Februar 2022 die Einsetzung einer Enquetekommission „Krisenfeste Gesellschaft“ beschlossen. Ziel der Enquetekommission ist es, dazu beizutragen, dass Baden-Württemberg gut dafür aufgestellt ist, zukünftige Krisen erfolgreich zu bewältigen.

Krise wird dabei definiert als Abweichungen vom Normalzustand, die sich nicht im gewohnten Modus bewältigen lassen und die sich einer langfristigen Planbarkeit entziehen. Sie erschüttern und stören die bestehenden Ordnungen, Handlungsrountinen und Gewissheiten. Charakteristisch ist, dass sich zu Beginn die konkreten Folgen kaum abschätzen lassen (Unklarheit) und sie trotz unsicherer weiterer Entwicklungen und zur Verfügung stehender Optionen ein Handeln erfordern (Dringlichkeit), weil sie eine existenzielle Bedrohung darstellen.

Der Hausärzteverband Baden-Württemberg versteht sich als Vertretung der Hausarztmedizin in Baden-Württemberg. Mit seinen ca. 4.300 Mitgliedern bündelt der Verband die Interessen von über 50 % aller Hausärztinnen und Hausärzte im Land. Auf Grundlage dieser Expertise wird in dieser Stellungnahme das erste Handlungsfeld der Enquetekommission und damit die übergeordnete Frage erörtert, wie aus hausärztlicher Sicht das Gesundheitssystem krisenfester gemacht werden kann. Die in der Einsetzung beschriebenen Aspekte des Handlungsfelds wurden als Leitfragen aufgegriffen, um 14 konkrete Empfehlungen zu formulieren.

1/9

Wie können wir unsere Gesundheitsversorgung und -infrastruktur im Land resilienter, d. h. vor allem belastbar, flexibel, reaktionsschnell und unabhängig aufstellen?

[Empfehlung 1: Die hausärztliche Versorgung muss nachhaltig gesichert und aufgewertet werden.](#)

Besonders im Krisenfall muss ein wohnortnaher und niederschwelliger Zugang zur Gesundheitsversorgung gewährleistet sein, der auch gesichert ist, wenn die Infrastruktur - wie Straßen oder Internetverbindung - eingeschränkt sind. Dies ist aktuell durch eine dichte hausärztliche Versorgung gewährleistet. Aufgrund des zunehmenden Hausärztemangels ist diese Versorgung in Zukunft aber stark gefährdet. Für eine resiliente Versorgung ist es unerlässlich, die hausärztliche Versorgung zu sichern und zu stärken. 90 Prozent aller Covid-Patient:innen in Baden-Württemberg wurden bis heute in den Hausarztpraxen im Land versorgt. Dies unterstreicht die gesellschaftliche und politische Bedeutung einer funktionierenden und hochwertigen primärärztlichen Versorgung. Wenn die Gesundheit der breiten Gesellschaft und der Zugang für alle Bürger:innen erhalten bleiben soll, dann muss jetzt gehandelt werden. Dabei ist zu vermeiden, dass die Versorgung zerstückelt wird, indem die hausärztlichen Aufgaben auf verschiedene Berufsgruppen verteilt werden. Gerade in Krisen muss geklärt sein, wer die Verantwortung für die Versorgung übernimmt. Dies können vor allem Hausärzt:innen sein, da sie ihre Patient:innen über viele Jahre begleiten. Aufgrund ihres biografischen Wissens können Hausarztpraxisteams effektiv und fundiert Risikogruppen unter ihren Patient:innen identifizieren und diese zielgerichtet versorgen. Die Koordinationsfunktion der Hausärzt:innen ist von zentralem Nutzen für die Gesundheit der Patient:innen. Bei unkoordinierter Substitution wird diese Verantwortung aufgeteilt und die Versorgung erfolgt unabgestimmt. Gerade in Gesundheitskrisen kann dies gefährliche Konsequenzen haben. Ein koordiniertes Gesundheitssystem ist effektiver, günstiger und schneller. Aus diesem Grund muss die Koordinationsfunktion der Hausarztpraxis ausgebaut und gestärkt werden.

[Empfehlung 2: Gesundheit muss auf regionaler Ebene gedacht werden und alle an der Versorgung beteiligten Akteur:innen sind untereinander zu vernetzen.](#)

Aufgrund der vielfältigen Akteur:innen, die auf verschiedenen Ebenen an der Versorgung der Patient:innen beteiligt sind, sind wir der Auffassung, dass das Gesundheitswesen und dessen Belastbarkeit, Flexibilität, Reaktionsschnelligkeit und Unabhängigkeit in erster Linie auf regionaler Ebene betrachtet werden muss. Denn insbesondere die Primärversorgung erfolgt in unmittelbarer Nähe zum Wohnort. Aufgrund unterschiedlicher struktureller, wirtschaftlicher und sozialer Strukturen gibt es hier deutliche Unterschiede, die in der Reaktion auf Krisen zu berücksichtigen sind. Wir empfehlen, die Versorgung in kleinen Einheiten zu denken, in Versorgungsregionen, in denen alle an der Primärversorgung beteiligten Akteur:innen eng vernetzt sind. Dabei kommt Hausärzt:innen aufgrund ihrer zentralen Stellung in der Patientenversorgung und ihrer Koordinationsfunktion eine besondere Rolle zu. Die Schnittstellen zwischen den Akteur:innen müssen

vereinfacht und digitalisiert werden. Überregional muss eine Vernetzung mit der stationären Versorgung hergestellt werden. Darüber hinaus muss auf allen Entscheidungsebenen sichergestellt sein, dass sämtliche Akteur:innen eingebunden sind.

Empfehlung 3: Es muss ein sinnvoller Ressourceneinsatz durch Entbürokratisierung und Digitalisierung sowie die Bereitstellung digitaler Prozesse, die in Zusammenarbeit mit Fachverbänden erarbeitet wurden, gewährleistet sein.

Während die Versorgung regional funktioniert, muss die „Versorgung der Versorgenden“ landes- und bundesweit sichergestellt werden. Es braucht eine funktionierende Infrastruktur und passende Rahmenbedingungen, damit Hausärzt:innen ihre Patient:innen bestmöglich versorgen können. Dies betrifft zum einen die Belieferung mit Sprechstundenbedarf, insbesondere Schutzkleidung und krisenbezogene Arzneimittel wie Impfstoffe. Zum anderen gehört dazu auch die Bereitstellung des rechtlichen und regulatorischen Rahmens. Naturgemäß belastet eine Gesundheitskrise das Gesundheitswesen durch einen zusätzlichen Versorgungsbedarf, der über den Zeitraum einer Krise besteht. In der Corona-Pandemie wurde dieser von den Praxisteams durch Verschiebung von Präventionsleistungen und Routineuntersuchungen sowie Mehrarbeit kompensiert. Eine Mitgliederbefragung des Hausärzterverbands Baden-Württemberg im Dezember 2021 hat gezeigt, dass die unzureichende Versorgung mit Impfstoffen und die mit dem Impfen verbundene Bürokratie als besonders belastend wahrgenommen wurde. Hier empfehlen wir, bei zukünftigen Gesundheitskrisen den bürokratischen Aufwand, der mit der Umsetzung geplanter Maßnahmen verbunden ist, als zentrales Entscheidungskriterium heranzuziehen. Wir empfehlen, auf kleinteilige Entscheidungs- und Dokumentationsvorgänge zu verzichten und die Entscheidung in die Verantwortung der behandelnden Ärzt:innen zu geben. Dabei sollten auch Vereinfachungen durch digitale Lösungen genutzt werden. Für den Covid19-Impfprozess wurden digitale Tools durch verschiedene Akteur:innen im Gesundheitswesen in Eigenarbeit entwickelt. Wir fordern, bei der Entwicklung digitaler Prozesse, die die Praxen betreffen, die Verbände einzubinden.

Videosprechstunden oder Telefonsprechstunden müssen den Ärzt:innen als reguläre, gleichwertige Instrumente in der Behandlung ihrer Patient:innen zur Verfügung stehen. Dabei entscheiden die Ärzt:innen, in welchen Fällen aus medizinischen Gesichtspunkten ein telemedizinischer Kontakt ausreicht. Dies spart in der Klimakrise Ressourcen und verhindert unnötige Wege.

Wie kann die Krisenvorsorge und -reaktion insbesondere bei Pandemien und bisher unbekanntem Krankheiten verbessert werden?

Empfehlung 4: Eine Forschungsdatenstruktur mit enger Vernetzung von Praxen und Wissenschaft muss aufgebaut und Anreize für die Beteiligung an Sentinel-Netzen müssen gesetzt werden.

Die Akutversorgung in den Hausarztpraxen im Land ist ein wichtiger Indikator für die Gesundheit der Bevölkerung. Die bislang erhobenen Versorgungsdaten sind oft diffus, nicht verknüpft und für Forschungseinrichtungen eingeschränkt zugänglich. Um in Krisensituationen ein klares Bild der Lage zu erhalten, ist der systematische Aufbau einer Forschungsdatenstruktur notwendig, in der automatisiert und anonymisiert Daten aus verschiedenen Quellen zusammenlaufen und von Universitäten und Forschungseinrichtungen herangezogen werden können. Wichtig ist auch die engere Verknüpfung von wissenschaftlicher Forschung und ambulanter Versorgung. Hier muss die Vernetzung, auch international, ausgebaut werden. Wir empfehlen die Förderung und den strukturierten Aufbau von Sentinel-Praxisnetzen. Für die Teilnahme müssen Anreize geschaffen werden. Die Beteiligung der Praxen an solchen Netzwerken erzeugt zusätzlichen Aufwand in der Praxis, der refinanziert werden muss.

Welche Instrumentarien der Pandemiebekämpfung können identifiziert oder weiterentwickelt werden, die im Rahmen einer Krisenvorsorge im Vorfeld konzipiert, getestet und für mögliche künftige Pandemien vorgehalten werden sollten?

Empfehlung 5: Es sollten Krisenreserven in der ambulanten Versorgung aufgebaut und vorgehalten werden, damit in Krisensituationen nachhaltige Kapazitäten zur Reaktion vorhanden sind.

Um auf Krisen und Pandemien reagieren zu können, braucht es in erster Linie Ressourcen in der ambulanten Versorgung. In der Corona-Pandemie konnte die Versorgung in diesem Sektor über weite Strecken nur über Mehrarbeit und Vermeidung von Präventionsleistungen aufrechterhalten werden. Diese Extrembelastungen erschöpfen die Praxisteams und haben negative Folgen für die Attraktivität der Arbeit in der hausärztlichen Versorgung. Dies verstärkt den Fachkräftemangel. Vermeidbare Erkrankungen belasten das Gesundheitssystem zusätzlich. Wir empfehlen daher, Krisenreserven in den Hausarztpraxen zu schaffen. Dies kann über Krisenpauschalen für Hausarztpraxen im Rahmen des Bevölkerungsschutzes erfolgen. Sie ermöglichen es Praxisinhaber:innen, Personal- und Praxisressourcen vorzuhalten, die in Krisen notwendig sind. Diese Krisenreserven helfen dabei, Extremsituationen abzufedern. Zusätzlich braucht es Krisenfonds, über die Praxisinhaber bei Bedarf schnell zusätzliches Personal einstellen können.

Empfehlung 6: Auch in Krisen steht die Verantwortung für die Patient:innen im Vordergrund. Die Entscheidung, wer welche Aufgaben übernimmt, muss auf Erfahrung, Fachwissen und Qualifikation basieren.

Krisensituationen fordern schnelles und koordiniertes Handeln aller Akteur:innen unter erschwerten Bedingungen. Dabei stehen die Versorgenden in der Verantwortung für die Gesundheit ihrer Patient:innen. Im Sinne des Patientenschutzes und einer effektiven Versorgung der Bevölkerung müssen die Zuständigkeiten der einzelnen Akteur:innen eindeutig und im Vorfeld geklärt sein. Die Verantwortlichkeiten müssen auf Basis von Erfahrung und Qualifikation festgelegt werden. Es muss klar definiert sein, wer die Verantwortung übernimmt. Die Zuständigkeiten erst in der Pandemie zu klären oder Verantwortungsbereiche während einer Gesundheitskrise zu verändern, hat sich in der Corona-Pandemie als kontraproduktiv erwiesen. Dass das Impfen gegen das Corona-Virus beispielsweise auch auf Apotheken ausgeweitet wurde, ohne dass hierfür die notwendige Qualifikation und das medizinische Wissen für die Beratung von Patient:innen und der Versorgung von Notfällen vorlag, geht gegen die Interessen der Patient:innen. Dazu kommt, dass die Umverteilung von Aufgaben im Gesundheitswesen mit großer organisatorischer, rechtlicher und finanzieller Anstrengung verbunden ist, ohne dass der tatsächliche Nutzen absehbar ist. In Krisen empfehlen wir daher die bewährte Arbeitsteilung anstatt politisch gewollter Versorgungsexperimente, die eher Kosten und Schnittstellen erzeugen, als dass sie tatsächlich die Versorgung verbessern.

Empfehlung 7: Die Installation von Gesundheitskrisen-Taskforces auf regionaler Ebene und das Aufstellen von Krisenreaktionsplänen klärt die Zuständigkeit für den Bedarfsfall.

Wir schlagen daher die Erarbeitung eines Krisenreaktionsplans für das Gesundheitswesen vor. Dieser soll als verbindliche Leitlinie die Aufgabenbereiche aller Gesundheitsakteur:innen konkret definieren und ihre Rolle klären. Die Reaktionen können je nach Art der Gesundheitskrise strukturiert werden, notwendig ist eine ganzheitliche Betrachtung. Ein Krisenreaktionsplan wird für jede Region erstellt und auf die regionalen Akteur:innen abgestimmt. Warum dieser Ansatz deutliche Vorteile gegenüber zentralistischen Ansätzen hat, wird am Beispiel der Impfzentren während der Corona-Pandemie deutlich. Engpass ist der Impfstoff gewesen. Statt diesen strukturiert auf die Hausarztpraxen zu verteilen, die im Impfmanagement langjährige Erfahrungen haben, und ihnen die Verantwortung für eine medizinisch sinnvolle Verteilung zu geben, wurden politisch zentrale Impfzentren und komplexe Priorisierungsregeln forciert. Die Effektivität dieses Vorgehens ist klar anzuzweifeln, da hier aufwendige Parallelstrukturen aufgebaut wurden, die vermeidbar gewesen wären. Es wurde Verwirrung und Verunsicherung geschaffen, die oft mit einem hohen Beratungsaufwand in den Hausarztpraxen aufgelöst werden mussten.

Für eine resiliente und schnelle Antwort auf Krisen braucht es dauerhaft installierte Gesundheitskrisen-Taskforces, in die regional alle an der Versorgung beteiligten Akteur:innen eingebunden sind. Die Besetzung

dieser Taskforces muss in kleinen Einheiten stattfinden. Zu klären ist, welche Ansprechpartner:innen im Krisenfall für welche Organisationen und Institutionen ansprechbar und zuständig sind. Die Taskforces müssen während einer Krise mit allen an der Bewältigung der Krise beteiligten Rettungs-, Not- und Hilfsdiensten erweitert werden. In der Corona-Pandemie haben sich die sogenannten „Pandemiebeauftragten“ bewährt. Wir empfehlen, diese als „Krisenbeauftragte“ beizubehalten. Von Beginn an müssen alle Versorgenden in die Krisenbewältigung eingebunden werden, da ansonsten die Gefahr besteht, dass Pläne erstellt werden, die für diejenigen, die sie umsetzen müssen, nicht praktikabel sind und wertvolle Expertise in den Entscheidungsgremien nicht zur Verfügung steht.

Empfehlung 8: Das System der hausärztlichen Versorgung muss als kritische Infrastruktur anerkannt werden und es muss darin investiert werden, dieses krisensicher zu machen. Die Sicherung der Versorgung in strukturschwachen Gebieten kann durch die Einrichtung gesetzlicher finanzieller Förderungen erreicht werden.

Der größte Anteil der Versorgung erfolgt direkt in den Hausarztpraxen. 90 Prozent aller Behandlungsfälle werden in den Praxen abschließend behandelt. Gerade in Krisen, Katastrophen und Pandemien ist diese Leistung überlebensnotwendig. Für die Sicherung dieser Versorgungsstruktur wird wenig getan, dabei ist es essenziell, dass in allen Teilen Baden-Württembergs eine hochwertige primärärztliche Versorgung gewährleistet ist. Die hausärztliche Versorgung muss auch im Rahmen des Bevölkerungsschutzes gesichert und in ihrer Gesamtheit als Teil der kritischen Infrastruktur verstanden werden. Zur Sicherstellung empfehlen wir eine dauerhafte Sonderfinanzierung für Hausarztpraxen, die in strukturschwachen Gebieten angesiedelt sind. Dazu muss auch die Ausstattung der Praxen überdacht werden, deren Krisensicherheit bisher nicht betrachtet wird. Es braucht einen Finanzierungstopf, um krisenresponsive Anschaffungen wie beispielsweise Notstromaggregate zu finanzieren. Gerade in Krisen kann es zu Situationen kommen, in denen kurzfristig lebensnotwendige Medikamente bereitgestellt werden müssen. In Krisenfällen braucht es auch für Hausarztpraxen ein Dispensierrecht und das Recht auf Bevorratung von lebensnotwendigen Medikamenten. Wir fordern, eine entsprechende Liste von zu bevorratenden Medikamenten zu erarbeiten und die Rahmenbedingungen und Voraussetzung für den Einsatz dieses Instruments auszuarbeiten. Damit in Krisen schnell reagiert werden kann, braucht es eine enge Vernetzung mit den Hilfsdiensten (Feuerwehr, Technisches Hilfswerk, Rettungsdienste) und regelmäßige gemeinsame Übungen für den Krisenfall. So wird die Zusammenarbeit gestärkt und Effizienz beim Einsatz im Ernstfall erhöht. Mit Blick auf den Klimawandel sind außerdem die Einrichtung von Hitzeschutzräumen – und Hitzeaktionsplänen zu empfehlen. Die übergeordnete Organisation und Bereitstellung der Infrastruktur könnten zentral bereitgestellt werden.

Empfehlung 9: Ressourcen und Auslastung des gesamten Gesundheitswesens müssen messbar gemacht werden. Hierfür sind qualifizierte Indikatoren zu entwickeln.

Für künftige Pandemien und Gesundheitskrisen braucht es mehr Informationen über die Versorgungskapazitäten im Gesundheitswesen. In der Corona-Pandemie beschränkte sich dieser Blick auf die Intensivbetten und Ressourcen der Kliniken, die im Mittelpunkt der öffentlichen Wahrnehmung standen. Die Auslastung der ambulanten Versorgung wurde weitgehend außer Acht gelassen. Die zusätzliche Arbeit musste von den Praxisteams in Mehrarbeit erbracht werden. Es braucht daher ein umfassendes Monitoring, um ein besseres Verständnis dafür zu bekommen, wie die Versorgungssituation vor Ort ist und welchem Bedarf sie gegenübersteht. In den Wellen der Omikron-Variante waren die Hausarztpraxen massiv überlastet, da viele leicht Erkrankte versorgt werden mussten. Diese Auslastung wurde nicht strukturiert erfasst und hatte auch keine Konsequenzen für das Pandemiemanagement. Für zukünftige Krisen braucht es ein System, das strukturiert vorhandene Engpässe im Gesundheitswesen abbildet. Hierfür sind im ersten Schritt geeignete Indikatoren zu entwickeln, die eine Aussage über die aktuelle Auslastung zulassen.

Empfehlung 10: Für Peaks sollten mobile Versorgungsteams eingerichtet werden, die bei lokalem Bedarf zeitlich begrenzt durch die Versorgenden vor Ort angefordert werden können.

Gerade in Gesundheitskrisen gibt es zeitliche begrenzte Belastungsspitzen, die insbesondere in versorgungsschwachen Gebieten zu einer weiteren Verschlechterung der Versorgung führen können. Für diese Gebiete empfehlen wir die staatliche Vorhaltung mobiler Versorgungsteams, die auf Grundlage des Ressourcenmonitorings und der Einschätzung der Gesundheits-Taskforce lokal angefordert werden können. Dabei laufen die Koordination und Zusammenstellung der Teams über die Akteur:innen vor Ort. So können mobile Versorgungsteams genau abgestimmt auf den aktuellen lokalen Versorgungsbedarf unterstützen. Die Dauer des Einsatzes ist zeitlich begrenzt und kann durch die Akteur:innen vor Ort auf Grundlage des Ressourcenmonitorings festgelegt werden.

Wie kann die bevölkerungsbezogene Gesundheitskompetenz verbessert werden, um den Stellenwert von Gesundheitsförderung und Prävention weiter zu erhöhen, sodass auch bisher nicht erreichte Bevölkerungsgruppen über Gesundheitsförderung und Prävention informiert werden können?

Empfehlung 11: Die Koordinationsfunktion der Hausärzt:innen muss gestärkt und Gesundheitsinformationen müssen schon im Kindesalter zielgruppenorientiert vermittelt werden.

Wie stark Gesundheit von Gesundheitskompetenz abhängt, hat sich in der Corona-Pandemie erneut gezeigt. Laut Studien haben Menschen mit geringerer Bildung ein höheres Risiko für einen schweren Covid-19-Verlauf und sind skeptischer gegenüber dem Nutzen von Schutzimpfungen. Auch wenn sich während der Corona-Pandemie die Gesundheitskompetenz verbessert hat, hat ein großer Teil der Bevölkerung unzureichendes Wissen zur eigenen Gesundheit. Hier besteht aus unserer Sicht dringender Handlungsbedarf, um die funktionale, kommunikative und digitale Gesundheitskompetenz von Patient:innen zu stärken.

Dabei kommt dem hausärztlichen Sektor eine zentrale Mittlerfunktion zu. Die Koordinationsfunktion der Hausärzt:innen trägt zur Stärkung der kommunikativen Kompetenz bei und unterstützt bei der Einordnung von Gesundheitsinformationen durch ein gesteigertes Verständnis der Patient:innen. Dies kann erreicht werden, indem die Gesundheitskompetenz unter Einbezug der hausärztlichen Expertise Teil der Bildungspläne wird. Hierfür muss in einem ersten Schritt das Erziehungs- und Bildungssystem in die Lage versetzt werden, Gesundheitskompetenz möglichst früh zu vermitteln. Dazu gehört auch die Navigation durch das Gesundheitssystem. Wichtig ist, ein Bewusstsein dafür zu schaffen, wann welche gesundheitliche Versorgung notwendig ist und wie medizinische Notfälle erkannt werden. Die Herausforderung bei chronisch kranken Patient:innen ist der Aufbau und die Stärkung eines wirksamen Selbstmanagements. Hier können die DMP-Programme im haus- und fachärztlichen Bereich als Beispiel genannt werden.

Empfehlung 12: Auch die Komplexität des Gesundheitssystems ist ein Faktor für die Gesundheitskompetenz. Diese muss reduziert und so einfacher zugänglich gemacht werden. Hierfür muss die hausärztliche Versorgung als Ort der Versorgung gestärkt werden.

Es ist aus unserer Sicht nicht ausreichend, die Gesundheitskompetenz für den einzelnen Menschen zu betrachten. Gerade wenn es um die Orientierung im Gesundheitswesen geht, muss die Kompetenz auch im Kontext der Komplexität gesehen werden. Die vielen Möglichkeiten der ärztlichen Versorgung und die freie Entscheidung für die Inanspruchnahme fachärztlicher Versorgung ohne eine anschließende verbindende Einordnung der Befunde schafft bei vielen Patient:innen Überforderung, die nur begrenzt über die individuelle Gesundheitskompetenz gelöst werden kann. Die Hausarztpraxis als zentrale Anlaufstelle für alle Fragen rund um die eigene Gesundheit reduziert diese Komplexität und sorgt für eine bessere Versorgung. Die Evaluation

8/9

der Hausarztzentrierten Versorgung (HZV) zeigt klare Vorteile sowohl für die Patient:innen als auch für das Gesundheitssystem. Daher empfehlen wir, die sprechende Hausarztmedizin zu fördern und die Rolle der Hausarztpraxis als langjährigen „Gesundheitsbegleiter“ zu stärken.

Empfehlung 13: Die Erforschung der Gesundheitskompetenz muss in Zusammenarbeit mit allen Akteur:innen, die in der Gesundheitsversorgung beteiligt sind, vorangebracht werden.

Insgesamt ist die empirische Datenbasis rund um Gesundheitskompetenz ungenügend und es fehlt an wissenschaftlich fundierter, evidenzbasierter Interventionsentwicklung und Interventionserprobung. Diese Lücken müssen geschlossen werden. Wir empfehlen, die Gesundheitskompetenz als Forschungsgebiet zu stärken und systematisch zu erforschen. Hierfür ist ein kooperatives Vorgehen notwendig, in das alle relevanten Akteur:innen aus der Gesundheitsversorgung und den gesellschaftlichen Bereichen einbezogen werden.

Empfehlung 14: Bei Gesundheitskrisen müssen tiefgreifende und mit den Versorgenden abgestimmte Kommunikationsstrategien implementiert werden.

Während der Coronakrise haben sich positive Effekte auf die Gesundheitskompetenz der Bevölkerung gezeigt. Begründet wird dies durch den intensiven gesellschaftlichen Diskurs über Gesundheitsthemen und eine dauerhafte, umfangreiche und auf vielen Kanälen verbreitete Kommunikation. Zur Bewältigung von Gesundheitskrisen empfehlen wir daher ein umfassendes Kommunikationskonzept, das eng mit den versorgenden Hausärzt:innen abgestimmt ist. Es muss der Rahmen geschaffen werden, um die Bevölkerung über bestehen Risiken zu informieren. Hierfür braucht es im Krisenfall die Möglichkeit, z. B. Bildschirme in öffentlichen Verkehrsmitteln und andere leicht zugängliche Werbetafeln einzusetzen.