



25 Jahre Berliner Gesundheitspreis.

Blaupausen aus der Praxis für die Gesundheitspolitik.

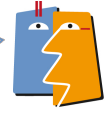
Interviewer: 25 Jahre, also ein Vierteljahrhundert, gibt es den Berliner Gesundheitspreis. Der Preis wird alle zwei Jahre vergeben, also bisher zwölf Mal. Und wir haben heute zwei Gäste, die ein nicht ganz unwesentlicher Teil dieser 25-jährigen Historie sind, bei uns. Der eine ist Prof. Gerd Antes, Mathematiker und Medizinstatistiker. Die meisten werden ihn vor allen Dingen kennen als langjährigen Chef des Deutschen Cochrane Zentrums, das er mitaufgebaut hat. Er ist Honorarprofessor an der Medizinischen Fakultät der Uni Freiburg. Außerdem ist er Mitbegründer des Deutschen Netzwerks Evidenzbasierte Medizin. Und vor allem war Prof. Antes 2013 Mitglied der Jury des Berliner Gesundheitspreises. Der andere ist Direktor des Instituts für Allgemeinmedizin der Universität Frankfurt und der oberste Gesundheitsweise. Prof. Ferdinand Gerlach ist nämlich auch Vorsitzender des Sachverständigenrats zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. Vielmehr aber ist er 2003 selbst mit dem Berliner Gesundheitspreis ausgezeichnet worden. Herzlich willkommen, die Herren.

Prof. Gerlach: Ja, herzlich willkommen.

Prof. Antes: Auch von mir aus.

Interviewer: Herr Prof. Antes, bevor es hier wirklich ernst wird, eins müssen Sie mir vorweg verraten: Wie landet man als Mathematiker in der Medizin und vor allem, wie schafft man es, dass Ärzte am Ende dann einen auch ernst nehmen?

Prof. Antes: Ich fange mal mit der ersten Frage an, mit dem Ernstnehmen, das kann man ein bisschen sarkastisch beantworten. Ich habe irgendwann angefangen als Elektroingenieur und habe bald gemerkt, dass ich dann schlimmstenfalls in der Rüstungsindustrie landen würde und dass ich einfach mehr Interesse an allem, was mit Leben zu tun hat, habe. Und habe



dann gewechselt und hatte die Chance, Medizin zu studieren in Kiel, hatte einen Studienplatz, und alternativ in die Mathematik einzusteigen in der damals roten Kaderschmiede in Bremen, mit Nebenfächern, die es vorher gar nicht gab. Vorher hatte man immer klassischerweise Betriebswirtschaft oder Physik dazu genommen. Und da gab es Lebenswissenschaft, Biologie als Nebenfach. Dann bin ich auf dieses Gleis gegangen und ich muss sagen, nachträglich war es richtig. Und es hat mich viele Jahre gekostet, ernst genommen zu werden. Aber ich glaube, das ist irgendwann auch gelungen.

Interviewer: Das ist gelungen, Herr Gerlach? Würden Sie ihn ernst nehmen?

Prof. Gerlach: Ja, absolut. Ich habe ja mit Gerd Antes zusammen das Deutsche Netzwerk Evidenzbasierte Medizin gegründet. Und da war er von Anfang an ein ganz wertvoller Mitstreiter. Und das Cochrane Zentrum hat bis heute einen hohen Stellenwert für alle, die sich mit Qualität und Evidenzbasierter Medizin beschäftigen. Und da hat Gerd Antes einen ganz, ganz entscheidenden Anteil.

Interviewer: Herr Prof. Gerlach, Sie waren seinerzeit noch Direktor des Instituts für Allgemeinmedizin des Uniklinikums Schleswig-Holstein. Was hat Sie damals bewogen, sich um den Berliner Gesundheitspreis zu bewerben, 2003?

Prof. Gerlach: Ja, Ausgangspunkt war ein internationales Projekt. Das war das erste Projekt, in dem Fehler, also kritische Ereignisse, in hausärztlichen Praxen untersucht wurden. Das ging damals von Australien und Neuseeland aus. Da waren auch Arbeitsgruppen aus Großbritannien. Und wir waren, ich glaube, sogar die einzige auf dem Festland, dem Kontinent. Und da haben wir uns das erste Mal mit dem Thema beschäftigt und haben dann gesagt: So was müssen wir auch für das deutsche Gesundheitssystem machen. Wir haben dann „jederfehlerzaehlt.de“ entwickelt, ein Fehlerberichts- und -Lernsystem für Hausarztpraxen. Und als es dann eine Ausschreibung gab, ich meine, das war sogar zum Thema Patientensicherheit, dann haben wir



uns damit beworben und haben auch tatsächlich dann den 1. Preis für diese Initiative, die damals dann auch schon im Routinebetrieb war, gewonnen.

Interviewer: Was hatte das für Folgen, dass Sie den Preis gewonnen hatten?

Prof. Gerlach: Na ja, das hat uns natürlich bestärkt. Das hat gerade auch jungen Wissenschaftlern – ich war da selber noch jung und hatte ein junges Team – Rückenwind gegeben. Das hat auch das Thema in das Bewusstsein gebracht, auch hoffähig gemacht. Damals war es noch keineswegs selbstverständlich, dass man über Fehler oder kritische Ereignisse redete. Wir hatten damals den Vorwurf, dass wir Nestbeschmutzer wären, dass man, wenn man das ins Internet stellt, ja den Staatsanwälten sozusagen das Material liefert, um dann Praxen zu verklagen, zu bedrängen. All das ist übrigens nicht passiert. Und wir haben damals ja so was Innovatives auf den Weg gebracht, was es übrigens bis heute gibt. Es ist zwar so, dass wir insgesamt bei dem Thema Patientensicherheit so ein bisschen auf halbem Weg stecken geblieben sind, aber es ist gelungen, dieses Thema ins Bewusstsein zu bringen. Und heute ist es auch nicht mehr fraglich, dass man über Fehler oder kritische Ereignisse redet. Das ist selbstverständlich geworden und allgemein akzeptiert.

Interviewer: Also durchaus eine innovative Komponente, die auch ein solcher Preis haben kann. Sie beide eint mindestens ein Ziel, und auch das ist eng mit dem Berliner Gesundheitspreis verbunden, nämlich die Herausforderung, erworbenes medizinisch-wissenschaftliches Wissen in die Praxis umzusetzen. Was ist daran so schwierig, Herr Prof. Antes? Man sollte meinen, das ist eine Selbstverständlichkeit. Für Sie ist dieses Thema Evidenzbasierte Medizin ja fast schon so was wie eine Lebensaufgabe.

Prof. Antes: Ja, es klingt eigentlich völlig selbstverständlich, dass das passiert. Und ein großer Teil der ganzen Geschichte war, genauer hinzuschauen und festzustellen, dass es nicht passiert. Und das ist seit 50, 60 Jahren schon Thema. Aber eigentlich sind wir auch schon bei hundert Jahren oder noch



weiter zurück, dass es nicht so einfach ist, erstens die richtige Erkenntnis zu ziehen und zweitens dann daraus die richtige Behandlung zu machen oder auch die richtige Diagnose. Und da kann man weit zurückgehen. Also James Lind ist ja ein ganz berühmtes Beispiel – Skorbut, wie man das durch Vitamine einfach verhindern kann, und wie er es rausgefunden hat, war genial. Und dann richtig ernst geworden ist es 1928 bis 31, immer in Großbritannien, wo die Bedingungen für randomisierte Studien sauber aufgeschrieben wurden. Also auch da sind wir jetzt schon fast bei hundert Jahren. Und da hat es noch Jahrzehnte gedauert, bis wir wegkamen vom oft fehlgeleiteten Experten, der dann irgendwo sein Wissen zusammenkramte und das präsentiert hat und dann das mit Studien gespickt hat, die seine Meinung bestätigen. Und das Prinzip hat sich völlig umgekehrt, dass wir nicht mit der Meinung beginnen, sondern mit der Frage, global die Studien zusammensammeln und dann zurückführen in die Praxis, wo natürlich dann auch wieder Meinung eine Rolle spielt. Aber irgendwie das Grundprinzip hat sich wirklich um 180 Grad gedreht und das hat Jahrzehnte gedauert.

Interviewer: Haben Sie eine Begründung dafür, warum das Jahrzehnte gedauert hat? Sind das Eitelkeiten?

Prof. Antes: Na ja, man muss böseartigerweise immer beginnen mit Interessenkonflikten, ja? Also sie bringen Machtgefüge zum Einsturz. Das hängt immer auch mit Geld zusammen natürlich. Und dann aber auch Routine und auch der Glaube daran. Also viele haben ja nicht aus Bösartigkeit an falschen Behandlungskonzepten festgehalten, sondern sie haben wirklich dran geglaubt. Und dann ist es sehr schmerzhaft, sich davon zu lösen. Und wenn man dann noch sieht, dass bei ganz berühmten Beispielen zigtausende Menschen zu Tode gekommen sind durch diesen falschen Glauben, und zwar nicht in der Komplementärmedizin, sondern in der Schulmedizin, dann ist es schon sehr schwierig und erfordert auch – na ja, man kann es so hart sagen – Charakter und Größe, um sich diese Fehler einzugestehen. Und ich glaube, auch da hat das Projekt von Herrn



Gerlach zum Beispiel auch sehr dazu beigetragen, einfach auch diese Schritte gehen zu können und auch Unterstützung zu finden und nicht als Nestbeschmutzer ... also neben den eigenen Schwächen noch von außen auch angegriffen zu werden als Nestbeschmutzer. Und das ist ein Prozess, der ist eine dermaßen tiefgehende Umwälzung, wie Dinge funktionieren, das ist ... Also mich hat das nicht überrascht, dass es so lange dauert und auch so anstrengend ist. Aber man muss es auch festhalten und dann dazu stehen.

Interviewer: Ist das vielleicht auch eine gewisse Generationenfrage, Herr Prof. Gerlach? Geht der Nachwuchs, gehen die jungen Ärztinnen und Ärzte anders mit dem Thema um?

Prof. Gerlach: Ja und nein. Also beim Thema Patientensicherheit oder Digitalisierung, da ist, glaube ich, bei der jungen Generation generell eine größere Offenheit. Aber die Tatsache, dass Erkenntnisse nicht in praktisches Handeln umgesetzt werden, das gibt es auch bei der jungen Generation. Und es gibt ja inzwischen einen Wissenschaftszweig der Implementierungswissenschaften, die das genau untersuchen: Warum haben wir dieses sogenannte Performance Gap? Warum wissen wir etwas, handeln aber nicht entsprechend? Das kennen wir übrigens alle aus dem Alltag, ja? Wir wissen, dass bestimmte Dinge ungesund sind, dass Rauchen zum Beispiel schädlich ist. Warum machen es dann so viele? Warum essen wir viel? Warum bewegen wir uns zu wenig, obwohl wir genau wissen, dass gesundes Essen und Bewegung hilfreich ist? Und das ist untersucht worden. Es hat mit den Dingen zu tun, die Gerd Antes gerade gesagt hat – Einstellung, Übung, aber auch mit Anreizsystemen, mit Interessenskonflikten. Es gibt so ein Beispiel, an dem kann man das schön zeigen. Warum werden – jetzt sogar zunehmend – so viele Kaiserschnittentbindungen gemacht, obwohl es medizinisch gesehen ganz klare Indikationen gibt, wann man es tun sollte und wann man es nicht tut? Und wenn man das genau untersucht, dann sieht man, dass da eine ganze Menge Gründe gleichzeitig eine Rolle spielen. Zum Beispiel kann jemand



dann eine Steißlagengeburt manuell überhaupt entwickeln, hat er das gelernt? Möchte ich stundenlang freitags, samstags, nachts darauf warten, bis die Spontangeburt passiert oder mache ich die nicht doch schnell als Kaiserschnitt am Freitagnachmittag? Zumal die besser bezahlt wird und ich die besser planen kann. Welche Rolle spielt die Hebamme, welche Rolle spielt der Geburtshelfer? Was ist für eine Politik in der Klinik? Was erwarten die Frauen? Es gibt Erwartungen, auch Patientenerwartungen, Patientinnenerwartungen, die darauf gerichtet sind, das als Risikoschwangerschaft zu betrachten und lieber mit einer entsprechenden Schmerzbehandlung eine Kaiserschnittentbindung zu haben als eine natürliche Geburt. Also viele Faktoren – patientenseitig, Organisationen, Finanzierung, Einstellung, Fertigkeiten – spielen da eine Rolle. Und dann kommen solche Dinge raus, obwohl wir eigentlich genau wissen, ziemlich genau wissen, wann etwas sinnvoll ist und wann nicht.

Interviewer: Hat die Lehre mittlerweile auf dieses Gap, das Sie erwähnt haben, reagiert?

Prof. Gerlach: Ja, aber zu wenig. Wir sehen immer noch auch in Universitätskliniken, dass Schulen, bestimmte Haltungen, bestimmte Routinen, die schon immer so gemacht wurden, dominieren, obwohl es zum Teil andere oder bessere Evidenz gibt. Man muss aber auch sehen, dass menschliches Verhalten insgesamt schwer zu ändern ist. Jeder von uns hat so seine Gewohnheiten, seine Routinen. Und wenn das dann festgefahren ist, dann ist menschliches Verhalten, gerade auch, wenn es Teams betrifft und größere Organisationen, sehr schwer zu ändern. Dafür braucht man Change Management. Dafür braucht man andere Einstellung, andere Anreize. Zum Teil funktioniert das ja. Also wenn wir zum Beispiel Gebührenordnungspositionen ändern, dann verändert sich das Verhalten in Klinik und Praxis plötzlich schlagartig, ja? Weil ...

Interviewer: Ist verrückt.



Prof. Gerlach: ... da hängt die Karotte, alle wollen sie haben. Und dann plötzlich ändert sich das Verhalten. Die Ökonomen sagen ja etwas böswillig, das beste Erziehungsmittel für Erwachsene wäre das Portmonee. Das ist ein bisschen sarkastisch, aber es ist ein Element dieses Bildes, was da entsteht. Und man muss sich klarmachen, es sind eben mehrere Dinge. Deshalb macht es auch keinen Sinn zu sagen: Wir machen jetzt mal eine Intervention und ab da ist dann alles besser. Man muss dann wirklich die Kultur verändern, auch die Kultur eines kontinuierlichen Lernprozesses, einer kontinuierlichen Optimierung. Das sind alles Dinge, die in Organisationen etabliert werden müssen, die von der Führung, vom Top-Management vorgelebt und vorgegeben werden müssen. Das ist auch noch ein wichtiger Aspekt. Also ich bin da nicht völlig desillusioniert, aber ich weiß, dass es schwierig ist. Es gibt ja Beispiele, wo es auch schon gelungen ist. Aber wir haben da wirklich noch viel zu tun.

Interviewer: Herr Antes, Sie haben eben erwähnt, 100 Jahre hat es gedauert, bis man den Wechsel geschafft hat. Wie lange, glauben Sie, wird es noch dauern, bis es sich etabliert hat?

Prof. Antes: Ja, die einfache Antwort ist: ewig. Weil ich meine, das ist ein Running Gag, es ist ein permanenter Kampf. Und sowie man aufhört, den Kampf zu kämpfen, geht es rückwärts. Also Qualität ist nichts, was stabil da ist, eingerichtet, sondern man muss wirklich investieren. Und das geht über alle Ebenen hinweg, das geht von der Gebührenordnung bis sonst wohin. Und ich muss immer auch das Ziel vor Augen haben, um das zu machen. Und sowie ich mich entspanne, geht es unweigerlich rückwärts und dafür gibt es jede Menge Beispiele. Und das ist, glaube ich, auch ein Verdienst dieser Evidenzbasierten Medizin, dass das als Grundprinzip mit drinsteckt. Also Qualität ist sozusagen der Deckel über allem. Und wenn man mal genauer auf die Realität des Systems schaut, dann merkt man, dass das an sehr vielen Stellen in der Realisierung sehr brüchig ist. Und da ist genau die Angriffsstelle, wo man wirklich reingehen muss offensiv.



Interviewer: Viele sagen, es ist fast schon eine Binsenweisheit, dass die Pandemie die seit Jahren bekannten Schwachstellen des deutschen Gesundheitswesens oder des Gesundheitswesens an sich aufgedeckt hat, noch deutlicher hat hervortreten lassen. Wo sehen Sie den größten Nachholbedarf?

Prof. Antes: Der größte Nachholbedarf – also grundsätzlich in den Strukturen. Wir haben einfach ... Das System nennt sich ja international immer noch „Bismarck-System“ und das ist von, ich glaube, 1874 ursprünglich. Und das war ja nicht entwickelt, um Menschen gesund zu machen, sondern um sie wieder arbeitsfähig zu machen. Das steckt da einfach drin und war ja auch genial seinerzeit. Aber die Grundstrukturen sind immer noch da. Und strukturell finde ich, die Trennung von Forschung in einem Ministerium und der Versorgung im anderen ist sozusagen der Grundwiderspruch, der auch der Evidenzbasierung, Wissen gewinnen und anwenden, implementieren, fundamental entgegenspricht, widerspricht. Und dort – aber das wäre natürlich ein Eingriff, der würde bis in die Verfassung reingehen. Also das wäre schon wirklich sehr anstrengend. Aber das ist aus meiner Sicht das Topthema. Und das sieht man gegenwärtig an jeder Stelle. Deutschlands Beiträge zu der sowieso desolaten Situation, was die Therapie von Covid angeht, sind gegenwärtig, ich will nicht sagen, null, aber sehr nah dabei. Während uns Großbritannien zeigt, wie man in kürzester Zeit in unglaublich beeindruckend durchgeführten randomisierten Studien die Erkenntnisse hat. Und daran sind wir nicht mal mit deutschen Patienten beteiligt.

Interviewer: Herr Prof. Gerlach, Ihnen will ich die Frage etwas anders stellen. Als Gesundheitsweiser ist es ja Ihre vornehmste Aufgabe, Politik zu beraten. Was werden Sie dem nächsten Gesundheitsminister, der nächsten Gesundheitsministerin, der nächsten Kanzlerin, dem nächsten Kanzler für die kommende Amtsperiode mit auf den Weg geben?

Prof. Gerlach: Das ist einiges. Zum Teil haben wir das ja schon gemacht. Wir haben in diesem Jahr ein Gutachten zum Thema Digitalisierung im



Gesundheitswesen übergeben und da haben wir auch Erfahrungen aus der Pandemie mitverarbeitet. Wir haben ja da gesehen, dass wir tatsächlich im internationalen Vergleich ein Entwicklungsland sind. Wir haben da viel nachzuholen. Und überhaupt, ich glaube, Ihre Metapher, dass man in der Pandemie im Gesundheitssystem wie unter einem Brennglas die Stärken und Schwächen sieht, ist richtig. Wir haben auch Stärken gesehen, das will ich vielleicht auch noch mal an der Stelle sagen, damit wir hier nicht nur meckern, sondern auch mal ein paar Dinge erwähnen, die gut laufen. Was wir zum Beispiel gut gemacht haben, ist, dass wir Patienten aus den Kliniken rausgehalten haben. Sechs von sieben sind ambulant versorgt worden. In anderen Ländern, gerade da, wo die Probleme waren, in Italien, in Frankreich, sind viel mehr Patienten in die Kliniken gegangen, schon zum Testen, haben sich dort infiziert. Diese nosokomialen Infektionen im Krankenhaus haben wir bei uns viel weniger gehabt. Wir hatten auch eine sehr gute intensivmedizinische Versorgung. Aber wir haben auch gleichzeitig eklatante Schwächen gesehen. Und das sind jetzt auch Hinweise an die zukünftigen Regierenden. Wir hatten zum Beispiel bei der Versorgung von Pflegeheimpatienten schwere Defizite. Wir haben viele, viele Zehntausende von Toten, die wir hätten vermeiden können, wenn wir dort proaktiv koordiniert gearbeitet hätten, wenn Schutzkleidung dagewesen wäre, Testkonzepte, Hygienekonzepte etc. Und auch bei der Digitalisierung, das ist besonders deutlich geworden, haben wir enormen Nachholbedarf. Und das haben wir in einem Gutachten schon beschrieben und wir werden im nächsten Gutachten, an dem wir jetzt schon arbeiten, das Thema Krisenresilienz des Gesundheitssystems behandeln. Und zwar an zwei Beispielen: Erstens, Lehren aus der Pandemie, da gibt es eine ganze Menge, was wir bessermachen können und bei der nächsten Pandemie, die irgendwann kommen wird, auch bessermachen müssen. Und zum anderen bei den gesundheitlichen Folgen des Klimawandels. Auch da ist absehbar, dass wir schlecht vorbereitet sind. Unser Gesundheitssystem ist eben reaktiv ausgelegt, es ist stark, ja, abgeschottet zwischen Kliniken und Praxen, zwischen den Berufsgruppen. Wir haben Mauern zwischen den



Sektoren und Professionen, die müssen überwunden werden. Wir brauchen eine Strukturreform im Kliniksektor. Wir brauchen eine umfassende Notfallreform. Wir dürfen nicht mehr Konflikte mit Geld zukleistern. Wir müssen bestimmte Dinge, die in anderen Ländern schon längst umgesetzt worden sind, in Deutschland endlich auch in die Realität bringen.

Interviewer: Was wäre das? Was würde Ihnen sofort einfallen?

Prof. Gerlach: Also neben der Digitalisierung fällt mir zum Beispiel ein das Stichwort Ambulantisierung. Wir sind mehr oder weniger Weltmeister bei Betten und Prozeduren in Krankenhäusern. Vieles, vieles, was in anderen Ländern längst ambulant gemacht wird, wird bei uns noch stationär gemacht. Das ist im Wesentlichen ein Ergebnis einer falschen Anreizstruktur. Die Fallpauschalen, die DRGs in den Krankenhäusern, belohnen stationäre Prozeduren, Diagnostik und Therapie. Und die gleichen Eingriffe, zum Beispiel eine Leistenhernie, ambulant durchgeführt, bringen ein X-Faches weniger an Erlösen. Und solange das so ist, solange es bei gleichen Eingriffen starke Unterschiede in den Honorierungsformen und -höhen in den Sektoren gibt, so lange werden wir diese Ambulantisierungspotenziale zum Beispiel nicht ausschöpfen. Und so lange werden wir zu viele Menschen im Krankenhaus haben. Zu viele Menschen werden gefährdet durch nosokomiale Infektionen, zu hohe Kosten etc. pp. Also das wäre jetzt ein Beispiel von vielen.

Interviewer: Ich will noch mal auf den eigentlichen Anlass unseres Gesprächs hier auch zurückkommen, 25 Jahre Berliner Gesundheitspreis. Die Themenpalette ist umfangreich, kann man sich auch alles im Internet unter www.berlinergesundheitspreis.de anschauen. Hätten Sie noch einen Themenvorschlag, der in den nächsten Jahren unbedingt behandelt werden muss?

Prof. Gerlach: Ich glaube, einen habe ich gerade genannt. Ich denke – und das ist jetzt nicht nur, weil es modisch ist, sondern weil es wirklich ein fundamentales Problem für unser Land, für unsere Gesellschaft, für das



Gesundheitssystem ist –, wir müssen uns mit den gesundheitlichen Folgen des Klimawandels beschäftigen. Wenn es da gute Lösungen gibt, und einzelne gibt es bereits, dann wäre das ein gutes Thema auch für den Berliner Gesundheitspreis. Das würde mir jetzt spontan einfallen. Auch das Thema Digitalisierung bietet noch eine ganze Menge Facetten, auch da könnte man noch mal drüber nachdenken, ob dort eine Preisauslobung sinnvoll wäre.

Interviewer: Wofür würden Sie noch Preise vergeben, Herr Antes?

Prof. Antes: Oh, die Liste wäre lang. Teilweise nicht geeignet für so einen Preis, aber was mir immer wieder auffällt, wäre die Entwicklung von wirklich funktionierenden Beraterstrukturen. Also das ist auch ein Punkt, wo wir enorm schwächeln in Deutschland. Diese teilweise selektiv mal genutzten, mal nicht genutzten Einzelexperten und dann auch die ganze Kultur. Die Beratungskultur in Talkshows, die wird man mit dem Berliner Gesundheitspreis nicht ausmerzen können, aber sozusagen proaktiv die Strukturen entwickeln. Wie sieht eigentlich ein optimaler Experten-Beraterkreis aus? Wer muss da rein? Das wäre aus meiner Sicht ein geniales Projekt, dass man es einmal auch festgeschrieben hätte. Und nicht unter Krisenbedingungen, wo es dann nicht mehr funktionieren kann, sondern einfach mal: Wie ist die Ratio für eine effektive, funktionierende und einigermaßen interessenkonfliktreduzierte, sage ich mal vorsichtshalber, Expertengruppe, die dann auch so steht, mit voller Belastung, Arbeitszeitbefreiung zum Beispiel 50 Prozent, also alle diese Details. Dass man darauf mal bauen kann. Und die muss dann stehen, wenn es losgeht mit der Katastrophe. Dieses Mal war es ja par excellence ein Desaster, wo an jeder Stelle nichts vorgefertigt war, sondern wir hinterherrennen mussten. Schutzanzüge waren ein Aspekt davon, aber ich habe ja als Mitglied der STIKO alles hautnah miterlebt bei der Schweinegrippe. Und deswegen, ich hatte dauernd ein Déjà-vue. Und ich habe das damals zum Beispiel auch schon in Zeitungsartikeln beschrieben, was da alles nicht funktioniert hat. Die kann man gerade mit einer



Datumsänderung noch mal wieder nachdrucken. Außer dass bei der Schweinegrippe das Problem nicht so groß war.

Interviewer: Prof. Gerd Antes und Prof. Ferdinand Gerlach zu 25 Jahren Berliner Gesundheitspreis, zu dicken Brettern, die im Gesundheitswesen zu bohren sind und zu Mathematikern in der Medizin, herzlichen Dank, die Herren.

Prof. Gerlach: Sehr gerne.

Prof. Antes: Vielen Dank auch.