

# Das deutsche Gesundheitssystem nach Corona: 10 Thesen zum Veränderungsbedarf

Reinhard Busse, Prof. Dr. med. MPH

FG Management im Gesundheitswesen, Technische Universität Berlin  
(WHO Collaborating Centre for Health Systems Research and Management)

&

European Observatory on Health Systems and Policies

1. • In der Pandemie ist „Gesundheit“ zum wichtigsten Politikfeld geworden, das in alle anderen Politikfelder hineinwirkt. Man könnte sagen, die lange bestehende Forderung nach „**Health in all Policies**“ ist schlagartig Wirklichkeit geworden.

Sichtbar ist etwa das „Corona-Kabinett“, das eindeutig an das „Klimakabinett“ angelehnt ist.



- Sollte Gesundheit hoch auf der politischen Agenda bleiben, könnte letzteres – erweitert um das Umwelt-, das Verkehrs- und das Landwirtschaftsministerium – ein Vorbild für ein dauerhaftes „**Gesundheitskabinett**“ werden.

- 2.
- Politik und Öffentlichkeit haben einen Crashkurs in bisher nicht bekannten Fachtermini und Konzepten hinter sich. Der Bedarf nach **zeitnahen Informationen zu Gesundheit und Gesundheitsversorgung** hat exponentiell zugenommen. Es gibt es Corona-Tagesberichte des RKI – vorher gab es noch nicht einmal Jahresberichte zur gesundheitlichen Situation, sondern Daten zu Todesursachen, Krankenhausfällen etc. wurden Jahre nach dem Zeitraum, auf den sie sich beziehen, veröffentlicht und standen zusammenhangslos nebeneinander – und viele Daten, etwa zu freien bzw. verfügbaren Betten existierten gar nicht. Jetzt müssen Krankenhäuser täglich ihre intensivmedizinische Bettenbelegung melden und alle paar Monate die Daten zu allen Krankenhausbehandlungen.
  - Dies zeigt, dass dies möglich ist – und das politische und öffentliche Interesse wird dies auch in Zukunft einfordern. Neben laufend zur Verfügung stehenden Informationen zu verfügbaren Krankenhauskapazitäten (über die Intensivmedizin) dürften **jährliche Berichte zur Krankheitslast** und zur **Leistungsfähigkeit des Gesundheitssystems** (Health System Performance Assessment, HSPA) Standard werden.

- 3.
- Das Intensivregister ist eines von vielen Beispielen, wie in der Pandemie **Kooperation über Competition** die Oberhand gewonnen hat. Vorher galt, was im Krankenhausfinanzierungsgesetz gleich in §1 steht: Krankenhäuser sollen „eigenverantwortlich wirtschaftend“ sein. Dass sie bei der ihnen eigentlich obliegenden Beschaffung von Schutzkleidung versagt haben, dürfte noch einmal Thema werden.
  - Die Öffentlichkeit dürfte von der Politik fordern, aus dem Eigennutz verpflichteten Krankenhäusern ein **dem Allgemeinwohl verpflichtetes Krankenhaussystem** zu machen. Um Krankenhäuser zu sinnvollen Einheiten bzw. Netzwerken zusammenzulegen, gehört die häufig blockierende Rolle des Kartellamts (bzw. der zugrunde liegenden Gesetzgebung) auf den Prüfstand.

- 4.
- Apropos Krankenhäuser: In der schwersten Gesundheitskrise seit Jahrzehnten haben die Krankenhäuser um finanzielle Hilfe gebeten und bekommen. Es ging – und geht – dabei aber nicht etwa um die Vergütung der Covid-19-Patienten, sondern um Geld für die vielen leerstehenden Betten. Noch immer mit der Illusion, dass diese „nach Corona“ wieder gefüllt werden können, und damit die Belegungszahlen, die wir sonst nur aus der Zeit zwischen Weihnachten und Neujahr kennen, wieder „normal“ werden.
  - Die starke Abnahme leichter und umstrittener Fälle legt nahe, dass die Bevölkerung ein neues Bewusstsein für Nutzen-Risiko-Abwägungen entwickelt hat, d.h. dass eine Rückkehr zu alten Fallzahlen (die 50% über dem Niveau unserer Nachbarländer lagen) extrem unwahrscheinlich ist. Nie war es so daher so offensichtlich, dass eine **grundlegende Reform hin zu weniger, aber technisch und personell besser ausgestatteten Krankenhäusern** mit deutlich weniger unnötigen Bettenkapazitäten überfällig ist.

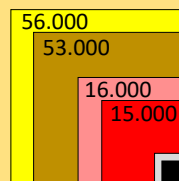
>3.000.000 Arzt-Patienten-Kontakte in der ambulanten Versorgung

2.300.000 gekaufte Packungen von frei verkäuflichen (OTC) Arzneimitteln

2.000.000 abgegebene Packungen von verschreibungspflichtigen Arzneimitteln

**380.000 stationäre Patienten im Krankenhaus**

Mit dänischer Krankenhausstruktur wären es 160.000!



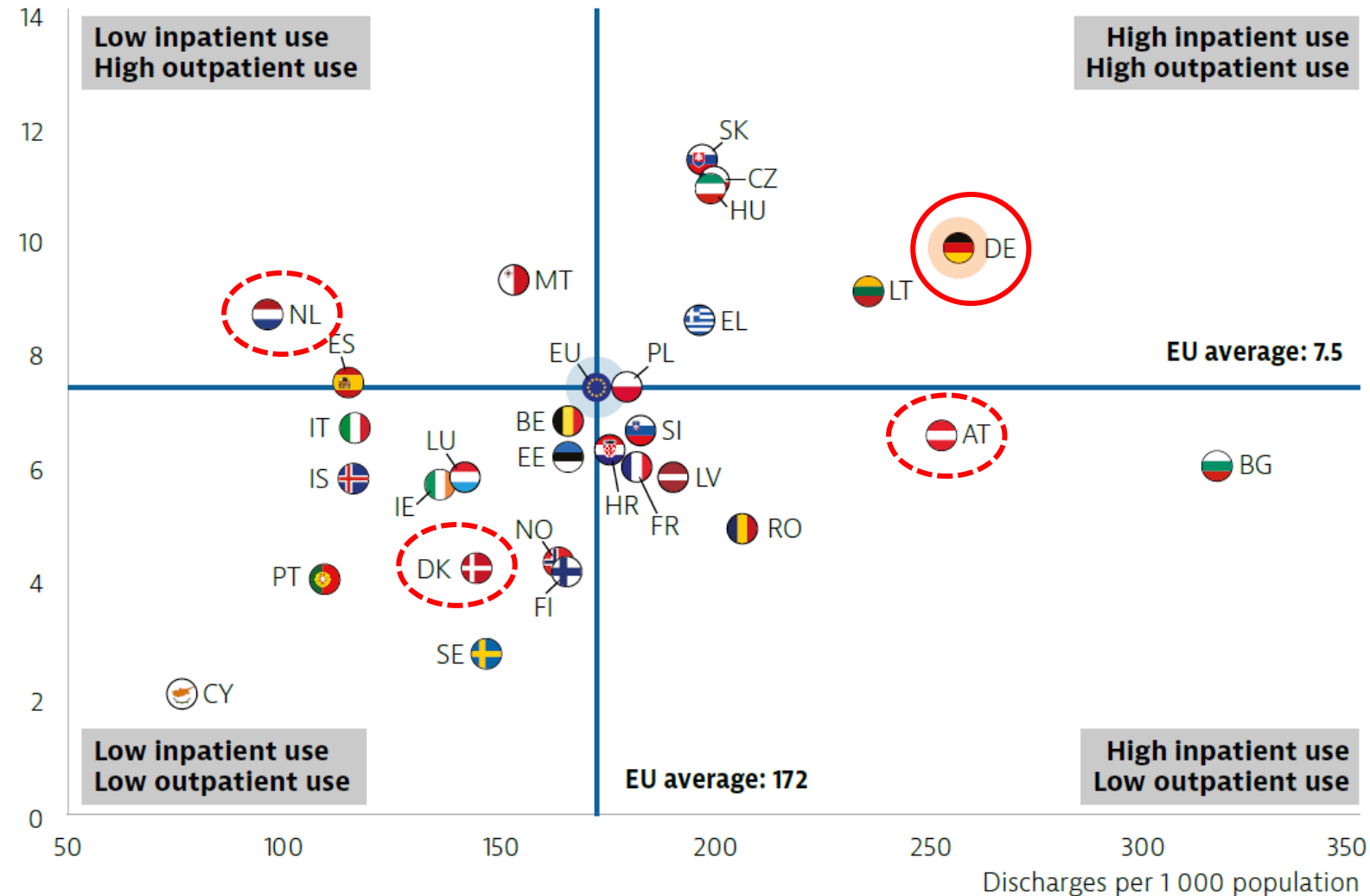
- 56.000 Notaufnahme-Besuche (davon 43% stationär aufgenommen)
- 53.000 Stationäre Krankenhausaufnahmen
- 16.000 CT-Scans in der ambulanten Versorgung
- 15.000 CT-Scans in der stationären Versorgung
- 700 stationär aufgenommene Schlaganfallpatienten

**500 stationär aufgenommene Herzinfarkt-Patienten**

# An einem durchschnittlichen Tag in Deutschland (vor Corona)

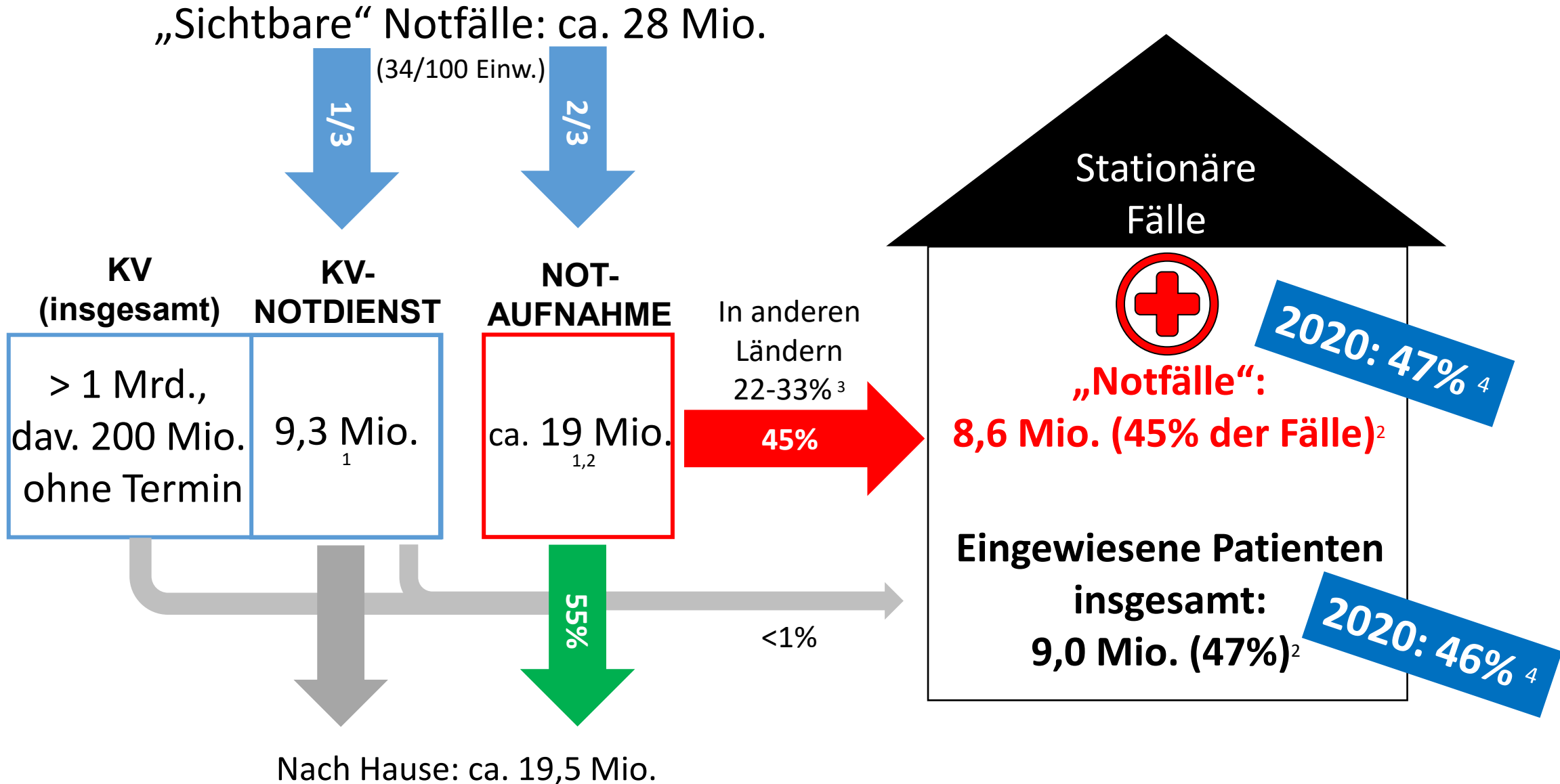
# Damit liegen wir bei ambulanter und stationären Nutzungszahlen weit über EU-Schnitt ...

Number of doctor consultations per individual



Note: Data for doctor consultations are estimated for Greece and Malta.  
Source: Eurostat Database; OECD Health Statistics (data refer to 2016 or the nearest year).

# Woher kommen die vielen Patienten? Immer häufiger über die Notaufnahmen (2018)



Datenquellen: 1. Zi (2019): Zahlen zur ambulanten Notfallversorgung in Deutschland; 2. Statistisches Bundesamt 2020; 3. Geissler A, Quentin W, Busse R (2017): Umgestaltung der Notfallversorgung: Internationale Erfahrungen und Potenziale für Deutschland. In: Klauber J, Geraedts M, Friedrich J, Wasem J (Hrsg.) Krankenhausreport 2017: Schwerpunkt Zukunft gestalten. Stuttgart: Schattauer, S. 41-59; 4. eigene Berechnungen nach INEK 2020 (unterjährige Daten bis 30.9.2020)



# Viele Patienten müssten gar nicht stationär behandelt werden: hier EU12-Schnitt vs. Deutschland

ISHMT		Fälle/100.000			Fallzahlreduktion bei EU12-Niveau
		DE	EU12	EU12 relativ zu DE	
700	Augen	410	129	-68%	-232.000
800	Ohren/ Mastoid	191	80	-58%	-92.000
1200	Haut	359	164	-54%	-161.000
1300	Bewegungsapparat/ Bindegewebe	2165	1058	-51%	-913.000
500	Psyche	1379	671	-51%	-574.000
900	Kreislauf	3451	1749	-49%	-1.404.000
200	Krebs	2228	1179	-47%	-866.000
1100	Verdauungs	2345	1300	-45%	-862.000
400	Endokrinium	625	423	-45%	-232.000
600	Nerven	932	520	-44%	-340.000
1900	Verletzungen	2313	1311	-43%	-813.000

Bei <600 Neuerkrankungen heißt das: in DE jeder Pat. 4x stationär, in EU12 2x

Viele „echte“  
Patienten werden  
in nicht adäquat  
ausgestatteten Kh.  
behandelt ...

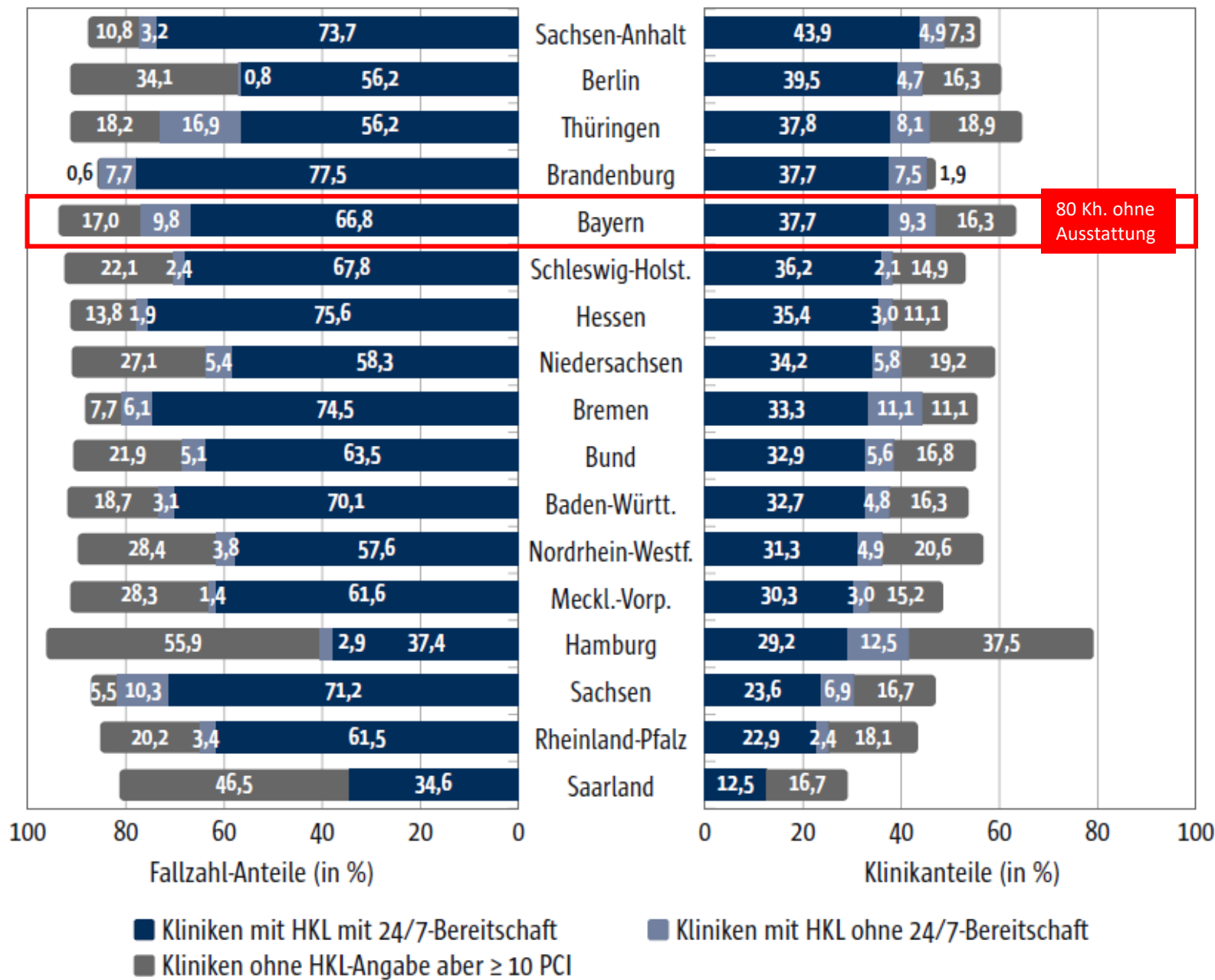


Abb. 4 Regionale Verteilung von Kliniken mit Herzkatheterlabor oder ≥ 10 PCI und der in diesen Kliniken behandelten Herzinfarkt-Fälle, 2018

Figure 6.12. Thirty-day mortality after hospital admission for AMI based on unlinked data, 2007 and 2017 (or nearest years)



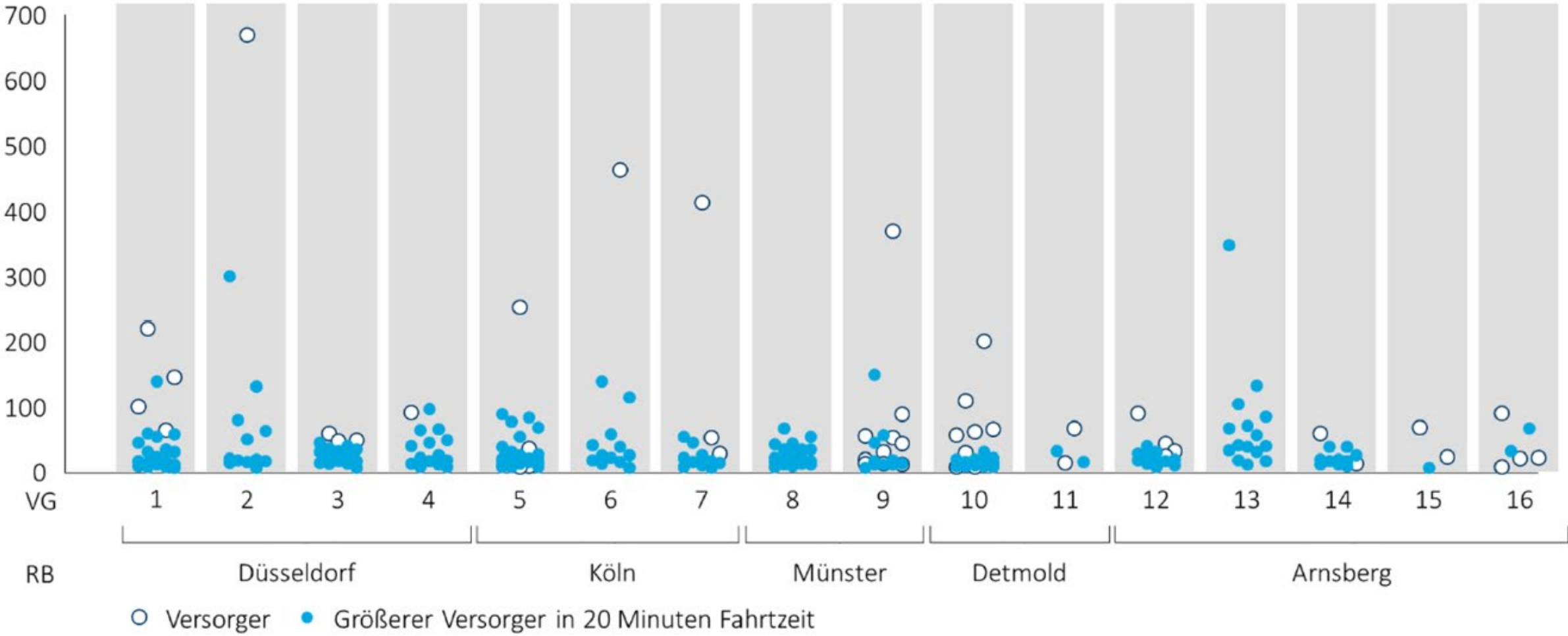
Note: The EU average is unweighted. 1. Three-year average.  
Source: OECD Health Statistics 2020.

**Eine Senkung auf französisches Niveau würde >5000 Sterbefälle/ Jahr verhindern, eine Senkung auf dänisches Niveau sogar rund 10.000!**

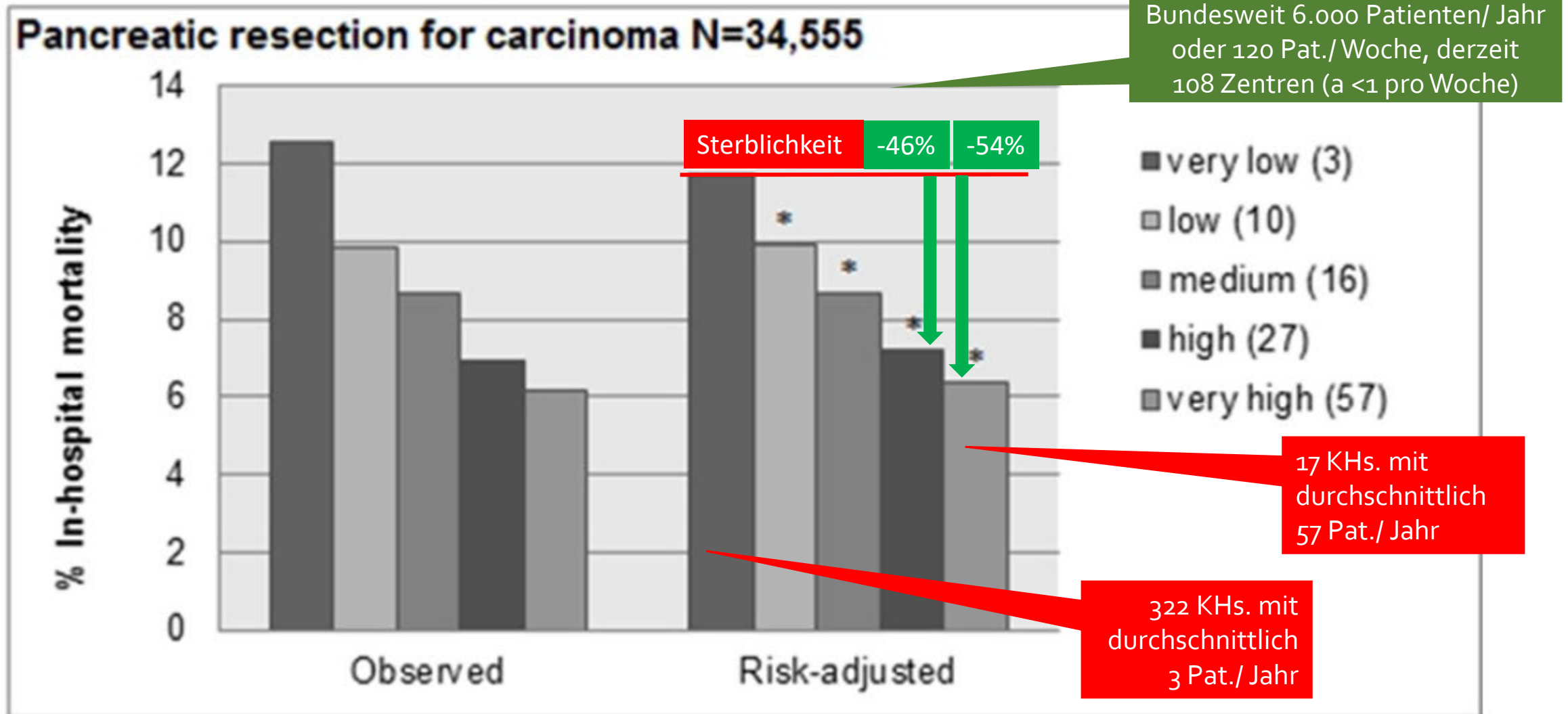
Das dürfte auch unsere schlechte Position im internationalen Vergleich erklären!

# Aber die meisten Krankenhäuser haben eines mit mehr Erfahrung in unmittelbarer Nähe (hier: Pankreas- und Lebereingriffe)

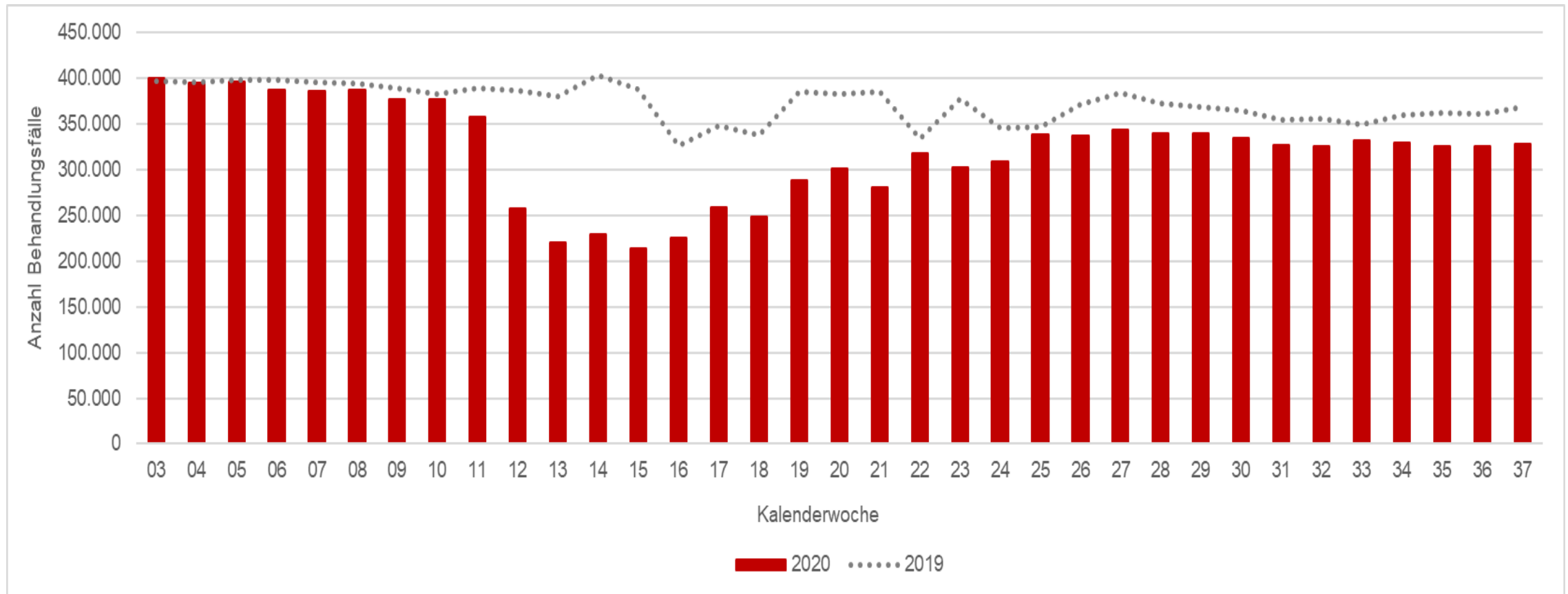
Abbildung 130: Fallzahlspektrum-relevante KH-Standorte je VG – LG Pankreas- und Lebereingriffe



# Klare Evidenz für schlechte Outcomes durch Vielzahl an Krankenhäusern mit kleinen Fallzahlen: Pankreas-Ca.



2020 gab es von März bis Mai 30% weniger stationäre Fälle ggü. 2019, aber auch seitdem -10% (die vermutlich nie wieder kommen; entspricht Patienten von 200 durchschnittlichen Krankenhäusern)



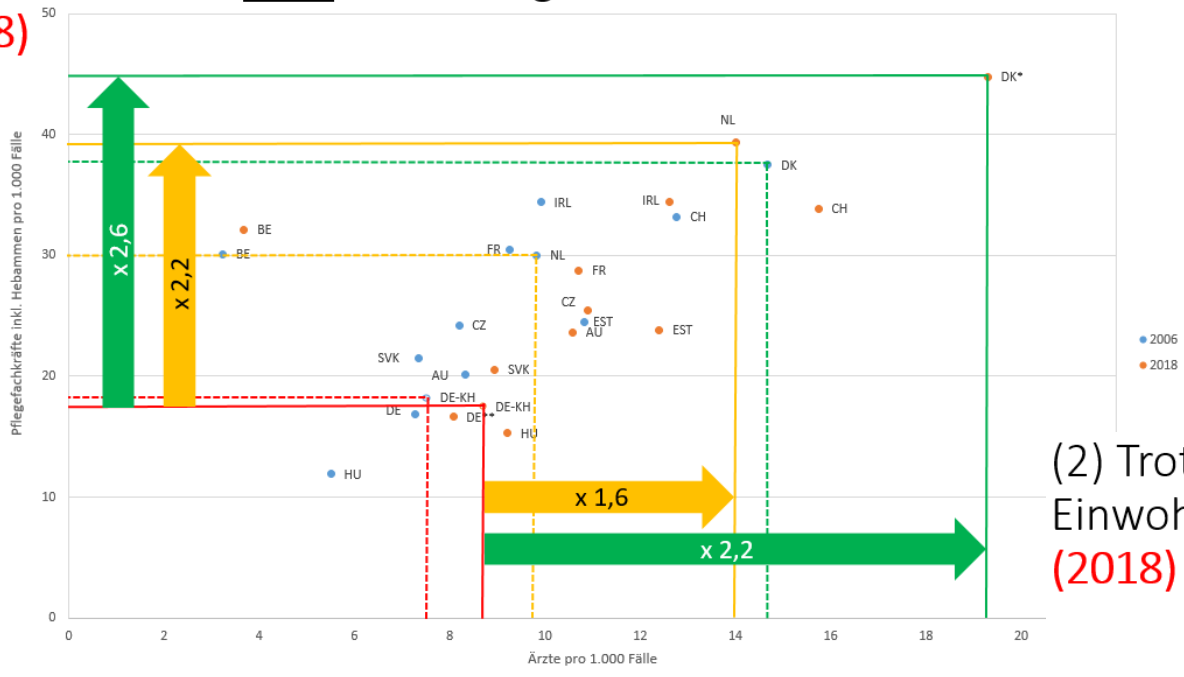
5. • „Qualität“ (statt „Nähe“) und „Personal“ werden wesentliche Säulen der Diskussion werden. Unter Hinzuziehung von Daten zur Leistungsfähigkeit unseres Gesundheitssystems (HSPA), die auch durch einen internationalen Vergleich zur transparenteren Identifizierung von Stärken und Schwächen beitragen werden, wird klar, dass wir durch unseren unnötig großen Krankenhaussektor wertvolles (Pflege-) Personal verschwenden.



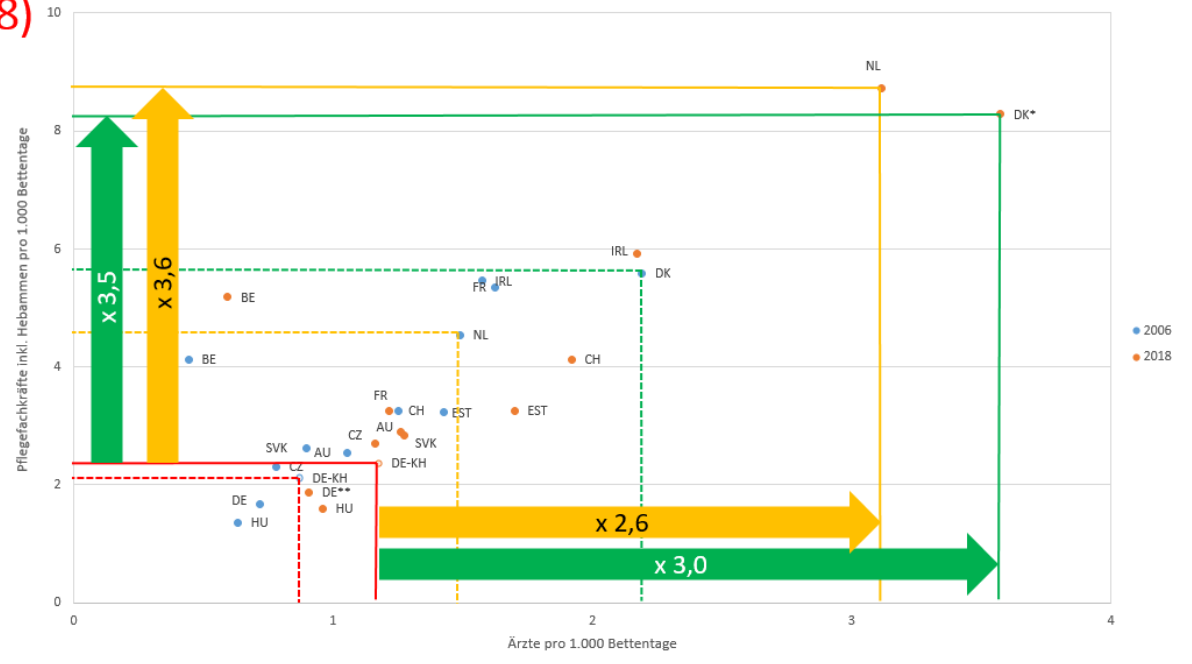
Note: The EU average is unweighted. In Portugal and Greece, data refer to all doctors licensed to practice, resulting in a large overestimation of the number of practising doctors (e.g. of around 30% in Portugal). In Austria and Greece, the number of nurses is underestimated as it only includes those working in hospital.

Source: OECD Health Statistics 2020; Eurostat Database.

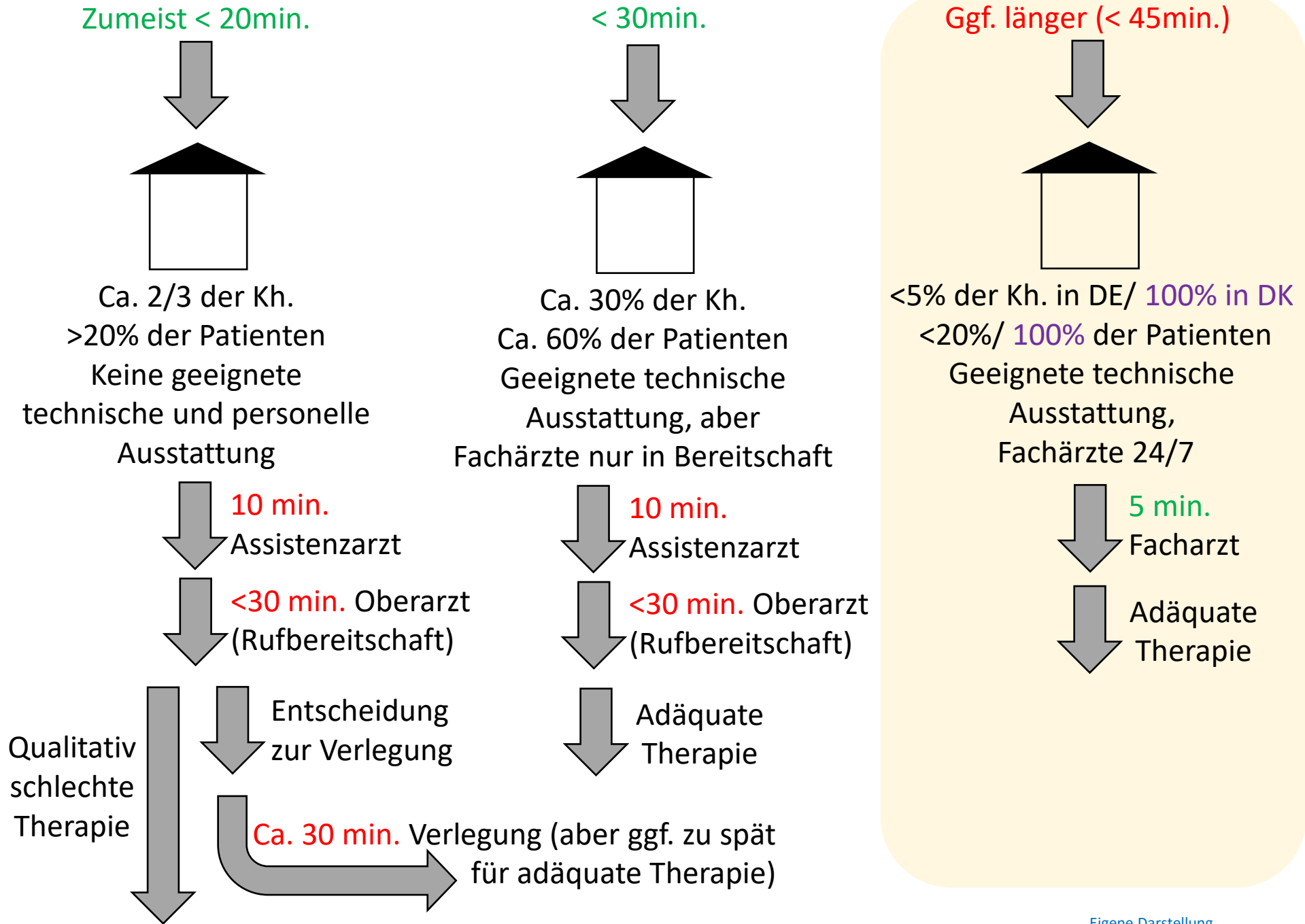
(2) Trotz überdurchschnittlicher Personalzahlen pro 1.000 Einwohner: viele Fälle = zu wenig Personal am Krankenbett  
 (2018)



(2) Trotz überdurchschnittlicher Personalzahlen pro 1.000 Einwohner: viele Bettentage = zu wenig Personal am Krankenbett  
 (2018)







Zumeist < 20min.

< 30min.

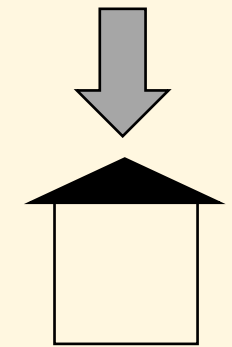
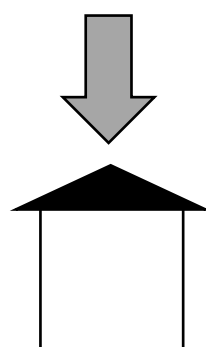
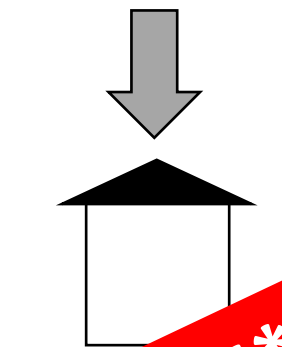
Ggf. länger (< 45min.)

**SCHLIESSEN\* & PERSONAL VERLAGERN**

**ERHALTEN\*, ABER FACHPERSONAL 24/7 VORHALTEN**

**\* Wo es wirklich nur solche Häuser gibt, statt 3 kleinen ein größeres Haus bauen!**

**\* Ggf. Standorte reduzieren, wenn z.B. Koronarangiographie und Stroke Unit an getrennten Standorten sind**



Ca. 10%

Ca. 30% der Kh.

<5% der Kh. in DE/ 100% in DK

50% der Patienten

<20%/ 100% der Patienten

technische

Geeignete technische

Ausstattung,

Fachärzte 24/7

Assistenzarzt

5 min.

Facharzt

<30 min. Oberarzt

(Rufbereitschaft)

Adäquate

Therapie

Qualitativ

schle

Verlegung

Verlegung

Adäquate

Therapie

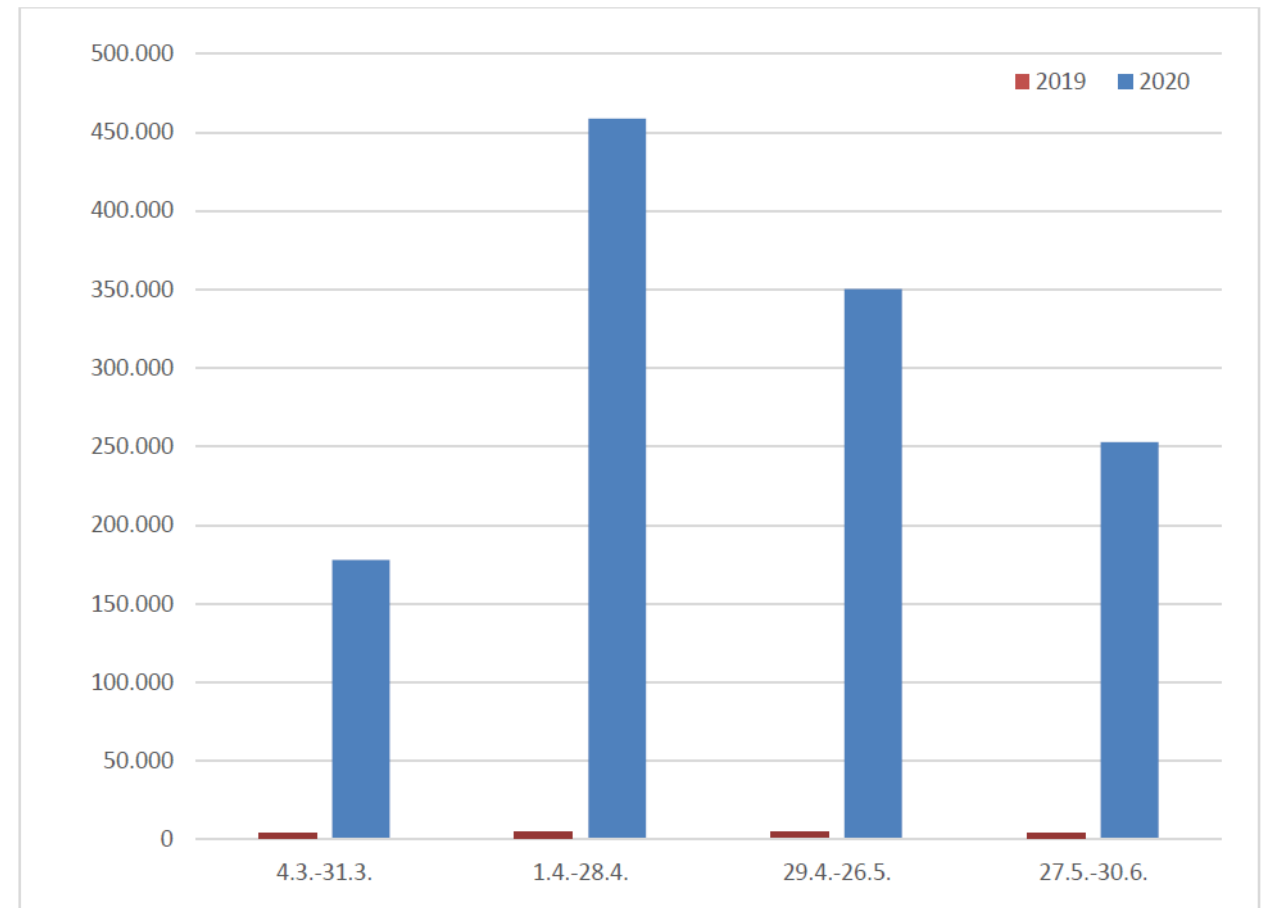
Ca. 30 min. Verlegung (aber ggf. für adäquate Therapie)



6. • Zu einer Krankenhausreform wird aber auch gehören, dass der Leistungsbezug der Vergütung quantitativ reduziert werden sollte, zugunsten einer Finanzierung von für die regionale Versorgung nötigen Vorhaltekapazitäten: Eine **Reduzierung des starken Mengen- bzw. Leistungsbezugs im DRG-System** kann über eine teilweise Finanzierung von Vorhaltekosten realisiert werden. Die Vorhaltung könnte sich neben einzelnen Leistungsbereichen und Versorgungsstufen auch auf die Notfallversorgung, Krisenkapazitäten, Koordinationsfunktionen und eine digitale Grundausstattung erstrecken.

7. • **Digitalisierung** ist ein Thema, was durch die Pandemie (nicht nur im Gesundheitswesen) starken – und unumkehrbaren – Auftrieb erlebt hat. Nicht nur bei der Datensammlung, -zuverfügungstellung und -aufarbeitung, sondern auch im Versorgungsalltag durch Videosprechstunden etc.

Abbildung 15: Videosprechstunde (Leistungshäufigkeit 4.3.-30.6., 2019 vs. 2020)



8. • Zu den Erkenntnissen, dass zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung eine Refokussierung auf ein Gesundheitssystem gehört (statt eines Nebeneinanders einzelner Akteure), hat auch beigetragen, dass die Wichtigkeit des jahrzehntelang vernachlässigten **Öffentlichen Gesundheitsdienstes** plötzlich (wieder) klargeworden ist. Seine Rolle, etwa bei der (regionalen) Gesundheitsplanung, aber auch seine Ausstattung mit Personal (etwa mit Absolventen der Public Health-Studiengänge) wird Thema werden.

- 9.
- Die Schnelligkeit, mit der mehrere **Impfstoffe entwickelt** und zugelassen worden sind, wirft unser bisheriges „Standardwissen“, dass dies wegen der regulatorischen Anforderungen extrem lange dauert, über den Haufen. Wenn es bei Covid so schnell gegangen ist, muss es auch bei anderen Krankheiten bzw. Indikationsgruppen (etwa bei Antibiotika) möglich sein.
  - Liegt es vielleicht doch daran, dass andere Krankheiten und geographische Regionen von der Pharmaindustrie als weniger attraktiv eingeschätzt werden? Muss die **Innovationsförderung** umgestellt werden, d.h. hin zu pauschalen Zahlen bei Entwicklungs- bzw. Zulassungs-Erfolg, weg von einer Bezahlung Tablette-für-Tablette (bzw. Impfdosis-für-Impfdosis)?
  - Debattiert werden muss aber auch der erkennbare Hiatus zwischen schneller Impfstoffentwicklung und zu langsamer **Impfkampagnen**. Auch das gute Funktionieren letzterer muss als Aufgabe eines leistungsfähigen Gesundheitssystems betrachtet werden.

10. • Politik und Öffentlichkeit haben die Relevanz von Fachgruppen kennengelernt, von denen viele vorher noch nicht einmal gehört hatten – z.B. Virologen, Epidemiologen, Biostatistiker, Ethiker, und vermutlich zukünftig Gesundheitsökonominnen, wenn es nach der Pandemie um die Frage geht, was wir uns im Gesundheitswesen noch leisten können und wollen, woher das Geld kommen soll/kann – und wie es mit der Evidenz zu Kosten-Nutzen aussieht (s.o. zu HSPA).
- Abzuwarten bzw. abklärenswert erscheint die Frage, inwieweit die Wahrnehmung von in der Vergangenheit auch innerhalb der Medizin oftmals wenig beachteten Gruppen zukünftige **Forschung weg von den Silos** der Grundlagenforschung, klinischen Forschung und Versorgungsforschung hin zu tatsächlich umfassender Forschung fördert.