

# Die Sicht „der Wissenschaft“ (die es so umfassend nicht gibt)

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.

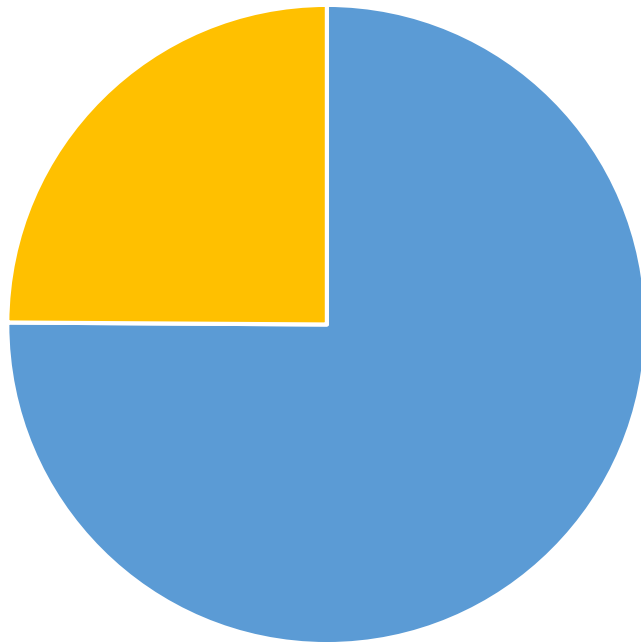
- Politik und Öffentlichkeit haben einen Crashkurs in bisher nicht bekannten Fachtermini und Konzepten hinter sich. Der Bedarf nach **zeitnahen Informationen zu Gesundheit und Gesundheitsversorgung** hat exponentiell zugenommen. Es gibt es Corona-Tagesberichte des RKI – vorher gab es noch nicht einmal 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 hinaus) dürften **jährliche Berichte zur Krankheitslast** und zur **Leistungsfähigkeit des Gesundheitssystems** (Health System Performance Assessment, HSPA) Standard werden.

- 2.
- 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.

- 3.
- 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 leichterer 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.

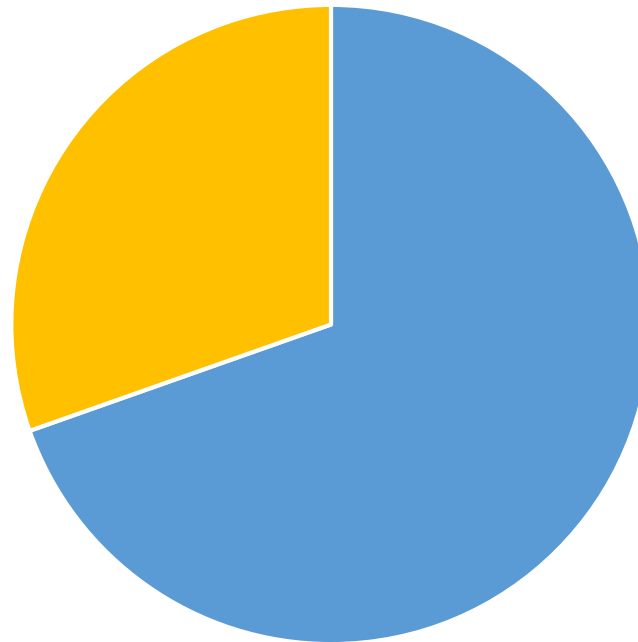
# Pandemie-Auswirkungen auf die durchschnittliche stationäre Bettenbelegung

Bettenbelegung DRG-Häuser  
**2019**



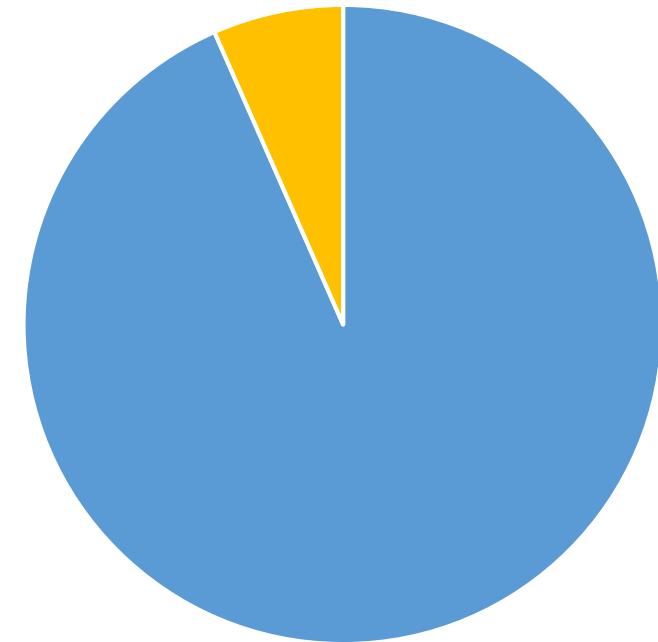
■ belegt ■ frei

Bettenbelegung Intensiv in  
DRG-Häusern **2019**



■ belegt ■ frei

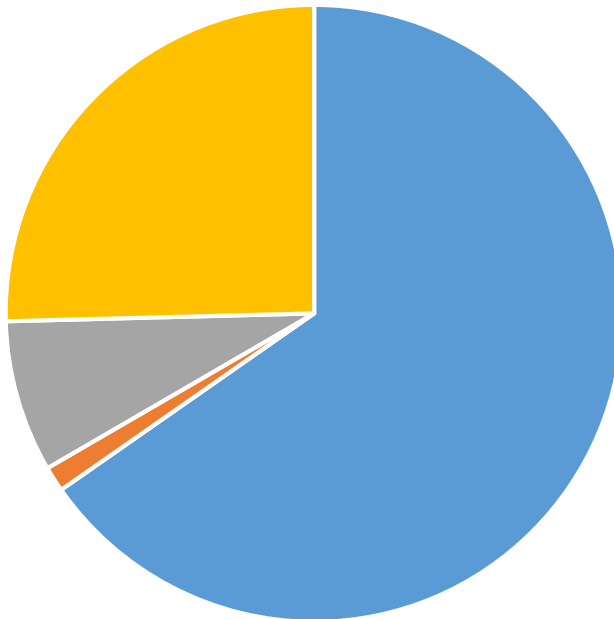
Bettenbelegung psych.  
Häuser **2019**



■ belegt ■ frei

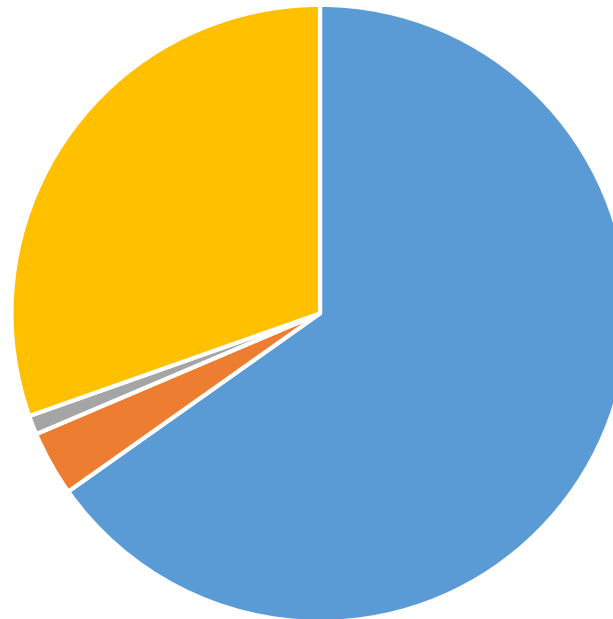
# Pandemie-Auswirkungen auf die durchschnittliche stationäre Bettenbelegung

Bettenbelegung DRG-Häuser  
2020



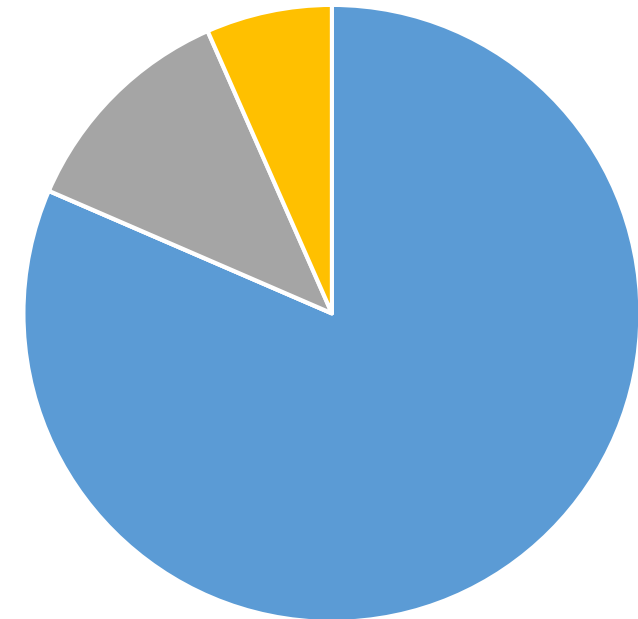
■ belegt (andere) ■ belegt (Covid)  
■ zusätzlich frei ■ schon 2019 frei

Bettenbelegung Intensiv in  
DRG-Häusern 2020



■ belegt (andere) ■ belegt (Covid)  
■ zusätzlich frei ■ schon 2019 frei

Bettenbelegung psych. Häuser  
2020



■ belegt (andere) ■ belegt (Covid)  
■ zusätzlich frei ■ schon 2019 frei

→ Starke Variation nach Größe: bis 149 Betten 61,9%, ab 800 Betten 73,1%

# Pandemie-Auswirkungen auf die durchschnittliche stationäre Bettenbelegung

Bettenbelegung DRG-Häuser  
**2020**

Bettenbelegung Intensiv in  
DRG-Häusern **2020**

Bettenbelegung psych. Häuser  
**2020**

Der Belegungsrückgang in den DRG-Häusern entspricht der kompletten Kapazität der kleinsten 538 Krankenhäuser (bis 149 Betten). Oder anders ausgedrückt: selbst wenn diese geschlossen worden wären, wäre die Bettenbelegung in den anderen 900 noch auf 74% gesunken. Erst bei Wegfall der Hälfte der Krankenhäuser (705; bis 199 Betten) hätte die Bettenbelegung in den anderen 714 bei 80% gelegen.

■ belegt (andere) ■ belegt (Covid)  
■ zusätzlich frei ■ schon 2019 frei

■ belegt (andere) ■ belegt (Covid)  
■ zusätzlich frei ■ schon 2019 frei

■ belegt (andere) ■ belegt (Covid)  
■ zusätzlich frei ■ schon 2019 frei

→ Starke Variation nach Größe: bis 149 Betten 61,9%, ab 800 Betten 73,1%

4. • „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.



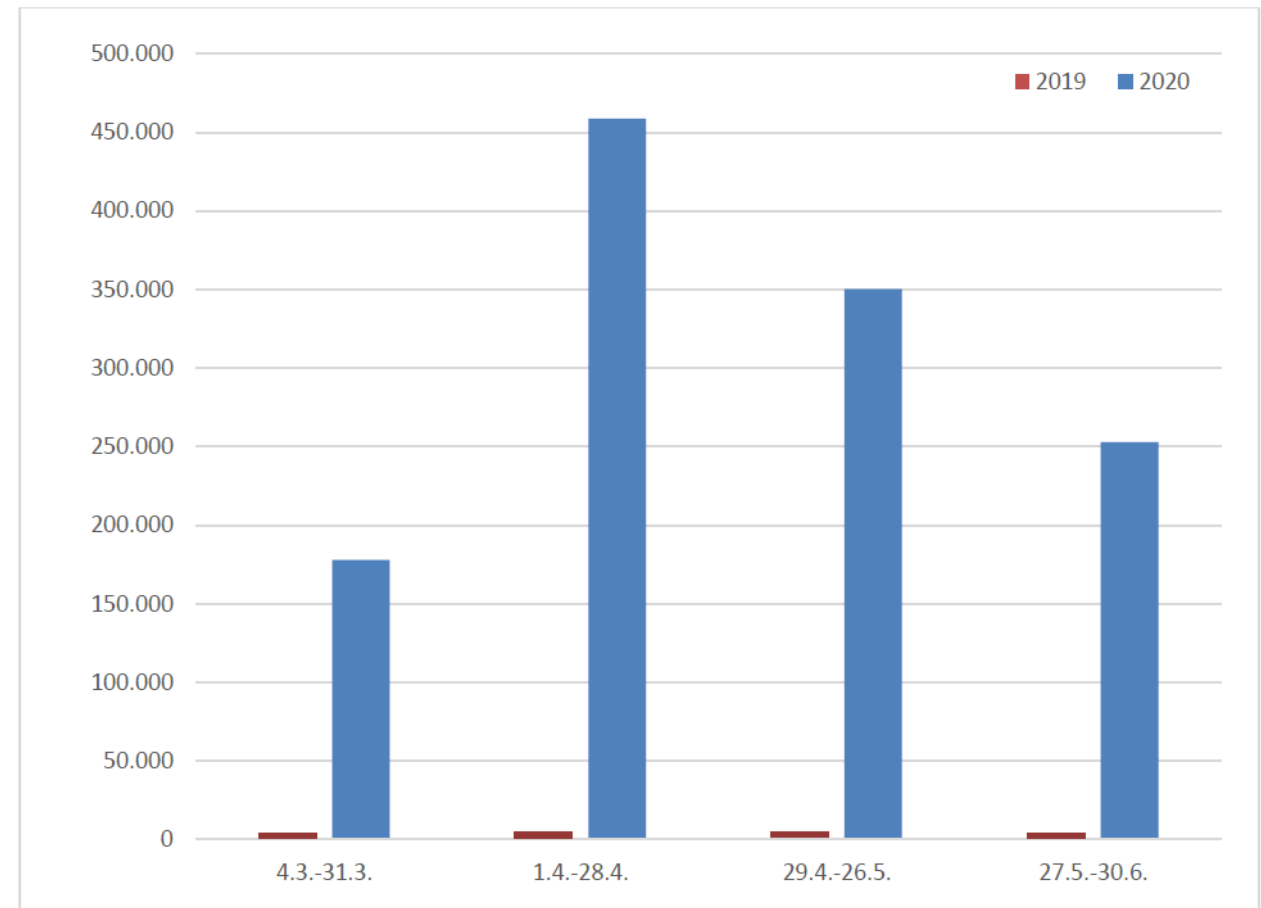
Note: The EU average is unweighted. In Portugal and Greece, data refer to all doctors licensed to practice, resulting in a large overestimation of the number of practising doctors (e.g. of around 30% in Portugal). In Austria and Greece, the number of nurses is underestimated as it only includes those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

Source: OECD Health Statistics 2020; Eurostat Database.



5. • **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)



- 6.
- 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 – durch Länder, Tarifpartner etc. – 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.

- 7.
- Ein beschämendes Kapitel war unser (initialer) Umgang mit unseren europäischen Partnern. Dass wir den Export von Schutzausrüstung in das damals deutlich stärker betroffene Italien verboten haben, sollte uns noch heute die Schamesröte in's Gesicht jagen. Auch durch die Aufnahme von Intensivpatienten und die Forcierung der gemeinsamen Impfstoffbeschaffung lässt sich das nicht wieder gut machen.
  - Die Diskussion über europäische Gesundheitspolitik, die maßgeblich von Deutschland blockiert wird, muss jetzt endlich beginnen! Ähnliches gilt für globale Gesundheitspolitik.