



IW-Policy Paper 12/2020

Mehr Staat im Gesundheitswesen?

Acht Thesen zu einer zur Unzeit aufkeimenden Systemdebatte
Jochen Pimpertz

Köln, 26.5.2020

Inhaltsverzeichnis

Zusammenfassung	3
1 Zur Motivation	4
2 Medizin und Ökonomie – eine Rollenklärung	5
3 Theoretische Vorüberlegungen aus ökonomischer Sicht	6
3.1 Das Samariterdilemma – Notwendigkeit zur Güterabwägung	7
3.2 Notwendige Regulierungen zur Überwindung des Gefangenen-Dilemmas	7
3.3 Sicherung des Zugangs zur medizinischen Versorgung	8
3.4 Vorhalten von Notfallkapazitäten	9
3.5 Umkehrung der Beweispflicht	10
4 Hypothesen zur Beurteilung der Leistungsfähigkeit des deutschen Gesundheitssystems	10
4.1 Empirie in der Krise	10
4.2 Begünstigt die ambulante Versorgung die Entwicklung der Krankheitslast?	14
4.3 Begünstigt die deutsche Krankenhausstruktur eine zeitnahe Bereitstellung von Notfallkapazitäten?	16
4.4 Naturalistische Fehlschlüsse in einer Systemdebatte zur Unzeit	20
5 Lösungsorientierte Forschung statt naturalistische Fehlschlüsse	20
Literatur	23
Abstract	25
Abbildungsverzeichnis	26

JEL-Klassifikation:

- H51 – Staatsausgaben und Gesundheit
- I11 – Analyse von Health Care Markets
- I13 – Krankenversicherung, öffentliche und private

Das vorliegende IW-Policy Paper ist Bestandteil des von der Carl Deilmann-Stiftung geförderten Forschungsprojekts „Solidarität in der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung“.

Zusammenfassung

Die derzeit aufkeimende Systemkritik am deutschen Gesundheitswesen suggeriert, dass die zur unmittelbaren Gefahrenabwehr notwendige, von der Exekutive geprägte Steuerungslogik über die Krisenbewältigung hinaus zu vorteilhafteren Ergebnissen führe. Einfache Überlegungen und Indikatoren überführen diese Argumentation aber eines naturalistischen Fehlschlusses. Ein bevölkerungsumfassender Zugang zur medizinischen Versorgung ist in Deutschland grundsätzlich über die allgemeine Krankenversicherungspflicht gewährleistet. Mit dem Nebeneinander von privater und gesetzlicher Krankenversicherung lässt sich deshalb unter den Vorzeichen der Pandemie kein Reformbedarf begründen.

Mit Blick auf die krisenbedingten Herausforderungen stehen vor allem die vorgehaltenen Notfallkapazitäten auf dem Prüfstand. Bereits vor Eintreten der Pandemie wies Deutschland aber eine im internationalen Vergleich großzügige Bettenausstattung auch unter intensivmedizinischen Anforderungen auf, die durch wenige gesetzgeberische Anpassungen nochmals aufgestockt werden konnten. Möglicherweise hat gerade die hierzulande nach der Trägerschaft stark differenzierte Krankenhauslandschaft dies begünstigt – ein Hinweis auf eine höhere Leistungsfähigkeit öffentlicher Träger, die als Begründung für eine stärkere staatliche Steuerung oder Bereitstellung interpretiert werden könnte, liefern die Indikatoren jedenfalls nicht.

Auch wenn die damit zur Verfügung stehenden Betten glücklicherweise bislang nicht ausgelastet werden mussten, drohen aber unter extremen Anforderungen möglicherweise Engpässe aufgrund der personellen Ausstattung. Denn dort belegt Deutschland im internationalen Vergleich lediglich einen Platz im vorderen Mittelfeld. Ohne damit die Diskussion möglicher Steuerungsdefizite in Abrede stellen zu wollen, reicht auch dieser Hinweis nicht, um aus den aktuellen Erfahrungen Argumente für eine grundlegende Systemkritik zu gewinnen.

Derzeit wird die bislang niedrige Mortalitätsrate in Deutschland in engem Zusammenhang mit dem zeitigen Einsetzen von präventiven Maßnahmen interpretiert. Es lassen sich aber Hypothesen über weitere, begünstigende Faktoren plausibel begründen, zum Beispiel dass die hohe ambulante Konsultationshäufigkeit hierzulande zusammen mit den erleichterten Bedingungen der Krankenschreibung zu der bislang moderaten Entwicklung der Infektionszahlen und Todesfälle beigetragen haben kann. Demnach käme aber gerade der privatwirtschaftlich organisierten, ambulanten Versorgung hierzulande eine besondere Rolle bei der Krisenbewältigung zu.

Kommt eine grundlegende Systemdebatte zur Unzeit, so gilt es den Blick darauf zu lenken, wie die in gesundheitspolitischen Fragen involvierten Disziplinen politisch verantwortliche Entscheidungsträger unterstützen können. Dazu sollte die Politik nach Möglichkeit Forschungsansätze unterstützen, die bevölkerungsrepräsentative Hochrechnungen virologischer und epidemiologischer Erkenntnisse erlauben. Diese Erkenntnisse können helfen, auf regionale Ebene zielgenauer zwischen gesundheitlichen Risiken und ökonomischen Kosten abwägen zu können. So lassen sich die Kosten insgesamt begrenzen, die die Volkswirtschaft auf lange Sicht belasten werden.

1 Zur Motivation

Noch befindet sich die Gesellschaft mitten in der Corona-Krise. Angesichts der enormen medizinischen wie gesellschaftlichen Herausforderungen besteht wie selten zuvor wissenschaftlicher Beratungsbedarf für politisch verantwortliche Akteure. Insbesondere die empirisch fundierten Ansätze unterschiedlicher Disziplinen, allen voran der Epidemiologen, stehen dabei vor gravierenden methodischen Herausforderungen:

- Der Verlauf des Infektionsgeschehens lässt sich unter dem zeitlichen Handlungsdruck nur modellhaft voraussagen, unterliegt doch eine bevölkerungsrepräsentative empirische Messung des Infektionsgeschehens ebenso zahlreichen Restriktionen wie der medizinische Erkenntnisfortschritt. Messprobleme resultieren etwa aus den anfänglich nur begrenzt verfügbaren Testkapazitäten oder den Selektionsprozessen infolge einer bevorzugten Testung von Risikogruppen. Auch die virologischen Erkenntnisse verändern sich mit dem Durchleben der Pandemie.
- So sieht sich die Medizin einem bislang weitgehend unbekanntem Erreger ausgesetzt und lernt deshalb mit der Bewältigung aktueller Herausforderungen in einem Atemzug fortlaufend über Risiken, Auswirkungen und Therapiemöglichkeiten. Epidemiologische Parameter wie die Mortalitätsrate variieren deshalb nicht allein mit dem Krankheitsgeschehen, sondern teilweise auch mit dem medizinischen Erkenntnisfortschritt und der Varianz medizinischer Therapien.
- Forschung und Entwicklung arbeiten auch hierzulande mit Hochdruck sowohl an der Entwicklung von Impfstoffen als auch an den Behandlungsmöglichkeiten für akut Erkrankte (Kirchhoff/Mertens/Scheufen, 2020). Der Zeitdruck, unter dem die Medizin im Umgang mit den massiert auftretenden Infektionszahlen agieren muss, stellt bislang gut begründete, aber zeitintensive Verfahren auf den Prüfstand – von der empirischen Absicherung neuen Wissens bis zur Neuzulassung insbesondere pharmazeutischer Therapieoptionen.
- In beispielloser Solidarität nimmt die Gesellschaft den Lockdown in der Hoffnung hin, damit einen wirksamen Beitrag zur Eindämmung des Infektionsrisikos und der beklagenswerten Opferzahlen leisten zu können. Bereits in einer frühen Phase der notwendigen Kriseninterventionen wird dabei offenbar, dass es angesichts der Solidarlasten nicht allein nach medizinischen Kriterien abzuwägen gilt, wenn über die Dauer und den Umfang präventiver Maßnahmen zu entscheiden ist (Hüther, 2020a und 2020b).
- In ebenso beispielloser Art und Weise ringt die Politik deshalb gemeinsam mit Wissenschaftlern der medizinischen, ethischen, aber auch ökonomischen Disziplinen um eine sachgerechte Abwägung von gesundheitlichen Risiken und den wirtschaftlichen Folgen notwendiger Einschränkungen gewohnter Freiheitsrechte.

Der Umgang mit einem für viele Bürger unbekanntem Ausmaß an Unsicherheit ist ungeübt und fordert der Gesellschaft in allen Lebensbereichen viel ab. Doch während die beteiligten Teildisziplinen der Humanmedizin und Pharmakologie unter Hochdruck und mit beachtlichen Zwischenerfolgen bemüht sind, den Verlauf der Pandemie abzuschätzen, gleichzeitig die

Versorgung zu gewährleisten und neues Wissen über den Erreger, seine Folgen und mögliche Therapien zu generieren, mehren sich bereits Stimmen, die erste Lehren und Ableitungen bezüglich der Weiterentwicklung des deutschen Gesundheitssystems empfehlen wollen. Waren Positionen, die für eine stärkere Rolle des Staates plädieren, zunächst nur von einigen Politikern artikuliert worden, treten nun auch Protagonisten der ökonomischen Disziplin auf den Plan, die auf bekannte Strukturprobleme verweisen und mögliche Schlussfolgerungen über die künftige Gestaltung des Gesundheitssystems auch unter Verweis auf internationale Referenzen anreißen (zum Beispiel Fratzscher, 2020).

Schon für den Laien ist erkennbar, dass angesichts der zahlreichen medizinischen Fragen finale gesundheitspolitische Ableitungen eher von Glaubenssätzen denn von Wissensfortschritt geleitet sein müssen, wenn es um den Ruf nach mehr Staat und weniger Markt im Gesundheitswesen geht. Noch wissen wir zu wenig über die komplexen medizinischen Zusammenhänge, die sich aus dem Zusammenwirken des Virus mit anderen gesundheitsrelevanten Prädispositionen resultieren, geschweige denn, welchen Einfluss Systemmerkmale auf eben dieses Infektionsgeschehen und die Bewältigung der Versorgungsnotwendigkeiten haben. Doch zu der vorläufig gültigen Wahrheit gehört deshalb auch, dass die einfache Gegenrede nicht minder Gefahr läuft, auf normative Prägungen zurückzufallen. Damit soll die notwendige Diskussion über strukturelle Reformbedarfe keineswegs in Abrede gestellt werden. Angesichts der Schwierigkeiten, unter Zeitdruck medizinisches Wissen zu generieren und Erkenntnisse abzusichern, aber auch aufgrund der empirisch nur schwer zu beantwortenden Frage nach der Rolle unterschiedlicher Gesundheitssysteme in der Krise drohen naturalistische Fehlschlüsse, die vom Sein auf das Sollen weisen, also von der aktuell durch die Exekutive bestimmten Handlungslogik auf einen allgemeinen Gestaltungsgrundsatz für das deutsche Gesundheitswesen. Dies stünde aber im Widerspruch zu den methodologisch begründeten Kriterien einer wissenschaftlich fundierten Politikberatung.

Vor diesem Hintergrund soll in Thesen diskutiert werden, ob sich angesichts der Corona-bedingten Herausforderungen ökonomisch relevante Hinweise gewinnen lassen, die auf eine höhere Leistungsfähigkeit alternativ gestalteter Gesundheitssysteme deuten. Dazu sollen auf der Grundlage von ordnungstheoretischen Überlegungen und einfacher empirischer Einordnungen gezeigt werden, warum eine Systemdebatte derzeit nicht nur fehl am Platz wirkt, sondern auch auf absehbare Zeit keine neuen Antworten auf die aktuellen Herausforderungen generieren kann. Unter den pandemischen Herausforderungen stehen dabei Fragen des Zugangs zur medizinischen Versorgung und der Ausstattung des deutschen Gesundheitssystems im Mittelpunkt.

2 Medizin und Ökonomie – eine Rollenklärung

Schon innerhalb der Ökonomen-Zunft besteht keinesfalls Einigkeit darüber, nach welchen Gestaltungsgrundsätzen ein Gesundheitssystem rational gestaltet werden soll. Obwohl die Disziplin mit ihrem liberalen Axiom des methodologischen Individualismus eine einheitliche Norm für ihre theoriegeleiteten Debatten grundlegt und sie nach Maßgabe des kritischen Rationalismus ihren eigenen Erkenntnisfortschritt den strengen Kriterien der empirischen Sozialforschung unterwirft, kommen ihre Protagonisten in der Systemfrage zu unterschiedlichen Ableitungen im Detail. Die in der Literatur über Jahrzehnte dokumentierten, kontroversen Diskussionsbeiträge

mögen Beleg dafür sein, dass die ökonomische Disziplin weder alleinige Deutungshoheit in gesundheitspolitischen Fragen beanspruchen kann, noch zu einheitlichen Empfehlungen gelangt (dazu zum Beispiel Pimpertz, 2001 und die dort zitierte Literatur). Angesichts der aktuell interdisziplinär geführten Debatte über die politischen Handlungsnotwendigkeiten kann es deshalb nicht darum gehen, die Diskussion der Ökonomen-Zunft nachzuzeichnen. Die ist zudem in ihrer Bewertung der Systemfrage immer auch auf Indikatoren zur Messung medizinischer Outcome-Größen angewiesen, um Aussagen über die Effizienz systemrelevanter Steuerungsparameter treffen zu können. Da sich mit der Pandemie außerdem die Maßstäbe für die Bewertung der Leistungsfähigkeit eines Gesundheitssystems verändert haben, muss die Frage nach der rationalen Gestaltung mehr denn je den Kriterien der empirischen Sozialforschung unterworfen werden. Es ist unmittelbar einleuchtend, dass eine bislang empirisch nicht abschließend beantwortete Systemdebatte deshalb nicht innerhalb von wenigen Wochen neu beurteilt werden oder gar zu grundlegend neuen Einschätzungen führen kann. Vor dem Hintergrund einfacher Befunde kann aber (selbst)kritisch über die Reichweite und Aussagekraft der aufkeimenden Systemdiskussion reflektiert werden.

Angesichts der interdisziplinären Debattenlage geht es dabei auch um die Identifikation wechselseitiger Ergänzungen, um wissenschaftlich fundierte Einordnungen in einen umfassenderen gesellschaftlichen Bezugsrahmen vornehmen zu können. Interdisziplinarität ist dabei durch eine Vielfalt wissenschaftlicher Zugänge mit ihren jeweils spezifischen Axiomen, also grundlegenden Normen gekennzeichnet. In der medialen Öffentlichkeit werden diese unterschiedlichen Perspektiven oftmals in einem Konflikt dargestellt, wie der vermeintliche Gegensatz von Ökonomie und Medizin suggeriert. Tatsächlich ergeben sich aber Berührungspunkte, die eine fruchtbare Diskussion jenseits disziplinärer Abgrenzungen ermöglichen. Dies erfordert allerdings auf der einen Seite die Anerkennung von Grenzen der eigenen ökonomischen Disziplin. Auf der anderen Seite erlaubt aber die ökonomische Reflektion – bei aller gebotenen Demut gegenüber dem für Ökonomen fachfremden Ansatz der Humanmedizin – auch eine Einordnung relevanter medizinischer Erkenntnisse in einen umfassenderen gesellschaftspolitischen Bezugsrahmen.

3 Theoretische Vorüberlegungen aus ökonomischer Sicht

Die aktuelle Gesundheitspolitik ist stark geprägt von der exekutiven Handlungslogik, die sich unter dem Eindruck des dramatischen Infektionsgeschehens zu epidemiologisch begründeten Einschränkungen bislang gewohnter Freiheitsrechte gezwungen sieht. Mit dem Fortschreiten der Pandemie sind die politischen Entscheidungsträger nun aber vor die Situation gestellt, über Strategien zum Exit aus dem Shutdown zu entscheiden und die Lockerungen fortlaufend vor dem Hintergrund der weiteren Ausbreitung des Virus zu überprüfen. Waren bislang vor allem gesundheitliche Kriterien ausschlaggebend für die Begründung der bevölkerungsweiten Einschränkungen, gilt es nun vermehrt Abwägungen über medizinische Kriterien hinaus anzustrengen (dazu Bardt/Hüther, 2020). Aus der universellen Knappheit der Ressourcen, die auch die medizinische Versorgung betrifft, resultiert die Notwendigkeit einer Abwägung zwischen unterschiedlichen, gesellschaftspolitisch relevanten Ziel. Dabei zeigen Überlegungen zur Einordnung in einen gesamtgesellschaftlichen Kontext, dass beide Perspektiven nicht nur ihre Berechtigung haben, sondern sich auch wechselseitig bereichern können. Um die aufkeimende Systemdebatte einordnen zu können, gilt es deshalb zunächst einige theoretische Vorüberlegungen

anzustrengen, um die Perspektive der Ökonomie über die Grenzen der eigenen Disziplin hinaus verständlich zu machen.

3.1 Das Samariterdilemma – Notwendigkeit zur Güterabwägung

Mit dem Samariterdilemma wird in der Literatur das ökonomische Problem sozialpolitisch motivierten Handelns beschrieben, das auch für die Humanmedizin relevant ist (Buchanan, 1984, 51 ff.). Verkürzt dargestellt zwingt bereits die naturgegeben beschränkte physische und psychische Leistungsfähigkeit einzelne Wirtschaftssubjekte angesichts nahezu unbegrenzter Hilfsmöglichkeiten zu einer Auswahl möglicher Adressaten. Sobald zusätzliche Mittel für die Bereitstellung von Hilfen benötigt werden, ist darüber hinaus zwischen der Hilfe und dem Erwirtschaften dafür notwendiger Ressourcen abzuwägen.

Auch Mediziner in der ambulanten wie stationären Versorgung sehen sich in ihrer Praxis vor die Notwendigkeit gestellt, ihre Möglichkeiten zu medizinischer Hilfe gerade unter den Herausforderungen der Pandemie zuzuteilen. Dabei können zwar ethisch begründete Handlungsleitlinien für die konkrete Entscheidung zugunsten oder gegen eine medizinische Behandlung Hilfen bieten, wie sie zum Beispiel von der Deutschen Vereinigung der Intensiv- und Notfallmedizin erarbeitet wurden (DIVI, 2020). Die grundlegenden ethischen Konflikte lassen sich damit aber nur bedingt heilen, wie die Gegenüberstellung utilitaristischer und deontologisch fundierter Positionen verdeutlicht (Enste/Eyerund, 2020). Denn in der medizinischen Praxis scheint es zwar so, dass die auf die utilitaristische Perspektive zurückzuführenden Maßstäbe evidenzbasierter Medizin dem praktizierenden Arzt konkrete Auswahlentscheidungen abnehmen können. Der medizinethische Anspruch, gesundheitliches Leiden zu lindern, wirft ihn aber im konkreten Einzelfall auf das ursprüngliche Dilemma zurück. Evidenzbasierte Leitlinien mögen zwar eine Entscheidung für oder wider einer Behandlung erleichtern und vor allem in rechtlicher Hinsicht absichern, sie entbinden den Arzt aber nicht von dem grundlegenden Konflikt, der aus der Abwägung möglicher Konsequenzen seines Handelns zugunsten eines Patienten im Behandlungs- oder im Warteraum resultieren (zum Beispiel Brüggengjürgen, 2014, 286 f.).

Daraus resultiert **These 1**: Nicht nur unter den Herausforderungen der Pandemie steht das ärztliche Handeln unter der Restriktion knapper Ressourcen und zwingt deshalb zur Abwägung möglicher Behandlungsalternativen. Das gilt es zu beachten, wenn unter besonderen Anforderungen der Wunsch nach bestmöglicher medizinischer Versorgung adressiert wird.

3.2 Notwendige Regulierungen zur Überwindung des Gefangenen-Dilemmas

Einmal abgesehen davon, dass aufgrund der akuten und neuartigen Bedrohungslage bislang medizinisches Wissen nicht hinreichend empirisch abgesichert werden kann, um allgemeingültige, evidenzbasierte Entscheidungen über die Ressourcenzuteilung treffen zu können, so ersetzen diese nicht die auf gesellschaftlicher Ebene zu treffenden Entscheidungen über die Verwendung knapper Ressourcen – weder in der Regelversorgung, noch im Krisenfall. Denn neben dem Samariter-Dilemma, das den Entscheidungskonflikt für einzelne Wirtschaftssubjekte verdeutlicht, tritt in der sozialen Interaktion der Wirtschaftssubjekte ein weiteres Dilemma auf – das Gefangenen-Dilemma. Erwartet nämlich ein mildtätig motivierter, aber rational abwägender Bürger, dass andere Mitbürger mit ihrer Hilfe zuvorkommen, ist es für ihn sinnvoll, sein eigenes Hilfsangebot zunächst zurückzuhalten. Denn wenn andere helfen, ist seine Motivation befriedigt, ohne

dass eigene Mittel dafür aufgewendet werden mussten. Handeln aber alle Bürger und nicht nur einzelne Individuen nach diesem Kalkül, droht die gesellschaftlich wünschenswerte Hilfe zu unterbleiben.

These 2: In demokratisch verfassten Gesellschaften besteht immer die Notwendigkeit, wertbehaftete Entscheidungen darüber herbeizuführen, wie den Bürgern der Zugang zu einer als notwendig erachteten und mehrheitlich präferierten medizinischen Versorgung ermöglicht werden kann und in welchem Umfang und für welche medizinischen Anwendungsfälle Ressourcen dazu bereitzustellen sind. Unter den Erfahrungen der Pandemie ist der Umfang der zuvor unter Unsicherheit getroffenen Vorkehrungen möglicherweise neu zu bewerten, nicht aber notwendigerweise das zugrundeliegende Gesundheitssystem.

3.3 Sicherung des Zugangs zur medizinischen Versorgung

Dem Anspruch eines Zugangs zur medizinischen Versorgung für alle Bürger kann – im Sinne einer geringstmöglichen Einschränkung individueller Freiheitsrechte – durch eine allgemeine Versicherungspflicht entsprochen werden. Denn solange die individuelle Zahlungsfähigkeit notwendiger Beiträge/Prämien zum Beispiel über das allgemeine Steuer-Transfer-System gewährleistet werden kann, sichert ein bevölkerungsumfassender Versicherungsschutz den Zugang zur medizinischen Behandlung im Umfang eines mindestens abzusichernden Versorgungsniveaus (Pimpertz, 2001, 72 ff.). Dies vorausgesetzt steht eine hinreichende Zahlungsbereitschaft zur Verfügung, um den für die gewünschte medizinische Versorgung erforderlichen Ressourcenaufwand zu entgelten (zum Beispiel Pimpertz, 2001, 151 ff. und 227 f.).

Ohne eine Versicherungspflicht droht hingegen ein Freifahrerverhalten jener Personen, die aus eigener Kraft auf Versicherungsmärkten eine hinreichende Vorsorge für die im Erkrankungsfall auftretenden Behandlungskosten organisieren könnten, aber im Vertrauen auf steuerfinanzierte medizinische Angebote derartige Anstrengungen unterlassen. Dieser Anreiz wirkt immer dann, wenn die Gesellschaft aus humanitären Erwägungen auch nichtversicherten Personen notwendige Hilfen verspricht, die gegebenenfalls aus Steuermitteln finanziert werden.

In Deutschland gilt eine derartige Krankenversicherungspflicht für die gesamte Bevölkerung, wobei die gesetzliche Krankenversicherung auf risikoäquivalente Prämien verzichtet und die Zahlungsfähigkeit (und damit den Zugang zur kassenärztlichen Versorgung) für gesetzlich Versicherten im Rahmen der lohn- und rentenbezogenen Beitragsfinanzierung gewährleistet. Anders als in dem solidarischen System der gesetzlichen Krankenversicherung werden die Prämien für Privatversicherte risikoäquivalent berechnet; bei Zahlungsunfähigkeit tritt gegebenenfalls das Grundsicherungssystem ein, um einen ausreichenden Krankenversicherungsschutz zu gewährleisten.

Wenn aktuell Stimmen laut werden, die aufgrund der Krisenerfahrungen die Notwendigkeit erkennen wollen, das System zu einer Bürgerversicherung weiterzuentwickeln (Hoffmann, 2020), so mag das aufgrund anderer Kriterien und Abwägungen erfolgen. Diese Ableitung lässt sich aber ökonomisch nicht damit begründen, dass einzelnen Personengruppen hierzulande der Zugang zur medizinischen Versorgung verwehrt bliebe.

These 3: Ein bevölkerungsumfassender Zugang zur medizinischen Versorgung ist in Deutschland grundsätzlich über die allgemeine Krankenversicherungspflicht gewährleistet; das Nebeneinander von privater Krankenversicherung und gesetzlichem Solidarsystem stellt dieses Ziel nicht in Frage.

Vor diesem Hintergrund verbieten sich extreme Vergleiche zum Beispiel mit dem US-amerikanischen Gesundheitssystem, das oftmals als Beispiel für die Defizite einer marktwirtschaftlichen Steuerungslogik im Gesundheitswesen zitiert wird. Schon das Fehlen einer allgemeinen Versicherungspflicht führt zu verteilungspolitischen Implikationen, die in der deutschen Systemdebatte weder zur Diskussion stehen noch von den Protagonisten marktwirtschaftlicher Allokationsprinzipien ernsthaft in Erwägung gezogen werden. Eine hierzulande zu Recht als ungerecht erachtete Verteilung gesundheitlicher Chancen geht in den USA mit einer Ungleichverteilung wirtschaftlicher und sozialer Teilhabechancen einher, die für Deutschland mehrheitlich nicht akzeptiert wird. Vergleichende Betrachtungen sind deshalb im Folgenden auf jene Gesundheitssysteme zu beschränken, die dem Anspruch eines bevölkerungsumfassenden Zugangs zu einer medizinischen Mindestversorgung genügen wollen.

3.4 Vorhalten von Notfallkapazitäten

Vor dem Hintergrund der aktuellen Herausforderungen stellt sich somit vordringlich die Frage nach dem Vorhalten von Notfallkapazitäten, die zum Beispiel im Fall einer Pandemie eine hinreichende Versorgung nach Maßgabe der für wahrscheinlich erachteten Inanspruchnahme gewährleisten sollen. Ex ante entsteht durch das ressourcenintensive Vorhalten ein sogenannter Optionsnutzen (Breyer/Zweifel, 1999, 155 f.). Erst durch das Eintreten einer in Umfang und Verteilung nicht vorhersehbaren gesundheitlichen Bedrohungslage erwächst den Patienten ein konkreter Nutzen, weil sie dann ad hoc auf entsprechende medizinische Behandlungsmöglichkeiten zurückgreifen können. Bei der Finanzierung derartiger Notfallkapazitäten droht aber ohne staatliche Einschränkung der individuellen Entscheidungsfreiheit eine zu geringe Bereitstellung. Denn im Vertrauen auf die Finanzierung von Notfallkapazitäten durch andere zahlungswillige Bürger könnten rational handelnde Individuen bei ausschließlich marktlicher Allokation versucht sein, ihre eigene Zahlungsbereitschaft zu verschleiern. Damit aber droht in der Summe eine zu geringe Ausstattung an Reservekapazitäten. Wenn diese aber im Krisenfall nicht nur einem zahlungswilligen und zahlungsfähigen Teil der Bevölkerung vorbehalten bleiben sollen, ist eine kollektive Entscheidung über Umfang, Ausstattung und Finanzierung herbeizuführen, die gleichwohl unter Unsicherheit, also ex definitionem in Abwägung eines ungewissen Eintritts sowie nach Maßgabe der mehrheitlich geteilten Risikopräferenz zu treffen ist.

Auch das Vorhalten von Notfallkapazitäten erfordert weder eine öffentliche Bereitstellung noch eine Finanzierung aus Steuermitteln. Denn in einem System mit Versicherungspflicht lassen sich die als wünschenswert erachteten Versorgungskapazitäten auch durch private Akteure bereitstellen, wenn die dazu erforderlichen Ressourcen entgolten werden. Dabei ist es für die Bereitstellung von Notfallkapazitäten irrelevant, ob die Mittel aus dem Staatshaushalt oder über die Versicherungsbeiträge aufgebracht werden, weil auch über die allgemeine Versicherungspflicht eine bevölkerungsumfassende Beteiligung an der Finanzierung sichergestellt werden kann. Ebenso kann aufgrund dieser Überlegung nicht auf die Notwendigkeit geschlossen werden, die Kapazitäten in öffentlich-rechtlicher Trägerschaft bereitzustellen. Des Weiteren sind

Notfallkapazitäten unter Krisenbedingungen nicht nur an deren Umfang im Status quo ante zu bemessen, weil es auch darauf ankommt, wie schnell und in welcher Qualität zusätzlich benötigte Kapazitäten in einem Gesundheitssystem bereitgestellt werden können. Außerdem ist zu beachten, dass der Umfang der vorgehaltenen Kapazitäten nach Maßgabe der mehrheitlich geteilten Risikopräferenzen sowie der Leistungsfähigkeit einzelner Volkswirtschaften variieren kann. Das schränkt insbesondere die Aussagekraft internationaler vergleichender Betrachtungen ein, weil sich die jeweils systemspezifischen Merkmale nur unter Berücksichtigung der unterschiedlichen gesundheitspolitischen Anforderungen und Risikoeinschätzungen einordnen lassen.

These 4: Mit Blick auf die Leistungsfähigkeit eines Gesundheitssystems unter den krisenhaften Herausforderungen stehen vor allem die bislang getroffenen Entscheidungen über das Vorhalten von Notfallkapazitäten auf dem Prüfstand.

3.5 Umkehrung der Beweispflicht

Angesichts der aufkeimenden Systemdebatte stellt sich die Frage nach der Beweislast. Löst die Befürwortung einer stärker staatlich gesteuerten Gesundheitspolitik einen Begründungszwang zugunsten des Status quo aus? Oder unterliegt nicht vielmehr umgekehrt die Systemkritik einer Begründungspflicht? Im Folgenden wird anhand einfacher Indikatoren diskutiert, welcher empirischen Nachweise es zusätzlich bedarf, um aus der aktuell durch die exekutive Handlungslogik geprägten Gesundheitspolitik auf grundlegende, systemrelevante Reformbedarfe des deutschen Gesundheitssystems schließen zu können. Dabei bedient sich die Erörterung sowohl theoretischer Überlegungen zur Indikatorik als auch internationaler Vergleiche einfacher Kennziffern zur Ausstattung unterschiedlich gestalteter Systeme. Die Diskussion erhebt – auch aus den vorgenannten Gründen – nicht etwa den Anspruch auf abschließende Antworten in der Systemfrage, sondern formuliert umgekehrt Forschungshypothesen, ohne deren Beantwortung aus der aktuellen Krise nicht sinnvoll auf systematische Fehlsteuerungen im deutschen Gesundheitswesen geschlossen werden kann.

4 Hypothesen zur Beurteilung der Leistungsfähigkeit des deutschen Gesundheitssystems

4.1 Empirie in der Krise

Wenn es darum gehen soll, die Leistungsfähigkeit und Effizienz unterschiedlicher Gesundheitssysteme in der Krise zu beurteilen, steht die gesundheitsökonomische Forschung vor dem grundlegenden Problem der empirischen Überprüfbarkeit möglicher Ableitungen. Naheliegender wäre es, evidenzbasierte medizinische Outcome-Größen in Relation zu den aufgewendeten Ressourcen und spezifischen Gestaltungsprinzipien zu setzen, um Rückschlüsse auf die Leistungsfähigkeit eher staatlich gesteuerter oder nach marktwirtschaftlichen Prinzipien organisierter Systeme ziehen zu können. Die hierzu vorliegenden Forschungsansätze lassen sich ebenso wie die ökonomische Systemdebatte nicht in extenso nachzeichnen. In der Literatur werden zum Beispiel Indikatoren zur Messung der Krankheitslast diskutiert, die beispielsweise das Patientenaufkommen differenziert nach medizinischen Indikationen beschreiben. Andere Ansätze

versuchen die durch die medizinische Behandlung gewonnenen, gesundheitsadjustierten Lebensjahre zu errechnen, um aus der Gegenüberstellung mit dem Ressourcenaufwand Aussagen über die Effizienz unterschiedlicher Systeme zu ermöglichen.

Ohne die Diskussion weiter zu vertiefen, leiden die wissenschaftlichen Ansätze zur Beurteilung von Systemunterschieden vor allem an zwei bislang ungelösten Problemen: Zum einen treten in den jeweiligen Gesundheitssystemen unterschiedliche Krankheitslasten zu Tage, die nicht nur durch die medizinische Versorgung beeinflusst werden, sondern auch durch unterschiedlich ausgeprägte gesundheitsrelevante Verhaltensweisen der jeweiligen Gesellschaften – zum Beispiel mit Blick auf den Tabak- oder Alkoholkonsum, die Ernährungsgewohnheiten, aber auch die ökonomischen Rahmenbedingungen, die Einfluss auf die Gesundheit einer Bevölkerung haben können. Für verschiedene, a priori kaum vergleichbare Gesellschaften müsste deshalb nach den Maßstäben der empirischen Sozialforschung jeweils eine Kontrollgruppe gebildet werden, für die bei vergleichbaren kulturellen Hintergründen eine nach Gestaltungsprinzipien differenzierte, medizinische Versorgung bereit gestellt wird. Realiter ist ein derartiges natürliches Experiment aber nicht gegeben, weil zur Überwindung grundlegender Dilemmata Gesellschaften gezwungen sind, für das gesamte Kollektiv einheitliche Regeln zur Ordnung ihres Gesundheitssystems zu definieren (Thesen 3 und 4).

Zum anderen lassen sich zwar Unterschiede in der Steuerungslogik einzelner Gesundheitssysteme ausmachen, de facto unterscheiden sich die Finanzierungs- und Anbieterstrukturen aber oftmals nur graduell, zum Beispiel hinsichtlich des Mix aus privatwirtschaftlichen und öffentlichen Angeboten. Das erschwert eine Diskussion von Vor- und Nachteilen der Idealtypen marktwirtschaftlich oder staatlich gesteuerter Gesundheitssysteme zusätzlich.

Dies vorausgeschickt gilt es zusätzliche Indikatoren zu identifizieren, die Aussagen über die Leistungsfähigkeit unterschiedlicher Systeme während der Corona-bedingten Krise erlauben, um in der aktuellen Situation Forderungen nach mehr staatlicher Steuerung des Gesundheitswesens begründen zu können. Zu allererst bietet sich dazu ein Vergleich der Infektionslasten an, die Volkswirtschaften zu bewältigen haben, die zum Beispiel nach wirtschaftlicher Leistungskraft und Bevölkerungsgröße vergleichbar sind. Die Messung des Infektionsgeschehens unterliegt aber zahlreichen Unwägbarkeiten, die einen Benchmark unter gravierende Vorbehalte stellt:

- Ein internationaler Vergleich der Infektionszahlen – unabhängig davon, ob absolut oder in Relation zur Bevölkerung – wird zu allererst durch das Testverhalten in den Ländern erschwert. Unterschiede können sich sowohl aufgrund der zur Verfügung stehenden Testkapazitäten als auch aufgrund des Testverhaltens ergeben. So treten Selektionseffekte auf, je nachdem ob vorrangig Erkrankte, besondere Risikogruppen, risikoexponierte Berufsgruppen oder bevölkerungsrepräsentative Gruppen in die Testung einbezogen werden.
- Die kumulierten Infektionszahlen geben zudem noch keine Auskunft über die aktuelle Krankheitslast, sondern eher über die bislang beobachtete Verbreitung der Infektion. Die Krankheitslast ergibt sich eher aus der Relation von aktiven, also noch nicht genesenen Fälle zur Gesamtbevölkerung. Zudem werden ebenso asymptomatische Verläufe berichtet wie kritische Krankheitsverläufe, deren Ausmaß zum Beispiel näherungsweise über die Belegung von Intensivkapazitäten geschätzt werden könnte. Erste Erkenntnisse legen dabei allerdings

nahe, dass der Verlauf durch Vorerkrankungen maßgeblich beeinflusst werden kann, wobei es noch zu früh ist, um über den Einfluss unterschiedlicher Indikationen auszusagen. Nach den bisherigen, vorläufigen Erkenntnissen ist es aber naheliegend zu vermuten, dass selbst unter der Annahme international vergleichbarer Testungen die Altersstruktur und Vorerkrankungslast in einer Bevölkerung Einfluss auf Schwere und Häufigkeit der beobachteten Krankheitsverläufe hat.

- Darüber hinaus wird der Verlauf der Neuinfektionen nach vorherrschender Meinung maßgeblich durch präventive, gesundheitspolitische Maßnahmen beeinflusst. Demnach hängt die Vergleichbarkeit der Infektionsquoten auch davon ab, zu welchem Zeitpunkt Kontaktsperrungen, Schließungen von Schulen und öffentlichen Einrichtungen etc. in den jeweiligen Gesellschaften in Kraft getreten sind. Je später die Maßnahmen nach dem Auftreten der ersten Fälle eingesetzt haben, desto größer ist die Wahrscheinlichkeit, dass das Infektionsgeschehen zunächst einen exponentiellen Verlauf genommen und ein höheres Infektionsniveau in der Bevölkerung erreicht hat.

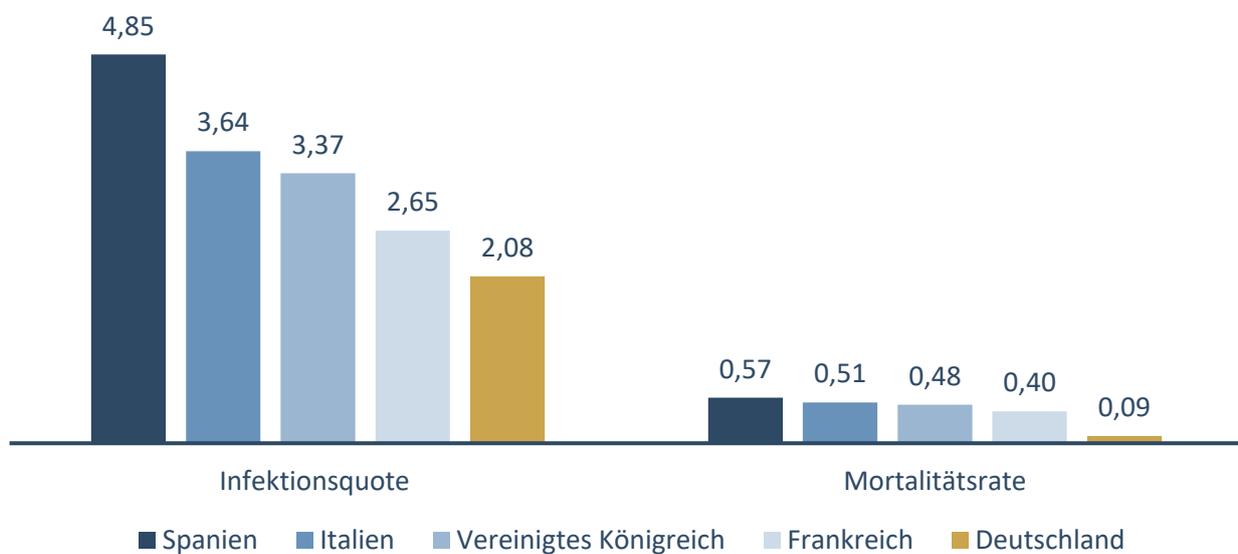
Deshalb bietet neben dem Infektionsgeschehen, das unter epidemiologischen Risikoabwägungen weiterhin dringend beobachtet werden sollte, möglicherweise auch die Entwicklung der Todesfallzahlen einen Hinweis auf systemrelevante Leistungsunterschiede. Auch hier gelten die gleichen, grundlegenden Einwände: Die Erfassung der tödlich verlaufenden Fälle hängt grundsätzlich vom Testverhalten ab, die Häufigkeit der Covid-19-bedingten Letalität kann auch durch die Altersstruktur und die Vorerkrankungslast der Bevölkerung beeinflusst werden. Zudem hängt die Beurteilung dieser Kennziffer davon ab, wie sich mit der Ausbreitung der Pandemie der medizinische Erkenntnisstand entwickelt hat. In Gesellschaften, die zu einem späteren Zeitpunkt mit den pandemischen Herausforderungen konfrontiert waren, konnte die Intensivmedizin bereits auf Erfahrungen zurückgreifen, die anderenorts zu früherer Zeit bei der Behandlung und Versorgung notleidender Patienten gemacht wurden. Doch noch stärker als bei der Relation der Infektionszahlen zur Bevölkerung zeigt sich in Mittel- und Westeuropa ein ausgeprägter Unterschied in der Corona-bedingten Mortalitätsrate (Abbildung 4-1). Angesichts der auffällig günstigen Performance in Deutschland drängen sich Zweifel auf, dass diese Unterschiede allein aus unterschiedlichen Vorerkrankungslasten oder Altersstrukturen zu erklären sind.

Diese Unterschiede können – auch bei der gebotenen Warnung bezüglich der Vorläufigkeit dieser Werte – durch den Zeitpunkt und die Wirksamkeit der präventiven Maßnahmen erklärt werden. Darauf deutet zum Beispiel auch die niedrige Mortalitätsrate in Griechenland hin – auch wenn der Vergleich aufgrund der deutlich kleineren Volkswirtschaft nur bedingt aussagekräftig ist. Dort wurden zu einem vergleichsweise frühen Zeitpunkt rigide Kontaktbeschränkungen eingeführt und bislang (Stand 11.5.2020) lediglich 151 Todesfälle infolge von Covid-19 zu beklagen. Dem entspricht eine Mortalitätsrate von 0,01 Promille. Umgekehrt sind die hierzulande getroffenen Kontaktbeschränkungen aber im Vergleich zu anderen Ländern wie Spanien, Italien oder Frankreich bislang weniger einschneidend formuliert worden. Denn während in Frankreich oder Spanien eine strikte häusliche Quarantäne für die Bevölkerung vorgeschrieben wurde, waren hierzulande außerhäusliche Bewegungen zwar unter Einschränkungen möglich, ohne dabei aber nicht erkrankte Personen in ihrem räumlichen Aktionsradius gleichermaßen drastisch einzuschränken. Schließlich wird in der medialen Berichterstattung Schweden als Beispiel dafür angeführt, dass den pandemischen Herausforderungen mit weniger restriktiven Einschränkungen

begegnet werden könne. Auffällig ist dabei allerdings, dass die schwedische Gesellschaft bereit zu sein scheint, eine gegenüber Deutschland höhere Mortalitätsrate von 0,38 Promille (Stand 11.5.2020) in Kauf zu nehmen.

Abbildung 4-1: Infektionsquote und Morbiditätsrate Covid-19

In Promille der Bevölkerung ausgewählter EU-Länder



Ursprungsdaten gerundet, Stand: 11.5.2020; Infektionen einschließlich genesener Patienten; Bevölkerung am 1.1.2019, Frankreich ohne Übersee-Departements.

Quellen: John Hopkins University CSSE 2020, Eurostat 2020

Vor dem Hintergrund dieser Auffälligkeiten erscheinen nicht allein aufgrund der empirisch begründeten Unwägbarkeiten weitere Zweifel an einer monokausalen Zuordnung von präventiven Verhaltensregeln einer Gesellschaft und der aus der Pandemie resultierenden Krankheitslast respektive Mortalitätsrate begründet. Wählt man die Quote der tödlich verlaufenden Krankheitsfälle als einen möglichen Indikator für die Belastung einer Gesellschaft, dann sprechen zwar die griechischen und deutschen Werte dafür, dass die Wirkung präventiver Maßnahmen in offensichtlicher zeitlicher Koinzidenz mit dem Infektionsgeschehen steht. In statistischer Terminologie handelt es sich dabei aber um eine Korrelation. Selbst wenn ein kausaler Zusammenhang auch ohne statistische Überprüfung nahe liegt, ist damit noch kein monokausaler Zusammenhang anzunehmen. Dazu bedürfte es nach statistischen Kriterien weiterer, multivariater Analysen.

Für die wissenschaftliche Einordnung ist es deshalb wichtig, Überlegungen über weitere Einflussfaktoren anzustrengen, die sich möglicherweise günstig auf das Infektionsgeschehen ausgewirkt haben, um zu differenzierteren, epidemiologisch begründeten Handlungsempfehlungen zu gelangen. Gelingt es, Hypothesen über weitere, begünstigende Einflussfaktoren plausibel

zu begründen, so können diese im Zusammenhang mit der Systemdebatte weitreichende Implikationen beinhalten.

These 5: Günstige Mortalitätsraten in der Krise werden in engem Zusammenhang mit dem Einsetzen von präventiven Maßnahmen interpretiert. Selbst wenn, wie vermutet, ein kausaler Zusammenhang besteht, sind damit aber weitere, systembedingte Einflussfaktoren nicht ausgeschlossen, die zum Beispiel die bislang vergleichsweise günstige Sterblichkeit beeinflussen.

4.2 Begünstigt die ambulante Versorgung die Entwicklung der Krankheitslast?

Neben den umfangreichen Kontaktbeschränkungen (einschließlich der Schließung von Kitas, Schulen etc.) sind in Deutschland ab dem 20. März, also zu einem frühen Zeitpunkt der Pandemie, die Regeln zur Krankschreibung von Arbeitnehmern sowie die hausärztlich verordneten Verhaltensregeln angepasst worden. Seitdem können Arbeitnehmer bereits aufgrund telefonisch beschriebener Atemwegserkrankungen von ihrem Hausarzt krankgeschrieben werden – anfänglich für bis zu zwei Wochen, mit Verlängerung dieser Regel ab dem 20. April für zunächst eine Woche.

Vor diesem Hintergrund sind die aktuell vermeldeten Ergebnisse einer Stichprobenerhebung durch den Dachverband der Betriebskrankenkassen einzuordnen, der für den Monat März einen Anstieg des ärztlich attestierten Krankenstands auf einen 10-Jahres-Höchstwert vermeldet. Signifikant sticht dabei die starke Zunahme von Atemwegserkrankungen hervor (BKK-Dachverband, 2020). Die Entwicklung zeigt sich sowohl mit Blick auf die Beschäftigtenzahl als auch die damit verbundenen Fehltage. Auffällig sind dabei sowohl die relativ starke Betroffenheit von Beschäftigten in „systemrelevanten“ Berufen als auch die niedrige Quote der Corona-bedingten Krankschreibungen. Covid-19-Fälle machten lediglich einen Anteil von circa 0,3 Prozent an allen Fällen aus. Dieser Wert mag unterschätzt sein, weil nicht in jedem Fall der berichteten Atemwegserkrankungen auch ein Test auf Corona-Infektion angeordnet wurde – sei es aufgrund anfänglich knapper Testkapazitäten oder aufgrund der hausärztlichen Einschätzung der Symptome. Gleichwohl legen die Zahlen einen Zusammenhang zwischen den veränderten regulatorischen Bestimmungen und dem präventiven Einfluss der ärztlich attestierten Krankmeldungen nahe. So ist zum Beispiel ein günstiger Einfluss auf das Infektionsrisiko in den Belegschaften jener Unternehmen systematisch begründet, die auch unter den geltenden Kontaktbeschränkungen produzieren konnten.

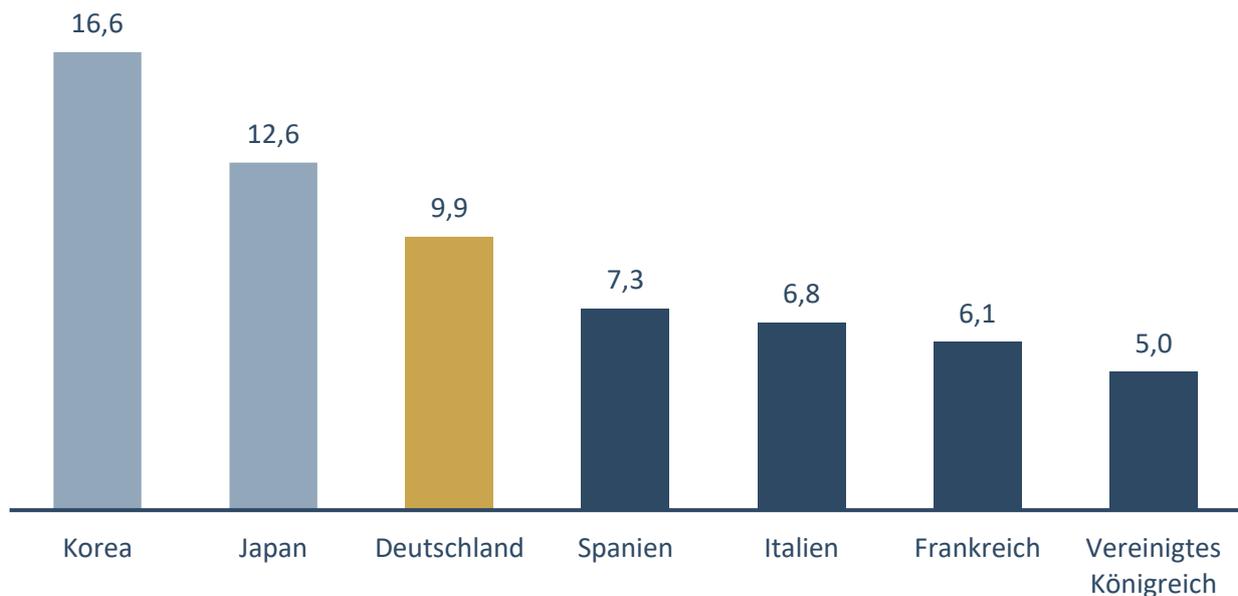
So der vermutete Zusammenhang einer weiteren empirischen Überprüfung stand hält, ergäben sich daraus nicht nur zusätzliche Erklärungen für die Entwicklung der Infektions- und Mortalitätsrate in Deutschland. Nimmt man diese Hypothese auch nur vorläufig als plausibel an, dann ergeben sich auch Implikationen für die aufkeimende Systemdebatte. Denn bislang wurde aus ökonomischer Perspektive die im Vergleich der OECD-Länder hohe Anzahl der Arztkonsultationen als Indiz für mögliche Effizienzreserven diskutiert. So wurden für 2018 oder das jeweils aktuell verfügbare Jahr in Deutschland durchschnittlich 9,9 Arztkontakte pro Kopf und Jahr berichtet, für Spanien (7,3), Italien (6,8), Frankreich (6,1) oder Großbritannien (5,0) dagegen geringere Werte (OECD, 2019). Den deutschen Wert übertrafen hingegen Korea mit jahresdurchschnittlich 16,6 Konsultationen oder Japan mit 12,6 Arztkontakten deutlich (Abbildung 4-2). Eine abschließende Einordnung erlaubt auch dieser Vergleich nicht, erfassen die OECD-Zahlen doch sowohl

haus- als auch fachärztliche Konsultationen, die in den unterschiedlichen Gesundheitssystemen möglicherweise verschiedene Rollen einnehmen – zum Beispiel in Abhängigkeit davon, ob der Zugang zur fachärztlichen Versorgung frei wählbar ist oder durch den Hausarzt angeordnet werden muss.

Im Zusammenhang mit den vorherigen Überlegungen lässt sich gleichwohl als Hypothese formulieren, dass sich eine gewohnheitsgemäß hohe Kontakthäufigkeit zwischen Patient und Arzt bei gleichzeitig erleichterten Bedingungen der Krankschreibung günstig auf die Entwicklung des Infektionsgeschehens in Deutschland ausgewirkt haben kann. So sich die These auch unter empirischen Kriterien als haltbar erwiese, böten sich neben bevölkerungsumfassenden Kontaktbeschränkungen als Ultima Ratio weitere Optionen, um in kleinräumlicheren Kontexten abgestuft auf die Entwicklung von Infektionszahlen nach der Lockerung des Shutdowns zu reagieren.

Abbildung 4-2: Arztkonsultationen in der ambulanten Versorgung

Pro Kopf und Jahr für ausgewählte OECD-Länder, 2018 oder aktuell verfügbare Daten



Quelle: OECD, 2019

Mag der Zusammenhang auf den ersten Blick auch konstruiert erscheinen, so wird doch für Italien anekdotisch berichtet, dass die anfängliche Überlastung der stationären Kapazitäten speziell im Norden des Landes auch darauf zurückzuführen sei, dass sich Patienten erst zu einem späten Zeitpunkt der Erkrankung ihrem Arzt vorgestellt haben und den ambulant praktizierenden Ärzten aufgrund weit fortgeschrittener Krankheitsverläufe die Überweisung in die stationäre Versorgung oftmals alternativlos erschien. Diese anekdotische Evidenz steht wie so viele Berichte dieser Tage unter dem Vorbehalt einer empirisch belastbaren Überprüfung. Der hier nur hypothetisch formulierte Zusammenhang für Deutschland mahnt aber insbesondere dann zur Zurückhaltung, wenn es um systembezogene Empfehlungen für die ambulante Versorgung

über den Tag hinaus geht. Denn es bleibt festzustellen, dass die haus- und fachärztliche Versorgung in Deutschland grundsätzlich in privatwirtschaftlicher Trägerschaft organisiert ist, auch wenn die Regeln zur Honorierung der ärztlichen Leistungen von der Preisfindung auf freien Märkten abweichen. Vor diesem Hintergrund auf systematische Reformbedarfe zugunsten eher staatlicher Steuerungslogik (zumindest in der ambulanten Versorgung) zu schließen, käme einem naturalistischen Fehlschluss von der exekutiven Handlungslogik in der Krise (Sein) auf die Notwendigkeit stärkerer staatlicher Regulierungen in der Regelversorgung (Sollen) gleich.

Umgekehrt müssen sich Ökonomen allerdings selbstkritisch fragen, ob insbesondere nach den Corona-bedingten Erfahrungen von der hierzulande relativ hohen Konsultationshäufigkeit unmittelbar auf mögliche Effizienzreserven in der ambulanten Medizin rückgeschlossen werden kann. Hier steht auch in der eigenen Disziplin Forschungsbedarf vor abschließender Gewissheit. Davon unbenommen bleibt allerdings die Frage, welche zusätzlichen Lasten den Unternehmen aus dem veränderten Krankschreibungsverhalten entstehen. Denn die Kosten der Entgeltfortzahlung tragen die Arbeitgeber, die gleichzeitig in ihrer Rolle als Unternehmer unter den gegenwärtigen Umständen stark gefordert sind. Über die Verteilung dieser Sonderlasten zu entscheiden, ist Aufgabe politischer Entscheidungsträger. Gleichwohl sei auch hier im Kontext der Systemdebatte darauf verwiesen, welche bislang nicht wahrgenommenen Solidarlasten durch die privat organisierte Unternehmerschaft getragen werden.

These 6: Die hohe Konsultationshäufigkeit zusammen mit den erleichterten Bedingungen der Krankschreibung könnten – neben den allgemeinen Kontaktbeschränkungen – mit dazu beigetragen haben, dass sich die Infektionszahlen hierzulande bislang vergleichsweise moderat entwickelt haben. Der überwiegend privatwirtschaftlich verfassten Struktur in der ambulanten Versorgung käme demnach eine bislang wenig beachtete Rolle bei der Bekämpfung von Infektionsrisiken zu.

4.3 Begünstigt die deutsche Krankenhausstruktur eine zeitnahe Bereitstellung von Notfallkapazitäten?

Die Pandemie fordert das Gesundheitssystem vor allem im stationären Versorgungsgeschehen, zeigen die internationalen Erfahrungen doch auf dramatische Art und Weise, wie schnell die stationären Kapazitäten infolge der massiert auftretenden Krankheitsfälle mit intensivmedizinischem Behandlungsbedarf überfordert sein können – das Beispiel Italiens wurde bereits angesprochen. An dieser Stelle verbietet sich eine Beurteilung hinsichtlich qualitativer Kriterien der Versorgung. Mutmaßungen über die qualitativen Vorzüge des einen oder anderen Gesundheitssystems wirken ohne medizinische Beurteilungskompetenz nicht zuletzt angesichts der dramatischen Entwicklungen fehl am Platz.

Dennoch ergeben sich aus internationalen Vergleichen zu einfachen Indikatoren der Krankenhausausrüstung möglicherweise Indizien, die unter den aktuellen Herausforderungen vorläufige Einordnungen in der Systemdebatte nahelegen. Dabei sind zwei Diskussionsstränge zu unterscheiden: Auf der einen Seite werden in der gesundheitsökonomischen Literatur Argumente intensiv diskutiert, welche Anreizeffekte und Lenkungswirkungen aus den diagnose- und fallbezogenen Leistungsentgelten in der stationären Versorgung resultieren. Die seit längerem erkennbare Reduktion der stationären Verweildauer und der Bettenkapazitäten werden dabei –

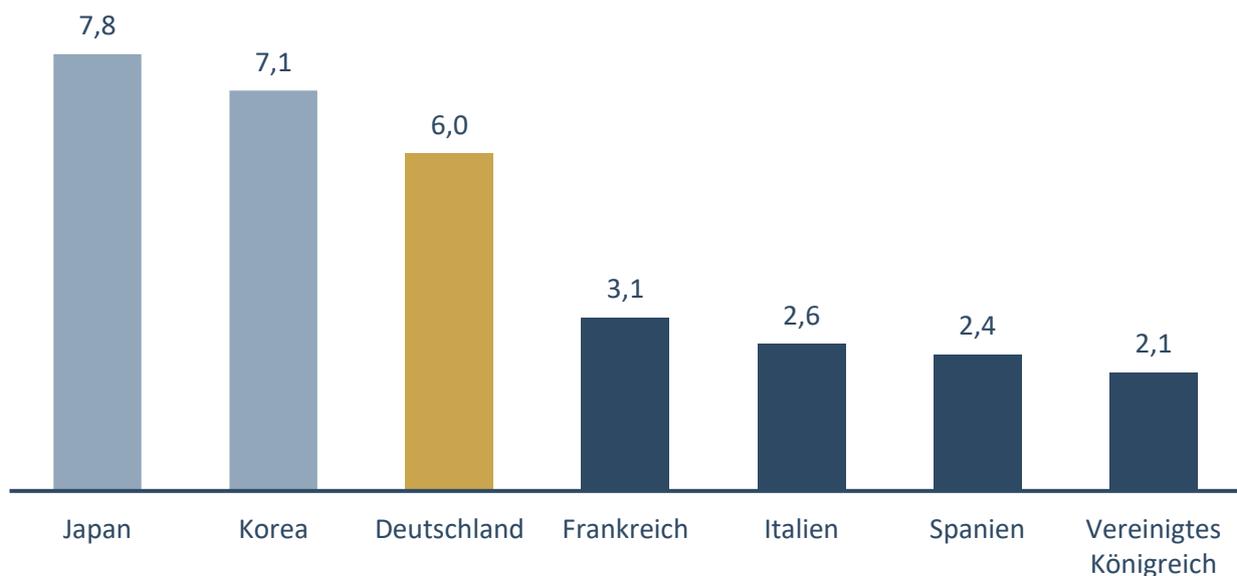
verkürzt wiedergegeben – im Kontext der einzelwirtschaftlichen Anreize interpretiert und diskutiert. Ohne diese gut begründete Debatte ignorieren zu wollen, die über den Tag hinaus der weiteren Vertiefung bedarf, steht auf der anderen Seite die Frage im Raum, ob diese Lenkungswirkungen die Reaktionsfähigkeit des deutschen Gesundheitssystem in der Krise beeinträchtigt haben. Überspitzt formuliert geht es darum, ob in der aktuellen Situation Indizien erkennbar werden, dass die stationäre Versorgung (bereits) soweit „kaputt gespart“ worden ist, dass eine Versorgung der Bevölkerung unter Notfallbedingungen gefährdet sein könnte.

Zur Beantwortung dieser Frage können einfache Indikatoren zur Kapazitätsausstattung in der stationären Akutversorgung erste Hinweise liefern:

- Bei der Akutbettendichte schneidet Deutschland im Vergleich ausgewählter OECD-Staaten vergleichsweise günstig ab. Demnach verfügt das deutsche Gesundheitssystem über annähernd doppelt so hohe Kapazitäten als zum Beispiel Frankreich – gemessen an der Anzahl der Akutbetten pro Kopf (Abbildung 4-3). Gegenüber Italien, Spanien oder Großbritannien ist der Befund noch ausgeprägter (OECD, 2020). Auch bei der für die Versorgung von Covid-19-Patienten maßgeblichen Ausstattung an Intensivkapazitäten zeigte Deutschland bereits vor Einsetzen der Pandemie eine relativ hohe Versorgungsdichte (Kochskämper, 2020, 6 f.). Die großzügigeren Ausstattungen in Japan oder Korea sind dagegen angesichts kultureller Unterschiede eher mit Vorsicht zu interpretieren.

Abbildung 4-3: Krankenhausbetten in der akut-stationären Versorgung

Je 1.000 Einwohner für ausgewählte OECD-Länder, 2018 oder aktuell verfügbare Daten



Quelle: OECD, 2020

- Gleichzeitig ist es der deutschen Gesundheitspolitik gelungen, Anreize so zu setzen, dass die ex ante vorgehaltenen Intensivkapazitäten nochmals aufgestockt werden konnten. Dies geschah zum Beispiel durch das Aufschieben nicht akut notwendiger Operationen und Behandlungen, die dadurch möglich werdende Umwidmung von ganzen Fachabteilungen für intensivmedizinische Anforderungen, die Schaffung von Reservekapazitäten in der Rehabilitation zur Aufnahme nicht Corona-bedingter Fälle sowie die gleichzeitige Zusicherung der Entgeltsummen nach Maßgabe des Behandlungsaufkommens aus dem Vorjahr. Auch wenn die Erfassung der Intensivbetten uneinheitlich erfolgt, ist der Tatbestand aber unstrittig (zum Beispiel Meidinger, 2020).

Mit Blick auf die Bettenausstattung darf das politisch priorisierte Ziel, Notfallkapazitäten aufzustocken, bei aller gebotenen Vorsicht als vorläufig erfüllt angesehen werden – ohne damit Szenarien zur künftigen Infektionslast unter gelockerten Kontaktbeschränkungen ausschließen zu wollen. Eine möglicherweise schärfere Restriktion für die stationären Versorgungsmöglichkeiten droht indes hinsichtlich der personellen Ressourcen. Denn im Vergleich ausgewählter OECD-Staaten schneidet das deutsche System bei der Personalausstattung in den Krankenhäusern weniger günstig ab. Sowohl bei den Krankenhausärzten als auch dem Pflegefachpersonal respektive Pflegepersonal insgesamt rangiert Deutschland lediglich im oberen Mittelfeld mit deutlicherem Abstand zum Beispiel zu skandinavischen Ländern (Kochskämper, 2020, 12 ff.). Dieses Problem wurde vom Bundesgesundheitsministerium bereits vor Eintritt der Corona-Krise anerkannt, das erste Maßnahmen eingeleitet hat, um einem drohenden „Pflegenotstand“ in den Krankenhäusern entgegen zu wirken. Die personalpolitischen Steuerungswirkungen leistungs- und fallbezogener Entgelte in der stationären Versorgung stehen auch vor diesem Hintergrund weiterhin in der Kritik. Die Diskussion geeigneter Reformen wird die wissenschaftliche wie politische Debatte deshalb über den Tag hinaus beschäftigen. Festzuhalten bleibt allerdings auch, dass die Personalausstattung unter krisenhaften Bedingungen nicht ad hoc aufzustocken ist. Umso glücklicher ist der Umstand zu bewerten, dass das System bislang nicht dem ultimativen Stresstest ausgesetzt war.

Ein weiterer Aspekt möglicher, systembezogener Reformbedarfe bezieht sich auf die Organisationsstruktur der Krankenhauslandschaft. Im Raum steht dabei die Frage, ob es in einem anderen Mix aus öffentlicher und privater Trägerschaft möglicherweise besser gelungen wäre, zeitnah zusätzliche Kapazitäten der gewünschten Qualität bereitzustellen, um den krisenhaften Herausforderungen gerecht zu werden.

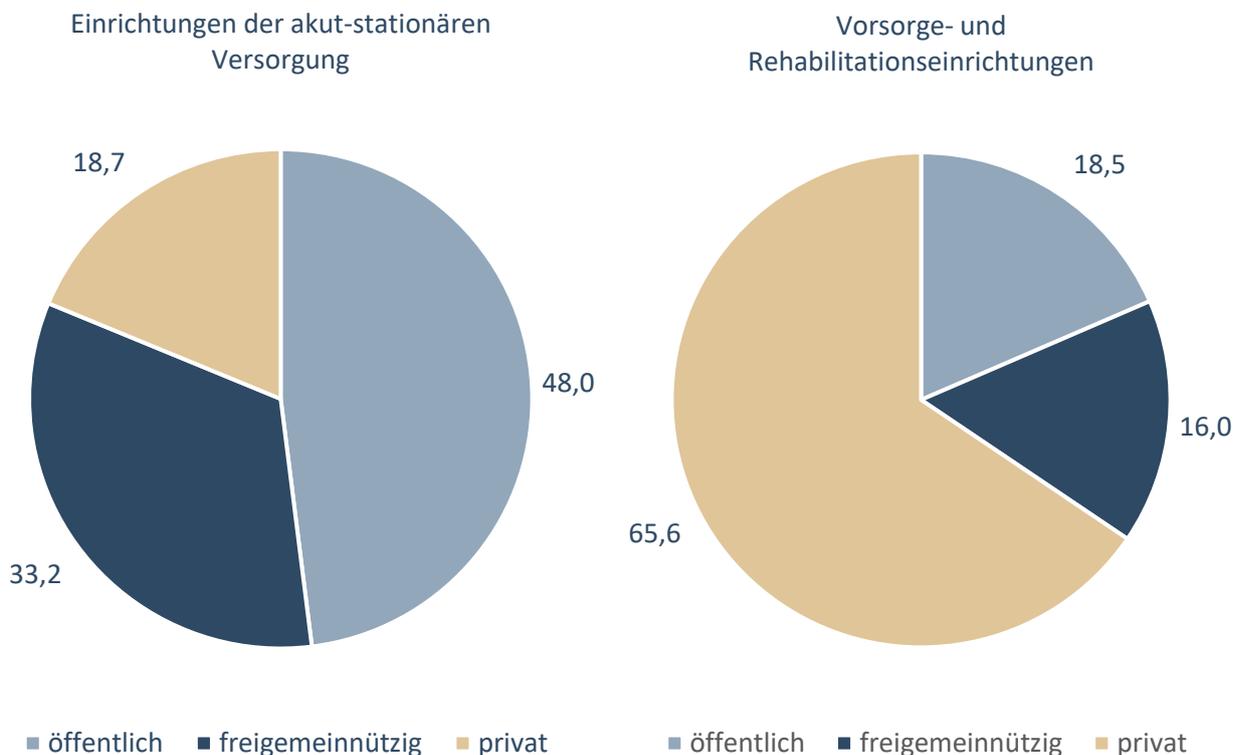
- Nach den Daten der Krankenhausstatistik, die neben den Einrichtungen mit vollstationären Fachabteilungen auch Kliniken mit ausschließlich psychiatrischem, psychotherapeutischem und geriatrischem Fachbezug in ihre Zählung einbezieht, entfielen im Jahr 2017 rund 48 Prozent der Betten auf öffentliche Einrichtungen (in öffentlich-rechtlicher oder privatrechtlicher Form), rund 52 Prozent auf Kliniken in freigemeinnütziger oder privater Trägerschaft (Abbildung 4-4). Auch wenn diese Aufteilung noch keinen Rückschluss darauf erlaubt, welche Träger in besonderem Maße bei der Schaffung zusätzlicher, intensivmedizinischer Behandlungsmöglichkeiten engagiert sind, deutet bereits die diverse Struktur der stationären Versorgung darauf hin, dass einfache Rückschlüsse von der Art der Trägerschaft auf die Leistungsfähigkeit des Gesundheitssystems in der stationären Versorgung nicht möglich sind. Dazu

bedürfte es vielmehr empirisch belastbarer Hinweise darauf, dass die nach der Trägerschaft zu unterscheidenden Einrichtungen systematisch unterschiedliche Kapazitäten und Leistungsfähigkeiten aufweisen.

- Bei den Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen, denen als Reserve für die akute Regelversorgung eine ebenfalls bedeutsame Rolle im aktuellen Krisenmanagement zukommt, entfällt mit gut 65 Prozent der Bettenzahl sogar der überwiegende Anteil auf private Einrichtungen; hier stellen öffentliche Einrichtungen lediglich gut 18 Prozent der Kapazitäten bereit, freigemeinnützige Träger 16 Prozent (Abbildung 4-4).

Abbildung 4-4: Krankenhausbetten nach Trägerschaft

Anteile in Prozent



Akut-stationäre Versorgung einschließlich psychiatrische, psychotherapeutische und geriatrische Betten: 2017; Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen: 2016.

Quellen: Statistisches Bundesamt 2018a, 16 und 2018b, 14, eigene Berechnungen

Die alleinige Beschreibung der nach Trägerschaft diversifizierten Krankenhauslandschaft erlaubt noch keine abschließende Bewertung hinsichtlich der im Raum stehenden Systemkritik. Denn alle Akteure unterliegen unabhängig von ihrer Rechtsform (und mit Ausnahme von ausschließlich privat abdingenden Einrichtungen) den gleichen Entgeltregeln, deren Diskussion aus den genannten Gründen an dieser Stelle zurückzustellen ist. Damit stellt sich aber die Frage, ob es unter anderen Voraussetzungen hätte besser gelingen können, ad hoc zusätzliche Kapazitäten bereitzustellen. Die Antwort kann zum jetzigen Zeitpunkt nur normativ ausfallen. Denn wenn

angesichts der aktuellen Erfahrungen Protagonisten für ein stärkeres staatliches Engagement in der Krankenhausinfrastruktur werben wollten, ließe sich dem entgegen halten, dass die bisherigen „Erfolge“ nur unter Beteiligung privater Träger zustande gekommen sind.

Ohne grundlegende Reformnotwendigkeiten in der Entgeltsystematik an dieser Stelle in Abrede stellen zu wollen, kann deshalb festgestellt werden, dass der vermutete Zusammenhang von ökonomischen Anreizen und Reduktion stationärer Kapazitäten für das deutsche Gesundheitssystem bislang nicht dazu geführt hat, dass unter den krisenbedingten Anforderungen nur noch unzureichende Behandlungskapazitäten zur Verfügung stünden – mit der Einschränkung, dass möglicherweise eher personelle Knappheiten als Beschränkungen der Infrastruktur greifen. Diese Feststellung gilt für den Zeitpunkt und bedarf gleichwohl einer weiterführenden Diskussion über die Anreiz- und Lenkungseffekte der bestehenden Entgeltregeln in der stationären Versorgung, um für möglicherweise wiederholt auftretende, pandemische Krisen in geeigneter Form Vorsorge zu treffen.

These 7: Im internationalen Vergleich wies das deutsche Gesundheitssystem bereits vor der Pandemie eine vergleichsweise großzügige Ausstattung an Krankenhausbettenkapazitäten auf, die unter den aktuellen Anforderungen vor allem im Bereich der Intensivmedizin nochmals aufgestockt werden konnten. Derzeit zeichnet sich nicht ab, dass das Krankenhauswesen „kaputt gespart“ wurde. Mögliche Restriktionen drohen dagegen eher in der Personalausstattung der Krankenhäuser; möglicher Reformbedarf stellt das System aber nicht grundsätzlich in Frage.

4.4 Naturalistische Fehlschlüsse in einer Systemdebatte zur Unzeit

Aufgrund der formulierten Forschungshypothese zur Rolle der ambulanten Versorgung in der Pandemie sowie der Befunde zur Krankenhauslandschaft in Deutschland sind deutliche Zweifel angebracht, wenn politische Stimmen von der Bewältigung der aktuellen Herausforderungen auf einen systembezogenen Reformbedarf zugunsten einer stärker staatlichen Regulierung des Gesundheitswesens schließen wollen. Damit werden Steuerungsdefizite und Reformbedarfe in einzelnen Bereichen nicht in Frage gestellt. Doch unter den besonderen Anforderungen der Pandemie zeichnet sich das deutsche Gesundheitssystem bislang eher durch eine vergleichsweise günstige Performance aus. Für die aufkeimende Systemdebatte gilt dabei, dass eine systembezogene Kritik am Status quo wissenschaftlich nachvollziehbaren Begründungen folgen sollte, ehe allein aus den aktuellen Erfahrungen heraus Position für eine stärker staatliche Steuerung des Gesundheitssystems bezogen wird. Solange dies auch aufgrund methodischer Restriktionen nicht möglich ist, drohen naturalistische Fehlschlüsse vom Sein auf das Sollen.

5 Lösungsorientierte Forschung statt naturalistische Fehlschlüsse

Eine Systemdebatte erscheint aber nicht nur vor dem Hintergrund der diskutierten Abwägungen zur Unzeit. Denn der zeitliche Handlungsdruck, den die Entwicklung der Infektionszahlen provoziert, erlaubt aktuell keine Reflektionen über langfristige Auswirkungen veränderter Regulierungen und daraus resultierender Anreizbedingungen. Damit wendet sich der Blick von der Systemdebatte weg hin zu der Frage, welchen Beitrag wissenschaftliche Forschung unter den

derzeitigen Umständen leisten kann, um politisch verantwortliche Entscheidungsträger in ihren Risikoabwägungen zu unterstützen.

Denn die bleiben zum einen und auf absehbare Zeit gezwungen, risikobezogene Abwägungen unter epidemiologischen Gesichtspunkten zu treffen. Nachdem die Regelungen des allgemeinen Shutdowns gelockert worden sind, verlagert sich die Verantwortlichkeit von der Bundesebene auf die Entscheidungsträger in den Bundesländern, Regionen bis hin zu kommunalpolitischen Verantwortungsträgern. Mit zunehmendem Erkenntnisfortschritt zeichnet sich dabei ab, dass auch das Infektionsgeschehen regional differenziert zu bewerten ist, können doch vor allem lokal konzentrierte Hotspots identifiziert werden. Insofern ist eine Delegation der politischen Verantwortlichkeit an kleinteiligere Einheiten sowohl aus epidemiologischer Sicht gut begründet als auch in ökonomischer Hinsicht sinnvoll. Denn unterhalb bevölkerungsumfassender Kontaktbeschränkungen können damit die wirtschaftlich nachteiligen Folgen auf jene Regionen beschränkt werden, in denen sich aus epidemiologischer Sicht besonders dringlicher Handlungsbedarf abzeichnet. Dabei hat die Testung risikoexponierter Bevölkerungs- und Berufsgruppen weiterhin Vorrang, um lokal aufkeimende Neuinfektionsherde frühzeitig erkennen und mit geeigneten präventiven Maßnahmen eindämmen zu können.

Zum anderen stellt sich aber die Frage nach dem Einsatz bislang nicht ausgeschöpfte Testkapazitäten, sofern diese zum Beispiel in bislang weniger belasteten Regionen vorgehalten werden oder in belasteteren Gebieten ungenutzt bleiben. Sollten diese vorzugsweise zu einer intensiveren Beobachtung der risikoexponierten Gruppen verwendet werden, oder lassen sie sich im Kontext weiterführender Fragestellungen sinnvoll einsetzen? Dazu zeichnen sich vielversprechende Forschungsansätze ab, die – wie zum Beispiel am Helmholtz-Zentrum München – einen Antikörpertest auf zufällig ausgewählte Haushalte ausdehnen (Helmholtz-Zentrum, 2020). Aus epidemiologischer Sicht ist die Studie aufschlussreich mit Blick auf die bislang nicht nachgewiesene Verbreitung des Virus. Auf der Basis der zu erhebenden Daten lassen sich bevölkerungsrepräsentative Hochrechnungen anstrengen, um Abschätzungen über das tatsächliche, bislang nicht beobachtete Infektionsgeschehen auf Grundlage einer belastbaren empirischen Basis treffen zu können.

Diese Forschungsansätze sollten politische Entscheidungsträger – wo immer vertretbar und möglich – unterstützen, idealerweise ergänzt um die anonymisierte Erhebung sozio-demografischer Parameter der Testpersonen wie Alter, Geschlecht und Haushaltshintergrund. Dies verspricht nicht allein eine weitere Differenzierung medizinischer Erkenntnisse, die es den dezentralen Entscheidungsträgern in der Politik besser ermöglicht, über Lockerungen oder gegebenenfalls wieder einzuführende Kontaktbeschränkungen zu entscheiden. Auch der ökonomischen Wissenschaft können diese Erkenntnisse bei der Abwägung der epidemiologisch begründeten Maßnahmen gegen damit verbundenen volkswirtschaftlichen Kosten helfen.

So tragen die derzeitigen Lockerungen des Shutdowns nicht allein den bisherigen Erfolgen in der Gefahrenabwehr Rechnungen. Sie sind auch Ausdruck einer politischen Abwägung über steigende ökonomische Risiken. Diese erwachsen zum einen aus den bereitgestellten Hilfen. Allein die mit den ersten Ad-hoc-Programmen der Bundesregierung verbundenen Aufwendungen schlagen voraussichtlich mit 260 Milliarden Euro in den öffentlichen Haushalten zu Buche (Bznoska/Hentze, 2020). Erste Zahlen zum Anstieg der Arbeitslosigkeit sowie die zu befürchtende,

flächendeckende Inanspruchnahme von Kurzarbeit werden zeigen, ob dieses Volumen an staatlichen Hilfen ausreichen wird, um die einzelwirtschaftlichen Folgen des Shutdowns abzufedern – von den damit verbundenen Einnahmeausfällen des Staates und der sozialen Sicherungssysteme einmal abgesehen. Zum anderen gilt es aber auch, wirtschaftliche Strukturen dauerhaft zu erhalten. Nehmen diese dauerhaft Schaden, wird es schwerer fallen, absehbar wieder das volkswirtschaftliche Leistungsniveau von vor der Krise zu erreichen. Das ist aber notwendig, um auch die gesundheitliche Versorgung der Bevölkerung auf dem bisherigen Niveau nachhaltig sichern zu können.

Deshalb sind epidemiologisch vertretbare regionale Differenzierungen freiheitsbeschränkender Maßnahmen auch aus ökonomischer Perspektive sinnvoll, geht es in der Phase nach dem Shutdown doch nun nicht mehr um eine bevölkerungsweite Gefahrenabwehr, sondern um ein Risikomanagement unter Abwägung volkswirtschaftlicher Kosten. So kann über gesundheitspolitisch notwendige Einschränkungen und deren ökonomischen Konsequenzen in den Regionen zielgenau abgewogen werden, ohne der Volkswirtschaft insgesamt übermäßige Lasten aufzubürden.

These 8: Angesichts dauerhaft drohender Verhaltenseinschränkungen sollten freie Testkapazitäten verstärkt genutzt werden, neben risikoexponierten Gruppen auch zufällig ausgewählte Personen zu testen. Ergänzt um eine anonymisierte Erfassung von Merkmalen wie Alter, Geschlecht und Haushaltszusammensetzung kann das zu weiter differenzierten Risikoeinschätzungen verhelfen. Entsprechend abgestufte Handlungsempfehlungen können die politischen Entscheidungsträger in den Regionen unterstützen und so mittelbar dazu beitragen, die volkswirtschaftlichen Kosten der Krisenbewältigung insgesamt zu begrenzen.

Literatur

Bardt, Hubertus / Hüther, Michael, 2020, Überlegungen zur Lockerung des Lockdowns, in: Wirtschaftsdienst, 100. Jahrgang, Heft 4, S. 277–284

Beznoska, Martin / Hentze, Tobias, 2020, Rekordneuverschuldung ist verkraftbar, IW-Kurzbericht Nr. 52, https://www.iwkoeln.de/fileadmin/user_upload/Studien/Kurzberichte/PDF/2020/IW-Kurzbericht_2020_Rekordneuverschuldung.pdf [11.5.2020]

BKK-Dachverband – Dachverband der Betriebskrankenkassen, 2020, Krankenstand BKK-Versicherten in Corona-Zeiten: Höchster Wert seit langem, <https://www.bkk-dachverband.de/presse/pressemitteilungen/detailansicht/news/detail/News/krankenstand-von-bkk-versicherten-in-corona-zeiten-hoechster-wert-seit-langem.html> [6.5.2020]

Breyer, Friedrich / Zweifel, Friedrich, 1999, Gesundheitsökonomie, 3. Auflage, Berlin

Brüggenjürgen, Bernd, 2014, Gesundheitsökonomie und medizinische Ethik, in: Matusiewicz, David / Wasem, Jürgen (Hrsg.), Gesundheitsökonomie – Bestandsaufnahme und Entwicklungsperspektiven, Schriften der Gesellschaft für Sozialen Fortschritt e. V., Band 30, Berlin, 2014, S. 281–298

Buchanan, James M., 1984, Die Grenzen der Freiheit. Zwischen Anarchie und Leviathan, Tübingen

DIVI – Deutsche Vereinigung der Intensiv- und Notfallmedizin e. V., 2020, Entscheidungen über die Zuteilung von Ressourcen in der Notfall- und der Intensivmedizin im Kontext der COVID-19-Pandemie – Klinisch-ethische Empfehlungen, <https://www.divi.de/empfehlungen/publikationen/covid-19/1540-covid-19-ethik-empfehlung-v2/file> [25.3.2020]

Enste, Dominik / Eyerund, Theresa, 2020, Kosten-Nutzen-Abwägungen in der Corona-Krise, IW-Kurzbericht Nr. 55, https://www.iwkoeln.de/fileadmin/user_upload/Studien/Kurzberichte/PDF/2020/IW-Kurzbericht_2020_Kosten-Nutzen-Abwaegungen.pdf [4.5.2020]

Eurostat, 2020, Bevölkerung am 1. Januar, <https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/tps00001/default/table?lang=de> [5.5.2020]

Fratzcher, Marcel, 2020, Der letzte Sargnagel für den Neoliberalismus, in: Spiegel.de vom 30.4.2020, <https://www.spiegel.de/wirtschaft/corona-krise-diw-chef-marcel-fratzcher-sieht-sargnagel-fuer-den-neoliberalismus-a-9498047e-9d8d-4c1a-a88d-9f688962d3e4> [30.4.2020]

Helmholtz-Zentrum München, 2020, KoCo19: Neue Studie soll Einblicke in die Verbreitung von SARS-CoV-2 in München geben, <https://www.helmholtz-muenchen.de/aktuelles/uebersicht/pressemitteilungnews/article/48228/index.html> [11.5.2020]

Hoffmann, Reiner, 2020, Die Krise zeigt die Schwachstelle im Sozialsystem, Interview in Welt am Sonntag vom 10. Mai 2020, Nr. 19, S. 32

Hüther, Michael, 2020a, Was tun? Es geht jetzt mehr denn je um gemeinsame Verantwortung und um Solidarität, Der Hauptstadtbrief vom 22.3.2020, <https://www.derhauptstadtbrief.de/cms/aktuelle-ausgabe/121-archiv-am-sonntag-einzelbeitraege/1680-was-tun> [25.3.2020]

Hüther, Michael, 2020b, Die Politik bedenkt die Folgen der Corona-Bekämpfung zu wenig, Gastbeitrag im Handelsblatt vom 20.4.2020, <https://www.handelsblatt.com/meinung/gastbeitraege/gastkommentar-die-politik-bedenkt-die-folgen-der-corona-bekaempfung-zu-wenig/25753554.html?ticket=ST-3853789-kolkzXlQgg6khFXxaGfB-ap2> [8.5.2020]

Kirchhoff, Jasmina / Mertens, Armin / Scheufen, Marc, 2020, Der Corona-Innovationswettbewerb in der Wissenschaft, IW-Report Nr. 17, https://www.iwkoeln.de/fileadmin/user_upload/Studien/Report/PDF/2020/IW-Report_2020_Corona-Innovationen.pdf [7.5.2020]

Kochskämper, Susanna, 2020, Wie steht es um Deutschlands Krankenhausinfrastruktur? IW-Report Nr. 14, https://www.iwkoeln.de/fileadmin/user_upload/Studien/Report/PDF/2020/IW-Report_2020_Krankenhauskapazitaeten.pdf [6.5.2020]

John Hopkins CSSE – John Hopkins University, Centre for Systems Sciences and Engineering, 2020, Covid-19 Dashboard, <https://coronavirus.jhu.edu/map.html> [5.5.2020]

Meidinger, David, 2020, Hier könnten die Intensivbetten in Deutschland knapp werden, in: Tagesspiegel.de vom 22.4.2020 <https://www.tagesspiegel.de/wissen/grosse-datenanalyse-zu-krankenhaeusern-hier-koennten-die-intensivbetten-in-deutschland-knapp-werden/25746240.html> [6.5.2020]

OECD, 2019, OECD Health Statistics 2019, health Care utilisation. Consultations, https://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=HEALTH_PROC [11.5.2020]

OECD, 2020, OECD Health Statistics. Health Care Ressources. Hospital Beds, https://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=HEALTH_STAT [11.5.2020]

Pimpertz, Jochen, 2001, Marktwirtschaftlich Ordnung der sozialen Krankenversicherung, Untersuchungen zur Wirtschaftspolitik Nr. 121, Institut für Wirtschaftspolitik an der Universität zu Köln (Hrsg.), Köln

Statistisches Bundesamt, 2018a, Fachserie 12 Reihe 6.1.1, Gesundheit. Grunddaten der Krankenhäuser, 2017, https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Krankenhaeuser/_inhalt.html;jsessionid=301964B55E57FCC99E0798C776E57940.internet8731#sprg235856 [6.5.2020]

Statistisches Bundesamt, 2018b, Fachserie 12 Reihe 6.1.2, Gesundheit. Grunddaten der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen, 2016, https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Vorsorgeeinrichtungen-Rehabilitationseinrichtungen/_inhalt.html [6.5.2020]

Abstract

Among the current challenges of the pandemic, the German health care system has so far proven to be comparatively robust. While the infection rate in Germany is so far slightly lower than in other large European economies, the relatively low mortality rate stands out positively. So far, this is explained by the early onset of contact restrictions. In addition, there are indications that the customarily high frequency of contact between German patients and their physicians, in combination with facilitated conditions for sick leave under the pandemic, also may have had a positive impact on the development to date.

Under SARS-CoV-2, the focus is particularly on inpatient care. Even before, the German health care system was already characterised by a comparatively large number of hospital beds. Particularly the intensive care equipment could be increased – potentially favoured by a mix of private and public hospital operators in Germany. Bottlenecks are more likely to be caused by the staffing of hospitals, where Germany does not compare favourably with other countries. Fortunately, up to now, the system has not yet been subjected to an ultimate stress test.

Against the background of a currently emerging debate on the design of the German health care system, it is worth noting that so far there is no evidence of a lack of medical efficiency among the challenges posed by the crisis, especially with regard to the private sector organisation. Beyond the day, however, misguided incentives that have already been criticised before are still waiting for a solution.

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 4-1: Infektionsquote und Morbiditätsrate Covid-19.....	13
Abbildung 4-2: Arztkonsultationen in der ambulanten Versorgung.....	15
Abbildung 4-3: Krankenhausbetten in der akut-stationären Versorgung.....	17
Abbildung 4-4: Krankenhausbetten nach Trägerschaft.....	19