



»Wir müssen das System überdenken«

Lehren aus der SARS-CoV-2-Pandemie für die Zukunft des Gesundheitswesens

von Anja Störiko

Deutschland hat in der Pandemie von seinem Gesundheitssystem profitiert – darin sind sich Experten von Goethe-Universität und Universitätsklinikum Frankfurt einig. Sie sehen allerdings in einigen Bereichen dringenden Nachholbedarf, etwa in der Struktur des Gesundheitssystems und bei der Digitalisierung. Nur so können wir uns gegen kommende Krisen wie den Klimawandel wappnen.

Die Pandemie zeigt wie unter einem Brennglas die Stärken und Schwächen unseres Gesundheitssystems«, sagt Professor Ferdinand Gerlach, Direktor des Instituts für Allgemeinmedizin an der Goethe-Universität. Die aktuelle Krise sei ein Stresstest, aus dem wir viel lernen könnten. »Deutschland ist vergleichsweise gut durch die Pandemie gekommen«, betont der Ärztliche Direktor und Vorstandsvorsitzende des Universitätsklinikum Frankfurt, Professor Jürgen Graf. Das zeigen die Zahlen im internationalen Vergleich, etwa die geringere Sterblichkeit als in vielen Nachbarländern.

Beide sind sich einig, dass Deutschland in der Pandemie von seinen ambulanten und regionalen Strukturen profitiert hat. »Bei uns haben die niedergelassenen Ärzte sehr viel abgefangen, daher wurden die Krankenhäuser nicht mit leicht Erkrankten überlastet, sondern konnten die schweren Fälle angemessen versorgen«, so Graf. Über 90 Prozent der Erkrankten wurden ambulant versorgt. Gerlach ergänzt: »Das hat uns auch vor fatalen Infektionsketten wie etwa in Bergamo geschützt, wo Patienten, Personal und Rettungsdienste in Kliniken zu Hotspots wurden.«

Hohe Bettenzahl half Italien in der Krise nicht

Dabei war Norditalien mit ausreichend Intensivbetten ausgestattet. Doch im Frühjahr 2020 fehlte es in Bergamo an Pflegekräften, an Ärztinnen und Ärzten und an Material, und es war offenbar leichter, Intensivpatienten aus der Lombardei nach Deutschland zu verlegen als in die Nachbarprovinz Venezien – die hohe Betten-

zahl allein nützte in der Pandemie kaum: »Wichtig ist Klasse, also hochleistungsfähige Klinikstrukturen, und nicht Masse – viele Betten«, so Gerlach. Nirgendwo sonst in Europa gibt es mehr Intensiv- und Normalbetten in Kliniken als in Deutschland. Doch auf dem Höhepunkt der zweiten Pandemie-Welle standen bis zu 150 000 Betten leer. Und die sehr hohen Klinikkapazitäten haben ihre Schattenseiten: Es ist finanziell attraktiv, diese Betten zu belegen. Die Folge sind mehr Operationen als im europäischen Durchschnitt: über dreimal häufiger Herzkatheter-Eingriffe, doppelt so viele Hüft- und Knieprothesen sowie Mandelentfernungen bei Kindern – bei keineswegs besserer Gesundheit.

Hierzulande müssen viele Krankenhäuser mit Angeboten für Operationen regelrecht werben, damit sich ihre Geräte und Betten amortisieren. Das ist weder im Interesse der Patienten noch des Versorgungssystems. »Wir müssen von diesen Fehlanreizen wegkommen und Qualitätskriterien festlegen, die für die Gesundheit und auch wirtschaftlich angemessen sind«, so Graf. »Es gibt nirgendwo so viele Eingriffe an so vielen Krankenhäusern.« Und jede Ärztin, jeder Arzt und jede Pflegekraft muss sich um mehr Patienten als sonst in Europa kümmern. Dabei liegt Deutschland im europäischen Vergleich in der Spitzengruppe bei den Pro-Kopf-Ausgaben für das Gesundheitswesen: Sie lagen 2019 mit fast 5000 Euro pro Kopf um 40 Prozent über dem EU-Durchschnitt.

Viele kleine Kliniken leisten bestimmte Operationen nur wenige Male im Jahr. 40 Prozent der Kliniken operieren ohne ausreichende

Personalmangel in den Gesundheitsämtern: Soldaten leisten während der Krise vielerorts wie hier in Frankfurt am Main Amtshilfe zum Beispiel bei der Kontaktnachverfolgung.



Foto: Aeronautica Militare/Wikimedia Commons

Cervia, Norditalien, im März 2020: In speziellen Biocontainment-Betten verlegt die italienische Luftwaffe schwerkranke und hochinfektiöse COVID-Patientinnen und -Patienten aus überlasteten Krankenhäusern.

Expertise, zeigte eine Studie der Bertelsmann Stiftung vor zwei Jahren. Dabei sind die Zahlen eindeutig: Eine optimale Versorgung gibt es nur dort, wo Eingriffe häufig – mit einer bestimmten Mindestzahl – vorgenommen werden. »Wir müssen die Mittel effektiver verwenden, weg von überflüssigen Operationen, hin zu besserer Pflege, Konzentration von Kompetenz in Zentren und lokaler Grundversorgung vor Ort«, fordert Gerlach. Denn genau das habe die Pandemie gezeigt: Die schwersten Fälle konnten nur Kliniken mit speziellen Diagnose- und Beatmungsgeräten und entsprechendem Fachpersonal angemessen behandeln, aber die überwiegende Zahl der leicht erkrankten Patienten war lokal bestens versorgt, ohne teure Technik beanspruchen (oder gar vermeintlich auslasten) zu müssen.

Spezialisierte Kliniken, lokale Versorger vor Ort

Dank eines Planungsstabs sei in Hessen die Koordination und Arbeitsteilung in der Krise vergleichsweise gut gelungen, sind sich beide Experten einig: Schwer erkrankte Patienten wurden in leistungsstarken Fachkliniken, leicht Erkrankte wohnortnah behandelt. Dies müsse das generelle Ziel einer bedarfsgerechten Gesundheitsversorgung werden: So seien etwa Herzinfarkt- und Schlaganfallpatienten nachgewiesenermaßen in spezialisierten Kliniken besser versorgt, selbst wenn der Transport dorthin etwas länger dauere. »Der Patient muss und will letztlich dahin, wo seine Erkrankung am besten versorgt wird«, so Gerlach. Graf ergänzt: »Und nicht jede Klinik sollte anbieten, was sie will und vermeintlich kann.«

Dänemark reduzierte beispielsweise in den vergangenen zwanzig Jahren seine für die Herzinfarktbehandlung zugelassenen Krankenhäuser von mehr als 50 auf etwa 20 – seitdem halbierte sich die Herzinfarktsterblichkeit. Auf Deutschland umgerechnet entspräche das 7000 vermeidbaren Todesfällen.

Lokale Versorger müssten stärker unterstützt werden

»Künftig muss klar sein: Wer hat in unserem Gesundheitssystem wann welche Aufgaben?«, so Gerlach. Er plädiert für lokale Versorgungszentren aus größeren oder vernetzten Praxen, etwa mit Belegbetten, Pflegeangeboten, Apotheken, für eine optimale Versorgung vor Ort. Zudem müssten sich die niedergelassenen Ärzte und Kliniken besser verzahnen. So sei es denkbar, dass ein Patient schon wenige Tage nach einer Operation vom spezialisierten Krankenhaus in ein wohnortnahes Zentrum verlegt werde, was Besuche von Angehörigen erleichtere. Auch die Pflege könne besser lokal vernetzt werden, etwa durch mobile Teams. »Damit vermeiden wir in einer Pandemie Ansteckungsketten, wie wir sie in Italien, Frankreich oder Spanien mit zentralem Versorgungssystem erlebt haben – auch etwa bei multiresistenten Keimen oder Grippeviren«, betont Gerlach.

Graf fordert, das Gleichgewicht zwischen Anspruch und Bedarf wiederherzustellen: Derzeit gehe die deutsche Bevölkerung rund drei Mal häufiger zum Arzt als andere Europäer. »In den Notaufnahmen unserer Kliniken im April/Mai letztes Jahr hat man gesehen, was echte Notfälle sind – denn anders als sonst kamen nur die wirklich kritischen Patienten in die Kran-

AUF DEN PUNKT GEBRACHT

- Die Arbeitsteilung zwischen ambulanter Versorgung und Kliniken hat sich in Deutschland während der Pandemie grundsätzlich bewährt.
- Zukünftig müssen die Aufgaben im Gesundheitssystem besser verteilt werden: etwa durch öffentliche Gesundheitsversorgung für Prävention, bedarfsgerechte Steuerung, spezialisierte Kliniken, flächendeckende wohnortnahe Versorgungszentren.
- Für eine optimale Gesundheitsversorgung sind Digitalisierungsschritte überfällig, darunter eine Vernetzung aller medizinischen Bereiche, eine koordinierte Akut- und Langzeitversorgung sowie verwertbare Patientendaten.

kenhäuser.« Alles andere könnten lokale Versorgungszentren oder Praxen auffangen, deren Vernetzung auch längere Öffnungszeiten erlaube.

»Wir müssen allerdings die lokalen Versorger in Zukunft besser unterstützen«, betont Gerlach. Es fehlte anfangs an Ausrüstung und Konzepten für die Heime und Praxen, später an Tests und Impfmöglichkeiten. Dafür ist eine zentrale Koordinierung nötig, sind sich beide Experten einig.

Den öffentlichen Gesundheitsdienst wiederbeleben

»Die jahrelange Vernachlässigung des öffentlichen Gesundheitsdienstes hat sich gerächt; wir haben die Gesundheitsämter ausbluten lassen«, so Gerlach. Es gibt knapp 400 Gesundheitsämter in Deutschland – aber auch nur ebenso viele Fachärztinnen und Fachärzte für öffentliche Gesundheit. Zwischen den Gesundheitsämtern fehlt zudem die Vernetzung, die so wichtig wäre, etwa wenn Menschen in Frankfurt arbeiten, aber im Umland gemeldet sind.

»Corona hat da zwar einiges beschleunigt«, so Gerlach, »aber vorher ist zu lange nichts passiert.« Vor allem fehlt eine übergeordnete Struktur: Das Bundesgesundheitsamt wurde 1994 ersatzlos aufgelöst. Doch weder das Robert Koch-Institut noch das Bundesgesundheitsministerium sind für die Koordination der lokalen Gesundheitsämter zuständig oder weisungsbefugt. »Wir müssen den öffentlichen Gesundheitsdienst grundlegend neu ausrichten und stärken«, fordert Gerlach. Zu dessen Aufgaben müsse es gehören, auch präventiv zu arbeiten, vulnerable Gruppen wie Ältere und Menschen in Heimen zu schützen, Schutzausrüstung, Testkapazitäten und Hygienekonzepte zu organisieren, aber auch Vorsorgestrategien etwa in Schulen. »Wir haben im Moment ein reaktives Gesundheitssystem: Der Patient geht mit einem Problem zum Arzt. Ziel ist ein präventives System, das auch vorsorgt, Ansteckung verhindert, Früherkennung fördert – dafür ist unser System nicht gemacht.« Dabei seien solche Konzepte dringend notwendig: So gefährdet etwa der Klimawandel die Gesundheit; allein im Hitzejahr 2018 starben in Deutschland 20 000 Menschen mehr als in Durchschnittsjahren an Austrocknung und Überhitzung.

Der öffentliche Gesundheitsdienst müsse hier zentrale und neue Aufgaben übernehmen, so Gerlach. Dazu gehöre eine höhere Wertschätzung: Image und Bezahlung – derzeit deutlich unter Klinikniveau – müssten sich deutlich bessern. Auch im Medizinstudium müsse die öffentliche Gesundheit endlich vorkommen. Aktuell dürfen beispielsweise angehende Ärztinnen und Ärzte keinen Teil ihres Praktischen

Jahrs im Gesundheitsamt leisten – nur Frankfurt ist hier bundesweit Pionier. Während der Pandemie unterstützen viele Medizinstudierende die Gesundheitsämter bei Quarantäne-, Test- und Impfstrategien – diesen Schwung gelte es zu nutzen.

Mehr Digitalisierung: Daten helfen heilen

Von allen Seiten kritisiert wird die schlechte digitale Ausstattung der Gesundheitsämter. Mangelnde Ausstattung und fehlendes Personal verhindern eine gute Vernetzung, Nachverfolgung, aber auch Vorsorgestrukturen. »Daten helfen heilen!«, betont Gerlach. Bisher sei eine systematische Erfassung in Deutschland kaum möglich, daher stammten beispielsweise die aktuellen Daten zu Impfnebenwirkungen überwiegend aus dem Ausland, erklärt der Allgemeinmediziner. Behandelnde und Forscher

Deutsche Intensivstationen wie hier am Universitätsklinikum Frankfurt konnten sich in der Krise auf die Behandlung schwerer COVID-Fälle konzentrieren, da die meisten leicht Erkrankten von niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten versorgt wurden.



Foto: Katrin Binner für Universitätsklinikum Frankfurt

RICHTUNGSPAPIER ZU MITTEL- UND LANGFRISTIGEN LEHREN

von Boris Augurzky, Reinhard Busse, Ferdinand Gerlach, Gabriele Meyer

ZWISCHENBILANZ NACH DER ERSTEN WELLE DER CORONAKRISE 2020 (in Stichworten)

- 1 Öffentlicher Gesundheitsdienst (ÖGD)** als eigenständige Säule der Gesundheitsversorgung: Personalausstattung, Attraktivität für Beschäftigte, Verknüpfung zu Wissenschaft und Primärversorgung und zu allen Politikbereichen.
- 2 Ambulante Primärversorgung** durch Hausarztpraxen, Koordination und Kooperation mit Kliniken und Öffentlichem Gesundheitsdienst: Pandemiepläne, Präventionsstrategien für Alten- und Pflegeheime sowie Behinderteneinrichtungen, digitale Vernetzung.
- 3 Spezialisierung** sowie Zentralisierung, Kooperation: regional klären, welches Krankenhaus welche Patientinnen und Patienten wann behandelt. Krankheiten möglichst nach Leitlinien/Qualitätsstandards behandeln. Prinzip »Qualität vor Nähe«.
- 4 Integrierte Versorgungszentren:** regionale ärztliche Ambulanzen, Pflegeleistungen, ambulante Operationen, Notfall- und stationäre Grundversorgung, vernetzt mit zentralen Regel- oder Maximalversorgern.
- 5 Versorgungsaufträge** regeln Finanzierung: leistungsorientiert Kapazitäten definieren, etwa Betten pro Fachabteilung, Beatmungsplätze, Intensivplätze, Personal. Vorhaltekapazitäten für Krisenfälle. Neue Vergütungsmodelle.
- 6 Pflegefachpersonen** mehr zutrauen, Qualifikationsmix mit erweiterten Kompetenzen, etwa bei komplexer Multimorbidität und um Krankenhauseinweisungen zu vermeiden.
- 7 Digitalisierung** des Gesundheitswesens: Informationsaustausch, auch innerhalb der EU, Verknüpfung von Datenbanken für eine verbesserte Versorgung, koordinierte Notfallversorgung, um Patientinnen und Patienten in geeignete Versorgungseinrichtung zu steuern. Elektronische Patientenakte.



Die Autorin

Dr. Anja Störiko, 56, ist promovierte Mikrobiologin. Sie arbeitet als freie Journalistin für Publikumszeitschriften, ist Redakteurin der Fachzeitschrift »BIOspektrum« und hat Bücher zu Gesundheitsthemen verfasst. Nach den Interviews hat sie ihren schon lange gereiften Entschluss umgesetzt und sich für die elektronische Patientenakte registriert.

anja@stoeriko.de
<http://stoeriko.de>

müssten jedoch auf Daten zugreifen und diese gemeinwohldienlich verwenden können. Falsch verstandener Datenschutz könne Menschenleben kosten: »Wir müssen uns nicht nur sorgen, was in die falschen Hände kommt, sondern auch, dass wichtige Gesundheitsdaten nicht in die richtigen Hände gelangen.«

Graf sieht weniger in der Digitalisierung selbst eine Hürde, sondern im bislang fehlenden Nutzen: »Die technischen Voraussetzungen in Kliniken und Praxen sind da, aber der Datenschutz behindert den reibungslosen Austausch; es fehlen Anreize für die Datenvernetzung, weil aktuell keiner davon profitiert«. Jeder Arzt würde sofort Arztbriefe per Papier und Fax sparen, wenn es eine vernetzte digitale Lösung mit einem echten Mehrwert und ohne rechtliche Hürden gäbe – angefangen mit der Krankengeschichte, Übermittlung von Befunden und Röntgenbildern über Informationen zu eingenommenen Arzneimitteln, vorigen Eingriffen, Allergien, Risikofaktoren, zum Impfstatus bis hin zur Patientenverfügung.

Plädoyer für elektronische Krankenakte

Beide Experten loben als Beispiel das Intensivbetten-Register, das die Fachgesellschaft DIVI (Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin) unter dem Druck

der Krise einführte und damit die tagesaktuelle Auslastung der Intensivbetten in Deutschland veranschaulicht. »So können wir die Patienten besser versorgen und vorhandene Kapazitäten gezielter nutzen«, so Gerlach.

Ähnlich müsse auch die elektronische Patientenakte die Versorgung vereinfachen und verbessern. »Vieles würde einfacher: Darin stehen Blutwerte, Impfpass, Medikation, Organspendeoption, Notfalldaten, Allergien – die Folge ist eine gezieltere Behandlung, weniger Doppeluntersuchungen, bessere Vernetzung, keine Zettelwirtschaft, bequeme elektronische Rezepte.« In diesen Tagen suche jeder Impfwillige nach seinem gelben Impfpass, künftig kommt die EU-Impf-App hinzu – das alles könnte viel einfacher zentral in der elektronischen Patientenakte gespeichert werden, wie etwa Dänemark, Israel und Estland längst zeigen. Gerlach als Vorsitzender des Sachverständigenrats zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen stellte kürzlich dessen Empfehlungen zur Digitalisierung im Gesundheitswesen der Öffentlichkeit vor: Die »Gesundheitsweisen« plädieren dafür, dass künftig jede Bürgerin und jeder Bürger bei Geburt oder Zuzug eine elektronische Gesundheitsakte erhält, diese allerdings sperren kann. »Das hätte einen großen Nutzen, wie uns die Pandemie wieder gezeigt hat – sofern wir es

ZUR PERSON

**Prof. Dr. med. Jürgen Graf,**

Jahrgang 1969, ist als Ärztlicher Direktor und Vorstandsvorsitzender des Universitätsklinikums Frankfurt verantwortlich für dessen Betrieb. Er studierte Humanmedizin in Aachen und im kanadischen London und habilitierte sich 2007 im Fach Intensivmedizin in Marburg. Nach Tätigkeiten in verschiedenen Kliniken und beim Medizinischen Dienst der Deutschen Lufthansa wurde er Klinischer Direktor am Klinikum Stuttgart. Seit 2016

ist er Ärztlicher Direktor des Universitätsklinikums Frankfurt. Jürgen Graf koordiniert als Leiter des Planungsstabs „Stationäre Versorgung von COVID-19-Patientinnen und Patienten“ des Hessischen Ministeriums für Soziales und Integration die Arbeit der Beteiligten, wie Kliniken, niedergelassene Ärzte, Kassen, Rettungsdienste und den öffentlichen Gesundheitsdienst.

vv-ukf@kgu.de

**Prof. Dr. med. Ferdinand Gerlach,**

Jahrgang 1961, ist als Direktor des Instituts für Allgemeinmedizin der Goethe-Universität zuständig für Forschung und Lehre in der Allgemeinmedizin, die vor allem in etwa 150 akademischen Lehr- und rund 400 Forschungspraxen stattfindet. Er studierte Medizin in Göttingen und Public Health in Hannover, wo er sich 1998 habilitierte. 2001 wurde er als Direktor des Instituts für

Allgemeinmedizin an das Universitätsklinikum Kiel berufen, bevor er 2004 nach Frankfurt wechselte. Als Vorsitzender des unabhängigen Sachverständigenrats zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen berät er Bundesregierung, Bundestag und Bundesrat (www.svr-gesundheit.de)

gerlach@allgemeinmedizin.uni-frankfurt.de

nicht so kompliziert machen wie aktuell geplant, dass vor jeder Nutzung Einverständniserklärungen nötig sind und jederzeit Daten gelöscht werden können.«

Gesundheitsversorgung diskutieren

Im nächsten Gutachten wollen sich die »Gesundheitsweisen« mit Vorbereitung auf und Umgang mit Krisen befassen: Das, was Corona jetzt aktuell gezeigt habe, werde uns künftig etwa durch den Klimawandel häufiger und länger beschäftigen – darauf müsse das Gesundheitssystem reagieren und besser vorbereitet sein.

Graf ist überzeugt, »dass nach der Bundestagswahl die Themen Gesundheit und Versorgung breiter diskutiert werden – andernfalls werden wir in zehn Jahren nicht mehr so leistungsfähig sein wie heute«. Denn dann seien die Sozialkassen leer, Krankenkassen überlastet, Pflegepersonal rar. »Unsere Aufgabe ist es, Sachverhalte und Risiken sichtbar zu machen und zu Gehör zu bringen – die Politik muss sich ein Bild machen und entscheiden.« Die Daten lägen auf dem Tisch; nun müsse geklärt werden, wie viel Versorgung welcher Qualität wer übernimmt. Dazu müsse die Regierung die notwendigen Strukturen schaffen und ein Zielbild festlegen, was mit unserem Gesundheitssystem

erreicht werden kann. »Wir brauchen Mut und Entschlossenheit, das System im Ganzen zu überdenken – das müssen Fachleute ausarbeiten, dann muss das Parlament die Gesetze beschließen, und die Bundesländer müssen sie ausgestalten.« Notwendig seien Anreize, eine durchdachte Steuerung und Qualitätskriterien, die das optimale Patientenwohl mit Wirtschaftlichkeit in Einklang bringen. »Unser Gesundheitssystem ist sehr leistungsfähig – wir könnten das beste der Welt haben«, ist sich Graf sicher.

Der informierte Patient

»Wir müssen die Menschen mitnehmen«, betont Gerlach. Er fordert mehr Öffentlichkeitsarbeit und mehr Aufklärung mit dem Ziel, die Gesundheitskompetenz der Bevölkerung zu verbessern. Auch jede Bürgerin, jeder Bürger könne dazu beitragen: »Ich wünsche mir, dass die Patienten Mitverantwortung übernehmen, Fragen stellen, nicht passiv erdulden, sondern mitdenken – Studien zeigen, dass das maßgeblich zur Heilung beiträgt.« Eine effiziente Therapie benötigt nicht nur ein funktionierendes Gesundheitssystem, sondern auch Menschen, die es mittragen. ●