



FRANKFURTER FORUM ■ DISKURSE



Heft 25  
April 2022  
ISSN 2190-7366

# Resilientes Gesundheitswesen: Lernen wir aus der Pandemie?

FRANKFURTER FORUM  
für gesellschafts-  
und gesundheitspolitische  
Grundsatzfragen e.V.



## Diskurs-Hefte des Frankfurter Forums

- Heft 1: Medizinischer Fortschritt in einer alternden Gesellschaft
- Heft 2: Versorgungskonzepte für eine alternde Gesellschaft
- Heft 3: Priorisierung, Rationierung – begriffliche Abgrenzung
- Heft 4: Priorisierung, Rationierung – Lösungsansätze
- Heft 5: Versorgung in einer alternden Gesellschaft
- Heft 6: Chancen und Risiken individualisierter Medizin
- Heft 7: Individualisierte Medizin – die Grenzen des Machbaren
- Heft 8: Psychische Erkrankungen – Mythen und Fakten
- Heft 9: Psychische Erkrankungen – Konzepte und Lösungen
- Heft 10: Menschen in ihrer letzten Lebensphase – selbstbestimmt leben, in Würde sterben
- Heft 11: Sterbehilfe – Streit um eine gesetzliche Neuregelung
- Heft 12: Sozialstaatsgebot und Wettbewerbsorientierung
- Heft 13: Preis- und Qualitätsorientierung im Gesundheitssystem
- Heft 14: Lebensqualitäts-Konzepte: Chancen und Grenzen
- Heft 15: Lebensqualität und Versorgung: Messen, wägen, entscheiden
- Heft 16: Digitales Gesundheitswesen: Chancen, Nutzen, Risiken
- Heft 17: Digitales Gesundheitswesen: Konzepte und Praxisbeispiele
- Heft 18: Demenz und Depressionen – was kommt auf uns zu?
- Heft 19: Demenz – neue Ansätze in Forschung, Diagnose und Therapie
- Heft 20: Perspektiven der Präzisionsmedizin
- Heft 21: Präzisionstherapie – Chancen für Forschung und Therapie
- Heft 22: Versorgungsforschung – Methoden und Ziele
- Heft 23: Versorgungsforschung: Von der Theorie zur Praxis
- Heft 24: Umwelt, Ökonomie, Gesundheit: Resilienz statt Reparatur
- Heft 25: Resilientes Gesundheitswesen: Lernen wir aus der Pandemie?

Alle Diskurs-Hefte sind online abrufbar unter: <http://frankfurterforum-diskurse.de>

# Ziele

Das Frankfurter Forum für gesellschafts- und gesundheitspolitische Grundsatzfragen will zentrale Fragen in der Gesellschafts- und Gesundheitspolitik mit führenden Persönlichkeiten aus Politik, Wissenschaft und Gesellschaft diskutieren und versuchen, darauf Antworten zu geben. Die unterschiedlichen ethischen, medizinischen, ökonomischen, politischen und rechtlichen Standpunkte sollen transparent und publik gemacht werden. Anregungen und Handlungsempfehlungen sollen an die Entscheider in Politik und Gesundheitssystem weitergegeben werden, um so an dessen Weiterentwicklung mitwirken zu können.



Heft 25  
April 2022  
ISSN 2190-7366

**FRANKFURTER FORUM**  
für gesellschafts-  
und gesundheitspolitische  
Grundsatzfragen e.V.

# Inhalt

Nach der Pandemie ist vor der Pandemie	4
<b>Resilientes Gesundheitswesen: Lernen wir aus der Pandemie?</b>	
ECKARD NAGEL, MICHAEL LAUERER, DENNIS HENZLER <b>Krisenmanagement: Regionale Kompetenzen, nationale Koordination, globale Verantwortung</b>	6
UTE TEICHERT <b>Bedeutung des ÖGD im Gesundheitswesen – aktuelle Situation und Zukunftsperspektiven</b>	14
GUIDO NOELLE <b>Krisenerkennung und -management durch digitale Unterstützungsprozesse</b>	22
VOLKER ULRICH <b>Öffentliche Aufgaben versus Versicherungsleistungen – Finanzierungskonsequenzen</b>	30
ANDREAS STORM <b>Strukturen, Aufgaben und Prozesse eines krisenresilienten Gesundheitssystems</b>	42
Bedingt abwehrbereit: Das deutsche Gesundheitssystem im Pandemie-Stress	52

# Resilientes Gesundheitswesen: Lernen wir aus der Pandemie? Nach der Pandemie ist vor der Pandemie

DR. REGINA KLAKOW-FRANCK, PROF. DR. H.C. HERBERT REBSCHER, PROF. DR. VOLKER ULRICH

**I**m Jahr 2 der Corona-Pandemie hat die Herbsttagung des Frankfurter Forums 2021 Zwischenbilanz zu den neuen Herausforderungen gezogen, vor denen das Gesundheitssystem, aber auch die Gesellschaft insgesamt steht.

Bereits im Jahr 2013 wurde die Bundesregierung (Deutscher Bundestag, Drucksache 17/12051) über eine Risikoanalyse im Bevölkerungsschutz 2012 – unter Punkt 2.3 Risikoanalyse „Pandemie durch Virus Modi-SARS“ – unter fachlicher Federführung des Robert Koch-Instituts auf Basis der bis dato vorliegenden Erfahrungen mit MERS und SARS folgendermaßen vorgewarnt:

„Das Szenario beschreibt eine von Asien ausgehende, weltweite Verbreitung eines hypothetischen neuen Virus, welches den Namen Modi-SARS-Virus erhält. Mehrere Personen reisen nach Deutschland ein, bevor den Behörden die erste offizielle Warnung durch die WHO zugeht. Darunter sind zwei Infizierte, die durch eine Kombination aus einer großen Anzahl von Kontaktpersonen und hohen Infektiosität stark zur initialen Verbreitung der Infektion in Deutschland beitragen. Obwohl die laut Infektionsschutzgesetz und Pandemieplänen vorgesehenen Maßnahmen durch die Behörden und das Gesundheitssystem schnell und effektiv

umgesetzt werden, kann die rasche Verbreitung des Virus aufgrund des kurzen Intervalls zwischen zwei Infektionen nicht effektiv aufgehalten werden. Zum Höhepunkt der ersten Erkrankungswelle nach ca. 300 Tagen sind ca. 6 Millionen Menschen in Deutschland an Modi-SARS erkrankt. Das Gesundheitssystem wird vor immense Herausforderungen gestellt, die nicht bewältigt werden können.“

Dennoch traf das Corona-Virus Deutschland mit voller Wucht:

- Das Corona-Virus traf auf Krankenhäuser, die bekanntermaßen auf Intensivstationen mit Pflegepersonal-Engpässen zu kämpfen haben;
- Das Corona-Virus traf im Zeitalter der Digitalisierung auf eine anachronistische Fax-Kultur im deutschen Gesundheitswesen und einen abgewirtschafteten öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD);
- Das Corona-Virus traf auf allgemeine Hilflosigkeit, wie hochbetagte und multimorbide Patientinnen und Patienten geschützt werden könnten, mit der Folge, dass diese dann in die Isolation geschickt wurden;
- Das Corona-Virus traf auf einen kleinstaatlichen Föderalismus, der glaubte, dass Viren, die sich wie Engel in der Luft ausbreiten, durch Aufrichtung von Ländergrenzen aufgehalten werden könnten;

*Das Corona-Virus traf auf einen Bundestagswahlkampf 2021, dem wissenschaftlich basierte Empfehlungen zum Opfer fielen.*

*Last but not least – und vielleicht das Schlimmste – traf das Corona-Virus traf auf eine rechtsextreme Szene und Verschwörungstheoretiker, die die Corona-Konfusion für ihre antidemokratischen, anti-rechtsstaatlichen Ziele instrumentalisieren.*

*Ziel der Herbsttagung 2021 war jedoch kein Politik-Bashing, sondern der Versuch, aus den Erfahrungen zu lernen und Hinweise zur Verbesserung des Krisenmanagements und zur Entwicklung einer Präventionsstrategie zu geben, wie es in diesem Heft den einzelnen Beiträgen und der Zusammenfassung des Herbstforums 2021 detailliert zu entnehmen ist.*

*Die von den Referenten und Diskutanten herausgearbeiteten Erkenntnisse sind wichtiger denn je, denn im Jahr 3 der nun zur Endemie umgewidmeten Pandemie droht ein Déjà-vu: Wissenschaftlich basierte Empfehlungen, die vor einer voreiligen Lockerung der Corona-Maßnahmen warnen, fallen politischen Wahlen zum Opfer; ressourcen-bedingte Defizite des ÖGD, die eine systematische Unterberichterstattung begünstigen mit der Folge völlig verzerrter Zahlen, was Inzidenzen und Hospitalisierungs-*

*raten in den verschiedenen Bundesländern und Regionen anbelangt, bleiben folgenlos; die Pflegepersonal-Situation bleibt angespannt, nun auf den Normalstationen (als würde erst Corona dazu geführt haben...); und so weiter und so fort.*

*Die Wissenschaft ist sich einig, dass wir mit dem Corona-Virus leben müssen. Und mit den weiteren Viren, die sich bereits darauf vorbereiten, die Gastfreundschaft des menschlichen Organismus zu suchen. Weder Panikmache noch Verharmlosung sind angesagt, sondern ein wissenschaftlich fundierter, rationaler, souveräner Umgang mit neuen Herausforderungen: Durch Lernen aus Fehlern, Vernetzung der Wissensquellen, Ableitung von Krisenpräventions- und Bewältigungsstrategien, und verlässliches – nachhaltiges – politisches Handeln.*

**Kontakt:**

**Dietmar Preding | Geschäftsstelle Frankfurter Forum e.V. |  
Dr. Schwabe-Straße 13b | 63454 Hanau |  
E-Mail: [dp-healthcarerelations@online.de](mailto:dp-healthcarerelations@online.de)  
<http://frankfurterforum-diskurse.de>**



# Resilientes Gesundheitswesen: Lernen wir aus der Pandemie?

## Krisenmanagement: Regionale Kompetenzen, nationale Koordination, globale Verantwortung

PROF. DR. MULT. ECKHARD NAGEL, DR. MICHAEL LAUERER, DENNIS HENZLER,  
INSTITUT FÜR MEDIZINMANAGEMENT UND GESUNDHEITSWISSENSCHAFTEN, UNIVERSITÄT BAYREUTH



**D**er vorliegende Artikel analysiert – vor dem Hintergrund der Corona-Pandemie – das Krisenmanagement im Gesundheitswesen und leitet Handlungsoptionen für eine Stärkung der Resilienz von Gesundheitssystemen ab. Dazu werden ausgewählte Stellungnahmen und multidisziplinäre Literatur – vorwiegend aus der Medizin, Ethik und Gesundheitsökonomie – herangezogen. Es zeigt sich zum einen, dass insbesondere vernachlässigte regionale Strukturen im Gesundheitswesen zu stärken sind. Zum anderen geht es um ein Ineinandergreifen verschiedener Ebenen, die in sich selbst spezifische Kompetenzen mit Autorität verbinden müssen.

### 1. Einleitung

Weltweit hat die beinahe alle Lebensbereiche berührende Corona-Pandemie Situationen hervorgebracht, die sich in unser kollektives Gedächtnis eingegraben haben: Erschöpfte Pflegekräfte und Ärzt\*innen in Krankenhäusern sowie erkrankte Menschen, die aufgrund fehlender Kapazitäten nicht mehr stationär aufgenommen werden konnten, gehören dazu. Schutzausrüstung, Tests und später Impfstoffe waren nicht ausreichend verfügbar.

Ziel des vorliegenden Artikels ist es vor diesem Hintergrund, das Krisenmanagement am Beispiel der Corona-Pandemie zu analysieren und Handlungsoptionen für eine Stärkung der Resilienz von Gesundheitssystemen aufzuzeigen. Einführend werden Krisen und das Krisenmanagement im Allgemeinen (siehe 1.1) sowie Unsicherheit und Fehlerkultur in der Pandemie (siehe 1.2) adressiert. Auf dieser Grundlage werden sowohl die regionale und nationale, als auch die globale Handlungsebene anhand exemplarischer Handlungsfelder (Kapitel 2 bis 4) analysiert. Der Artikel endet mit entsprechenden Schlussbetrachtungen (Kapitel 5).

#### 1.1. Krise und Krisenmanagement

Zunächst lohnt es sich, den Begriff Krise näher zu betrachten. Grundlegend kann der Krise sowohl eine zeitliche als auch eine sachliche Dimension zugewiesen werden (Merten 2014): Die zeitliche Komponente bezieht sich auf einen Störfaktor eines vorher geordneten Prozess, wobei Dauer und Verlauf der Krise von Unsicherheit geprägt sind. Sachlich wird die Krise als reale Gefahr verstanden, wobei die Auswirkungen und Wirksamkeit der Handlungen sowie

Entscheidungen zur Bewältigung der Krise nicht zur Gänze abschätzbar sind (Merten 2014). Maßnahmen und Methoden, die für das Erkennen, Beherrschen bzw. die Begrenzung des Schadens Anwendung finden, konstituieren das Krisenmanagement. Es kann als umfassender Ansatz verstanden werden, der bei der Prävention vor dem Eintritt der Krise beginnt und sich von der Reaktion bis zum reflexiven Lernen aus der Krise erstreckt (Drennan et al. 2014).

Die Pandemie erforderte viele, zum Teil komplexe Entscheidungen unter hohem gesellschaftlichen und zeitlichen Druck (hier: Krisenbedingungen) auf unterschiedlichsten organisatorischen Ebenen. Die Entscheidungsfindung war stets durch einen Mangel an wissenschaftlicher Evidenz als Entscheidungsgrundlage und eine dadurch bedingte Diversität der Meinungen geprägt. So bestand zu Beginn der Pandemie etwa Unsicherheit über die grundlegenden Charakteristika des Virus SARS-CoV-2 (z.B. Übertragung). In den nachfolgenden Phasen kam es zu einer Informationsüberreizung, in deren Zuge es schwieriger wurde, nützliche und qualitativ hochwertige Evidenz zu identifizieren (Berger et al. 2020).

## 1.2. Unsicherheit und Fehlerkultur in der Pandemie

Zu den kontrovers diskutierten Maßnahmen in der Pandemie gehörten Kontaktbeschränkungen durch die teilweise Schließung von Kitas (Beispiel 1) und der Wegfall von Besuchsmöglichkeiten in Krankenhäusern (Beispiel 2).

### Beispiel 1: Kitas in der Pandemie

Kontaktbeschränkungen gelten als wirksames Mittel zur Kontrolle der Ausbreitung von SARS-CoV-2. Allerdings besteht kein allgemeiner Konsens über Ausmaß und Dauer

der Restriktionen. Dies spiegelte sich auch in der fehlenden Konsistenz von Empfehlungen und Entscheidungen über den Betrieb von Kindertagesstätten wieder: Während etwa im Frühjahr 2020 einige auf die Beibehaltung der Schließung insistierten, gab es auch Stimmen, die für eine schrittweise Öffnung argumentierten (Nagel und Eggert 2020).

Retrospektiv zeigt sich, dass die Schließung von Schulen und Kindertagesstätten sowie der Mangel an anderweitigen Freizeitaktivitäten und sozialen Kontakten psychische Belastungen begünstigte. Daraus lässt sich ein Desiderat für eine sichere Aufrechterhaltung des Schul- und Kitabetriebs ableiten: Der Erarbeitung und Einführung spezifischer Sicherheitskonzepte für verschiedene Lebenswelten kommt damit ein zentraler Stellenwert zu. So weist etwa das Projekt „Sichere Bildung Bayreuth“ darauf hin, dass eine abgesicherte Wiederöffnung von Kindertagesstätten und damit die Bereitstellung von Strukturen, die für die Entwicklung, Chancengleichheit und Teilhabe von Kindern essenziell sind, möglich ist (Nagel 2021a).

### Beispiel 2: Tod und Sterben in der Pandemie

Die Pandemie hat zudem Einfluss auf einen sehr privaten und spirituellen Aspekt des Menschseins genommen – Tod und Sterben. Mit der Intention, Infektionsraten in stationären Einrichtungen niedrig zu halten und besonders vulnerable Gruppen zu schützen, wurden selbst Sterbende isoliert. Menschliche Zuwendung durch Nahestehende wurde vielen Patient:innen damit erschwert. Der persönliche Erlebnisbericht einer Betroffenen verdeutlicht dies:

*Sie begleitete ihre fast 90-jährige Tante in einem Pflegeheim. Als klar wird, dass die klinische Ver-*

*schlechterung in Kürze dazu führen wird, dass die alte Dame stirbt, gibt es Einigkeit zwischen der Patientin und ihrer Familie, auf Wiederbelebnungsmaßnahmen zu verzichten. Dabei besteht der Wunsch, den Sterbeprozess möglichst nahe zu begleiten. Intensive Gespräche mit der Pflegeheimleitung resultieren in der Erlaubnis, die Tante täglich für eine Stunde zu besuchen. Ein Schnelltest sowie das Tragen einer FFP-2 Maske, eines Schutzkittels und von Handschuhen ist Bedingung. Die Bitte im Zimmer auf Maske und Handschuhe verzichten zu dürfen wird abgelehnt – mit Verweis auf geltende Kontaktbeschränkungen. Der Einwand, bei der sterbenden Tante gebe es keine Hinweise auf eine SARS-CoV-2-Infektion wird ignoriert. Während des Besuches kontrollieren pflegende Mitarbeitende die Einhaltung der Regeln. Auf Nachfrage bei der Pflegeleitung wird eingeräumt, dass es keine medizinische Begründung für die Anweisungen gibt – außer dem unbedingten Versuch Infektionsübertragungen zu vermeiden und so gut es geht den Regeln des Infektionsschutzgesetzes Rechnung zu tragen.*

Hier wird deutlich: In Unsicherheit werden inhaltliche Fehler gemacht, die mitunter zu gravierenden persönlichen Schäden führen. Einzig eine umfassende Entschuldigung bei den Angehörigen kann die generelle Verunsicherung wiederherstellen. Gleichzeitig ist es bei allen zukünftigen Maßnahmen dringend geboten, die individuelle Verantwortungsübernahme in der medizinischen Begleitung von Menschen wieder in den Mittelpunkt zu stellen.

### **Konstruktive Fehlerkultur**

Da Fehlentscheidungen im Allgemeinen sowie in der Krise im Speziellen auf lange Sicht unvermeidlich sind, kommt der Frage nach dem Umgang mit Fehlern essenzielle Bedeutung zu. Ein in diesem Zusammenhang stehender Begriff hat in den letzten Jahren an Aufmerksamkeit gewonnen – die konstruktive Fehlerkultur. Diese bietet die Möglichkeit, aus Fehlern zu lernen und sie als Ressourcen für Verbesserung aufzufassen (Mayer 2020).

Im folgenden sollen die Krise, das Management sowie Lehren, die retrospektiv gezogen werden können, aus unterschiedlichen Perspektiven – beginnend mit der regionalen Ebene – untersucht werden.

## **2. Regionale Kompetenzen**

Für das Krisenmanagement im Gesundheitswesen sind regionale Strukturen und Kompetenzen von hoher Bedeutung: „Vor Ort“ entscheidet sich, wie auf übergeordneter Ebene beschlossene Entscheidungen umgesetzt und dabei regionale Besonderheiten und Defizite adressiert werden können. Regionale Kapazitäten und Aufgaben stellen für das Krisenmanagement spezifische Lösungsmöglichkeiten und Herausforderungen dar, die am Beispiel des Öffentlichen Gesundheitsdienstes zunächst skizziert werden sollen (2.1), bevor eine konstruktive Fehlerkultur in diesem Kontext adressiert wird (2.2).

### **2.1. Der Öffentliche Gesundheitsdienst**

Der Öffentliche Gesundheitsdienst (ÖGD) gilt neben der ambulanten und stationären Versorgung als „dritte Säule“ der Gesundheitsversorgung. Ihm obliegen vielfältige Aufgaben in der populationsbezogenen Prävention und Gesundheitsförderung sowie beratende Tätigkeiten für politische Entscheidungsträger im Rahmen der Gesundheitsberichterstattung oder der Gesundheitsplanung (Gesundheitsministerkonferenz 2018). In der Covid-19-Krise rückten die lokalen Gesundheitsämter in das Zentrum öffentlicher Aufmerksamkeit – etwa im Kontext der Nachverfolgung von Infektionsketten.

#### **Personalmangel in vielen Gesundheitsämtern**

Eine besondere Herausforderung betrifft die personelle Ausstattung. Die Mitarbeitenden wurden alleine durch das Nachverfolgen von Kontakten an ihre Kapazitätsgrenzen gebracht. Obwohl die Gesundheitsämter sukzessive durch Personal der Bundeswehr, Medizinstudierende sowie Mitarbeitende des öffentlichen Dienstes bei der Kontaktnachverfolgung unterstützt wurden, blieb die Situation herausfordernd (Arnold und Teichert 2021).

Der Personalmangel in den Gesundheitsämtern besteht allerdings auch unabhängig von der Corona-Pandemie bzw. betrifft viele Bereiche, die über die Nachverfolgung von Kontakten und das Pandemiemanagement hinausgehen. Insbesondere beim ärztlichen Personal zeichnet sich seit längerem ein Defizit ab (Kaduszkiewicz et al. 2018). Vor allem in ländlichen Gebieten herrscht eine prekäre Personalsituation vor (Behnke und Zimmermann 2020). Dabei ist gerade das ärztliche Personal zentral für die adäquate



Adressierung zu bewältigender Aufgaben: Insbesondere obliegen Führungsaufgaben, wie die amtliche Leitung der örtlichen Gesundheitsbehörde, regelmäßig Ärztinnen und Ärzten (Behnke und Zimmermann 2020).

### Ursachen für den Personalmangel

Als eine der wesentlichen Ursachen für den ärztlichen Personalmangel in den Gesundheitsämtern gilt eine – im Vergleich zu den im Krankenhaus und ambulant tätigen Ärztinnen – niedrigere Vergütung (Behnke und Zimmermann 2020). So werden die im öffentlichen Gesundheitswesen tätigen Mediziner nach den akademischen Tarifverträgen des öffentlichen Dienstes bezahlt, während sich die Vergütung ihrer in der medizinischen Versorgung tätigen Kollegen nach spezifischen Tarifverträgen richtet – was sich in signifikanten Gehaltsunterschieden manifestiert (Kaduszkiewicz et al. 2018). Als direkte Folge werden viele ärztliche Stellen in den Gesundheitsämtern nicht oder verzögert besetzt.

### Politische Reaktionen

Die politischen Entscheidungsträger konstatieren, im Zuge der Pandemie die Bedeutung der Gesundheitsämter für eine adäquate Adressierung bevölkerungsbezogener gesundheitlicher Krisen erkannt zu haben.<sup>1</sup> Bereits 2020 beschloss die Bundesregierung im Rahmen des Aktionsplan „Pakt für den öffentlichen Gesundheitsdienst“ eine bundesweite finanzielle und strukturelle Stärkung des ÖGD (BMG 2020). Überdies haben sich die Ampelparteien der neuen Bundesregierung vorgenommen, dem Fachpersonal des ÖGD attraktivere Arbeitsbedingungen und eine leistungsgerechtere Bezahlung anzubieten und fordern die Tarifpartner auf, eigene Tarifverträge zu schaffen (BVÖGD 25.11.2021).

### 2.2. Konstruktive Fehlerkultur

Handelt es sich bei der hier kurz umrissenen Vernachlässigung des ÖGD um einen „Fehler“, dessen Konsequenzen prospektiv nicht adäquat eingeschätzt werden konnte? Eine ähnlich gelagerte Frage könnte man bezüglich der Erkenntnis stellen, dass die Maxime einer logistisch-hochkomplexen, global angelegten Produktions- und Wertschöpfungskette unter dem Stichwort „24/7“ im Rahmen einer Krisensituation zusammenbrechen kann. Das Einräumen einer fehlerhaften Einschätzung von Relevanz und zukünftiger Entwicklung, z.B. des ÖGD, ist unabweisbar.

Dabei steht die Frage im Raum, wer diesbezüglich Verantwortung übernimmt und welche Institution, nicht nur die Korrekturen auf den Weg bringt, sondern auch die Kraft hat sich bei der Bevölkerung zu entschuldigen.

Alleine die schlichte Umkehr eines eingeschlagenen Weges und die demonstrative finanzielle Förderung eines bis zu diesem Zeitpunkt unterfinanzierten Systems entspricht nicht einer konstruktiven Fehlerkultur. Obwohl eine finanzielle Förderung zu begrüßen ist, birgt die zu starke Fokussierung auf Aufgaben in Verbindung mit den jüngeren Herausforderungen (z.B. Meldewesen, Kontaktverfolgung) die Gefahr, andere wichtige Verantwortlichkeiten des ÖGD zu verdrängen (Heudorf 2020).

## 3. Nationale Koordination und Verantwortung

Am Beispiel SARS-CoV-2 wird deutlich, dass das Management von Krisen, die sich nicht auf einzelne Regionen begrenzen, auch eine nationale Koordination und – wie die Bestimmung des Begriffs Pandemie bereits nahelegt – globale Verantwortungsübernahme (siehe Kapitel 4) beinhalten muss. Auf nationaler Ebene sind etwa grundlegende Regeln im Umgang mit Ressourcen, die in der Krise knapp werden können, zu etablieren: Dazu gehören Leitlinien für eine gerechte Priorisierung konkurrierender Bedarfe (3.1). Internationale Vorreiter können ein Vorbild sein (3.2).

### 3.1. Nationale Leitlinien für die Priorisierung

Die beinahe ubiquitär präsente Corona-Pandemie führte global zu Engpässen bei Ressourcen, die für die medizinische Behandlung und gleichermaßen den Schutz von Patienten und Behandelnden eine wichtige Rolle spielen. In der Folge nahm man ein Thema in den Blick, das hierzulande vorher weitgehend ausgeblendet wurde: Priorisierung in der Medizin avancierte zu einem zentralen Gegenstand der öffentlichen und fachlichen Debatte. Fachgesellschaften wie politisch Verantwortliche setzten sich nun mit Fragen einer gerechten Allokation, adäquaten Kriterien der Verteilung und ihrer praktischen Anwendung auseinander (Nagel 2021b).<sup>2</sup>

### Fehlendes Bewusstsein für Ressourcenknappheit

In diesem Prozess ist es aber nicht gelungen zu vermitteln, dass die Notwendigkeit einer Priorisierung an sich nichts Neues ist und schon weit vor der Pandemie in zahlreichen

Kontexten zu den wesentlichen Herausforderungen für die Absicherung der medizinischen Versorgung gehörte. Dieses fehlende Bewusstsein gilt weniger für Bereiche des absoluten Mangels – wie etwa die Knappheit an Organen für lebensrettende Transplantationen. Hier gibt es bereits seit Jahrzehnten klare Zuteilungs- bzw. Priorisierungsregeln.

Das fehlende Bewusstsein betrifft besonders Bereiche des relativen Mangels: Der medizinisch-technische Fortschritt und der demografische bzw. epidemiologische Wandel gehören zu den Determinanten der Verlagerung der Krankheitslast hin zu einer vermehrt kosten- und zeitintensiven Versorgung. In der Konsequenz stiegen die Ausgaben in der Gesetzlichen Krankenversicherung signifikant an. Gleichzeitig müssen proportional weniger erwerbstätige Bürgerinnen mit ihren Beiträgen zur Krankenversicherung steigende Ausgaben für eine älter werdende Bevölkerung finanzieren. In dieser Gemengelage zeichnet sich eine Kluft zwischen dem medizinisch Möglichen und dem gesellschaftlich Leistbaren ab. Die – bislang vornehmlich fachlich diskutierten – Lösungsmöglichkeiten für diese zentrale Herausforderung weisen jeweils spezifische Chancen, aber auch Grenzen auf. Hier wird zwischen der Rationalisierung, Rationierung und Priorisierung unterschieden (Nagel 2021b).

### **Rationalisierung, Rationierung und Priorisierung**

In der Debatte um diese Optionen wird oft die Vorzugswürdigkeit der Rationalisierung postuliert. Denn mit Rationalisierungsmaßnahmen gelingt es definitionsgemäß, Einsparungen zu realisieren ohne dabei medizinisch Notwendiges oder Nützlichendes vorzuenthalten, indem – etwa durch eine Optimierung organisatorischer Prozesse oder die Verbesserung von Therapien – ökonomische Effizienzreserven genutzt werden. Rationierung geht hingegen mit der Vorenthaltung medizinisch sinnvoller Leistungen aufgrund von Ressourcenknappheit einher. Solche Mangelsituationen prägten weltweit die medizinische Versorgung in der Corona-Pandemie. Dies zeichnete sich, wenn auch eingeschränkt, auch für Deutschland ab – etwa im Hinblick auf Intensiv- und Beatmungsplätze, Medikamente und Impfstoffe. Im Kontext von Mangelsituationen sind Verteilungs- bzw. Rationierungsentscheidungen unausweichlich.

Priorisierung kann dann eine Reflexion der Rahmenbedingungen sowie adäquate Vorbereitung leisten und damit als notwendige Grundlage einer gerechten Rationierung verstanden werden. Sie dient als „ausdrückliche

Feststellung einer Vorrangigkeit bestimmter Indikationen, Patientengruppen oder Verfahren vor anderen“ (Zentrale Ethikkommission bei der Bundesärztekammer 2000). Ihr Ergebnis ist eine mehrstufige Rangreihe nach „Wichtigkeit“. Entsprechend kann Priorisierung keinesfalls mit der Rationierung gleichgesetzt werden, sondern muss als Voraussetzung für eine gerechte Rationierung verstanden werden.

Die explizite Orientierung an akzeptierten Kriterien schafft Transparenz, Rechtssicherheit, eine praktische, moralische und emotionale Entlastung von Ärztinnen und schützt die Arzt-Patient-Beziehung. Zentrale Herausforderung dabei ist die Auswahl von Priorisierungskriterien, deren Operationalisierung und Gewichtung. Weitreichender Konsens besteht, dass sich Priorisierungsentscheidungen daran orientieren sollen, wie sehr eine Patientin medizinische Hilfe braucht, wie sehr ein Patient auf den Schutz der Solidargemeinschaft angewiesen ist. Entsprechend muss und kann schon bei der Wahl von Priorisierungskriterien die Schutzbedürftigkeit individueller Patienten maßgeblich Berücksichtigung finden (Nagel 2021b).

### **3.2. Von Vorreitern lernen**

In Deutschland war der Begriff der Priorisierung allerdings in weiten Teilen negativ konnotiert und entsprechende Bemühungen um eine Grundlage für Priorisierungsentscheidungen stießen bei politischen Entscheidungsträgerinnen auf Ablehnung. Mit den skizzierten unübersehbaren Knappheitssituationen im Kontext der Corona-Pandemie änderte sich die Diskussion um Priorisierung quasi schlagartig. Im Gegensatz zu anderen Ländern konnte dabei aber nicht auf eine differenzierte Auseinandersetzung mit dem Thema in der politischen und öffentlichen Debatte zurückgegriffen werden. Auch legitimierte, bindende Regelwerke sowie definierte Prozesse fehlten.

Etwa Norwegen oder Schweden zeigen hingegen seit Jahrzehnten, dass Priorisierung gelingen und zur gerechten Ressourcenallokation beitragen kann. Zu den vornehmlichen Voraussetzungen hierfür gehören die öffentliche Debatte, eine Beteiligung von Experten unterschiedlicher Disziplinen (Medizin, Sozialwissenschaften, Jurisprudenz etc.), von Fachgesellschaften sowie der Bevölkerung. Im Vergleich mit diesen Ländern zeigt sich: Eine breit angelegte Debatte zur Priorisierung, die über spezifische Kontexte wie die Organallokation hinausgeht, ist in Deutschland überfällig (Nagel und Lauerer 2016; Nagel 2021b).

## 4. Globale Verantwortung

Das Desiderat einer differenzierten Debatte gilt auch für die Übernahme globaler Verantwortung: So kann eine Pflicht zur Impfung gegen SARS-CoV-2 zunächst als nationale Frage verstanden werden (4.1). Bei näherer Betrachtung ist die Aufforderung zu einer allgemeinen Impfpflicht aber auch unter dem Gesichtspunkt einer international verstandenen Gerechtigkeit zu reflektieren (4.2).

### 4.1. Debatte um die Impfpflicht

Im allgemeinen Sprachgebrauch wird die Impfpflicht regelmäßig als eine stark in die Freiheitsrechte eingreifende Zwangsimpfung durch den Staat verstanden, wobei eine Pflicht mehrere relativierende Kontexte adressieren kann: z.B. als berufliche Erfordernis oder Voraussetzung für die Einreise in Länder (Druml 2021). In der aktuellen Diskussion geht es um die Einführung einer allgemeinen gesetzlichen Impfpflicht, welche mit rechtlichen Sanktionen verbunden ist.

#### Solidarität und Pflicht

Während der Covid-19-Pandemie wurde eine allgemeine Impfpflicht von den politisch Verantwortlichen zuerst ausgeschlossen, dann zum Ziel erklärt. Für die Gesellschaft und das Individuum ergeben sich dabei wichtige Fragen: Gehört – mit Blick auf das konditionale Gut Gesundheit – zur Solidarität auch eine Selbstverpflichtung? Die Bismarck'sche Sozialgesetzgebung verpflichtet den Staat, sich dem Einzelnen in der Not zuzuwenden. Aber sie verpflichtet auch den Bürger zur Partizipation an diesem System. Mit steigenden Erkenntnissen zur Entstehung von Krankheiten wird auch die Debatte zur Pflicht erweitert – indem Prävention im größeren Maße als einzufordernder Beitrag formuliert wird. Auch in der Corona-Pandemie wird gefragt, ob die Selbstbestimmung über den eigenen Körper an eine Grenze gekommen ist, weil einige präventive Maßnahmen – wie eine bevölkerungsweite Impfung – erst durch die Teilnahme der Mehrheit erreicht werden kann (Nagel 2021c).

Der Deutsche Ethikrat sieht in einer gesetzlichen Impfpflicht eine erhebliche Beeinträchtigung rechtlich und moralisch geschützter Güter, da die Selbstbestimmung über den eigenen Körper zu den zentralen Freiheits- und Persönlichkeitsrechten in einem demokratischen Staat gehört.

Dieses Recht gilt allerdings nicht absolut: In begründeten Fällen, in welchen die Freiheit anderer berührt wird, dürfe es eingeschränkt werden (Deutscher Ethikrat 2021). In der Ad-hoc-Empfehlung des Deutschen Ethikrates vom 21. Dezember 2021 wird mehrheitlich eine allgemeine Impfpflicht für Erwachsene empfohlen (Deutscher Ethikrat 2021). Begründung erfährt diese Empfehlung im Ziel einer „nachhaltigen, dauerhaft tragfähigen und gerechten Beherrschung der Pandemie“, wobei vor allem bei Ausbleiben einer kontrollierten endemischen Situation, die „Gefahr einer ständigen Wiederkehr von Kontaktbeschränkungen aller Art“ vorläge, unter der „insbesondere Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene zu leiden haben“ (Deutscher Ethikrat 2021).

#### Keine Benachteiligung

Manche setzen dem die Selbstbestimmung über den eigenen Körper entgegen: Diese solle unangetastet bleiben und es gehöre zur Freiheit des Einzelnen, sich gegebenenfalls auch gesundheitsgefährdend zu verhalten. Das Anrecht auf eine medizinische Behandlung darf bei einer Entscheidung gegen die Impfung jedenfalls nicht verloren gehen. Auch die Benachteiligung anderen gegenüber verbietet sich in diesem Kontext.

### 4.2. Reflexion der Impfpflicht im globalen Kontext

Ebenso ist die Aufforderung zur allgemeinen Impfpflicht unter dem Gesichtspunkt einer international verstandenen Gerechtigkeit zu reflektieren. In einer Pandemie sind globale Strategien erforderlich, um eine weltweite Kontrolle der Infektionsverbreitung zu erreichen: Wenn die Übertragung unkontrolliert ist, hat das Virus eine größere Chance zu mutieren und die Kontrolle weiter zu erschweren. Der Ausbruch einer neuen Variante in einer Region kann sich schnell in die ganze Welt ausweiten. Künftige Corona-Mutationen führen möglicherweise zu impfstoffresistenten Varianten. Eine verstärkte Zusammenarbeit zwischen Hoch- und Niedriglohnländern – mit dem Ziel, mehr effektive Impfstoffe in die schwer zugänglichen Regionen zu bringen – würde entsprechend dazu beitragen, das Ende der Pandemie herbeizuführen (Vashi und Coiado 2021).

In diesem Zusammenhang lohnt es sich, die Booster-Impfung bzw. Empfehlung zur allgemeinen Impfpflicht in Deutschland auch vor dem Hintergrund der internationalen Verfügbarkeit von Impfstoffen zu reflektieren. So könnte etwa vor der dritten oder vierten Impfung in High-inco-

me-countries (HIC) eine moralische Verpflichtung bestehen, ökonomisch-strukturell schwächere Länder zu unterstützen, eine Grundimmunisierung ihrer Bevölkerung zu erreichen.

Im marktorientierten Verfahren der globalen Verteilung von Impfstoffen haben die HIC einen erheblichen Vorteil. Dabei machte vor allem eine Kombination aus Undurchschaubarkeit der Preisverhandlungen und Mangel an finanziellen Mitteln einen weltweit gerechten Zugang zu hochwirksamen Impfstoffen unmöglich (Guzman et al. 2021). Neben humanitären und epidemiologischen Gründen können auch wirtschaftliche Argumente angeführt werden, dass HICs sich zum Ziel setzten sollten, die Menschen aus ärmeren Ländern bei ihren Impfbemühungen so zu unterstützen wie ihre eigenen Bürgerinnen (Vashi und Coiado 2021). So können insbesondere aufgrund des Rückgangs von Exporten Verluste für die Weltwirtschaft von mehreren Billionen US-Dollar resultieren (Çakmaklı et al. 2021).

## 5. Schlussbetrachtung

In Krisen, wie zum Beispiel in der Corona-Pandemie, zeigt sich, dass die Gesundheitskompetenz in der Bevölkerung und der Grad der Handlungsfähigkeit administrativer Strukturen wichtige Komponenten der gesellschaftlichen Resilienz sind. Keine übergeordnete logistische Strategie kann eine solche grundlegende Orientierung ersetzen. Deshalb ist es zum einen notwendig, gerade regionale Strukturen zu stärken – z.B. im Gesamtkontext des ÖGD – und zum anderen eine stete Förderung der Gesundheitskompetenz der Bürgerinnen und Bürger zu realisieren. Ungeachtet dessen, braucht es auch abgestimmte Maßnahmen auf einem übergeordneten Handlungsniveau. Hier sind Länder und Bundesgesetzgeber gleichermaßen gefordert Abstimmungen umzusetzen.

Der Forderung nach einer generellen Zentralisierung zur Krisenbewältigung im Gesundheitswesen ist eine Absage zu erteilen – wobei übergeordnete Einrichtungen grundsätzlich eine Koordinierung gewährleisten müssen. Diese erstreckt sich mit wesentlichen Aufgaben auch auf die internationale Zusammenarbeit. In aller Regel sind Krisen im gesundheitlichen Bereich grenzüberschreitend und bedürfen dementsprechend eines effektiven internationalen Abstimmungsprozesses, Kommunikation und Kooperation. Schlussendlich geht es um ein Ineinandergreifen verschiedener Ebenen, die in sich selbst spezifische Kompetenzen mit Autorität verbinden müssen.

E-Mail-Kontakt: eckhard.nagel@uni-bayreuth.de

1. „Bund und Länder haben während der Pandemie zusammen festgestellt, dass es Defizite gab. Wir wollen die Corona-Krise nicht nur irgendwie überstehen. Wir wollen daraus lernen, den Öffentlichen Gesundheitsdienst so aufzustellen, dass er für künftige Pandemien gerüstet ist.“ Bundesgesundheitsminister Jens Spahn. <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/begriffe-von-a-z/o/oeffentlicher-gesundheitsdienst-pakt.html> (Zuletzt abgerufen am 28.01.2022)
2. Exemplarisch sei an dieser Stelle auf die Handlungsempfehlung zum Umgang mit knappen Ressourcen der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin und eine Empfehlung zur Priorisierung beim Zugang zur COVID-19-Impfung der Ständigen Impfkommission, des Deutschen Ethikrats und der Leopoldina verwiesen.

## Literatur

3. Arnold, Laura; Teichert, Ute (2021): Politischer Reformprozess im Zuge der COVID-19-Pandemie: Der Pakt für den Öffentlichen Gesundheitsdienst. In: Public Health Forum 29 (1), S. 47-50. DOI: 10.1515/pubhef-2020-0130.
4. Behnke, Natalie; Zimmermann, Matthias (2020): Notlage des öffentlichen Gesundheitsdienstes im ländlichen Raum. In: VM 26 (4), S. 169-182. DOI: 10.5771/0947-9856-2020-4-169.
5. Berger, Loic; Berger, Nicolas; Bosetti, Valentina; Gilboa, Itzhak; Hansen, Lars Peter; Jarvis, Christopher et al. (2020): Uncertainty and Decision-Making During a Crisis: How to Make Policy Decisions in the COVID-19 Context? In: SSRN Journal. DOI: 10.2139/ssrn.3647188.
6. BMG (2020): Pakt für den öffentlichen Gesundheitsdienst. Bundesministerium für Gesundheit. Online verfügbar unter [https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3\\_Downloads/O/OEGD/Pakt\\_fuer\\_den\\_OEGD.pdf](https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/O/OEGD/Pakt_fuer_den_OEGD.pdf), zuletzt geprüft am 09.01.2022.
7. BVÖGD (25.11.2021): Zum Koalitionsvertrag der Ampelparteien. Berlin. Online verfügbar unter <https://www.bvoegd.de/zum-koalitionsvertrag-der-ampelparteien/>, zuletzt geprüft am 18.01.2022.
8. Çakmaklı, Cem; Demiralp, Selva; Kalemli-Özcan, Şebnem; Yeşiltaş, Sevcin; Yıldırım, Muhammed (2021): The Economic Case for Global Vaccinations: An Epidemiological Model with International Production Networks. In: National Bureau of Economic Research. DOI: 10.3386/w28395.
9. Deutscher Ethikrat (2021): Ethische Orientierung zur Frage einer allgemeinen gesetzlichen Impfpflicht. Ad-Hoc-Empfehlung. Deutscher Ethikrat. Berlin.
10. Drennan, Lynn T.; McConnell, Allan; Stark, Alastair (2014): Risk and Crisis Management in the Public Sector. 2nd ed. Hoboken: Taylor and Francis (Routledge Masters in Public Management).
11. Druml, Christiane (2021): Impfen gegen Infektionserkrankungen – eine bioethische Debatte in der Pandemie. In: Andreas Reis, Martina Schmidhuber und Andreas Frewer (Hg.): Pandemien und Ethik. Entwicklung – Probleme – Lösungen. Berlin, Germany, Heidelberg: Springer, S. 133-149.
12. Gesundheitsministerkonferenz (2018): Leitbild für einen modernen öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD) – „Der ÖGD: Public health vor Ort“. Online verfügbar unter <http://www.bvoegd.de/leitbild/>, zuletzt geprüft am 09.01.2022.
13. Guzman, Javier; Hafner, Tamara; Maiga, Lalla Arkia; Giedion, Ursula (2021): COVID-19 vaccines pricing policy options for low-income and middle-income countries. In: BMJ global health 6 (3). DOI: 10.1136/bmjgh-2021-005347.
14. Heudorf, Ursel (2020): COVID-19-Pandemie – Rationalität statt Regelungschaos tut not. In: Gesundheitswesen (Bundesverband der Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (Germany)) 82 (12), S. 941-943. DOI: 10.1055/a-1288-7064.
15. Kaduszkiewicz, Hanna; Teichert, Ute; van den Bussche, Hendrik (2018): Ärztemangel in der hausärztlichen Versorgung auf dem Lande und im Öffentlichen Gesundheitsdienst: Eine kritische Analyse der Evidenz bezüglich der Rolle von Aus- und Weiterbildung. In: Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz 61 (2), S. 187-194. DOI: 10.1007/s00103-017-2671-1.
16. Mayer, Claude-Hélène (2020): Positive Fehlerkultur als Ressource. In: Schmerzmed. 36 (4), S. 62-67. DOI: 10.1007/s00940-020-1739-4.
17. Merten, Klaus (2014): Krise, Krisenmanagement und Krisenkommunikation. In: Ansgar Thießen (Hg.): Handbuch Krisenmanagement. 2. Auflage. Wiesbaden: Springer VS (Handbuch), S. 155-175.



18. Nagel, Eckhard (2021a): Maßnahmen ergreifen - sich nicht wegducken. In: kma - Klinik Management aktuell 26 (12), S. 74-75. DOI: 10.1055/s-0041-1741363.
19. Nagel, Eckhard (2021b): Priorisierung in der Medizin. Schutzbedürftigkeit als das zentrale Element einer gerechten Verteilung. In: Bayerisches Ärzteblatt, S. 522-523. Online verfügbar unter [https://www.bayerisches-aerzteblatt.de/fileadmin/aerzteblatt/ausgaben/2021/11/einzelpdf/BAB\\_11\\_2021\\_522\\_523.pdf](https://www.bayerisches-aerzteblatt.de/fileadmin/aerzteblatt/ausgaben/2021/11/einzelpdf/BAB_11_2021_522_523.pdf).
20. Nagel, Eckhard (2021c): Wir müssen miteinander reden! In: FAZ 2021, 22.12.2021. Online verfügbar unter <https://www.faz.net/aktuell/feuilleton/debatten/impfpflicht-jetzt-wir-muessen-miteinander-reden-17697047.html>, zuletzt geprüft am 18.01.2022.
21. Nagel, Eckhard; Eggert, Angelika (2020): Öffnet die Kitas! In: FAZ, 2020 (22. April). Online verfügbar unter <https://www.faz.net/aktuell/gesellschaft/gesundheit/coronavirus/kinder-und-corona-kita-schliessungen-sind-medizinisch-unbegruendet-16735654.html>, zuletzt geprüft am 20.12.2021.
22. Nagel, Eckhard; Lauerer, Michael (Hg.) (2016): Prioritization in medicine. An international dialogue. Cham: Springer.
23. Vashi, Aksal P.; Coiada, Olivia C. (2021): The future of COVID-19: A vaccine review. In: Journal of infection and public health 14 (10), S. 1461-1465. DOI: 10.1016/j.jiph.2021.08.011.
24. Zentrale Ethikkommission bei der Bundesärztekammer (2000): Prioritäten in der medizinischen Versorgung im System der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV): Müssen und können wir uns entscheiden? In: Deutsches Ärzteblatt 97 (15), A1017-A1023.

**PROF. DR. DR. MED. HABIL. DR. PHIL. DR. THEOL.  
H.C. ECKHARD NAGEL**



*Eckhard Nagel ist Geschäftsführender Direktor des Instituts für Medizinmanagement und Gesundheitswissenschaften, Gründungsmitglied der Fakultät für Lebenswissenschaften und Sprecher des MedizinCampus Oberfranken an der Universität Bayreuth, Ärztlicher Direktor der Sonderkrankeanstalt für Kinder und Jugendliche vor und nach Organtransplantation „Ederhof“, Gastprofessor an der Tongji Medizinischen Fakultät der Huazhong Universität für Wissenschaft & Technologie und deutscher Präsident des Tongji Klinikums, Wuhan, China sowie Vorstandsvorsitzender der Deutschen Gesellschaft für Integrierte Versorgung im Gesundheitswesen. Er ist Mitglied im Präsidium des Deutschen Evangelischen Kirchentages. 2001-2008 war der habilitierte Transplantationschirurg Mitglied des Nationalen Ethikrats und 2008-2016 Mitglied des Deutschen Ethikrats.*



**DR. RER. POL. MICHAEL LAUERER**



*Michael Lauerer ist Akademischer Rat und Habilitand am Institut für Medizinmanagement und Gesundheitswissenschaften der Universität Bayreuth. Zudem engagiert er sich in Ausschüssen und ist etwa gewähltes Mitglied im Management Committee sowie Secretary der International Society on Priorities in Health Care (ISPH). Zuvor studierte an der Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg Sozialwissenschaften und promovierte im Anschluss an der Universität Bayreuth zu Verteilungsentscheidungen bei der Organtransplantation.*



**DENNIS HENZLER, M.SC.**



*Dennis Henzler ist wissenschaftlicher Mitarbeiter und Promovend am Institut für Medizinmanagement und Gesundheitswissenschaften an der Universität Bayreuth. Hier beschäftigt er sich vor allem mit ökonomischen und normativen Fragestellungen zur Gesundheitssystemanalyse, denen er auch im Rahmen seines Engagements für die International Society for Priorities in Health Care (ISPH) nachgeht. Er studierte Philosophy and Economics und Gesundheitsökonomie an der Universität Bayreuth.*





# Resilientes Gesundheitswesen: Lernen wir aus der Pandemie?

## Bedeutung des ÖGD im Gesundheitswesen – aktuelle Situation und Zukunftsperspektiven

DR. UTE TEICHERT, VORSITZENDE DES BUNDESVERBANDS DER ÄRZTINNEN UND ÄRZTE IM ÖFFENTLICHEN GESUNDHEITSDIENST (BVÖGD) BIS 31. JANUAR 2022, SEIT 1. FEBRUAR 2022 LEITERIN DER ABTEILUNG 6 IM BUNDESMINISTERIUM FÜR GESUNDHEIT (BMG)



**D**er Öffentliche Gesundheitsdienst als „Dritte Säule des deutschen Gesundheitswesens“ fand in gesundheitspolitischen Diskussionen bis Ende des vergangenen Jahrzehnts kaum Beachtung. Dies hat sich mit Beginn der Covid-19-Pandemie schlagartig geändert. Unzureichende finanzielle und personelle Ressourcen sowie eine mangelhafte digitale Ausstattung der Gesundheitsämter als Folge jahrelanger Einsparungen traten offen zu Tage. Der Mitte 2020 beschlossene „Pakt für den ÖGD“ mit einem Vier-Milliarden-Euro-Paket des Bundes eröffnet die einmalige Chance, die Situation vor allem in den Gesundheitsämtern vor Ort personell und strukturell zu verbessern. Die Ampel-Koalition hat in ihrem Koalitionsvertrag die konsequente Umsetzung des Paktes vereinbart. Dabei wird es darauf ankommen, den ÖGD nicht nur in Pandemiezeiten krisenfest aufzustellen, sondern mit seinem breiten Aufgabenspektrum materiell, qualitativ und ideell aufzuwerten, nachhaltig zu stärken und damit seinem bevölkerungsmedizinischen Stellenwert in unserem Gesundheitswesen auch auf Dauer gerecht zu werden.

Der Öffentliche Gesundheitsdienst (ÖGD) ist seit Beginn der Covid-19-Pandemie vor zwei Jahren in den Fokus der gesundheitspolitischen Diskussion gerückt. Die Ampel-Koalition aus SPD, FDP und Bündnis 90/Die Grünen hat sich in ihrem Koalitionsvertrag für die jetzt beginnende Legislaturperiode einer konsequenten Umsetzung des Paktes und einer deutlichen Aufwertung der bevölkerungsmedizinischen Ausrichtung in unserem Gesundheitswesen verpflichtet. Anlass genug, den Status quo und die Entwicklungsperspektiven des ÖGD einer näheren Betrachtung zu unterziehen.

### Perspektiven für die neue Legislaturperiode

Der im November 2021 von SPD, Bündnis 90/Die Grünen und FDP vereinbarte Koalitionsvertrag 2021-2025 widmet dem Bereich „öffentlicher Gesundheitsdienst“ erstmals einen eigenen Abschnitt, der die Ziele, Inhalte und auch erste konkrete Vorhaben für die anstehende Legislaturperiode definiert. Danach wird „als Lehre aus der Pandemie“ ein gestärkter ÖGD angestrebt, der „im Zusammenspiel zwischen Bund, Ländern und Kommunen sichergestellt“ werden soll.

Unter Bezugnahme auf den 2020 beschlossenen Pakt für den ÖGD sollen die Einstellungsfristen für die Bereitstellung von zusätzlichem Personal verlängert werden. An die Tarifpartner wird appelliert, einen eigenständigen Tarifvertrag zu schaffen. Auf der Grundlage eines Zwischenberichts sollen „die notwendigen Mittel für einen dauerhaft funktionsfähigen ÖGD“ bereitgestellt werden. Zudem soll ein „Gesundheitssicherstellungsgesetz“ verabschiedet werden, in dem die zentrale Bevorratung von Arzneimitteln und

Medizinprodukten sowie Ernstfallübungen für das Personal bei Gesundheitskrisen geregelt werden.

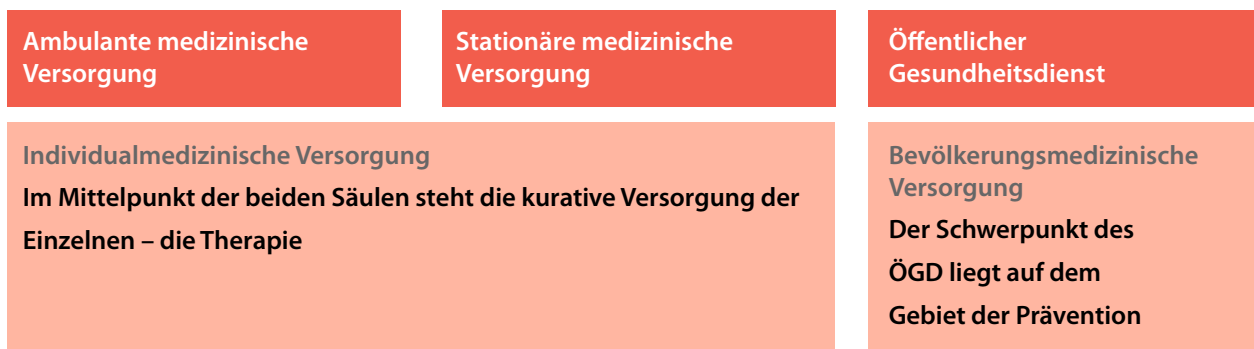
Als wesentliche strukturelle Veränderung ist überdies die Schaffung eines Bundesinstituts für Öffentliche Gesundheit am Bundesministerium für Gesundheit vorgesehen, in dem die bislang eigenständige Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) aufgehen soll. In diesem Bundesinstitut sollen die Aktivitäten im Public-Health-Bereich, die Vernetzung des ÖGD und die Gesundheitskommunikation des Bundes angesiedelt werden.

### Der ÖGD – die „dritte Säule“ des deutschen Gesundheitswesens

Überlegungen zur Modernisierung des Öffentlichen Gesundheitsdienstes bedürfen zuerst einer „Standortbestimmung“. Welche Rolle spielt der ÖGD für die gesundheitliche Daseinsvorsorge der Bevölkerung, und wie ist es um seine derzeitige Organisationsstruktur bestellt? In Abgrenzung zur ambulanten und stationären medizinischen Versorgung wird der Öffentliche Gesundheitsdienst oft als die dritte Säule des Gesundheitswesens in Deutschland bezeichnet.

Während bei der ambulanten und stationären Versorgung die individualmedizinisch ausgerichtete Diagnose

## Die drei Säulen des Gesundheitswesens



Quelle: Sächsisches Ministerium für Soziales und Verbraucherschutz



**Abbildung 1:** Eine Modernisierung des Öffentlichen Gesundheitsdienstes verlangt im ersten Schritt eine Standortbestimmung, welche Rolle er bei der gesundheitlichen Daseinsvorsorge für die Bevölkerung aktuell spielt – und künftig spielen soll.

und Therapie im Vordergrund steht, verfolgt der Öffentliche Gesundheitsdienst primär den bevölkerungsmedizinischen Ansatz mit dem Fokus auf dem Gesundheitsschutz der gesamten Bevölkerung und einzelner (vulnerabler) Bevölkerungsgruppen.

Dabei werden dem Öffentlichen Gesundheitsdienst als der „dritten“ Säule des Gesundheitswesens alle diejenigen Einrichtungen zugeordnet, die dazu bestimmt sind, unmittelbar den Gesundheitszustand der Bevölkerung und bestimmter Bevölkerungssteile zu ermitteln und laufend zu überwachen. Es geht im Wesentlichen darum, ihnen drohende Gefahren festzustellen und zu beseitigen oder auf die Beseitigung hinzuwirken, sowie die Gesundheit der Bevölkerung insgesamt und besonderer Gruppen zu fördern.

Somit liegen die Aufgaben des ÖGD vorrangig im Bereich der Bevölkerungsmedizin, der Prävention und der Gesundheitsförderung. Sie sind im Unterschied zur ambulanten und stationären medizinischen Versorgung weniger individualmedizinisch, sondern eher bevölkerungsmedizinisch ausgerichtet, und haben durch eine verstärkte Ausrichtung auf vulnerable Bevölkerungsgruppen einen starken sozialkompensatorischen Bezug.

### Breites Aufgabenspektrum

Die grundsätzliche Ausrichtung des ÖGD spiegelt sich auch in der konkreten Aufgabenwahrnehmung durch die 375 bei den kreisfreien Städten und Landkreisen vor Ort angesiedelten Gesundheitsämter wider. Dieses Aufgabenspektrum ist sehr breit gefächert. Es umfasst neben den Themen Prävention, gesundheitliche Aufklärung, Beratung und Information der Bevölkerung auch den Bereich von Begutachtungen im Amtsärztlichen Bereich.

Der Sozialpsychiatrische Dienst gehört des Weiteren ebenso zu den Aufgaben des Öffentlichen Gesundheitsdienstes wie der Kinder- und Jugendärztliche Dienst. Die medizinischen Dienste erstrecken sich zudem auf den Zahnärztlichen Bereich inklusive zahnmedizinischer Gruppenprophylaxe.

Darüber hinaus sind die Bereiche Meldewesen, Impfungen sowie Gesundheitsschutz und Gefahrenabwehr/Verhütung übertragbarer Krankheiten im ÖGD-Aufgabengebiet verankert. Eine zentrale Rolle übernimmt das Fachpersonal des ÖGD außerdem in puncto Hygienische Überwachung, beispielsweise von Trinkwasser, Lebensmittel und Einrichtungen wie Krankenhäusern. Besonderes Augenmerk kommt

überdies dem Thema Klima und Umweltmedizin zu.

### Träger des öffentlichen Gesundheitsdienstes in Bund, Ländern und Kommunen

Im föderalen System der Bundesrepublik Deutschland ist die Aufgabenwahrnehmung im Öffentlichen Gesundheitsdienst auf Bund, Länder und Gemeinden verteilt. Auf der Bundesebene nimmt innerhalb der Bundesregierung das Bundesministerium für Gesundheit mit seinen nachgelagerten Bundesoberbehörden, dem Robert Koch-Institut und dem Paul-Ehrlich-Institut, dem Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte und der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung die Aufgaben im Bereich Öffentliche Gesundheit wahr. Auf der Landesebene liegen die Zuständigkeiten bei den jeweiligen Gesundheits- und Sozialministerien, die je nach Ausgestaltung der Verwaltungsstrukturen in den einzelnen Bundesländern durch Regierungspräsidien, Landesgesundheitsämter sowie Landesinstitute mit Laborkapazitäten unterstützt werden. Schließlich sind auf der kommunalen Ebene die Gesundheitsämter der kreisfreien Städte und Landkreise die entscheidenden Träger des ÖGD vor Ort.

### Gesetzliche Rahmenbedingungen

Die Rahmenbedingungen im Bereich des ÖGD werden durch Gesetze und Verordnungen auf Bundes- und Landesebene festgelegt. Auf Bundesebene enthalten hier vor allem das Infektionsschutzgesetz sowie bundeseinheitliche Trink- und Badegewässerverordnungen entsprechende Vorgaben. Auf der Ebene der Bundesländer finden sich unterschiedliche Landesgesetze für die Ausgestaltung der jeweiligen Öffentlichen Gesundheitsdienste sowie für die Betreuung von psychisch kranken Personen. Des Weiteren werden spezifische Verordnungen wie beispielsweise Länderhygieneverordnungen von den zuständigen Landesministerien erlassen. In den Landesgesetzen über den Öffentlichen Gesundheitsdienst sind vor allem Aufgaben und Aufbau der Gesundheitsbehörden sowie die jeweiligen Zuständigkeiten geregelt.

### Finanzierung und Beschäftigte

Die Finanzierung der Aufgaben des Öffentlichen Gesundheitsdienstes erfolgt weitestgehend durch die aus Steuer-

mitteln finanzierten Haushalte der öffentlichen Gebietskörperschaften. Bis zur erstmaligen Bereitstellung von Bundesmitteln durch den Pakt für den ÖGD ab dem Jahr 2021 lief die Finanzierung nahezu ausschließlich über die Haushalte der Bundesländer und Kommunen.

Gemessen an den Gesamtausgaben für Gesundheit in Deutschland, die 2020 nach der Gesundheitsausgabenrechnung des Statistischen Bundesamts bei rund 425 Milliarden Euro lagen, flossen nach Schätzungen allerdings weniger als ein Prozent dieses Ausgabenvolumens in den Bereich der Öffentlichen Gesundheit. Der geringe Finanzierungsanteil für Öffentliche Gesundheit spiegelt sich auch in der niedrigen personellen Ausstattung des Öffentlichen Gesundheitswesens wider.

Bei rund 5,8 Millionen insgesamt im deutschen Gesundheitswesen Beschäftigten wird der Anteil der insgesamt im ÖGD beschäftigten Personen der verschiedensten in den Gesundheitsämtern tätigen Berufsgruppen bislang auf weniger als 20.000 Beschäftigte geschätzt. Um eine für die Personalausstattung im ÖGD valide Datenbasis zu erhalten, wurde das Statistische Bundesamt in Zusammenarbeit mit den Bundesländern verpflichtet, entsprechende nach Berufsgruppen und Bundesländern differenzierte Erhebungen durchzuführen, die 2022 vorliegen sollen.

Lediglich für die in den Gesundheitsämtern beschäftigten Ärztinnen und Ärzten liegen auf Basis der Ärztestatistik der Bundesärztekammer validere Daten vor. Danach betrug ihre Zahl Ende 2020 rund 2900 bei einer Gesamtzahl von rund 409.000 berufstätigen Ärztinnen und Ärzten.

Festzuhalten bleibt, dass sowohl der Finanzierungs- als auch der Beschäftigtenanteil im Bereich der Öffentlichen Gesundheit bislang einen Anteil von deutlich weniger als einem Prozent im deutschen Gesundheitswesen ausmacht; dies ist sicherlich auch die Folge jahrzehntelanger Einsparungen vor allem im Bereich der kommunalen Haushalte. Vor diesem Hintergrund verwundert es nicht, dass der ÖGD mit seiner derzeitigen Ausstattung und seinen vielfältigen Aufgabenbereichen erst recht bei der Bewältigung der pandemischen Lage während der Covid-19-Krise maßlos überfordert war.

### Pakt für den ÖGD – ein Paradigmenwechsel

Mit dem von der seinerzeitigen Bundesregierung und allen Bundesländern im Sommer 2020 beschlossenen Pakt für den Öffentlichen Gesundheitsdienst wurde eine finan-

## So will der Bund den Öffentlichen Gesundheitsdienst stärken



**Investitionen:**  
4 Milliarden Euro  
bis 2026



**Personalaufbau:**  
5.000 unbefristete  
Vollzeitstellen



**Digitalisierung:**  
moderne und ver-  
netzte IT-Systeme

Quelle: <https://www.bundesregierung.de/breg-de/suche/merkel-gesundheitsaemter-1783182>



**Abbildung 2: Bisher flossen weniger als ein Prozent der gesamten Gesundheitsausgaben in den ÖGD. Mit dem im Sommer 2020 von Bund und Ländern beschlossenen „Pakt für den ÖGD“ ist hier ein Paradigmenwechsel eingeleitet worden.**

zielle, personelle und strukturelle Stärkung des ÖGD auf den Weg gebracht.

Dafür stellt der Bund in den Jahren 2021 bis 2026 insgesamt vier Milliarden Euro für Personal, Digitalisierung und moderne Strukturen zur Verfügung. Bund und Länder sind übereingekommen, bereits 2020 mit der ersten Tranche der Förderung zu starten. Der Förderzeitraum wurde auf sechs Jahre festgesetzt. Die Länder hatten in einem ersten Schritt dafür Sorge zu tragen, dass im Zeitraum von Februar bis Dezember 2021 mindestens 1500 neue, unbefristete Vollzeitstellen (Vollzeitäquivalente) für Ärztinnen und Ärzte, weiteres Fachpersonal sowie Verwaltungspersonal in den Behörden des Öffentlichen Gesundheitsdienstes geschaffen und besetzt werden sollten. In einem weiteren Schritt sollen bis Ende 2022 mindestens weitere 3500 Vollzeitstellen (Vollzeitäquivalente) geschaffen werden.

Unabhängig davon besteht zur Eindämmung der aktuellen Pandemie die Notwendigkeit, erhebliche temporäre Verstärkung der Gesundheitsämter vor allem durch Personal der Bundeswehr, Beschäftigte aus anderen Bereichen der Kommunalverwaltung oder durch Medizinstudierende herbeizuführen. Nur so lässt sich etwa die zur Eindämmung der Pandemie erforderliche Kontaktpersonennachverfolgung auch nur annähernd bewältigen.

### Digitalisierung

Die Pandemie hat auch deutlich gemacht, dass ein erheblicher Bedarf für eine Verbesserung der digitalen Ausstat-

tion der Gesundheitsämter besteht. Zur technischen Modernisierung des ÖGD hat der Bund bereits im Jahr 2020 Finanzhilfen in Höhe von 50 Millionen Euro zur Verfügung gestellt. Im Rahmen des ÖGD-Pakts sind bis 2026 insgesamt 800 Millionen Euro insbesondere zur Digitalisierung des ÖGD im Bereich Infektionsschutz vorgesehen.

Während der Pandemie wurden verschiedene digitale Anwendungen wie DEMIS (Deutsches Elektronisches Melde- und Informationssystem für den Infektionsschutz) oder SORMAS (Surveillance Outbreak Response Management and Analysis System) zur Erfassung des Infektionsgeschehens von Covid-19 in den Gesundheitsämtern etabliert. Aber hier kann an vielen Stellen noch optimiert werden. Insbesondere standardisierte Schnittstellen sind wünschenswert, um unterschiedliche Softwareprodukte einfacher integrieren zu können.

Erste Schritte zur Umsetzung einer Digitalisierungsstrategie für den ÖGD sind bereits erfolgt. So wurde ein wissenschaftsbasiertes Reifegradmodell entwickelt, um den Stand der technischen Ausstattung und der Digitalisierung in den Gesundheitsämtern systematisch erfassen zu können. Aus den ermittelten Daten des Modells können die Gesundheitsämter rasch Handlungsanweisungen ableiten und konkrete Maßnahmen in den jeweiligen Bereichen priorisieren.

Wichtige Stichwörter sind auch hier die Interoperabilität unterschiedlicher digitaler Systeme, die Offenlegung von Schnittstellen sowie eine verbesserte digitale Vernetzung und Kommunikationsstruktur. Darüber hinaus soll der ÖGD möglichst rasch an die Telematikinfrastruktur (TI) angebunden werden, um beispielsweise den Austausch von Patientendaten zu vereinfachen. Insgesamt ist die Digitalisierung des ÖGD ein kontinuierlicher Prozess, der viele Bereiche umfasst und an dessen Ende das „digitale Gesundheitsamt“ steht.

### Steigerung der Attraktivität des ÖGD

Bund und Länder waren sich einig, dass neben der Schaffung von Stellen und über den Ausbau der Digitalisierung in den Gesundheitsämtern hinaus weitere Maßnahmen zur Steigerung der Attraktivität einer Tätigkeit im ÖGD dringend erforderlich sind. Im ÖGD-Pakt werden dazu aufgeführt:

- Attraktivere Bezahlung der im ÖGD tätigen Ärztinnen und Ärzte sowie der weiteren Beschäftigtengruppen

- Engere Verbindung von ÖGD-Praxis und Wissenschaft
- Stärkere Vermittlung von Lehrinhalten zum Themenbereich Öffentliche Gesundheit und Bevölkerungsmedizin im Medizinstudium (einschließlich der Möglichkeit der Ableistung von Famulaturen und Teilen des Praktischen Jahres in den Gesundheitsämtern)
- Anerkennung von Weiterbildungszeiten in den Gesundheitsämtern im Rahmen der Facharztausbildung
- Etablierung von Forschungsprogrammen und Stiftungsprofessuren für Öffentliches Gesundheitswesen an den Universitäten
- Stärkung der Aus-, Fort- und Weiterbildung für Fachberufe im ÖGD
- Förderung einer Imagekampagne, um den Stellenwert und die vielfältigen Aufgabenfelder des ÖGD zu verdeutlichen.

### Expertenbeirat für die Umsetzung des Pakts

Zur Begleitung der Umsetzung des Pakts für den ÖGD wurde ein Expertenbeirat eingerichtet. Es handelt sich dabei um ein externes, unabhängiges Gremium, das für die Dauer von zwei Jahren vom Bundesminister für Gesundheit im Einvernehmen mit der Gesundheitsministerkonferenz berufen wurde. Der Beirat hat die Aufgabe, Empfehlungen zur strukturellen Weiterentwicklung des Öffentlichen Gesundheitsdienstes hin zu einem maßgeblichen Akteur in der Bevölkerungsgesundheit zu erarbeiten. Außerdem soll das Fachgremium die Umsetzung der von den Paktparteien vereinbarten Maßnahmen begleiten. In seinen Empfehlungen soll der Beirat überdies das von der Gesundheitsministerkonferenz der Länder verabschiedete Leitbild für einen modernen ÖGD berücksichtigen.

Ein erster Bericht des Beirates wurde im Oktober 2021 veröffentlicht. Dieser richtet seinen Fokus auf zehn Kernbereiche, die sich wie folgt zusammenfassen lassen: Die integrierende und steuernde Rolle des ÖGD soll gestärkt werden. Die dafür notwendigen rechtlichen und institutionellen Rahmenbedingungen, vor allem für den Katastrophenschutz im ÖGD, müssen geschaffen werden. Die Bereiche Personal, Risiko- und Krisenkommunikation, Gesundheitskompetenz sowie die Aus-, Fort- und Weiterbildung und Lehre werden als wichtige Themengebiete ausführlich behandelt.

Überdies gilt es, die Digitalisierung im ÖGD voranzubringen. Forschung und Wissenschaft müssen enger zu-



## Der Öffentliche Gesundheitsdienst – Unser Leitbild



Quelle: <https://www.akademie-oegw.de/die-akademie/leitbild-oegd.html>



**Abbildung 3: Vor dem Hintergrund der Pandemie haben bevölkerungsmedizinische Vorsorge und Versorgung einen neuen Stellenwert erhalten. Deutlich geworden ist, dass Bevölkerungsmedizin und Daseinsvorsorge untrennbar miteinander verbunden sind. Das Leitbild des ÖGD reflektiert, dass Bevölkerungsmedizin nicht mehr ausschließlich kurzfristig und unter dem Aspekt ihrer Wirtschaftlichkeit betrachtet werden darf.**

sammenkommen. Für den Katastrophenfall muss eine entsprechende Organisationsstruktur aufgebaut werden. Dafür ist es notwendig, dass die Materialien- und Ressourcenplanung, aber auch die Finanzierung sichergestellt werden.

### Neue Perspektiven

In der Corona-Pandemie zeigt sich, wie wichtig der Gesundheitsschutz der Bevölkerung und damit die Bevölkerungsmedizin für die Gesundheitsversorgung einzelner, aber auch für die gesamte Gesellschaft ist. Der ÖGD sollte künftig als Versorgungsstruktur grundsätzlich mit eingeplant werden (Verteilung von Schutzanzügen, Kartenlesegeräte, etc.), sowohl bei der Verteilung der finanziellen und personellen Ressourcen im Gesundheitswesen als auch bei der Gesetzgebung. Auch bei der Versorgungsplanung (z.B. Krankenhausplanung, ärztliche Versorgung im ländli-

chen Raum, sektorenübergreifende Versorgungsplanung) sollten die Kompetenzen des ÖGD als neutralem Akteur stärker genutzt und einbezogen werden. Dies erfordert ein Umdenken in allen Bereichen für die Gesundheit der Bevölkerung und bei allen politischen Verantwortlichen in Bund, Ländern und Gemeinden.

Die Pandemie hat sehr deutlich vor Augen geführt, dass Bevölkerungsmedizin und Daseinsvorsorge untrennbar miteinander verbunden sind. Entsprechend war und ist der Öffentliche Gesundheitsdienst seit Beginn der Corona-Krise enorm gefordert. Er steht, etwa in puncto Infektions-Meldewesen, Kontaktpersonennachverfolgung und Covid-19-Impfungen, unter einer hohen Dauerbelastung.

Zugleich war der ÖGD aber noch nie so stark im Fokus der allgemeinen Aufmerksamkeit wie während der Corona-Krise. Wie wichtig seine Bedeutung als dritte Säule des Gesundheitswesens ist, wurde offenbar vielen Menschen

erst in den vergangenen eineinhalb Jahren bewusst. Diese besondere Aufmerksamkeit gilt es jetzt für einen Paradigmenwechsel zu nutzen: Gesundheit muss politisch und gesellschaftlich neu gedacht werden.

### Kernaufgaben nicht vernachlässigen

Die Pandemie zeigt beispielsweise, dass wir Bevölkerungsmedizin nicht mehr ausschließlich kurzfristig und unter dem Eindruck von Krisensituationen unter dem Aspekt ihrer Wirtschaftlichkeit betrachten dürfen, sondern langfristig planen müssen. Denn der ÖGD „kann“ zwar Krisen- und Ausbruchmanagement, wie er zurzeit beweist. Eine nachhaltige Gesundheitspolitik – auch und gerade im Sinne der Daseinsvorsorge – setzt aber bereits im Bereich Prävention an.

Wie wichtig dieser Ansatz und die damit verbundenen Aufgaben des Öffentlichen Gesundheitsdienstes sind, wird besonders deutlich, wenn man jene Tätigkeitsbereiche betrachtet, die vor dem Hintergrund der fortdauernden Pandemiebekämpfung seit vielen Monaten vernachlässigt werden.

Hierzu einige alarmierende Beispiele:

- Trinkwasserhygiene: Die regelmäßige Überwachung der Wasserqualität, besonders in vulnerablen Bereichen wie Krankenhäusern, Restaurants und Schwimmbädern, wird nicht ausreichend gewährleistet
- Krankenhaushygiene: die Begehungen und Prüfungen medizinischer Einrichtungen, wie Krankenhäuser, Arztpraxen sowie Alten- und Pflegeheime konnten und können nicht kontinuierlich und flächendeckend durchgeführt werden
- Routinemäßige Lebensmittelkontrollen wurden bundesweit aufgrund von Personalmangel reduziert
- Medizinische Hilfsangebote, beispielsweise für Obdachlose, behinderte und psychisch kranke Menschen konnten nur eingeschränkt aufrechterhalten werden
- Schuleingangsuntersuchungen wurden vielerorts ausgesetzt, ebenso Inklusion und Einleitung von Unterstützungsangeboten für Kindern und Jugendliche
- Unzureichender Schutz von Kindern, unter anderem vor häuslicher Gewalt und den negativen Folgen von Social Distancing.

Diese Entwicklungen zeigen, wie wichtig und weitreichend die Tätigkeitsfelder des Öffentlichen Gesundheitsdienstes für viele unterschiedliche Bevölkerungsgruppen

sind. Expertinnen und Experten warnen bereits vor Folgeschäden für die physische und psychische Gesundheit, die durch den Corona-bedingten Wegfall entsprechender Angebote und Services entstehen.

### Koordiniertes Handeln der verantwortlichen Akteure

Für ein nachhaltiges bevölkerungsmedizinisches Denken und Handeln müssen Politik und handelnde Akteurinnen und Akteure im Gesundheitswesen folglich auf neue Weise zusammenwirken. Die Strukturen müssen so verbessert werden, dass medizinische Daseinsvorsorge für alle Bürgerinnen und Bürger jederzeit und überall im Land nutzbar ist.

Vor dem Hintergrund der Pandemie haben bevölkerungsmedizinische Vorsorge und Versorgung einen neuen Stellenwert erhalten. Für ein funktionierendes Gesundheitssystem müssen die entsprechenden Zuständigkeiten von Bund, Ländern und Kommunen kritisch überprüft werden – vor allem auch in Hinblick auf ihr Zusammenwirken. Darüber hinaus muss der Öffentliche Gesundheitsdienst gestärkt und nachhaltig weiterentwickelt werden, um seiner künftigen Rolle gerecht werden zu können.

Dafür notwendige Maßnahmen sind insbesondere die personelle Aufstockung der Gesundheitsämter: Dabei müssen entsprechende Reserven für unvorhersehbare Krisen wie das Auftreten einer Pandemie eingeplant werden. Zudem sollte zwingend die bevorstehende demografische Entwicklung berücksichtigt werden, die dazu führen wird, dass viele Fachärztinnen und Fachärzte für den Öffentlichen Gesundheitsdienst in den nächsten Jahren in den Ruhestand gehen werden.

Um diese Pensionierungswelle zu kompensieren, muss die Arbeit im Öffentlichen Gesundheitsdienst für Neueinsteigerinnen/Neueinsteiger sowie beruflichen Nachwuchs attraktiver werden. Hierzu bedarf es einer gesellschaftlichen Aufwertung entsprechender Berufsbilder sowie der Einführung eines leistungsgerechten Tarifgehalts für Fachärztinnen und -ärzte im Öffentlichen Gesundheitsdienst, das der Bezahlung von Klinikärztinnen und -ärzten entspricht.

Besondere Aufmerksamkeit muss der Aus-, Fort- und Weiterbildung im Öffentlichen Gesundheitsdienst gewidmet werden. Für die Qualifizierung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter gilt es entsprechende Ressourcen und Angebote vorzuhalten, weiterzuentwickeln und zu kommunizieren. Auch müssen strukturelle Verbesserungen in den

Gesundheitsämtern erfolgen, Raumkapazitäten und die medizinische sowie technologische Ausstattung der Ämter an den Bedarf angepasst werden.

Ein besonderer Fokus hat zudem auf der Digitalisierung des Öffentlichen Gesundheitswesens zu liegen. Durch eine bundesweite Vernetzung der Gesundheitsämter und ihre Ausstattung mit entsprechender Interoperabilität gilt es, alle Bereiche, vorrangig das Meldewesen, die Kontaktnachverfolgung und Kommunikationswege nachhaltig zu modernisieren. In puncto Pandemie- und Gesundheitsforschung sollte der ÖGD überdies das in Berlin neu eröffnete Global Hub for Pandemic and Epidemic Intelligence der WHO in datengestützte Planungen zur weltweiten Pandemie- und Epidemieaufklärung mit einbezogen werden.

Zur wissenschaftlichen Unterstützung für den ÖGD geht es vor allem darum, die Leitlinien und Standards für seine spezifischen Tätigkeitsbereiche zu entwickeln und eine interne und externe Qualitätssicherung aufzubauen. Im Unterschied zu anderen medizinischen Fachrichtungen sind solche Leitlinien und Standards im ÖGD bislang nicht vorhanden. Schließlich sollte durch die Einrichtung eines Nationalen Zentrums für Öffentliche Gesundheit – in Kooperation mit den Ländern – die Neustrukturierung und Koordination der Gesundheitsämter und ihrer Tätigkeiten nicht nur auf Landes-, sondern auch auf Bundebene stärker verankert werden.

Die konsequente Umsetzung des Pakts für den ÖGD bietet in den kommenden Jahren nicht nur die notwendigen Voraussetzungen dafür, dass der ÖGD seinen erforderlichen Beitrag zur Bekämpfung der Pandemie leisten kann. Sie eröffnet auch die Möglichkeit zur strukturellen Neuausrichtung des ÖGD und der Bevölkerungsmedizin in Deutschland, die deren breitem Aufgabenspektrum in adäquater Weise gerecht wird.

Dies erfordert, dass die beteiligten Akteurinnen und Akteure auf allen Ebenen an einem Strang ziehen. Wie bereits eingangs erwähnt, heißt es dazu im Koalitionsvertrag der Ampel-Regierung: „Als Lehre aus der Pandemie bedarf es eines gestärkten Öffentlichen Gesundheitsdienstes, der im Zusammenspiel zwischen Bund, Ländern und Kommunen sichergestellt wird.“ Diese politische Weichenstellung ist ein weiteres wichtiges Signal, dass der Öffentliche Gesundheitsdienst in Deutschland nachhaltig und dauerhaft unterstützt werden muss.

## Literatur

1. Beirat zur Beratung zukunftsfähiger Strukturen im Öffentlichen Gesundheitsdienst in Umsetzung des Paktes für den Öffentlichen Gesundheitsdienst: Empfehlungen zur Weiterentwicklung des ÖGD zur besseren Vorbereitung auf Pandemien und gesundheitliche Notlagen, Strukturelle und zukunftsorientierte Weiterentwicklung des Öffentlichen Gesundheitsdienstes, Berlin 10/2021, Seite 42.
2. Starke, D./Arnold, L.: Der ÖGD im 21. Jahrhundert. Chancen und Herausforderungen, in: Barmer Institut für Gesundheitssystemwesen: Gesundheitswesen aktuell 2021, Beiträge und Analysen, Hg.: Repschläger, U./Schulte, C./Osterkamp, N., Seite 68-95.
3. Arnold L./Teichert U.: Politischer Reformprozess im Zuge der COVID-19-Pandemie: Der Pakt für den Öffentlichen Gesundheitsdienst. In: Public Health Forum 29 (1) 2021, S. 47-50. DOI: 10.1515/pubhef-2020-0130.
4. Robert Bosch Stiftung, Hg.: Die Neustart! Zukunftagenda – für Gesundheit, Partizipation und Gemeinwohl, Stuttgart 2021.
5. Kuhn, J./Wildner, M./Zapf, A.: Der öffentliche Gesundheitsdienst Standortbestimmung mit freundlichem Ausblick, Deutsches Ärzteblatt 9/2012, A-413, B-355, C-351.

## DR. UTE TEICHERT, MPH



*Ute Teichert ist Fachärztin für Öffentliches Gesundheitswesen und Magistra Public Health. Seit 2014 leitete sie die Akademie für Öffentliches Gesundheitswesen in Düsseldorf, die bundesweit größte Ausbildungseinrichtung für Fachpersonal im Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD). Teichert amtierte seit 2010 als Vorsitzende des Bundesverbands der Ärztinnen und Ärzte im Öffentlichen Gesundheitsdienst (BVÖGD) und engagiert sich für eine personelle und strukturelle Stärkung des Öffentlichen Gesundheitsdienstes in Deutschland. Seit 1. Februar 2022 leitet sie die Abteilung 6 (Gesundheitssicherheit, Gesundheitsschutz, Nachhaltigkeit) im Bundesministerium für Gesundheit.*



# Resilientes Gesundheitswesen: Lernen wir aus der Pandemie? **Krisenerkennung und -management durch digitale Unterstützungsprozesse**

PROFESSOR DR. GUIDO NOELLE, GESCHÄFTSFÜHRER DER GEVKO GMBH, BONN/BERLIN,  
HOCHSCHULE BONN-RHEIN-SIEG, FACHBEREICH INFORMATIK, SANKT AUGUSTIN



**T** Die Corona-Pandemie hat uns als Gesellschaft eindrucksvoll gezeigt, wie vulnerabel wir sind, da in der Vergangenheit an falschen Stellen zu viel gespart bzw. zu wenig investiert wurde. Dies gilt insbesondere auch für den Öffentlichen Gesundheitsdienst, in welchem die letzte technische Revolution das Fax-Gerät war. Krisen haben in der Vergangenheit aber auch immer gezeigt, dass sie ein Katalysator für Innovationen und gesellschaftliche Veränderungen sein können. Dies scheint aktuell umso wichtiger, da die Corona-Pandemie nur als eine der ersten Krisen im Kontext des Klimawandels einzuschätzen ist und möglicherweise weitere Krisen einleitet. Digitalisierung von Prozessen kann in der Prävention, Erkennung und Bewältigung von Krisen auf allen Ebenen eine wichtige Rolle spielen, bedarf aber auch immer eines (analogen) Plan B. Weiterhin bedarf es für eine optimale Wissensschöpfung aber auch, die einzelnen Maßnahmen zur Digitalisierung im zweiten Schritt in einen sinnvollen Kontext zu setzen. Dies ist sicher der längerfristige und schwierigere Teil.

## Krisensituationen nehmen potenziell zu

Durch Klimaereignisse, (klimabedingte) pandemische Situationen, (über-) regionale Ressourcenengpässe bis hin zu Verteilungskämpfen, instabilen Infrastrukturen und politischen Konfliktherden nehmen Krisensituationen mutmaßlich weltweit weiter zu (1). Klimawandel und -folgen stellen dabei einen Paradigmenwechsel für den Umgang mit Krisensituationen dar, auf den wir gesellschaftlich und politisch (noch) nicht vorbereitet sind: Die Natur verhandelt nicht (2)!

Gefährdungssituationen für das, bzw. im Gesundheitswesen sind dabei häufig nicht der Beginn, sondern Folge allgemeiner Krisensituationen. Eine Krise im Gesundheitswesen kann durchaus weitere andere (Gesundheits-) Krisen nach sich ziehen, wie wir erst langsam im Kontext von Corona, aber auch an unmittelbaren Folgen der Überschwemmungskatastrophen 2021 erkennen können. Die Folgen der genannten Krisensituationen sind noch heute nicht vollständig abschätzbar. Umso mehr nimmt daher die Bedeutung von Prävention und Früherkennungsmaßnahmen, aber auch sinnvollen Werkzeugen zum besseren Management von Krisen zu. Digitalisierung kann – sinnvoll eingesetzt und vorausschauend koordiniert geplant –, unterstützend – jedoch nicht ausschließlich – einen wichtigen Beitrag dazu leisten. Allerdings erhöht die Digitalisierung in allen Bereichen der Gesellschaft aber auch die Verletzbarkeit, da hohe Abhängigkeiten von dieser bestehen.

Werkzeuge und Maßnahmen müssen in Bezug auf mögliche Effekte und Ziele auf unterschiedlichen Achsen betrachtet und eingeordnet werden:

- Institutionelle versus individuelle Maßnahmen

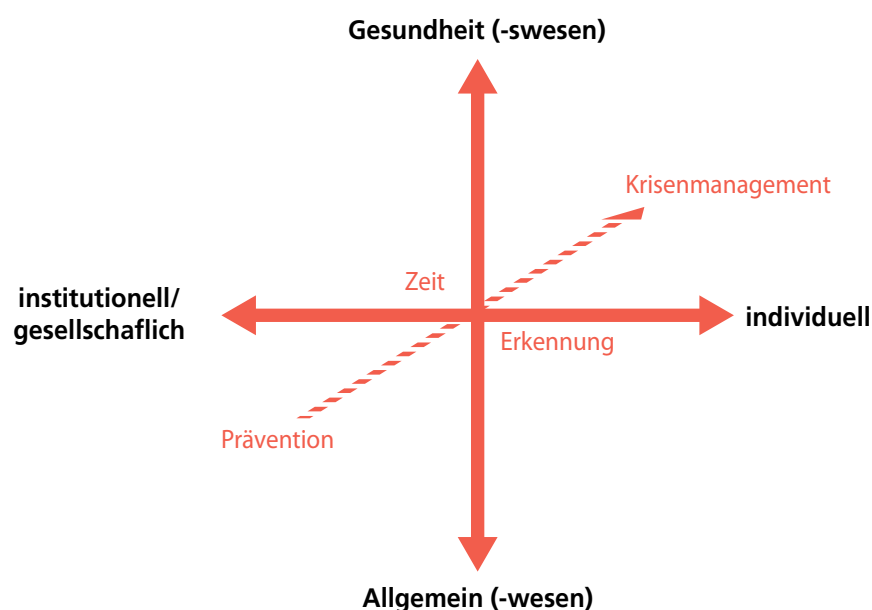
- Maßnahmen im Allgemeinwesen versus Gesundheitswesen
- zeitlich auf der Achse von Prävention, über die Erkennung bis zum Krisenmanagement.

Möglicherweise ist die Corona-Pandemie beispielhaft geeignet, sich für zukünftige Krisen noch weitaus größeren Ausmaßes gesellschaftlich, aber auch individuell zu rüsten und „richtig“ vorbereitet aufzustellen, ohne sich gleichzeitig dataistisch (3) darin zu verlieren.

### Krisenerkennung und -management

Allein nur national betrachtet, gibt es zahllose Institutionen und Einrichtungen, die mit ebenso vielen Aktivitäten und Maßnahmen betraut sind im Kontext von Krisensituationen. Dabei existieren zahlreiche logische und auch logistische Abhängigkeiten, die u.a. großen Einfluss auf weitere Entscheidungsprozesse haben. In Analogie zu Prinzipien des kontinuierlichen Quality-Managements „-> Plan -> Do -> Check -> Act ->“ (4) analysieren wir eine Situation,

**In komplexen Systemen nimmt die Bedeutung von Prävention und Werkzeugen für das Krisen-Management zu**



Quelle: Prof. Dr. Noelle/gevko



**Abbildung 1: Eine Krise im Gesundheitswesen kann andere Gesundheitskrisen nach sich ziehen, da die Folgen dieser Krisensituationen nicht vollständig abschätzbar sind. Um so mehr nimmt die Bedeutung von Prävention und Früherkennungsmaßnahmen zu.**



entwickeln Prognosen über mögliche Folgen einer (Nicht-) Intervention, setzen diese in Gang, um dann im Kreislauf erneut deren Auswirkungen zu analysieren und auf Basis erweiterter Prognosen unsere Intervention anzupassen. Dies ergibt einen kontinuierlich fortgesetzten Kreislauf mit dem Ziel eines ständig verbesserten Ergebnisses.

Soweit zur Theorie!

In der Praxis ergeben sich dabei Schwierigkeiten durch die Anzahl der Beteiligten und die Komplexität der sich zu großen Teilen überschneidenden Aktionen (Tabelle 1), die in der Ausgangsposition nicht tief vernetzt, sondern zum großen Teil bislang und absehbar parallel nebeneinander

existieren. Zusätzlich kann jede Form von Optimierung immer nur in Hinsicht auf eine definierte Zielsetzung erfolgen. Obgleich diese Ziele in Teilbereichen festzuliegen scheinen, bedürfen sie ob der Neuheit der aktuellen Situation einer kontinuierlichen Nachjustierung auf Basis des jeweils aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnisstandes und auch des jeweils politisch gesellschaftlich Durchsetzbaren. So haben sich Ziele und darauf abzielende Kennzahlen während der Pandemie kontinuierlich immer wieder geändert (weiterentwickelt?) – und das nicht immer nachvollziehbar für die Bevölkerung und auch nicht für die Experten.

**Krisenerkennung und -management – viele Akteure sind im Spiel**

Akteure	Aktionen
Apotheken	Abstimmen
Ärzte/KBV	Auswerten
BBK	Beobachten
BMG u.a.	Bestimmen
Betriebe	Bewerten
Bundesrat	Dokumentieren
Bundestag	Entwickeln
Bürger	Forschen
Forschung	Impfen
Gematik	Kommunizieren
Gesundheitsämter	Korrigieren
GMK	Liefern
Industrie	Melden
Kliniken	Messen
Kommunen	Planen
KVen	Produzieren
Länder	Terminieren
Medien	Testen
RKI	Verordnen
STIKO	Verteilen
WHO	Vorhersagen
...	...

Quelle: Prof. Dr. Noelle/gevko



**Tabelle 1: Es gibt zahllose Institutionen und Einrichtungen, die mit Aktivitäten im Kontext von Krisensituationen betraut sind. Dies hat großen Einfluss auf Entscheidungsprozesse.**

**Digitalisierung als Werkzeug in/aus der Krise**

Mit dem Signal „3x kurz 3x lang 3x kurz“ setzte sich das gemorste SOS-Signal vor über hundert Jahren bis Ende der neunziger Jahre als Notruf in der internationalen Schifffahrt durch. Es war mutmaßlich auch für die Rettung von ca. einem Drittel der Mannschaft und der Passagiere der „Titanic“ verantwortlich. Das Morsealphabet kann als ein Vorläufer des Binärcodes gelten, somit war das „SOS“-Signal die erste digitale Maßnahme in Krisensituationen (5).

Mit Hilfe von Google-Trends lässt sich die Popularität einzelner Begriffe im Zeitablauf analysieren, was Rückschlüsse auf sich formierende Trends in der Gesellschaft erlaubt. Unter anderem wurden insbesondere die mit Grippe in Verbindung stehenden Suchbegriffe zur Vorhersage der Ausbreitung von Grippeerkrankungen in der Bevölkerung genutzt. Da die relative Häufigkeit von bestimmten Suchbegriffen sehr stark mit dem Anteil Influenza-bedingter Arztbesuche korreliert, konnte ein wöchentlicher Schätzwert für – regionale – Grippefälle und deren Ausbreitung sowie Ausmaß veröffentlicht werden (6).

Seit über 20 Jahren versuchen Politik und Selbstverwaltung Bemühungen um eine Digitalisierung im Gesundheitswesen voranzutreiben (7), was im Wesentlichen erst im Rahmen der vergangenen Legislaturperiode unter Gesundheitsminister Spahn gelang.

Angesichts der Corona-Pandemie bleibt jedoch festzuhalten, dass die aus der Gesetzgebung vorhandenen und zumeist noch erst entstehenden Anwendungsfälle entweder im konkreten Kontext der Pandemie keine Bedeutung hatten/haben oder noch nicht bereitstanden. Insbesondere war die Telematik-Infrastruktur mit ihren Diensten zu Beginn der Pandemie noch nicht ausgerollt.

So ist zum Beispiel der digitale Impfausweis als Bestandteil der elektronischen Patientenakte (ePA) erst ab 2022 geplant. Die Einführung bzw. der flächendeckende Rollout des sicheren E-Mail-Verfahrens „Kommunikation im Medizinwesen (KIM)“ der gematik wurde vielfach hinausgeschoben. Dabei hätte der KIM-Dienst ansonsten für viele Kommunikationszwecke in der Pandemie nutzbar sein können, etwa für die Online-Anbindung von Laboren.

Am 25.07.2017 ist das Gesetz zur Modernisierung der epidemiologischen Überwachung übertragbarer Krankheiten in Kraft getreten, das die Basis für das elektronische Melde- und Informationssystem, das Deutsche Elektronische Melde- und Informationssystem für den Infektionsschutz (DEMIS) bildet, das bis Ende 2020 implementiert werden sollte (8). Obgleich des dreijährigen Vorlaufes war das Projekt vor der Corona-Pandemie absehbar nicht im Zeitplan. Durch die Pandemie wuchs der Druck, so dass nunmehr die erste Ausbaustufe umgesetzt ist, die Anbindung der Labore und weiteren Leistungserbringer aber holprig war und noch nicht vollständig umgesetzt ist.

Die Software SORMAS (Surveillance Outbreak Response Management and Analysis System) in einer speziellen auf Corona angepassten Version für den öffentlichen Gesundheitsdienst zum Kontaktpersonenmanagement soll die Gesundheitsämter bei der Identifizierung und Überwachung von Kontaktpersonen unterstützen. SORMAS ist Stand September 2021 bei derzeit 347 Gesundheitsämtern (9), also ca. 80 Prozent verfügbar, wird aber aufgrund zum Teil fehlender Schulungen und Unterweisungen noch nicht in der Fläche genutzt. Die ersten Pandemie-Monate standen vor dem Lockdown ab November 2020 in der Gastronomie und den Kulturbetrieben unter den Vorzeichen der Papiermeldezettelwirtschaft.

Weiterhin wurden aus öffentlicher Hand kurzfristig die Corona-WarnApp, die CovPass- und CheckApp als Ersatz für den elektronischen Impfpass geschaffen und veröffentlicht. Es entstanden das DIM (Digitales Impfquotenmonitoring) des RKI sowie das DIVI-Intensiv-Register. Die zwischenzeitlich geänderten Bewertungskriterien zur Einschätzung der Pandemielage führen seitens der Krankenhäuser und Kliniken in Bezug auf notwendige Meldeverpflichtungen und Wege erneut wieder zur verstärkten Nutzung von Fax und Email. Die jeweiligen Einführungen waren holprig und in den ersten Versionen unvollständig, wie unter anderem die aktuelle Diskussion um die „wirkliche“ Impfquote zeigt.

So wurde die Corona-Krise vom „Deutschen Ärzteblatt“ treffend auch als eine Missing-Data-Krise (10) tituliert:

- Viele (digitale) Einzelaktivitäten mit mangelnder Nutzung und Verzahnung
- Neue Produkte, die beim Kunden reifen
- Keine Daten zu Quarantäne-Status, Kontaktpersonen ersten Grades
- Lange Zeit Kontaktnachverfolgung in der Gastronomie auf Zetteln
- Keine Anbindung von (Betriebs-) Ärzten und Apotheken (Schnelltests)
- Digitales Impfmonitoring wird/wurde weitgehend nicht genutzt, stattdessen E-Mail und Fax
- Fehlerhafte, nicht bundesweit einheitliche Plattform zur Impf-Terminvereinbarung
- Notwendigkeit interdisziplinärer Datensammlungen, nicht nur medizinische und Gesundheitsdaten, sondern auch etwa Abwasseranalysen und Mobilitätsdaten
- Insgesamt ungeklärte Datenschutz- und Datensicherheitsaspekte.

Während die Abarbeitung der genannten Defizite insbesondere zunächst einer sinnvollen, übergeordneten digitalen Prozesssteuerung dienlich ist, spielt aber auch die datenbasierte Wissensschöpfung eine große Rolle. So brauchen wir Rahmenbedingungen für bessere randomisierte prospektive Studien sowie eine übergeordnete Koordination dieser. Das Netzwerk Universitätsmedizin (NUM) hat dazu mit der Kohortenplattform NAPKON in enger Zusammenarbeit mit der Medizininformatik-Initiative (MI-I) erste Erfolge aufzuweisen, bedarf aber der – derzeit noch mangelhaften – Einbindung ambulanter Einrichtungen und Patienten (11).

Während der Sachverständigenrat bei der Einführung der Elektronischen Patientenakte bereits eine gesetzliche Änderung in Richtung Opt-out-Verfahren fordert, um die Nutzerquoten der EPA drastisch steigern zu können, ist das deutlich kleinteiligere Thema Datenspende im Kontext der Corona-Pandemie offen. Dabei ist es bislang nicht mal gelungen, die Organspende etwa nach österreichischem Vorbild in Deutschland so gesetzlich zu regeln (12).

Internationale Erfahrungen zeigen etwa, dass eine zehnprozentige Teilnahme bei einem Opt-in-Verfahren – welches derzeit die Grundlage der Teilnahme von Patienten an der ePA und damit an einer Datenspende bildet –, schon als positiv zu werten ist, während bei einem

Opt-out-Verfahren nur bis zu 10 Prozent der Teilnehmer aktiv eine Teilnahme verweigern. Dabei helfen Daten sowohl der wissenschaftlichen wie auch öffentlichen Diskussion und Meinungsbildung eine höhere Evidenz zu verleihen und Vorurteilen auf Basis nur von Hören und Sagen zu begegnen. So konnte etwa eine Untersuchung von altersbezogenen Mobilitätsdaten eindrucksvoll zeigen, dass entgegen öffentlicher Meinung jüngere Bürger gegenüber der älteren Bevölkerung im gleichen Maße Mobilitätseinschränken im Rahmen von Lockdown-Maßnahmen befolgen (13).

Die bereits seit Jahren bestehende Kritik einer fehlenden politischen (Gesamt-) Strategie zur Digitalisierung wurde so durch die Corona-Pandemie nochmals bekräftigt. Und dies nicht nur im Kontext des Gesundheitswesens, sondern querbeet viele weitere öffentliche Bereiche betreffend, insbesondere in Bezug auf die öffentliche Verwaltung und das Bildungswesen.

Dagegen bekamen Bereiche wie die Videosprechstunde und Telemedizin einen enormen Aufschwung. Auch darüber hinaus waren die meisten nichtöffentlichen Bereiche schneller in der Lage, sich auf die neuen Rahmenbedingungen mit Homeoffice und Videokonferenzen einzulassen, während in den Verwaltungen der Kommunen und Gemeinden zum Teil nur der Anrufbeantworter funktionierte.

### Forschung und Wissenschaft

Die Corona-Pandemie hat vielfältige, zum Teil neue Anforderungen an die Forschung zutage gebracht. In der Begleitung der Politik und für das Ringen um die „richtigen“ Maßnahmen sind schnelle, aber auch gesicherte Erkenntnisse notwendig, die eine möglichst umfassende und zeitnahe Datenbasis erfordern. Darüber hinaus werden sich auch zukünftig viele Anforderungen ergeben bezüglich der Erforschung der Langzeitfolgen der Pandemie und deren therapeutischer Begegnung. Dazu gehört nicht nur die Erforschung der Langzeitfolgen im Sinne von Long-Covid, sondern auch der Long-Lockdown im weitesten Sinne, inklusive der wirtschaftlichen Folgen. So sind z.B. die Auswirkungen nicht wahrgenommener Behandlungen im Zusammenhang mit Krebs- und Herz-Kreislauferkrankungen bislang nicht noch nicht absehbar. Dem Einsatz neuronaler Netze und künstlicher Intelligenz wird ob der Komplexität eine entscheidende Bedeutung zu-

kommen. Dabei sollte aber ein überflüssiger (Daten-) Zentralismus vermieden werden und zentralen Einrichtungen mehr koordinierende Aufgaben zukommen.

So wurde im September 2021 das WHO-Zentrum für Pandemie und Epidemie in Berlin eingeweiht (14), das sich auf eine Koordination weltweiter Forschungsaktivitäten zum Thema konzentrieren soll und somit einen wichtigen Beitrag für zukünftige Präventionsmaßnahmen leisten will.

Auf europäischer Ebene soll nun die Health Emergency Preparedness and Response Agency (HERA) ein weiterer Baustein auf dem Weg zu einer „Europäischen Gesundheitsunion“ sein. Nach der Beschlussvorlage der EU-Kommission soll die neue Agentur die „Entwicklung, Herstellung, Beschaffung und Verteilung von medizinischen Produkten“ im Krisenfall sicherstellen, aber auch schnellere Forschung unterstützen: „Die Coronavirus-Pandemie hat ganz klar gezeigt, dass wir eine engere Koordination in der EU, resilientere Gesundheitssysteme und eine bessere Vorsorge gegen künftige Krisen brauchen. Wir müssen und werden anders mit grenzüberschreitenden Gesundheitsgefahren umgehen“, versprach EU-Kommissionspräsidentin Ursula von der Leyen dem politischen Souverän bereits im November 2020 (15).

Um dabei Datenzentrismus zu vermeiden und damit zeitnahe Forschungsergebnisse zu ermöglichen, bieten sich innovative technische Ansätze nach Vorbild der Schwarmintelligenz an (16), wie erste eindrucksvolle Ergebnisse auch im Kontext mit der Corona-Pandemie zeigen. Dabei gilt es, dezentrale neuronale Netze und KI-Einsatz öffentlich zu fördern, um den bestehenden Herausforderungen, Datenströme und digitale Prozesse zu vernetzen, absehbar etwas entgegengesetzt zu können. Die Pandemie hat gezeigt, dass es dabei um mehr als „nur“ Gesundheitsdaten geht, sondern beispielsweise auch Daten zur Mobilität oder Abwasserdaten unterstützende Wissensquellen sein können.

### Analog versus digital

Im Rahmen der Diskussion sollte uns als Gesellschaft dabei immer bewusst sein und bleiben, dass die zunehmende Digitalisierung immer mit einer Erhöhung der Verletzlichkeit sowie Schwächung der Resilienz gegenüber Krisen in unserer vernetzten globalisierten Welt einhergeht. Im Idealfall gibt es daher für alle digitalisierten Teilprozesse immer auch einen analogen Plan B. Beispiele wie die

sich häufenden Cyber-Attacken auf Kliniken und Softwarehersteller zeigen eindrücklich (17), wie vulnerabel Teile unserer Infrastruktur sind. Selbst wenn nur Facebook, WhatsApp und Co. einen Tag ausfallen, bedeutet dies subjektiv für viele Menschen bereits eine gefühlte Katastrophe (18).

Beispielhaft sei hier auch der erste nationale Warntag 2020 angesprochen, der zeigt, wieviel in der gegenwärtigen Infrastruktur schlichtweg nicht funktioniert. Sirenen versagten, Warn-Apps funktionierten nicht oder zu spät. Unklare, regional unterschiedliche Zuständigkeiten, heterogene Infrastrukturen machten die derzeitigen Schwächen transparent. Die Unzulänglichkeiten waren dabei so weitreichend, dass die vorgesehene jährliche Wiederholung des Warntages für 2021 von den politisch Verantwortlichen gestrichen und in die weitere Zukunft vertagt wurde. Der Deutsche Gehörlosen-Bund e.V. twitterte daraufhin mit einem Zwinkern folgerichtig „Also, wir haben nichts gehört“.

Anlässlich der schweren Flutkatastrophe in Rheinland-Pfalz und Nordrhein-Westfalen im Juli 2021 beklagten viele Betroffene fehlende frühzeitige Alarmer, die damit mutmaßlich auch viele Leben gekostet haben. Eine Konsequenz daraus ist, dass nunmehr das Cell-Broadcasting (SMS-CB) endlich auch in Deutschland ab Mitte 2022 eingesetzt werden soll. Der seit 1999 (!) existierende Mobilfunkdienst zum Versenden einer Textnachricht an alle Empfänger einer jeweiligen Funkzelle, der nativ durch alle Handys und Smartphones unterstützte Cell Broadcast, ist in vielen anderen Ländern bereits seit Jahren Routine (19). Im Kontext der Europäischen Union ist der so genannte „EU-Alert“ nach über 20 Jahren grundsätzlicher technischer Verfügbarkeit seitens der Mobilfunkbetreiber noch weitgehend in Planung.

Spätestens seitdem wir als Gesellschaft die Erfahrung machen mussten, dass sogar Toilettenpapier zur Mangelware werden kann, stellt sich die Frage, wie wir uns künftig auch privat auf Krisen vorbereiten können. Post-Covid-Folgen wie Lieferengpässe in bzw. aus unterschiedlichsten Branchen haben sich bislang weitgehend noch nicht konkret bis in die Bevölkerung ausgewirkt. Aber wenn wir nach Großbritannien schauen, sind uns die Bilder an den Tankstellen im Herbst 2021 vielleicht noch in Erinnerung – als bitterer Vorgeschmack auf künftige Krisensituationen. Das Bundesamt für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe (BBK) veröffentlicht dazu entsprechende Empfehlungen (20).

## Politik und Kommunikation

Obgleich wir im internationalen Vergleich bezüglich pandemiebedingter Todesraten bislang recht gut durch die Krise gekommen sind, werden die weitergehenden Folgen uns als Gesellschaft in vielfacher Hinsicht über die Neuerschulung hinaus noch Jahre begleiten. Weiter bedarf es auch einer gezielten Aufarbeitung der gewählten Maßnahmen bzw. deren Umsetzung. Dadurch, dass uns die Pandemie quasi über Nacht als Gesellschaft und Politik überrascht hat, muss deren Bewältigung als kontinuierlicher Lernprozess aufgefasst werden, bei dem natürlich auch Fehler gemacht werden (dürfen). Im Nachhinein ist man immer klug, sagt treffenderweise der Volksmund.

Aber die Pandemie brachte auch eindrucksvoll die Folgen einer jahrelangen verfehlten öffentlichen Spar- und Reformpolitik im Öffentlichen Gesundheitsdienst, der Kliniken, im Katastrophenschutz und der Digitalisierung zu Tage. Weiterhin ergibt sich ein politisches Bild des „Fahrens auf Sicht“. Viele Dinge und Maßnahmen sind nur unzureichend politisch antizipiert worden, obgleich sie mit normalem Menschenverstand absehbar gewesen wären. Nachträgliches Digitalisieren von Impfzertifikaten, später CovPass, Engpässe bei der Beschaffung von medizinischen Masken, Schließung der Impfzentren und Gebührenpflicht für Tests zu Beginn der vierten Welle, Diskussion um die Anspruchsberechtigung auf eine Booster-Impfung, fehlerhafte Impfquotenermittlung sind nur einige vermeidbare Beispiele, die dazu beitragen, das Vertrauen der Bevölkerung in das Krisenmanagement der Politik zu beeinträchtigen und „Querdenkern“ und anderen Skeptikern Vor-schub zu leisten.

Während alle bisherigen Krisen der näheren Vergangenheit politisch verhandelbar waren, zeigt sich, dass Verhandlungen mit dem Virus nicht möglich sind. Die Krise ist keine „normale“ Krise mit einem Subjektiv, sondern mit einem Objektiv gegenüber. Eine gute Gelegenheit also, für die Zukunft zu üben, da im Rahmen der globalen Klimaänderung weitere Krisen nicht ausbleiben werden, für die grundsätzlich Gleiches gilt. So wird sich die Politik darauf einstellen müssen, dass sie ihr Handeln künftig noch stärker evidenzbasiert an der Wissenschaft orientiert ausrichten muss (21). Die Natur verhandelt nicht!

Diese Einsicht muss sich jedoch nicht nur in den Köpfen der Politiker, sondern bei allen Beteiligten und auch dem Bürger durchsetzen. Und so kommt der Kommunikation

eine, möglicherweise die entscheidende Rolle im Krisenmanagement zu. Während im wissenschaftlichen Diskurs These und Antithese zum Handwerkszeug gehören, über das sich Erkenntnisse kontinuierlich weiterentwickeln, ist eine nicht eindeutige, vielmehr widersprüchliche (politische) Kommunikation nicht geeignet, das Vertrauen der Bevölkerung in ausreichendem Maße zur Unterstützung und Umsetzung bzw. Befolgung von beschlossenen Maßnahmen zu gewinnen. So äußerte Bundespräsident Steinmeier kürzlich: „Die Jugendlichen haben mir gesagt, dass zu viele Informationen über die traditionellen Medien gelaufen sind und zu widersprüchliche über die sozialen Medien.“ Und weiterhin bemerkte er: „Bei der nächsten Pandemie muss vieles anders laufen“ (22).

Die Bevölkerung wünscht sich klare und eindeutige Aussagen sowie im Idealfall nachvollziehbare Regelungen. Ob dies mit einem in öffentlichen Medien geführten wissenschaftlichen Diskurs möglich ist, steht dabei zu bezweifeln, ist aber vermutlich nicht zu ändern. Und so mag das Thema Medienkompetenz noch drängender als Schulfach zu fordern sein, als die von vielen Experten beschworene Health Literacy (23). Geführt wird die Debatte derzeit von 80 Millionen selbsternannten Virologen in Deutschland geführt, mit den bekannten Folgen.

Aber es ist nicht ausschließlich der öffentlich geführte wissenschaftliche Diskurs, sondern es sind insbesondere auch die Handelnden aus der Politik, denen es nicht gelingt, notwendiges Vertrauen und damit den Rückhalt in der Bevölkerung zu erwirken. Rangeleien um Bund-Länder-Kompetenzen und Zuständigkeiten, Interpretationsspielräume bei der Auslegung bundesweiter Regelungen bis hin zur Diskussion um „das Ende der epidemischen Lage von nationaler Tragweite“ im November 2021 (24) mitten in der vierten Welle oder Forderungen nach einem „Freedom Day“ setzen Signale, die Fehlinterpretationen in der Bevölkerung geradezu heraufbeschwören müssen. Dabei bleibt zu hoffen, dass wenigstens das Virus ein politisch beschlossenes Ende der Pandemie zur Kenntnis nimmt und sich auch daranhält.

Interessant ist in diesem Zusammenhang nicht nur die Tatsache, dass die weltweit unterschiedlichen Impfstoffe je nach Zuständigkeit der Zulassungsbehörden in unterschiedlich vielen Ländern anerkannt sind, sondern dass der Impfstoff (AstraZeneca), der in den meisten Ländern zugelassen bzw. anerkannt ist, gleichzeitig auch in den wenigsten Ländern zugelassen bzw. anerkannt ist. Warum?

Weil der identische Impfstoff in zwei unterschiedlichen Regionen produziert wird (25).

Es bleibt viel zu tun, packen wir es an! Der zeitliche Rahmen wird dafür jeden Tag ein bisschen kleiner.

E-Mail-Kontakt: guido.noelle@gevko.de

#### Literatur:

1. The Lancet Countdown on health and climate change, 2021, <https://www.thelancet.com/countdown-health-climate>
2. H. Welzer: Nachhaltige Transformation, 2021, <https://youtu.be/WPx3Iewroc8>
3. Y. N. Harari: Homo Deus, Eine Geschichte von Morgen, C. H. Becker, 2017.
4. <https://www.smartsheet.com/total-quality-management>
5. [https://de.wikipedia.org/wiki/SOS\\_\(Notsignal\)](https://de.wikipedia.org/wiki/SOS_(Notsignal))
6. J. Ginsberg, M. H. Mohebbi, R. S. Patel, L. Brammer, M. S. Smolinski und L. Brilliant: Detecting influenza epidemics using search engine query data. In: Nature. 457, 2009, S. 1012-1014. <https://doi.org/10.1038/nature07634>
7. F. Warda, G. Noelle: Telemedizin und eHealth in Deutschland: Materialien und Empfehlungen für eine nationale Telematikplattform, 2002, <http://ehealthstrategies.com/files/telematikbuch.pdf>
8. <https://edoc.rki.de/bitstream/handle/176904/2735/22Dp8rnJbnj2.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
9. <https://www.sormas-oegd.de>
10. M. Schmedt (3/2021), Dtsch. Ärzteblatt, Jg. 118, Heft 10.
11. A. Caliebe, G. Antes, F. Leverkus, M. Krawczak (3/2021): Ein Baustein gegen Covid-19 – Dateninfrastruktur, Dtsch. Ärzteblatt, Jg. 118, Heft 10.
12. <https://www.heise.de/tp/features/Debatte-um-Opt-Out-Umstellung-bei-Organ-spenden-4156042.html>
13. H. Becher, S. Bönisch, K. Wegscheider: Reduction of mobility during the COVID-19 pandemic in Germany according to age, sex, and federal state. Dtsch. Arztebl Int 2021; 118: 536-7.
14. <https://www.faz.net/aktuell/politik/inland/who-zentrum-in-berlin-neue-erreger-und-pandemien-besser-erkennen-17512457.html>
15. <https://www.dw.com/de/hera-soll-pandemie-vorsorge-in-der-eu-verbessern/a-59178976>
16. S. Warnat-Herresthal et al., Nature 2021: Swarm Learning for decentralized and confidential clinical machine learning | Nature, <https://www.nature.com/articles/s41586-021-03583-3>
17. <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/127708/Cyberattacke-auf-SRH-Stiftung-Kliniken-weiter-offline>
18. <https://www.heise.de/news/Der-Facebook-Ausfall-und-die-ungeahnten-Folgen-6221349.html>
19. [https://en.wikipedia.org/wiki/Cell\\_Broadcast](https://en.wikipedia.org/wiki/Cell_Broadcast)
20. [https://www.bbk.bund.de/DE/Warnung-Vorsorge/Vorsorge/Bevorraten/bevorraten\\_node.html](https://www.bbk.bund.de/DE/Warnung-Vorsorge/Vorsorge/Bevorraten/bevorraten_node.html)
21. C. M. Buch, K. Patzwaldt, R. T. Riphahn, E. Voge: Verstehen – Entwickeln – Testen – Verbessern: Rahmenbedingungen für evidenzbasierte Politik, 2019, <https://www.wirtschaftsdienst.eu/inhalt/jahr/2019/heft/2/beitrag/verstehen-entwickeln-testen-verbessern-rahmenbedingungen-fuer-evidenzbasierte-politik.html>
22. <https://www.zeit.de/news/2021-06/06/ehemalige-grenze-steinmeier-zu-wanderung-aufgebrochen>
23. <https://de.wikipedia.org/wiki/Gesundheitskompetenz>
24. <https://www.br.de/nachrichten/deutschland-welt/was-das-ende-der-epidemischen-lage-bedeutet,SnEdubV>
25. <https://visaguide.world/news/vaccine-checker-proof-of-immunity-for-travel>



.....

**PROFESSOR DR. MED. GUIDO NOELLE**

.....



*ist Arzt, Medizin-Informatiker, Gesundheit-  
sökonom und Business Coach. Seit 2013  
Geschäftsführer der gevko GmbH in Bonn  
und Berlin. Weitere berufliche Stationen  
u.a. InterComponentWare AG, Walldorf,  
Zentralinstitut für die Kassenärztliche Ver-  
sorgung, Berlin/Köln, Ärztliches Zentrum  
für Qualität, Berlin, Institut für Qualität und  
Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen,  
Köln, Hochschule Bonn-Rhein-Sieg, Fachbereich Informa-  
tik, St. Augustin.*



# Resilientes Gesundheitswesen: Lernen wir aus der Pandemie?

## Versicherungsleistungen versus Öffentliche Aufgaben – Finanzierungskonsequenzen

PROF. DR. VOLKER ULRICH, LEHRSTUHL VOLKSWIRTSCHAFTSLEHRE III, INSB. FINANZWISSENSCHAFT,  
UNIVERSITÄT BAYREUTH



**D**urch die Corona-Pandemie fließen mehr Steuermittel in die Systeme der sozialen Sicherung, insbesondere in die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) und die soziale Pflegeversicherung (SPV). In der Politik mehren sich Stimmen, die generell zu höheren Steuerzuschüssen tendieren, auch vor dem Hintergrund, dass die Möglichkeiten zur Erhöhung der Beitragssätze begrenzt bleiben, will man die 40-Prozent-Grenze der Sozialgarantie auch künftig einhalten. Der Beitrag geht der Frage nach, inwieweit ordnungsökonomische Prinzipien bzw. Kriterien herangezogen werden können, um künftig klarer und zielbezogener zwischen Beitrags- und Steuerfinanzierung zu unterscheiden. Für die GKV und die SPV lassen sich versicherungsfremde Leistungen im Vergleich zur gesetzlichen Rentenversicherung oder zur gesetzlichen Arbeitslosenversicherung nur schwieriger abgrenzen mit der Konsequenz, dass Steuermittel in der GKV und der SPV für versicherungsfremde Leistungen bisher nicht zielgenau eingesetzt werden. Um eine willkürliche Finanzierungsentscheidung zu vermeiden, sollten politische Entscheidungsträger deutlicher als bisher ihr präferiertes Mischungsverhältnis aus Steuern und Beiträgen ordnungsökonomisch begründen.

### Einleitung

Mit der Einführung der Sozialversicherung vor 138 Jahren wurde die öffentliche Wohlfahrt von ihrer traditionellen Konzentration auf die finanzielle Unterstützung wirtschaftlich schwacher Personen entkoppelt. Damit entstand ein neuer Typ staatlicher Tätigkeit in Gestalt der Sozialversicherung. Die Sozialversicherung entfernte sich von eher paternalistischen Sichtweisen und führte das Versicherungsprinzip ein. Die zentrale Veränderung bestand in der Übernahme materieller Leistungsverpflichtungen in einer rechtlich verbindlichen Form: Leistungen werden seitdem insbesondere auf Basis von Rechtsansprüchen vergeben.

Auf der Finanzierungsebene kam es zu einem beitragsfinanzierten Versicherungsmodell, das eine Absicherung zunächst nur gegen das Risiko eines Verdienstauffalls bei Krankheit vorsah. Im Laufe der Zeit wurde das zugrundeliegende Äquivalenzprinzip ausgebaut, d.h. Leistung und Gegenleistung stehen seitdem im Sinne einer gruppenmäßigen Äquivalenz in einem bestimmten Verhältnis zueinander (zumindest auf der kollektiven Ebene der Versicherungsgemeinschaft, ausführlicher siehe Wille/Ulrich 2021, S. 22 ff. und Ulrich/Wille 2021, S. 4 ff.).

In der Politik steht das beitragsfinanzierte Versicherungsprinzip aktuell auf dem Prüfstand, da sich die Auffassung durchzusetzen scheint, dass künftige Ausgabensteigerungen insbesondere durch höhere Steuerzuschüsse zu finanzieren sind. Mit steigenden Steuerfinanzierungsanteilen hat die Frage nach der künftigen Finanzierung der sozialen Sicherung im Allgemeinen und der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) im Besonderen neue Aufmerksamkeit erfahren (vgl. Ulrich/Wille 2021, S. 5 ff.).

Der Beitrag analysiert die wirtschaftspolitischen Konsequenzen einer stärkeren Steuerfinanzierung sozialer Leistungen und diskutiert die Ansatzpunkte für eine zielorientierte Finanzierung kommender Ausgabensteigerungen.

### Aktuelle Finanzierungssituation

Mit Beginn der Corona-Pandemie hat der Bund seine Haushaltspolitik sehr auf eine unterstützende Coronapolitik ausgerichtet. Der erste Nachtragshaushalt für das Jahr 2020, der Haushalt 2021, der Nachtragshaushalt 2021 und auch der Haushaltsentwurf für 2022 sind durch eine expansi-

ve Fiskalpolitik gekennzeichnet (vgl. BMF 2022, S. 1). Ein zentrales Element dieser Politik sind erhebliche Zuschüsse an die verschiedenen Zweige der Sozialversicherung, um die Beitragssätze zu stabilisieren und so, unter dem Aspekt der Begrenzung der Lohnnebenkosten, günstige Rahmenbedingungen für die Beschäftigung in Deutschland zu schaffen.

Zur Gegenfinanzierung der expansiven Fiskalpolitik erhöht die Bundesregierung in den Jahren seit 2020 zudem die Nettokreditaufnahme (vgl. Tabelle 1). Anfang Juli 2020 hat der Bundestag den zweiten Nachtragshaushalt 2021 beschlossen, wonach allein der Bund im Jahr 2021 zusätz-

### Kennziffern des Bundeshaushaltsentwurfs 2022 und der Finanzplanung (2021-2025)

Kennziffer	Soll	Entwurf		Finanzplan	
	2021	2022	2023	2023	2025
	in Mrd. Euro bzw. in %				
Ausgabe	547,7	443,0	403,4	407,6	408,3
Einnahmen	547,7	443,0	403,4	407,6	408,3
dar. Steuereinnahmen	284,0	315,2	332,9	346,4	359,2
Nettokreditaufnahme	240,2	99,7	5,4	12,0	11,8
Nettokreditaufnahmequote (59	4,4	2,3	1,3	2,9	2,9
Schuldenquote (%)	74,5	74,0	73,3	72	69,3

Quelle: BMF 2021a.



**Tabelle 1: Nach der expansiven Fiskalpolitik im Zuge der Corona-Pandemie soll ab 2023 laut den Haushalts-Eckwerten wieder die Kreditobergrenze der Schuldenregel eingehalten werden.**

lich 240,2 Mrd. Euro an Krediten aufnehmen darf (vgl. BMF 2021c). Die Eckwerte des Haushaltsentwurfs 2022, der am 24. März 2021 vom Kabinett gemeinsam mit der Finanzplanung 2021 bis 2025 verabschiedet wurde, sehen für 2022 eine Nettokreditaufnahme in Höhe von 99,7 Mrd. Euro vor (vgl. Büttner 2021, S. 7).

Die Bundesregierung geht für das Jahr 2022 von einer erneuten Inanspruchnahme der Ausnahmeregelung für außergewöhnliche Notsituationen nach Artikel 115 Absatz 2 Satz 6 GG aus und damit bleibt die Schuldenbremse ausgesetzt (vgl. BMF 2022, S. 5). In den Finanzplanungsjahren ab 2023 sehen die Eckwerte aber wieder die Einhaltung der regulären Kreditobergrenze der Schuldenregel vor mit einer geplanten Nettokreditaufnahme in Höhe von 5,4 Mrd. Euro (2023), 12,0 Mrd. Euro (2024) und 11,8 Mrd. Euro (2025). Allerdings mehren sich inzwischen die Stimmen, die erst ab dem Jahr 2024 die Regeln der Schuldenbremse wieder einhalten möchten (vgl. Vallée et al. 2021, S. 11). Die staatliche Schuldenstandsquote unterschritt zum Ende des Jahres 2019 mit 59,7 Prozent des BIP erstmals seit 2002 wieder die Maastricht-Obergrenze von 60 Prozent des BIP. Die Haushalts- und Finanzpolitik nach der Finanz- und Wirtschaftskrise ab dem Jahr 2007 trug maßgeblich dazu bei, dass Deutschland Spielräume bei der Neuverschuldung ab dem Jahr 2020 hatte. In der Corona-Krise nimmt der Bund derzeit etwa fünfmal so viele Schulden auf wie in der Finanzkrise nach 2008. Infolge der Maßnahmen zur Bewältigung der Corona-Pandemie stieg die Schuldenstandsquote im Jahr 2020 auf 69,8 Prozent des BIP. Nach einem Anstieg auf 75 Prozent im Jahr 2021 soll die Schuldenquote nach

der Projektion des Finanzministeriums bis zum Ende des Finanzplanungszeitraums 2025 wieder auf 70 Prozent des BIP zurückgeführt werden (vgl. BMF 2022, S. 7).

Mit Blick auf die Sozialversicherung starteten die gesetzlichen Krankenkassen in das Jahr 2020 mit einem Defizit. Nach den ersten drei Pandemie-Monaten stand unterm Strich ein Minus von 1,3 Mrd. Euro. Dabei hatten die 105 Kassen Ende März 2020 noch 18,3 Mrd. Euro an Finanzreserven. Für das gesamte Jahr 2020 wiesen die gesetzlichen Krankenkassen insgesamt ein Defizit von rund 2,7 Mrd. Euro aus (vgl. Tabelle 2). Um das erwartete Defizit der Krankenkassen in Höhe von 16 Mrd. Euro im Jahr 2021 zu decken und die finanzielle Lage der Krankenkassen zu stabilisieren, wurde der Bundeszuschuss für das Jahr 2021 um 5 Mrd. Euro auf insgesamt 19,5 Mrd. Euro erhöht. Aus dem Abschmelzen der Rücklagen sollen weitere 8 Mrd. Euro zur Defizitdeckung beitragen, finanziert vor allem durch die Krankenkassen, die mehr als die Mindestreserve von 0,2 Monatsausgaben aufweisen.

Die verbleibende Finanzlücke der GKV von etwa 3 Mrd. Euro wurde über eine Erhöhung des durchschnittlichen Zusatzbeitrags um 0,2 Prozentpunkte auf 1,3 Prozent geschlossen (vgl. BMG 2021a, S. 1). Den gesetzlichen Krankenkassen droht aber auch im Jahr 2022 ein erneutes Defizit von bis zu 28,5 Mrd. Euro, im Jahr 2025 könnte der GKV-Finanzierungsbedarf (Defizit) einen zusätzlichen Bundeszuschuss in Höhe von 26,8 Mrd. Euro erfordern, so dass der Bundeszuschuss insgesamt auf 41,3 Mrd. Euro ansteigen könnte (vgl. Albrecht/Ochmann 2021, S. 11 ff.). Alternativ müsste der durchschnittliche Zusatzbeitrag von

### Kennziffern der GKV 2020-2025

Kennziffer	2022	2021	2022*	2025*
	in Mrd. Euro bzw. in %			
Defizit	2,7	16,0	28,5	27,0
Bundeszuschuss	18,0	19,5	21,5 + 7,0	41,3
Zusätzlicher Bundeszuschuss	3,5	5,0	7,0 + 7,0	26,8
Durchschnittlicher Zusatzbeitragssatz (%)	1,1	1,3	1,3	3,0

\* Defizit (Finanzierungsbedarf) ohne aktueller Bundeszuschuss in Höhe von 14,5 Mrd. Euro.  
Quelle: BMG 2021a; Albrecht/Ochmann 2021.



**Tabelle 2: Wegen der sich abzeichnenden massiven Defizite in der GKV wird der Ruf nach einer deutlichen Ausweitung der Steuerfinanzierung nach dem Vorbild der Rentenversicherung laut.**

## Steuerzuschüsse im System der sozialen Sicherung 2020 bis 2022 (in Mrd. Euro und in Prozent des Bundeshaushalts)

Steuerzuschuss	2020	2021	2022*
	in Mrd. Euro und in % des Bundeshaushalts		
GKV	18,0	19,5	28,5
GRV	97,6	103,5	110,0
SPV	1,8	1,3	5,1
insgesamt in Mrd. Euro	117,4	124,3	146,6
Ausgaben Bundeshaushalt	509,3	547,7	419,8
in % des Bundeshaushalts	23,1	22,7	34,2

\* Geplant  
Quelle: BMF 2021b.



**Tabelle 3: Nimmt man alle Sozialversicherungszweige in den Blick, so ergaben sich im Jahr 2020 Steuerzuschüsse in Höhe von über 117 Milliarden Euro. Dadurch wurde fast jeder vierte Euro des Bundeshaushalts für diesen Zweck gebunden. Nach der Haushaltsplanung soll dieser Wert im Jahr 2022 auf über 34 Prozent steigen.**

derzeit 1,3 auf 3,0 Prozent steigen. Um den Anstieg des Zusatzbeitragssatzes zu vermeiden, fordern die Krankenkassen eine deutliche Ausweitung der Steuerfinanzierung. Vorbild ist die Rentenversicherung, die vom Bund über 100 Mrd. Euro im Jahr an Steuergeldern erhält, den mit Abstand größten Einzelposten im Bundeshaushalt.

Der zusätzliche Bundeszuschuss für die GKV steigt im Jahr 2022 im Vergleich zum Vorjahr 2021 um 2 Mrd. Euro auf 7 Mrd. Euro an. Der gesamte Bundeszuschuss beläuft sich dann auf 21,5 Mrd. Euro (vgl. Albrecht/Ochmann 2021, S. 11 ff.; Bahnsen/Wild 2021b, S. 4 ff.). Der GKV-Schätzerkreis prognostizierte am 13. Oktober 2021 einen zusätzlichen Finanzbedarf der GKV von 7 Mrd. Euro (vgl. GKV-SV 2021). Hintergrund hierfür ist die Erwartung höherer Ausgaben im Jahr 2022. Um den gesetzlich vorgegebenen rechnerischen durchschnittlichen Zusatzbeitragssatz von 1,3 Prozent nicht zu überschreiten, brachte die Bundesregierung eine Rechtsverordnung auf den Weg, die den Bundeszuschuss für das Jahr 2022 um das festgestellte Finanzdefizit in Höhe von 7 Mrd. Euro erhöht. Damit wird der Bundeszuschuss im Jahr 2022 auf insgesamt 28,5 Mrd. Euro (21,5 Mrd. Euro plus 7 Mrd. Euro) ansteigen. Hinzu kommt ein geplanter Bundeszuschuss für die SPV in Höhe von 5,1 Mrd. Euro und rund 110 Mrd. Euro Steuerzuschuss für die GRV (vgl. [www.sozialpolitik-aktuell.de](http://www.sozialpolitik-aktuell.de); BMF 2021b).

In der Gesamtschau über alle Sozialversicherungszweige ergeben sich folgende (geplanten) Steuerzuschüsse für

die Jahre 2020 bis 2022 (vgl. Tabelle 3). Im Jahr 2020 belaufen sich die Steuerzuschüsse in allen Zweigen der Sozialversicherung auf 117,4 Mrd. Euro, das entspricht einem Anteil von 23,1 Prozent am Bundeshaushalt des Jahres 2020. Dieser Anteil bleibt nahezu unverändert für das Jahr 2021 (22,7 Prozent) und steigt gemäß den Werten der Haushalts- und Finanzplanung auf 34,2 Prozent im laufenden Jahr 2022.

Die aktuellen und sich abzeichnenden Finanzierungsprobleme der GKV sind keineswegs nur der Corona-Pandemie geschuldet, sondern insbesondere der Gesetzgebung mit ihren Leistungsausweitungen in den letzten Jahren. Laut AOK-Bundesverband belaufen sich die Gesamtkosten der Gesetzgebung von 2019 bis 2022 auf 32,6 Mrd. Euro (vgl. Spangenberg 2021, S. 1).

### Ordnungsökonomische Kriterien zur Steuerfinanzierung in der Sozialversicherung

Um die Frage zu beantworten, welche Leistungen der sozialen Sicherung über Beiträge und welche über Steuern zu finanzieren sind, wird in der finanzwissenschaftlichen Theorie das Äquivalenzprinzip herangezogen (vgl. Brümmerhoff/Büttner 2018, S. 210 ff.). Dieses Prinzip erfordert für die Beitragsfinanzierung eine gewisse Gleichwertigkeit zwischen Leistung und Gegenleistung. Angewandt auf den Bereich der Sozialversicherung besagt das Prinzip der



gruppenmäßigen Äquivalenz, dass nur diejenigen Leistungen durch Sozialversicherungsbeiträge zu finanzieren sind, die eindeutig bzw. ausschließlich dem Versichertenkollektiv zugutekommen.

Steuerfinanzierung ist im Gegensatz dazu immer dann angebracht, wenn Leistungen zu finanzieren sind, auf die sich das Äquivalenzprinzip nicht anwenden lässt und die eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe besitzen. Für Steuern gilt teilweise das Leistungsfähigkeitsprinzip, d. h. der wirtschaftlich Leistungsfähigere soll höhere Steuern zahlen, insbesondere bei der Einkommensteuer. Zudem gilt für Steuern das Non-Affektationsprinzip, d. h. sämtliche Steuereinnahmen werden zur Deckung sämtlicher öffentlicher Ausgaben herangezogen, eine Zweckbindung ist nicht vorgesehen.

Die Verknüpfung beider Kriterien bedeutet für die GKV, dass der Anteil der Steuerfinanzierung in einem grundsätzlich beitragsfinanzierten System auf bestimmte Leistungen beschränkt bleiben sollte, nämlich auf die Finanzierung der so genannten versicherungsfremden Leistungen.<sup>1</sup>

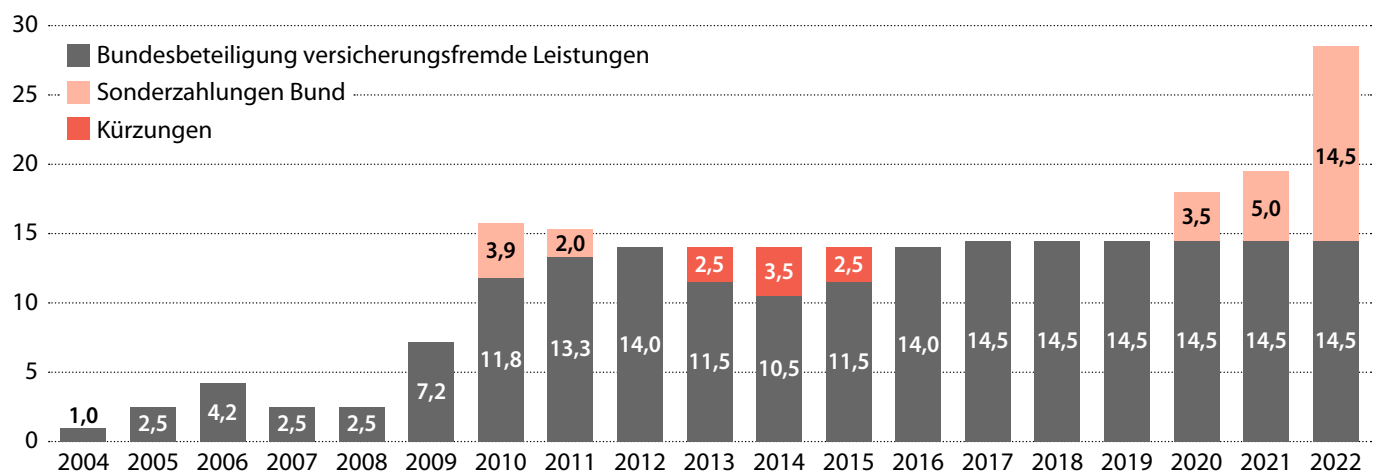
### Versicherungsfremde Leistungen

Eine Erhöhung der Steuerfinanzierung in der GKV ist aus dieser ordnungsökonomischen Perspektive berechtigt, falls es sich um versicherungsfremde Leistungen handelt. So

begründen auch die Krankenkassen ihre Forderung nach höheren Steuerzuschüssen. Eingeführt wurde der Begriff in die GKV im Jahr 2004 (vgl. Abbildung 1). Damals wurde beschlossen, dass der Bund einen festen Zuschuss in Höhe von 1 Mrd. Euro an die GKV leistet „zur pauschalen Abgeltung der Aufwendungen der Krankenkassen für versicherungsfremde Leistungen“ (Jacobs 2020, S. 1). Was genau mit versicherungsfremd gemeint ist, wurde nicht konkret festgelegt und ist bis heute auch nicht konkretisiert worden. In der Literatur zu diesem Thema wird der Begriff unterschiedlich weit gefasst (vgl. Meinhardt 2018; WIG2 2020; BMG 2021b).

Zu Beginn ging es vornehmlich um Leistungen im Zusammenhang mit Schwangerschaft und Mutterschaft. Hierfür sollte der Zuschuss 4,2 Mrd. Euro betragen, die planmäßig im Jahr 2006 erreicht wurden (vgl. Abbildung 1). Danach wurde der Bundeszuschuss durch das Haushaltsbegleitgesetz 2006 für die Jahre 2007 und 2008 auf 2,5 Mrd. Euro festgelegt. Das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG 2007) korrigierte erneut die Größenordnung des Bundeszuschusses, der nun bis auf eine Gesamtsumme von 14 Mrd. Euro ansteigen sollte. In der Gesetzesbegründung war von gesamtgesellschaftlichen Lasten zu lesen, beispielsweise die beitragsfreie Mitversicherung von Kindern, die einen wichtigen Beitrag zur Erhaltung gesamtgesellschaft-

### Bundesbeteiligung an den GKV-Einnahmen des Gesundheitsfonds (2004 - 2022)



Quelle: Eigene Darstellung nach Bundesministerium für Gesundheit 2021a, GKV-Statistik



Abbildung 1: Der 2004 erstmals eingeführte Steuerzuschuss an die GKV sollte versicherungsfremde Leistungen pauschal abgelteten. Doch was genau damit gemeint ist, hat der Gesetzgeber nie definiert.

licher Solidarität leistet (vgl. Jacobs 2020, S. 1). Durch die Finanzkrise erhöhte sich der Bundeszuschuss in den Jahren 2010 und 2011 um 3,9 Mrd. Euro respektive 2,0 Mrd. Euro und erreichte im Jahr 2012 den damaligen Zielwert des GKV-WSG in Höhe von 14 Mrd. Euro. Der Begriff versicherungsfremde Leistungen wurde nicht mehr erwähnt oder definiert. In den folgenden drei Jahren 2013 bis 2015 musste die GKV einen Beitrag zur Haushaltskonsolidierung leisten, der Bundeszuschuss wurde entsprechend gekürzt. In den Jahren 2017 bis 2019 erreichte er eine Höhe von 14,5 Mrd. Euro.

Mit Beginn der Corona-Pandemie im Jahr 2020 wurde der Bundeszuschuss erneut erhöht: 3,5 Mrd. Euro im Jahr 2020, 5 Mrd. Euro im Jahr 2021 und 14 Mrd. Euro geplant im Jahr 2022. Neben familienpolitischen Leistungen und der Bezuschussung der ALG-II-Empfänger zählen in einigen Studien ein Großteil der Präventionsaufgaben, die Beteiligung an Infrastrukturinvestitionen, aber auch Schutzimpfungen oder die Finanzierung von Versorgungsforschung zu den versicherungsfremden Leistungen (vgl. WIG2 2020, S. 17).

Eine klare, wissenschaftlich abgeleitete Definition versicherungsfremder Leistungen gibt es bis heute nicht. In einer Ausarbeitung der Wissenschaftlichen Dienste des Bundestages aus dem Jahr 2016 heißt es, dass die fehlende Definition für die versicherungsfremden Leistungen kein Zufall sei (vgl. WD 2016, S. 4). „Diese Einschätzung liegt insoweit nahe, als die Gründe für Veränderungen beim Bundeszuschuss nur selten mit seinem gesetzlichen Bestimmungszweck zu tun hatten und stattdessen konjunktur-, haushalts- oder beschäftigungspolitischer Natur waren. Jede Form einer festen Regelbindung hätte der Politik einen derart flexiblen Einsatz dieses Instruments zwangsläufig erschwert und würde dies auch künftig tun“ (Jacobs 2020, S. 3).

### Folgen einer stärkeren Steuerfinanzierung der Sozialversicherungssysteme

#### Steuer- und Fiskalillusion

Steigende Steuerzuschüsse zur Sozialversicherung zielen vor allem darauf ab, die gesamten Sozialversicherungsbeiträge an der häufig zitierten 40 Prozent-Grenze zu stabilisieren. Steigende Beitragssätze in der Sozialversicherung führen automatisch zu einer Erhöhung der Lohnnebenkosten für die Arbeitgeber. Insbesondere die Kopplung der

Beitragseinnahmen an die Arbeitsentgelte und ihre paritätische Finanzierung durch Arbeitgeber und Arbeitnehmer macht sie zu einem festen Bestandteil der Arbeitskosten (vgl. BDA 2020). Allerdings bedeutet die Steuerfinanzierung der Sozialversicherung für den Arbeitgeber nicht automatisch einen Schutz vor steigenden Belastungen, denn die Arbeitgeber sind auch selbst wiederum Steuerzahler und würden bei einer steuerfinanzierten Bezuschussung der Sozialversicherung ebenfalls zusätzlich belastet.

Arbeitgeber sind allerdings nicht nur von der ökonomischen Traglast steuerfinanzierter Bundeszuschüsse zur Sozialversicherung negativ betroffen. Die Arbeitgeber werden auch von den Auswirkungen der Haushaltskonkurrenz zwischen Ausgaben zur sozialen Sicherung und Zukunftsinvestitionen erfasst (vgl. Rürup 2005). Auch Arbeitgeber haben ein originäres Interesse an staatlichen Zukunftsinvestitionen in Infrastruktur, Forschung, Lehre und Bildung oder in das Feld der Digitalisierung. Eine (zunehmende) Zuschussfinanzierung der Sozialversicherung mit der damit einhergehenden Budgetkonkurrenz kann deshalb nicht im Interesse der Arbeitgeber sein.

Steuerfinanzierung bedeutet zudem keinen Schutz vor Leistungskürzungen. Gerade in Ländern mit einem steuerfinanzierten Gesundheitswesen findet eine offene Rationierung statt. Hier konkurrieren die Gesundheitsleistungen mit anderen Budgetpositionen wie Bildung, Infrastruktur oder Verteidigung um die knappen Steuergelder, so dass diese Gesundheitssysteme in der Tendenz unterfinanziert sind. Hinzu kommt eine noch stärkere Abhängigkeit von konjunkturellen und insbesondere auch politischen Einflüssen.

Schließlich verkennen Befürworter einer dynamischen Steuerfinanzierung der Sozialversicherungssysteme, dass die Umlagefinanzierung bekanntermaßen mit einer Lastverschiebung auf künftige Generationen einhergeht (vgl. Fetzter/Moog 2021, S. 9; Raffelhüschen et al. 2021, S. 9). Die steigende Lebenserwartung und der medizinisch-technische Fortschritt implizieren finanzielle Belastungen, die in jedem Finanzierungssystem entstehen. Hier unterscheiden sich Beiträge und Steuern nicht grundsätzlich. Lediglich in kapitalgedeckten Systemen können diese Belastungen zeitlich gestreckt und vorfinanziert werden.

Die systematische Vermischung von Beitrags- und Steuerfinanzierung führt dagegen zu einer Strukturillusion. Es entsteht ein Trend zur Kostenintransparenz, welche die Bemühungen um strukturelle und nachhaltige Reformen in der Sozialversicherung negativ beeinflusst, d. h. not-

wendige Strukturreformen werden erschwert oder sogar nahezu unmöglich gemacht und die Selbstverwaltung entsprechend geschwächt.

### **Dynamik steuerfinanzierter Bundeszuschüsse**

Das im Jahr 2021 erreichte Niveau der steuerfinanzierten Bundeszuschüsse zur Sozialversicherung stellt zunächst eine Momentaufnahme dar. Schon heute ist absehbar, dass bei Gültigkeit von Schuldenbremse und vielleicht auch der Sozialgarantie die Bundeszuschüsse in den nächsten zwei Legislaturperioden und darüber hinaus eine erhebliche Dynamik erfahren werden. Die zusätzliche Steuerfinanzierung kann kurzfristig stabilisierend wirken, mittel- bis langfristig entstehen daraus aber neue Herausforderungen.

Der Wissenschaftliche Beirat des Bundesministeriums für Wirtschaft und Energie rechnete am Beispiel der Gesetzlichen Rentenversicherung (GRV) die finanziellen Konsequenzen aus, falls die bisherige Politik der so genannten doppelten Haltelinie bei Rentenniveau und Beitragssatz verlängert würde. Der Steuerzuschuss zur Rentenversicherung müsste in den nächsten zwanzig Jahren von derzeit knapp einem Viertel auf die Hälfte des gesamten Bundeshaushalts steigen. Damit würde die Politik fast jeden Spielraum zur Gestaltung anderer öffentlicher Aufgabenbereiche einbüßen (vgl. Wissenschaftlicher Beirat BMWF 2021).

Auch in der GKV steigt vor allem angesichts der Leistungsausweitungen in den letzten Legislaturperioden der Reformdruck. Unter der Maßgabe, dass der GKV-Beitragssatz in etwa konstant bleiben soll, hat das Wissenschaftliche Institut der PKV (WIP) die künftigen Bundeszuschüsse zur GKV berechnet. Bei einer Ausgaben- und Einnahmementwicklung wie in den letzten zwanzig Jahren (1999-2019) würde – so die Prognose – der Steuerzuschuss zur GKV bis auf 83 Mrd. Euro im Jahr 2030 steigen müssen, um den GKV-Beitragssatz zu stabilisieren (vgl. Bahnsen/Wild 2021).

Für die SPV kommt das WIP zu einer ähnlichen Dynamik. Gerade die kurz vor dem Ende der Legislaturperiode beschlossene Pflegereform wird in den nächsten Jahren zu erheblichen Mehrkosten führen. Um sowohl die in der Pflegereform 2021 geplanten Mehrleistungen als auch den Beitragssatz konstant zu halten, könnte der Steuerzuschuss bis zum Jahr 2030 auf 10,4 Mrd. Euro pro Jahr steigen. Für den Zeitraum von 2022 bis 2030 ergäbe sich nach dieser Schätzung ein Bedarf von insgesamt 60,2 Mrd. Euro. Hinzu kommen steigende Belastungen durch die demografische Entwicklung, so dass insgesamt allein die SPV einen Bun-

deszuschuss in Höhe von 156,5 Mrd. Euro in diesem Zeitraum benötigen würde (vgl. Bahnsen/Wild 2021, S. 3ff.).

### **Spielraum für steuerfinanzierte Bundeszuschüsse**

Wenig diskutiert wird bisher die Frage, ob und welcher Spielraum für eine Ausweitung der Steuerfinanzierung in den nächsten Jahren besteht. Die OECD-Studie *Taxing Wages* vergleicht jährlich die Belastung von Arbeitnehmern und Arbeitgebern in den OECD-Staaten durch Steuern und Sozialabgaben (vgl. OECD 2021). Dabei werden auch unterschiedliche Haushaltstypen sowie verschiedene Einkommensniveaus berücksichtigt (vgl. Tabelle 4 für den Fall von Singlehaushalten und Durchschnittseinkommen).

Der Steuerkeil, d. h. die Differenz zwischen den Arbeitskosten des Arbeitgebers und dem Nettoverdienst des Arbeitnehmers, liegt 2019 für einen alleinstehenden Durchschnittsverdiener ohne Kinder im OECD-Schnitt bei 36,0 Prozent, in Deutschland liegt er bei 49,4 Prozent. Das ist mit Blick auf die ausgewählten OECD-Länder in Tabelle 4 nach Belgien die Spitzenposition.

Falls Finanzierungslücken nicht über eine Anhebung der Beitragssätze geschlossen werden können und zudem auch kein oder nur ein geringer Spielraum für Steuererhöhungen besteht, würde der Bundeszuschuss zur GKV im Wesentlichen über eine Kreditaufnahme finanziert, was wahrscheinlich heute schon in Teilen der Fall ist. Der Bundeshaushalt sieht für das Jahr 2021 Ausgaben von etwa 500 Mrd. Euro vor, die durch neue Schulden in Höhe von 240 Mrd. Euro zu nahezu 50 Prozent kreditfinanziert werden.

Dank Nullzinsen liegen günstige Voraussetzungen für die Aufnahme neuer Schulden vor, dennoch führen Schulden zu einer Umverteilung zwischen den Generationen, da sie letztlich auf das Verschieben von Steuerlasten hinauslaufen, wenn die Kredite später über die Erhebung von Steuern zurückgezahlt werden müssen. Vererbt werden nicht nur Schulden, sondern auch kostspielige Verteilungskonflikte. Die Entscheidung, heutige Finanzierungsanteile in der Sozialversicherung mit Schulden zu finanzieren, hinterlässt künftigen Generationen zusätzliche Steuerlasten, die entsprechende Verteilungskonflikte implizieren.

„Sollte sich der Gesetzgeber jedoch in den nächsten Jahren aus politikökonomischen Gründen hinreißen lassen, weitere Ausgaben zu Lasten zukünftiger Generationen zu beschließen oder schlicht Nichts zu tun, bleibt vor dem „Voting by feet“ nur die Klage vor dem Bundesverfassungsgericht für die junge Generation und ihre Nachfolger“

## Kennziffern des Bundeshaushaltentwurfs 2022 und der Finanzplanung (2021-2025)

Land <sup>3</sup>	in % der Arbeitskosten 2019 und in US-Dollar Kaufkraftparitäten (KKP)				Arbeitskosten <sup>6</sup> (5) US-\$ KKP
	Steuerkeil <sup>4</sup> (1) %	Einkommensteuer (2) %	Beiträge Sozialversicherung Arbeitnehmer (3) %	Arbeitgeber <sup>5</sup> (4) %	
Belgien	52,2	19,9	11,0	21,3	82.002
Deutschland	49,4	16,1	16,8	16,5	84.303
Italien	48,0	16,8	7,2	24,0	61.635
Österreich	47,9	11,9	14,0	22,0	81.034
Frankreich	46,7	11,7	8,3	26,6	66.048
Ungarn	44,6	12,5	15,4	16,7	37.687
Schweden	42,7	13,4	5,3	23,9	68.056
Finnland	41,9	16,8	8,1	17,0	63.396
Slowakei	41,9	8,3	10,3	23,3	33.818
Griechenland	40,8	8,2	12,7	19,9	47.575
Spanien	39,5	11,6	4,9	23,0	56.495
Türkei	39,1	11,5	12,8	14,9	37.600
Luxemburg	38,4	15,5	10,8	12,1	80.921
Niederlande	37,3	14,8	11,7	10,7	75.638
Norwegen	35,7	16,9	7,3	11,5	72.394
Polen	35,6	6,2	15,3	14,1	38.942
Dänemark	35,4	35,6	0,0	0,0	63.426
Irland	33,2	19,7	3,6	9,9	69.266
Island	33,1	26,7	0,3	6,2	72.961
Japan	32,7	6,9	12,5	13,3	58.341
UK	30,9	12,5	8,5	9,8	65.654
Kanada	30,5	14,3	6,7	9,5	50.615
USA	29,8	15,1	7,1	7,6	61.723
Schweiz	22,3	10,5	5,9	5,9	83.958
OECD	36,0	13,7	8,5	13,8	55.587

Anmerkung: Einzelpersonen ohne Kinder mit Durchschnittseinkommen.

3. Reihung der Länder nach sinkendem Steuerkeil.

4. Durch Rundung weicht (1) geringfügig von der Summe (2) - (4) ab.

5. Inkl. Lohnnebenkosten.

6. US-Dollar Kaufkraftparitäten.

Eigene Darstellung nach OECD 2021.



**Tabelle 4: Die Differenz zwischen den Arbeitskosten des Arbeitgebers und dem Nettoverdienst des Arbeitnehmers liegt für einen ledigen Durchschnittsverdiener ohne Kinder im OECD-Schnitt bei 36,0 Prozent, in Deutschland sind es 49,4 Prozent.**

(Hagist 2021, S. 16). Auch dies sollte die Politik bei ihren gegenwärtigen Überlegungen zur Ausdehnung der Steuerfinanzierung in der Sozialversicherung berücksichtigen.

Zu diskutieren ist auch, wie sich höhere Bundeszuschüsse mit dem Ziel der Konsolidierung des Bundeshaushalts nach 2023 vertragen. Hinzu kommen Befürchtungen, dass die Umfinanzierung über erhöhte Steuern die Bemühungen um strukturelle und nachhaltige Reformen in der Sozialversicherung erlahmen lässt. Schließlich besteht auch die Gefahr, dass mehr Steuergelder in ein zweites Einkommensteuersystem münden und dadurch der staatliche Einfluss auf die Sozialversicherung zu Lasten der Selbstverwaltung zunimmt. Für die meisten Versicherten tritt zur progressiven Einkommensteuer im Steuerrecht noch eine proportionale Steuer in der GKV (vgl. Wille/Ulrich 2021).

Es böte sich dann aus systematischen und verteilungspolitischen Gründen an, diese beiden Abgaben zu vereinheitlichen und die Gesundheitsversorgung aus dem Staatshaushalt zu finanzieren. „Mit dem Abrücken vom Prinzip der gruppenmäßigen Äquivalenz und dem Verlust des Versicherungscharakters entsteht ein anderes Versorgungssystem und es droht, wie ein Blick auf andere Länder zeigt, eine Einschränkung des bestehenden umfangreichen Leistungskatalogs“ (vgl. Wille/Ulrich 2021, S. 27).

### Steuerfinanzierung und Systemwettbewerb

Im Kontext des künftigen Finanzierungsmix ist auch der Systemwettbewerb zwischen GKV und PKV zu beachten. Er entsteht durch das Nebeneinander eines öffentlichen und eines privatwirtschaftlichen Versicherungssystems. Bereits die Vergleichsmöglichkeit mit dem jeweils anderen System kann Anreize für Verbesserungen setzen. Ein Beispiel sind medizinische Innovationen, die in der PKV in der Regel schneller, häufiger und besser vergütet werden als in der GKV: „... dieses Ergebnis ist im Spannungsfeld zwischen frühem Zugang zu neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (gerade bei sehr langer Dauer des G-BA-Verfahrens) und Kosteneffektivität und Sicherung der Versorgungsqualität zu sehen“ (Walendzik/Abels/Wasem 2021, S. 106).

Dies führt dazu, dass Innovationen nicht nur in der PKV relativ schnell in den Markt kommen, sondern dass sich darüber hinaus die relevanten Entscheidungsträger auch in der GKV mit der Frage auseinandersetzen müssen, ob und welche Innovationen in der GKV ebenfalls finanziert werden sollen. Umgekehrt gibt es in der GKV Instrumente, etwa

zur Qualitätsverbesserung oder zur Ausgabendämpfung, die auch mit Blick auf eine Einführung in die PKV diskutiert werden könnten (vgl. KOMV 2019, S. 53).

Es gibt einige Beispiele, bei denen die Erstattung neuer Leistungen durch die PKV auch die GKV veranlasste, diese in ihren Leistungskatalog aufzunehmen. Wahltarife, Selbstbehalte und Kostenerstattung sind Beispiele für Elemente aus der PKV, die in die GKV übernommen wurden. Die DRG-Vergütungssystematik im Krankenhausbereich oder die Regelungen des Arzneimittelmarktneuordnungsgesetzes (AMNOG) bei der Ermittlung des Erstattungsbetrags von Arzneimittel-Innovationen stammen aus der GKV und fanden auch den Weg in die PKV.

Allerdings besteht zwischen GKV und PKV kein Wettbewerb im ökonomischen Sinne, da es keine grundsätzliche Wahlmöglichkeit der Versicherten zwischen den Systemen gibt. Nur für den Kreis der freiwillig Versicherten besteht eine solche Option zu einem Wechsel in die PKV. Auch die Rückkehrmöglichkeiten von der PKV in die GKV sind beschränkt oder fast unmöglich, vor allem um ein Vorteilshopping zu vermeiden. Inzwischen führten einige Bundesländer (Hamburg, Bremen, Brandenburg, Berlin, Thüringen) ein pauschales Beihilfemodell ein oder beabsichtigen, es einzuführen. Da hier bei einer freiwilligen Mitgliedschaft in der GKV die öffentliche Hand einen Arbeitgeberzuschuss gewährt, wird es für Beamte tendenziell attraktiver, sich in der GKV zu versichern. Es bleibt abzuwarten, wie sich der Zuspruch für dieses Modell entwickelt (vgl. Wenig 2019, S. 1). Insgesamt zeigen die stetig wiederkehrenden Diskussionen um die Vor- und Nachteile von GKV und PKV, dass es einen solchen vergleichenden Systemwettbewerb durchaus gibt, der Anreize zur Weiterentwicklung beider Systeme setzen kann (vgl. KOMV 2019, S. 54).

### Ausblick

Die Auswirkungen des demographischen Wandels, des medizinisch-technischen Fortschritts, der Leistungsausweitungen und die Folgen der Corona-Pandemie führten dazu, dass mehr Steuermittel in die Systeme der sozialen Sicherung fließen, insbesondere in die GKV und die SPV. Um das erwartete Defizit der Krankenkassen im Jahr 2021 zu decken, wurde der Bundeszuschuss um 5 Mrd. Euro auf insgesamt 19,5 Mrd. Euro erhöht. Im kommenden Jahr 2022 wird der Steuerzuschuss um 28,5 Mrd. Euro steigen. In der Politik mehren sich Stimmen, die generell zu



höheren, vermeintlich problemlösenden Steuerzuschüssen tendieren, auch vor dem Hintergrund, dass die Möglichkeiten zur Erhöhung der Beitragssätze begrenzt bleiben. Eine stärkere Steuerfinanzierung unterwirft die sozialen Leistungen einer verstärkten Budgetkonkurrenz. Die meisten Ausgabenblöcke im Bundeshaushalt stehen sich in Konkurrenz gegenüber. Mehr Steuern zur Finanzierung für Rente, Gesundheit oder Pflege konkurrieren dann im Bundeshaushalt unmittelbar mit Mitteln für Verteidigung, Verkehr, Digitales, Bildung oder Infrastruktur.

Die nächste Legislaturperiode wird für die künftige Finanzarchitektur der gesetzlichen Krankenkassen von großer Bedeutung sein. Es wird zu entscheiden sein, ob die zugesagten Steuerzuschüsse zur GKV länger als nur ein oder zwei Jahre gezahlt werden oder ob man höhere Beitragssätze in der Sozialversicherung akzeptieren will. Das Dilemma der widersprüchlichen Einschätzungen zum Finanzierungsmix aus Beiträgen, Steuern und neuen Schulden besteht darin, dass es bislang keine verbindliche Festlegung für den GKV-Finanzierungsmix gibt. In einem beitragsfinanzierten GKV-System sollte sich die Steuerfinanzierung auf versicherungsfremde Leistungen beschränken, sonst wird sie zum Spielball der Politik.

Eine klare, wissenschaftlich abgeleitete Definition versicherungsfremder Leistungen gibt es nicht, so dass gegenwärtig Steuermittel in der GKV und der SPV nicht zielgenau eingesetzt werden. Die fehlende Definition versicherungsfremder Leistungen kommt der Politik entgegen, da sie keine regelgebundenen Handlungen mit Blick auf eine transparente Finanzierung vornehmen muss. Zur Analyse der Finanzierungsseite sollte aber auch der Blick auf die Leistungsseite hinzukommen (vgl. Ulrich 2020, S. 244; DGIV 2021, S. 4; Hildebrandt 2021, S. 2). Ohne weitere Anstrengungen zur Begrenzung der Ausgaben und zum Versorgungsmanagement wird eine stabile Lösung nicht gelingen.

E-Mail-Kontakt: Volker.Ulrich@uni-bayreuth.de

1. Auch die Finanzierung der sozialversicherungsimmanenten Einkommensumverteilung könnte durch Verlagerung in das Steuer- und Transfersystem grundsätzlich über Steuern erfolgen, steht aber nicht im Mittelpunkt des Beitrags (vgl. SVR 2005, Ziffer 478).

## Literatur

2. Albrecht, M. und Ochmann, R. (2021): Abschätzung des Finanzbedarfs in der GKV bis 2025 unter besonderer Berücksichtigung einer stärkeren Steuerfinanzierung versicherungsfremder Leistungen. Szenarien-Analyse, IGES-Institut, Berlin. URL: <https://www.dak.de/dak/download/iges-studie-2463386.pdf>.
3. Bach, S. et al. (2016): Wer trägt die Steuerlast? DIW-Wochenbericht 51+52.2016. URL: [https://www.diw.de/documents/publikationen/73/diw\\_01.c.549401.de/16-51-1.pdf](https://www.diw.de/documents/publikationen/73/diw_01.c.549401.de/16-51-1.pdf).
4. Bahnsen, L. und Wild, F. (2021a): Langfristige Finanzierungslasten durch kurzfristige Neuregelungen in der Pflegeversicherung, WIP-Kurzanalyse Juni 2021, Köln. URL: [file:///C:/Users/volke/Documents/Projekte/PKV%202021/Steuern%20versus%20beitr%C3%A4ge/2021-Bahnsen-Wild-WIP-Kurzanalyse\\_Juni\\_2021\\_Langfristige\\_Finanzierungslasten\\_Pflege.pdf](file:///C:/Users/volke/Documents/Projekte/PKV%202021/Steuern%20versus%20beitr%C3%A4ge/2021-Bahnsen-Wild-WIP-Kurzanalyse_Juni_2021_Langfristige_Finanzierungslasten_Pflege.pdf).
5. Bahnsen, L. und Wild, F. (2021b): Die zukünftige Entwicklung der GKV-Financen – Ein Beitrag zur Diskussion um erhöhte Steuerzuschüsse, WIP-Kurzanalyse, März 2021, Köln. URL: [file:///C:/Users/volke/Documents/Projekte/PKV%202021/Steuern%20versus%20beitr%C3%A4ge/2021-WIP-Kurzanalyse\\_GKV\\_Bundeszuschuss.pdf](file:///C:/Users/volke/Documents/Projekte/PKV%202021/Steuern%20versus%20beitr%C3%A4ge/2021-WIP-Kurzanalyse_GKV_Bundeszuschuss.pdf).
6. BDA – Kommission - Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände e. V. Kommission (2020): Zukunft der Sozialversicherungen: Beitragsbelastung dauerhaft begrenzen. Bericht der Kommission vom 29.7.2020, Berlin. URL: [https://arbeitsgeber.de/wp-content/uploads/2020/12/bda-arbeitgeber-broschüre-zukunft\\_der\\_sozialversicherung-2020\\_07.pdf](https://arbeitsgeber.de/wp-content/uploads/2020/12/bda-arbeitgeber-broschüre-zukunft_der_sozialversicherung-2020_07.pdf).
7. BMF – Bundesfinanzministerium (2021a): Bundeshaushalt 2021 – mit voller Kraft aus der Krise. URL: [https://www.bundesfinanzministerium.de/Content/DE/Standardartikel/Themen/Oeffentliche\\_Financen/Bundeshaushalt/2020-09-23-bundeshaushalt-2021-und-finanzplan-bis-2024.html](https://www.bundesfinanzministerium.de/Content/DE/Standardartikel/Themen/Oeffentliche_Financen/Bundeshaushalt/2020-09-23-bundeshaushalt-2021-und-finanzplan-bis-2024.html).
8. BMF – Bundesministerium der Finanzen (2021b): Öffentliche Finanzen. URL: [https://www.bundesfinanzministerium.de/Web/DE/Themen/Oeffentliche\\_Financen/oeffentliche\\_financen.html](https://www.bundesfinanzministerium.de/Web/DE/Themen/Oeffentliche_Financen/oeffentliche_financen.html).
9. BMF - Bundesfinanzministerium (2021c): Nachtragshaushalt 2021 und Eckwerte für den Bundeshaushalt 2022 und den Finanzplan bis 2025, in: BMF-Monatsbericht, April 2021, S. 8-15. URL: [https://www.bundesfinanzministerium.de/Monatsberichte/2021/04/Inhalte/Kapitel-2b-Schlaglicht/2b-nachtragshaushalt-2021-eckwerte-bundeshaushalt-2022-pdf.pdf?\\_\\_blob=publicationFile&v=5](https://www.bundesfinanzministerium.de/Monatsberichte/2021/04/Inhalte/Kapitel-2b-Schlaglicht/2b-nachtragshaushalt-2021-eckwerte-bundeshaushalt-2022-pdf.pdf?__blob=publicationFile&v=5).
10. BMF – Bundesfinanzministerium (2022): Gesamtwirtschaftliche Ausgangslage und finanzpolitische Konzeption, Berlin. URL: [https://www.bundesfinanzministerium.de/Content/DE/Downloads/Oeffentliche-Financen/regierungsentwurf-bundeshaushalt-2022.pdf?\\_\\_blob=publicationFile&v=2](https://www.bundesfinanzministerium.de/Content/DE/Downloads/Oeffentliche-Financen/regierungsentwurf-bundeshaushalt-2022.pdf?__blob=publicationFile&v=2).
11. BMG - Bundesgesundheitsministerium (2021a): Vorläufige Finanzergebnisse der GKV für das Jahr 2020. URL: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/presse/pressemitteilungen/2021/1-quartal/finanzergebnisse-gkv-2020.html>.
12. BMG - Bundesgesundheitsministerium (2021b): Versicherungsfremde Leistungen, Glossar. URL: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/begriffe-von-a-z/v/versicherungsfremde-leistungen.html>.
13. Breyer, F. (2014): Kürzung des Bundeszuschusses, in: Wirtschaftsdienst, 94(4), S. 237-238. URL: <https://dx.doi.org/10.1007/s10273-014-1663-0>.
14. Brümmerhoff, D. und Büttner, T. (2018): Finanzwissenschaft, 12. Auflage, De Gruyter Oldenbourg, München, Kapitel 8, S.210ff.
15. Büttner, T. (2021): Die Krise hat Konjunktur, in: Wirtschaftsdienst, 2021(7). URL: <https://www.wirtschaftsdienst.eu/inhalt/jahr/2021/heft/7/beitrag/finanzplanung-die-krise-hat-konjunktur.html>.
16. DGIV – Deutsche Gesellschaft für Integrierte Versorgung (2021): Positionspapier zur Bundestagswahl 2021. Das deutsche Gesundheitssystem im Aufbruch, Berlin. URL: <https://dgiv.org/wp-content/uploads/2021/06/DGIV-Positionspapier2021.pdf>.
17. Fetzer, S. und Moog, S. (2021): Indicators for Measuring Intergenerational Fairness of Social Security Systems – The Case of the German Social Health Insurance, in: Sustainability 2021, 13(10), S. 1-18. URL: <https://www.mdpi.com/2071-1050/13/10/5743>.
18. GKV-SV (2021): GKV-Schätzerkreis: Für 2022 fehlen sieben Milliarden Euro. Pressemitteilung – Berlin, 13.10.2021. URL: [https://gkv-spitzenverband.de/gkv-spitzenverband/presse/pressemitteilungen\\_und\\_statements/pressemitteilung\\_1312896.jsp](https://gkv-spitzenverband.de/gkv-spitzenverband/presse/pressemitteilungen_und_statements/pressemitteilung_1312896.jsp).
19. Hagist, C. (2021): Konsequenzen des „Klima-Urteils“ für die Nachhaltigkeit der sozialen Sicherungssysteme in Deutschland – eine staatswissenschaftliche Analyse. Kurzexpertise für die Jungen Unternehmer, Berlin. URL: [https://www.familienunternehmer.eu/fileadmin/junge-unternehmer/publikationen/studien/konsequenz\\_klima\\_urteil\\_hagist\\_studie.pdf](https://www.familienunternehmer.eu/fileadmin/junge-unternehmer/publikationen/studien/konsequenz_klima_urteil_hagist_studie.pdf).

20. Hildebrandt, H. (2021): Reformvorschlag: Integrierte Versorgung als nachhaltige Regelversorgung auf regionaler Ebene. URL: [https://optimedis.de/files/Publikationen/Broschueren/2020/OM\\_RIV-Paper\\_A4\\_E07.pdf](https://optimedis.de/files/Publikationen/Broschueren/2020/OM_RIV-Paper_A4_E07.pdf).
21. KOMV – Kommission für ein modernes Vergütungssystem (2019): Empfehlungen für ein modernes Vergütungssystem in der ambulanten ärztlichen Versorgung. Bericht der Wissenschaftlichen Kommission für ein modernes Vergütungssystem, Berlin. URL: [https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3\\_Downloads/K/KOMV/Bericht\\_der\\_Honorarkommission\\_\\_KOMV\\_\\_-\\_Dezember\\_2019.pdf](https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/K/KOMV/Bericht_der_Honorarkommission__KOMV__-_Dezember_2019.pdf).
22. Jacobs, K. (2020): Beitrag oder Steuer? In: gg-digital.de 2020 (10). URL: <https://gg-digital.de/2020/10/thema-des-monats/beitrag-oder-steuer/index.html>.
23. Meinhardt, M. (2018): Versicherungsfremde Leistungen der Sozialversicherung. Hans-Böckler-Stiftung, Study Nr. 60, April 2018, Düsseldorf. URL: [https://www.boeckler.de/pdf/p\\_imk\\_study\\_60\\_2018.pdf](https://www.boeckler.de/pdf/p_imk_study_60_2018.pdf).
24. OECD (2021): Taxing Wages 2021, Paris. URL: <https://www.oecd-ilibrary.org/sites/83a87978-en/index.html?itemId=/content/publication/83a87978-en>.
25. Raffelhüschen, B. et al. (2021): Was kann sich der ehrbare Staat noch leisten? Corona, Schulden – und noch eine Pflegereform? Argumente zu Marktwirtschaft und Politik, Nr. 154, Berlin. URL: <https://www.econstor.eu/bitstream/10419/229177/1/1744665095.pdf>.
26. Rürup, B. (2005): Das Verhältnis von Beitragsfinanzierung und Steuerfinanzierung in der sozialen Sicherung. Gefördert von der Hans-Böckler-Stiftung, 28. November 2005. URL: [https://www.boeckler.de/pdf/v\\_2006\\_09\\_01\\_ruerup.pdf](https://www.boeckler.de/pdf/v_2006_09_01_ruerup.pdf).
27. SVR-W - Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung (2005): Die Chance nutzen - Reformen mutig voranbringen. Jahresgutachten 2005/06, Fünftes Kapitel, Umfinanzierungsoptionen in der Sozialversicherung, S. 330-404, Berlin. URL: [https://www.sachverstaendigenrat-wirtschaft.de/fileadmin/dateiablage/download/gutachten/ga05\\_ges.pdf](https://www.sachverstaendigenrat-wirtschaft.de/fileadmin/dateiablage/download/gutachten/ga05_ges.pdf).
28. SVR-W - Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung (2008): Die Finanzkrise meistern-Wachstumskräfte stärken, Jahresgutachten 2008/09, Sechstes Kapitel, Soziale Sicherung: Wider der Halbherzigkeit, S. 355-421, Berlin. URL: [https://www.sachverstaendigenrat-wirtschaft.de/fileadmin/dateiablage/download/gutachten/ga08\\_ges.pdf](https://www.sachverstaendigenrat-wirtschaft.de/fileadmin/dateiablage/download/gutachten/ga08_ges.pdf).
29. Sozialpolitik aktuell in Deutschland (2021): Sozialpolitik und soziale Lage in Deutschland, URL: [www.sozialpolitik-aktuell.de](http://www.sozialpolitik-aktuell.de).
30. Spangenberg, T. (2021): Zusatzbeitrag für gesetzlich Krankenversicherte könnte sich 2022 verdoppeln, in: Berliner Zeitung vom 27.1.2021, URL: <https://www.berliner-zeitung.de/politik-gesellschaft/zusatzbeitrag-fuer-gesetzliche-kranken-versicherte-koennte-sich-2022-verdoppeln-li.135648>.
31. Ulrich, V. (2020): Corona Pandemie und finanzielle Stabilität der gesetzlichen Krankenversicherung, in: Gesundheitsökonomie & Qualitätsmanagement 2020(25), S. 239–245.
32. Vallée, S. et al. (2021): Die Schuldenbremse und der europäische Fiskalkurs nach Covid-19. DGAP Policy Brief, 2021(2), S. 1-14. URL: <https://dgap.org/de/forschung/publikationen/die-schulden-bremse-und-der-europaeische-fiskalkurs-nach-covid-19>.
33. Walendzik, A., Abels, C. und Wasem, J. (2021): Umsetzung neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden in die vertragsärztliche Kollektivversorgung und in die privatärztliche ambulante Versorgung. Schriftenreihe des Wissenschaftlichen Instituts der PKV (WIP). Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Berlin.
34. WD - Wissenschaftliche Dienste Deutschen Bundestags (2016): Dokumentation, in: Versicherungsfremde Leistungen in der Gesetzlichen Krankenversicherung sowie in der Sozialen Pflegeversicherung, WD 9 - 3000 - 051/16, Berlin. URL: <https://www.bundestag.de/resource/blob/480530/23a869c6255b792438e527625bcb7e46/wd-9-051-16-pdf-data.pdf>.
35. Wenig, M. (2019): Beihilfe zur Krankenkasse: Mehr als 1.000 Beamte entscheiden sich für Hamburger Modell, in: versicherungsbote.de/id/4875851/Beihilfe-Krankenkasse-Hamburger-Modell, vom 5.2.2019. URL: <https://www.versicherungsbote.de/id/4875851/Beihilfe-Krankenkasse-Hamburger-Modell>.
36. WIG2 – Wissenschaftliches Institut für Gesundheitsökonomie und Gesundheitssystemforschung (2020): Versicherungsfremde Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung in Deutschland: Verteilungswirkungen und Verteilungsgerechtigkeit. Mai 2020, Leipzig. URL: [https://www.forschungsberichte\\_des\\_wig2\\_heft\\_5\\_versicherungsfremde\\_leistungen\\_02.pdf](https://www.forschungsberichte_des_wig2_heft_5_versicherungsfremde_leistungen_02.pdf).
37. Ulrich, V. und Wille, E. (2021): Haushalts- und wirtschaftspolitische Illusionen und Gefahren der Steuerfinanzierung von Sozialversicherungssystemen, gpk, Gesellschaftspolitische Kommentare, Sonderausgabe 2/2021.
38. Wille, E. und Ulrich, V. (2021): Der grüne Weg in die Bürgerversicherung – Einbezug der Privatversicherten in den Gesundheitsfonds der GKV, unveröffentlichtes Manuskript, Mannheim und Bayreuth.
39. Wissenschaftlicher Beirat BMWV – Wissenschaftlicher Beirat des Ministeriums für Wirtschaft und Energie (2021): Vorschläge für eine Reform der gesetzlichen Rentenversicherung. Gutachten des Wissenschaftlichen Beirats beim Bundesministerium für Wirtschaft und Energie, Berlin. URL: [https://www.bmwi.de/Redaktion/DE/Publikationen/Ministerium/Veroeffentlichung-Wissenschaftlicher-Beirat/wissenschaftlicher-beirat-vorschlaege-reform-gutachten.pdf?\\_\\_blob=publicationFile&v=14](https://www.bmwi.de/Redaktion/DE/Publikationen/Ministerium/Veroeffentlichung-Wissenschaftlicher-Beirat/wissenschaftlicher-beirat-vorschlaege-reform-gutachten.pdf?__blob=publicationFile&v=14).

---

**PROF. DR. VOLKER ULRICH**

---



*Ordinarius für Volkswirtschaftslehre, insbesondere Finanzwissenschaft an der Universität Bayreuth. Er ist Mitglied des Ausschusses für Gesundheitsökonomie der Gesellschaft für Wirtschafts- und Sozialwissenschaften – Verein für Socialpolitik –, Mitglied im wissenschaftlichen Beirat des Bundesversicherungsamts zur Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs und Vorsitzender des wissenschaftlichen Beirats des Bundesverbands Managed Care (BMC). Im akademischen Turnus 2010/11 war er Vorsitzender der Deutschen Gesellschaft für Gesundheitsökonomie (DGGÖ). Seit 2015 ist der Präsident der Gesellschaft für Recht und Politik im Gesundheitswesen (GRPG).*



# Resilientes Gesundheitswesen: Lernen wir aus der Pandemie? **Strukturen, Aufgaben und Prozesse eines krisenresilienten Gesundheitssystems**

ANDREAS STORM, VORSTANDSVORSITZENDER DER DAK-GESUNDHEIT



*In einer Krise wie der weltweiten Corona-Pandemie zeigt sich schnell, wie leistungsfähig vorhandene Strukturen und Prozesse in einem Land sind. Gerade für die Bundesrepublik Deutschland mit der im europäischen Vergleich zweitältesten Bevölkerung stand der Schutz des Gesundheitswesens vor einer Überlastung von Beginn an im Fokus. Wie krisenresilient ist nun das deutsche Gesundheitswesen? Wo besteht für die Politik dringender Handlungsbedarf? Der vorliegende Beitrag zeigt auf, welche Defizite während der Pandemie sichtbar wurden und benennt Handlungsoptionen für künftige Krisen nationaler Tragweite.*

## 1. Ausgangslage / Einleitung

Die Corona-Pandemie ist die größte Prüfung für das deutsche Gesundheitswesen und die Pflege in den vergangenen 70 Jahren. Sie zeigt, dass Virusinfektionen und andere gesundheitliche Krisensituationen in Zeiten der Globalisierung kein regional begrenztes Problem sind, sondern sich rasch zu einer weltweiten Herausforderung entwickeln können. Aus der Dynamik des Infektionsgeschehens und den sich kurzfristig verändernden Versorgungsnotwendigkeiten haben sich bisher nie dagewesene Herausforderungen für das Gesundheitswesen und die Pflege ergeben. Innerhalb kürzester Fristen mussten teilweise völlig neue Rahmenbedingungen geschaffen und entsprechende Maßnahmen umgesetzt werden.

Insgesamt zeigte sich das deutsche Gesundheitswesen in dieser historischen Krise als leistungsfähig. Gleichzeitig zeigten sich zum einen beim Pandemiemanagement erhebliche Mängel und zum anderen Versorgungsdefizite, die bereits vor der Pandemie bestanden.

## 2. Defizite während der Pandemie

Ob Pandemieverlauf, Hospitalisierungsrate oder Impfquote: in der COVID-19-Pandemie wurde sehr schnell deutlich, dass die schnelle und verlässliche Verfügbarkeit von Daten und Informationen eine entscheidende Rolle bei der erfolgreichen Bewältigung und Eindämmung einer Krisensituation spielen. Erfolgskritisch ist – auch das zeigte sich schnell – dass die für die Entscheidungsfindung im Pandemiemanagement zu Grunde gelegten Indikatoren nicht nur das Infektionsgeschehen, sondern

auch die Kapazitäten für die Behandlung von schweren und Schwerstfällen, für die Kontaktnachverfolgung und die Unterbrechung von Infektionsketten sowie für das Monitoring des Virusgeschehens adäquat abbilden müssen (acatech Impuls 2021).

## 2.1 Defizitäres Monitoring

### 2.1.1 Wechselnde Orientierungswerte

Die vergangenen 21 Monate der Pandemie waren geprägt von einem defizitären Monitoring. Häufig wechselten dabei die Orientierungswerte, so dass ein umfassender Überblick über das Pandemiegeschehen fast nicht möglich war. Zu Beginn der Pandemie kommunizierte man die Entwicklungen über die absoluten Fallzahlen der nachgewiesenen Infektionen und wie schnell sich diese verdoppelten. Ergänzt wurden diese vom sogenannten R-Wert, der Reproduktionszahl, die die Anzahl der Personen bezeichnet, die ein Covid-19-Infizierter im Durchschnitt ansteckt.

Zum Ende des ersten Lockdowns im Mai 2020 wurde zusätzlich der 7-Tage-Inzidenz-Wert eingeführt. Bundesweit legte man dabei fest, dass beispielsweise Kontaktbeschränkungen ab einem Wert von 50 Neuinfektionen gerechnet auf 100.000 Einwohner eingeführt werden können. Einzelne Bundesländer, wie Bayern, legten bereits damals eigene abweichende Werte für die 7-Tage-Inzidenz fest. Seit dem Frühsommer 2021 versuchte man anhand der sogenannten Hospitalisierungsinzidenz die Belastung der Krankenhäuser im Blick zu behalten. Das Problem: die Inzidenz ist ein Spätindikator und damit völlig ungeeignet das Pandemiegeschehen rechtzeitig abzubilden. Haupt-

grund dafür ist die lückenhafte Datengrundlage und der starke zeitliche Meldeverzug. Teilweise dauert es bis zu zwei Wochen oder länger, bis alle hospitalisierten Covid-19-Fälle beim Robert Koch-Institut gemeldet sind. Die Lage in den Krankenhäusern wird dadurch unterschätzt.

Das Bild des defizitären Monitorings wird aber nicht nur durch unterschiedliche Orientierungswerte geprägt. Aktuell existieren in fast allen Bundesländern unterschiedliche Inzidenz-Grenzwerte und unterschiedliche Regelungen bei deren Überschreitung. Ein wesentliches Problem ist und bleibt die Vermittlung und Kommunikation dieser Veränderungen in die Bevölkerung.

### 2.1.2 Fehlende Abstimmung der Bundesländer bei Grenzwertüberschreitungen

Obwohl die Regierungschef:innen in den 21 Monaten der Corona-Pandemie über zwanzigmal zu Bund-Länder-Gipfeln zusammen gekommen sind, hat sich die Aufgabenzuordnung und Arbeitsteilung als hochgradig dysfunktional erwiesen. Ein erhebliches Defizit besteht darin, dass die Bundesländer sehr unterschiedlich auf die Herausforderungen im Pandemiegeschehen reagieren. Was zu Beginn der Pandemie noch als ein Miteinander wahrgenommen werden konnte, entwickelte sich im weiteren Verlauf hin zu einem Gegeneinander der Länder. Auf unterschiedliche Grenzwerte folgten unterschiedliche Handlungsoptionen, die bei Überschreiten dieser Grenzwerte getroffen wurden. Mindestens ebenso zur Verwirrung hat die hohe Frequenz der Änderungen der jeweiligen Corona-Landesverordnungen beigetragen.

Ein Beispiel dafür sind die eingeführten Kontaktbeschränkungen. Diese variierten zwischen den Ländern



Corona-Regelungen der Bundesländer (Stand 8. September 2021)

Kriterien Bundesland	3G-Regel ohne Inzidenz	3G-Regel ab Inzidenz 20	3G-Regel ab Inzidenz 35	3G-Regel ab Inzidenz 100	Warnstufen- regelung	Ampel- Regelung	(Mehr-)Indikatoren-system			
							Neu- infektionen	Hospitali- sierung	Intensiv- betten	Impfquote
Berlin	Red	Red	Green	Red	Red	Green	Green	Green	Green	Red
Niedersachsen	Red	Red	Green	Red	Red	Green	Green	Green	Green	Red
Rheinland- Pfalz	Red	Red	Red	Green	Red	Green	Green	Green	Green	Red
Baden- Württemberg	Green	Red	Red	Red	Red	Green	Dark Green	Green	Green	Green
Bayern	Red	Red	Green	Red	Red	Green	Green	Dark Green	Dark Green	Red
Mecklenburg- Vorpommern	Red	Red	Green	Red	Red	Green	Dark Green	Green	Green	Red
Sachsen	Red	Red	Green	Red	Green	Red	Dark Green	Green	Green	Red
Sachsen- Anhalt	Red	Red	Green	Red	Green	Red	Dark Green	Green	Green	Red
Thüringen	Red	Red	Green	Red	Red	Green	Dark Green	Green	Green	Red
Brandenburg	Red	Green	Red	Red	Red	Red	Green	Grey	Grey	Red
Nordrhein- Westfalen	Red	Red	Green	Red	Red	Red	Green	Grey	Grey	Red
Schleswig- Holstein	Red	Red	Green	Red	Red	Red	Green	Grey	Grey	Red
Bremen	Red	Red	Green	Red	Red	Red	Green	Red	Red	Red
Hamburg	Red	Red	Green	Red	Red	Red	Green	Light Green	Light Green	Red
Hessen	Red	Red	Green	Red	Green	Red	Green	Red	Red	Red
Saarland	Red	Red	Green	Red	Red	Green	Green	Light Green	Light Green	Red

■ wird angewandt   
 ■ Leitindikator   
 ■ zusätzliches Monitoring   
 ■ geplante Mehrindikatoren   
 ■ wird nicht angewandt



Quelle: DAK-Gesundheit, eigene Darstellung

Abbildung 1: Die Bundesländer haben sehr unterschiedlich auf die Herausforderungen im Pandemiegeschehen reagiert. So gingen unterschiedliche Grenzwerte mit unterschiedlichen Handlungsoptionen einher, die bei Überschreiten der Grenzwerte getroffen wurden.

und über die Zeit hinweg von einer Beschränkung auf die Mitglieder des eigenen Haushalts über zahlenmäßige Begrenzungen (eine, zwei, drei weitere Personen) bis zur Beschränkung auf zwei Haushalte.

Noch unübersichtlicher waren die Regelungen, die sich auf den Aufenthalt und die Bewegung im öffentlichen Raum bezogen. Hier finden sich viele denkbare Kombinationen von Abstandsgeboten, personenbezogenen Kontaktbeschränkungen, Einschränkungen der Tätig-

keit, der Dauer des Aufenthaltes, der Entfernung von der Wohnung und ähnliches mehr, die sich nicht mehr sinnvoll zusammenfassen oder vergleichen lassen (bpb Politik und Zeitgeschichte APUZ 35–37/2020).

**2.1.3 Unklarheit zu Impfquoten**

Wenig nachvollziehbar waren und sind auch die unterschiedlichen Berechnungsmethoden des Robert Koch-Instituts (RKI) und des Bundesministeriums für Gesundheit

(BMG) zum Impfstatus für die Bevölkerung. Über Monate gab es hierzu Hinweise des RKI, dass die gemeldeten Impfquoten zu niedrig seien. Eine Umfrage zu den Corona-Impfungen in Deutschland zeigte ebenfalls deutliche Differenzen zu den offiziellen Zahlen des RKI.

In einer repräsentativen Befragung von Infratest dimap in Kooperation mit dem Deutschen Institut für Wirtschaftsforschung gaben rund 75 Prozent der 18- bis 59jährigen an, sie hätten bis 13. Juli 2021 ihre erste Spritze erhalten. Dieser Wert lag damals 16 Prozentpunkte höher als in der offiziellen RKI-Statistik (Infratest dimap 2021). Das RKI gab die Erstimpfungsquote der Altersgruppe zu diesem Zeitpunkt mit 59 Prozent an. Das RKI hatte dann Anfang Oktober 2021 selbst von einer Differenz von rund fünf Prozentpunkten zwischen offiziellen Meldezahlen und Umfrageangaben bei der Impfquote der unter 60-jährigen berichtet. Das Institut veröffentlichte eine Umfrage, in der sogar 79 Prozent der 18- bis 59-Jährigen angaben, erstgeimpft zu sein. Dies wären 20 Prozentpunkte mehr, als das Impfquotenmonitoring zum selben Zeitpunkt auswies (RKI Covimo Studie 2021).

## 2.2 Ineffizientes Krisenmanagement

### 2.2.1 Dysfunktionales Krisenmanagement

Als ebenfalls sehr problematisch erwies sich in der Corona-Pandemie die mangelnde Koordination im föderalen System. Ein Beispiel dafür ist das durchgeführte Impfmanagement im Frühjahr 2021. Viele tausend Mitarbeitende in den öffentlichen Verwaltungen von Bund, Ländern und Kommunen machten sich über viele Wochen Gedanken, wie man das Einladungsmanagement für hochbetagte Menschen für die bevorstehenden Corona-Impfungen organisieren könne.

Das Ergebnis dieser Überlegungen waren 16 verschiedene und unabgestimmte Herangehensweisen. Für eine der führenden Industrienationen wie der Bundesrepublik Deutschland ist es inakzeptabel, in dieser Weise vorzugehen und ein über Wochen und Monate dysfunktionales System laufenzulassen.

### 2.2.2 Epidemische Lage

Ein weiteres Beispiel für Dysfunktionalität ist der Umgang mit der „epidemischen Lage von nationaler Tragweite“. Sie wurde mit Wirkung zum 28. März 2020 in das deutsche

## Impfquoten Deutschland Juli 2021

Anteil der zumindest Erstgeimpften an der Bevölkerung, Altersklasse 18 bis 59 Jahre



\*Robert Koch-Institut; \*\*Infratest/dimap und Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung (DIW), Befragte: 1820; Befragungszeitraum jeweils: 28. Juni bis 13. Juli 2021

Quelle: Corona Compass, RKI



Abbildung 2: Aufgrund unterschiedlicher Berechnungsmethoden wichen die vom RKI und vom Bundesgesundheitsministerium angegebenen Impfquoten voneinander ab. Wiederholt gab es Hinweise, dass die vom RKI gemeldete Quoten zu niedrig waren.

Infektionsschutzgesetz (IfSG) eingeführt. Ihre Feststellung durch den Deutschen Bundestag ist Voraussetzung dafür, dass die Bundesregierung (bzw. das BMG) im Zusammenhang mit der COVID-19-Pandemie in Deutschland zeitlich befristet zum Erlass von Rechtsverordnungen ermächtigt ist. So kann beispielsweise bestimmt werden, dass bestimmte Gesundheitsberufe vor allem der Pflege und des Rettungsdienstes heilkundliche Tätigkeiten ausüben dürfen, Versicherte Anspruch auf eine Schutzimpfung gegen das Coronavirus SARS-CoV-2 haben oder Personen bei Einreise in die Bundesrepublik Deutschland zur digitalen Anmeldung verpflichtet sind. Seit dem 25. März 2020 hat der Deutsche Bundestag wiederholt eine „epidemische Lage von nationaler Tragweite“ festgestellt, zuletzt mit Beschluss vom 25. August 2021.

Leider wurde es in eklatanter Weise versäumt, daraus bundesweit einheitliche Vorgehensweisen abzuleiten. Das bedeutet nicht, dass in allen Bundesländern die gleichen Maßnahmen ergriffen werden sollten: Vielmehr muss es bundesweit einheitliche Kriterien (Grenzwerte) geben, die entsprechende Maßnahmen in den einzelnen Regionen auslösen. Da dies in der aktuellen Pandemie nicht geschehen ist, entstand ein föderaler Flickenteppich.

## 2.3 Unzureichende Digitalisierung

### 2.3.1 Corona-Warn-App

Am Beispiel der Corona-Warn-App lässt sich gut nachvollziehen wie unzureichend die Bundesrepublik Deutschland im Bereich der Digitalisierung aufgestellt ist. In Deutschland besitzen bei Einführung der App etwas mehr als 50 Millionen Menschen, also nur etwa 60 Prozent der Bevölkerung, ein Smartphone, das technisch geeignet ist, die Corona-Warn-App zu nutzen. Der überwiegende Teil der Menschen, deren Smartphone für die Installation der App ungeeignet ist, ist älter als 65 Jahre. Mehr als zehn Millionen Menschen über 65 besitzen kein Smartphone. Bei der Altersgruppe der über 70-Jährigen beträgt der Anteil der Menschen, die kein Smartphone besitzen, rund 40 Prozent.

Ein weiterer Kritikpunkt, der die Corona-Warn-App nahezu unbrauchbar macht, ist der angewendete Datenschutz. Tatsächlich ist es ein Problem, dass sich die Nutzer zwar selbst vor Risikobegegnungen warnen lassen können. Allerdings müssen sie einen positiven Corona-Test aus Datenschutzgründen nicht anzeigen. Unverständlich

ist auch, dass die App ihre Daten nicht automatisch an die Gesundheitsämter weiterleitet. Darüber hinaus verwirrte die App, die zu Beginn nur in Deutschland funktionierte, mit unklaren Risiko-Meldungen.

Bis zum heutigen Tag sind die Probleme mit der Corona-Warn-App nicht vollständig gelöst. So wurde das im Oktober 2021 veröffentlichte Update für die am häufigsten eingesetzten Android-Betriebssysteme kurzerhand vom Entwickler-Team, bestehend aus dem Robert Koch-Institut, Deutscher Telekom und SAP, wieder zurückgezogen. Ein Softwarefehler brachte die Anwendung sofort nach dem Öffnen zum Absturz und setzte sie vorübergehend komplett außer Gefecht.

### 2.3.2 Gesundheitsämter

Unzureichend krisenfest aufgestellt zeigten sich in der Corona-Pandemie auch die Ämter des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (ÖGD). Neben dem Personalmangel, der nur durch den Einsatz von Soldaten der Bundeswehr reduziert werden konnte, waren die fehlende digitale Vernetzung des ÖGD, zu geringe IT-Ausstattung und uneinheitliche Softwarelösungen die gravierendsten Probleme bei der Pandemiebekämpfung, insbesondere bei der Nachverfolgung von Infektionsketten.

Mussten die Informationen einem Gesundheitsamt in einem anderen Landkreis zur Verfügung gestellt werden, kamen häufig immer wieder Papier und Telefax zum Einsatz, weil die Programme der verschiedenen Ämter nicht miteinander kompatibel waren und es keinen anderen Weg gab, die Informationen datenschutzkonform zu übertragen. Vor allem bei der Kommunikation mit Laboren ist das Fax-Gerät bis heute im Einsatz. Abhilfe sollte hier die vom Bund zur Verfügung gestellte Software Sormas bieten. Ursprünglich hatten die Helmholtz-Forscher sie für den Ebola-Ausbruch 2014 in Westafrika entwickelt und jetzt an die Anforderungen der Corona-Pandemie angepasst.

In der Zwischenzeit hatten die meisten Gesundheitsämter sich mit ihren eigenen Programmen gut eingerichtet. Obwohl die Software in der Version Sormas-ÖGD allen vom Bund kostenfrei zur Verfügung gestellt wird, nutzen sie bis heute längst nicht alle Gesundheitsämter. Die Politik hat die Defizite erkannt und mit dem im Sommer 2020 geschlossenen Pakt für den ÖGD vor allem zusätzliche Finanzmittel für einen umfassenden Ausbau bereitgestellt. Die Personalausstattung der Gesundheitsämter bleibt dennoch unzureichend, da kurzfristig nicht ausreichend Personal

rekrutiert werden konnte, so dass diese Herausforderung von der neuen Bundesregierung zu lösen ist.

## 2.4 Veraltete Strukturen im Gesundheitswesen

Auch die schon vor der Corona-Pandemie bestehenden Defizite in der gesundheitlichen Versorgung traten während der Krise verstärkt in den Vordergrund. Ein Beispiel dafür ist die eingeführte sogenannte Freihaltepauschale für Klinikbetten. In einem System, indem jede Klinik jede Behandlung durchführen darf, funktioniert eine Pauschale nach dem Gießkannenprinzip nicht. Kleine unspezialisierte Krankenhäuser wurden überkompensiert, während Kliniken der Maximalversorgung benachteiligt wurden. Das vorhandene Potenzial der Ambulantisierung und Spezialisierung wurde bisher nur unzureichend genutzt.

Eine Krankenhaus-Strukturreform ist seit vielen Jahren überfällig. Gerade die Bundesländer sind ihrer Verpflichtung einer auskömmlichen Investitionsfinanzierung der Krankenhäuser seit langer Zeit nicht mehr nachgekommen. Der Anteil der Investitionskostenfinanzierung der

Länder ist seit Jahrzehnten massiv gesunken (vdek 2021). Vor diesem Hintergrund der Unterfinanzierung steigt bei den Krankenhäusern der Anreiz zur Leistungsausweitung, um die Kosten decken zu können. Dringender Nachholbedarf im Gesundheitswesen und in der Pflege besteht auch beim Thema der sektorenübergreifenden Versorgung und einer Kompetenzstärkung für nicht-medizinische Gesundheitsberufe.

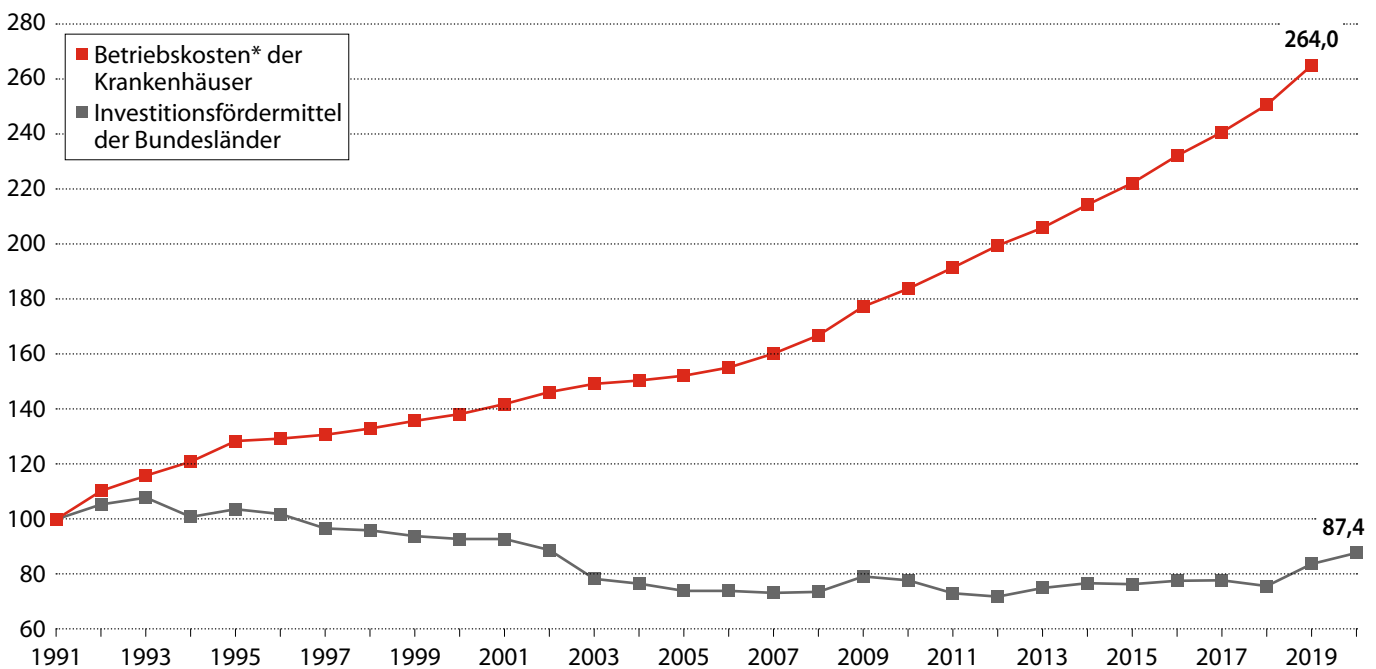
## 3. Lösungsoptionen

Um künftig besser bei Risiken gewappnet zu sein, ist es notwendig, stärker in den Ausbau resilienter (widerstandsfähiger) Systeme sowie in präventive Maßnahmen zu investieren. Dabei bedeutet Resilienz die Fähigkeit, die Funktion eines Systems auch bei unerwarteten Störungen zuverlässig aufrechtzuerhalten oder möglichst rasch in einen funktionsfähigen Zustand zurückzuführen. Resiliente Gesellschaften sind in der Lage, die menschlichen, ökonomischen und ökologischen Schäden, die von

## Fördermittel und Betriebskosten

Index (1991) = 100

1991–2020, Bundesgebiet



\*bereinigte Kosten nach StBA

Quelle: vdek, eigene Darstellung und Berechnung nach StBA und AOLG



Abbildung 3: Der Anteil der Investitionskostenfinanzierung der Länder ist seit Jahrzehnten massiv gesunken. Vor diesem Hintergrund der Unterfinanzierung steigt bei den Krankenhäusern der Anreiz zur Leistungsausweitung, um die Kosten decken zu können.

widrigen Ereignissen verursacht werden, so gering wie irgend möglich zu halten. Sie schaffen das, indem sie die schädlichen Impulse abfedern, deren Wirkung abmildern und sich flexibel auf neue Lebensumstände einstellen (acatech 2021).

### 3.1 Effizientes Monitoring

#### 3.1.1 Moderne Infrastruktur und bessere Vernetzung

Eine zwingende Lösungsoption, um eine Krise wie die weltweite Corona-Pandemie besser bewältigen zu können, sind einheitliche digitale Datenräume sowie eine bessere Vernetzung von Forschung, Politik und öffentlicher Verwaltung im nationalen und internationalen Kontext. Bei der Verbesserung und Vernetzung der Meldesysteme auf europäischer Ebene kommt es nicht nur auf die Quantität der erfassten Informationen an, sondern auch auf deren Qualität. Gerade bei der statistischen Erfassung muss der Datenqualität eine hohe Priorität eingeräumt werden. Für ein effizientes Monitoring werden einheitliche Datenstandards benötigt, die sich im Krisenfall europaweit als Aktionsbasis für die Sammlung, Konsolidierung, Auswertung und Information nutzen lassen. Relevante Daten sind beispielsweise Mobilitäts-, Kontakt- und Meldedaten von Personen, ermittelte Infektionsketten sowie Labordaten (acatech 2021).

Mit der im September 2021 neu eingerichteten EU-Behörde HERA (Health Emergency Preparedness and Response Authority) wird die Krisenvorsorge und -reaktion bei gesundheitlichen Notlagen gestärkt. HERA ist ein gemeinsames Ressourcen- und Einsatzkontrollzentrum für die Mitgliedstaaten und die EU-Organe, mit dem die Union besser auf grenzüberschreitende Gesundheitsgefahren vorbereitet werden soll. Im Bereich der Vorsorge arbeitet sie mit europäischen und nationalen Gesundheitsbehörden zusammen sowie mit der Industrie und internationalen Partnern.

Mit der neuen Behörde lassen sich Gefahren und potenzielle Notlagen im Gesundheitsbereich mittels Informationsgewinnung und des Aufbaus der erforderlichen Reaktionskapazitäten in Zukunft antizipieren. Bei Eintreten einer Notlage wird die HERA die Entwicklung, Herstellung und Verteilung von Arzneimitteln, Impfstoffen und anderem medizinischen Material – wie Handschuhen und Masken – sicherstellen, an denen es in der ersten Zeit der Coronavirus-Pandemie gemangelt hat. Wird eine Notlage im Bereich der öffentlichen Gesundheit auf EU-Ebene ausgerufen, so

kann sie – unter der Leitung eines hochrangigen Krisenstabes – schnell in den Notfallmodus umschalten und rasche Entscheidungen treffen sowie Sofortmaßnahmen ergreifen. Für die Arbeit der Behörde stellt die Europäische Union bis 2027 insgesamt sechs Milliarden Euro bereit (Europäische Kommission 2021).

### 3.2 Koordiniertes Krisenmanagement

#### 3.2.1 Aufgabenzuordnung und Koordinierung im föderalen System

Eine der wichtigsten Fragen, die sich aus den bisherigen Erfahrungen in der Corona-Pandemie ergeben, lautet, wie das Krisenmanagement von Bund und Ländern verbessert werden kann. Im Bereich der Gefahrenabwehr und des Katastrophenschutzes ist für Krisenzeiten eine Neuordnung der Zuständigkeiten zwischen Bund und Ländern notwendig. Für diese Neuordnung ist ein bundesweit breiter politischer Konsens über die Parteigrenzen hinweg herbeizuführen. Dabei sind verpflichtend die Bundesländer und die kommunalen Spitzenverbände in die Entscheidungen einzubeziehen. Für die Koordination im Krisenfall müssen ein verantwortlicher Leiter beim Bundeskanzleramt und ein Vertreter der Bundesländer eingesetzt werden.

Der Krisenstab befindet sich im Normalfall im Stand-by-Modus. Tritt eine Krisensituation ein, beispielsweise eine Verschärfung der Corona-Lage, eine neue Pandemie oder ein anderes Krisenereignis von nationaler Tragweite, muss seine sofortige Aktivierung durch die Koordinatoren erfolgen. Um schnell von einem Normalzustand in den Krisenmodus wechseln zu können, bedarf es abgestimmter und demokratisch legitimierter Krisenpläne auf Bundes- und Länderebene sowie in den Kommunen (Landkreisen).

#### 3.2.2 Krisenstab von Bund und Ländern

Wie gut Deutschland die Corona-Pandemie bewältigt, hängt sehr davon ab, wie wirksam geeignete Schutzmaßnahmen umgesetzt werden. Gute Organisation, Planung und Wissen entscheiden maßgeblich über den Erfolg. Das von der Bundesregierung eingerichtete Corona-Kabinett und die mit den Ländern durchgeführten Ministerpräsidentenkonferenzen sind nicht geeignet, eine Krise von nationaler Tragweite wie die Corona-Pandemie, umfassend zu managen. Vielmehr ist, wie oben beschrieben ein Krisenstab zu installieren, der in der Krise Tag für Tag, zur Not auch rund um die Uhr, hauptamtlich arbeitet.



Der Fokus des Stabs muss auf ein tägliches umfassendes Lagebild und die wirksame Koordination geeigneter Maßnahmen und Projekte sowie auf Vorausplanung und Folgenabschätzung ausgerichtet sein. Neben der Leitung durch die Koordinatoren von Bundeskanzleramt und Ländersseite sollten auch Mitglieder der Kommunen, der kommunalen Spitzenverbände und des Öffentlichen Gesundheitsdienstes im Krisenstab vertreten sein. Darüber hinaus muss ein interdisziplinär besetzter wissenschaftlicher Beraterstab zuarbeiten, der sich beispielsweise aus Experten der Nationalen Akademie der Wissenschaften, Leopoldina, sowie anderer Fachgesellschaften zusammensetzt. Zudem benötigt der Krisenstab einen unmittelbaren Zugriff auf die Verwaltungsbehörden und Ämter, und zwar unbürokratisch, falls nötig auch ohne Einhaltung des Amtsweges.

Ein strategisch gut zusammengesetzter Krisenstab kann lagerelevante Daten erheben lassen und sie einordnen und nutzen, um Entscheidungsgrundlagen im föderalen Mehrebenensystem zu schaffen und Maßnahmen zu synchronisieren. Der Krisenstab macht Vorschläge zum weiteren Vorgehen, ersetzt die politische Entscheidungsebene jedoch nicht. Entscheidend ist: das Handeln des Krisenstabs als wichtiges Element der Exekutive bedarf der Legitimation und laufenden Kontrolle durch Bundestag und Länderparlamente.

### 3.2.3 Bessere Kommunikation

Zur Erhöhung der Akzeptanz der in einer Krisensituation getroffenen Maßnahmen müssen politische Entscheidungsprozesse für die Bürgerinnen und Bürger wesentlich transparenter und verständlicher kommuniziert werden. Das erfordert, dass Erkenntnisse der Kommunikationspsychologie berücksichtigt werden müssen und Kommunikation zielgruppenspezifisch ausgestaltet werden muss. Die Politik muss eine Strategie entwickeln, die darauf ausgelegt ist, dass die Kommunikation den Ängsten der Bevölkerung entgegenwirkt. Fachleute aus der Kommunikations-, Kognitions- und Verhaltenswissenschaft sollten Kommunikationsmittel entwickeln, die dem aktuellen Stand der Forschung entsprechen. Nur auf dieser Grundlage ist es möglich, dass die in der Krise ggf. notwendigen Freiheits- und Grundrechtseinschränkungen, akzeptiert werden (acatech 2021).

Ein Beispiel für unverständliche Kommunikation sind die Pressemitteilungen der Bundesregierung in der Corona-Pandemie. Die Universität Hohenheim in Stuttgart

analysierte im Zeitraum von März 2020 bis Januar 2021 sämtliche 1362 Veröffentlichungen. Dabei zeigte sich, dass häufig lange Sätze, Schachtelsätze und Wortungetüme gewählt und oft Fachbegriffe nicht erklärt wurden, was den Bürgerinnen und Bürgern die Aufnahme der Informationen erschwerte oder gar unmöglich machte. Die Pressemitteilungen stuften die Experten als relativ unverständlich ein. Dabei sind gerade in Krisenzeiten klare, verständliche Informationen wichtig, um den Menschen Orientierung zu geben (Universität Hohenheim 2021).

## 3.3 Strukturreformen im Gesundheitswesen

### 3.3.1 Reform der Versorgungsstrukturen

Wie durch ein Brennglas fördert die Corona-Pandemie schonungslos die bestehenden strukturellen und qualitativen Mängel der Versorgung zutage. Dabei ist der beste Garant für ein krisenresilientes Gesundheitswesen ein modernes, leistungsfähiges und auskömmlich finanziertes Gesundheitswesen. Überfällige Strukturreformen müssen daher nun zügig angegangen werden.

Ein zentraler Baustein eines zukunfts- sowie qualitätsorientierten und gleichzeitig finanzierbaren Gesundheitswesens ist eine umfassende Reform des stationären Sektors. Überkapazitäten müssen abgebaut und eine stärkere Spezialisierung gefördert werden. Dazu müssen die Ziele der Krankenhausplanung und -finanzierung in Einklang gebracht werden. Dies ist derzeit nicht der Fall.

Bund, Länder und die Selbstverwaltung sollten mit Beginn der 20. Legislaturperiode ein gemeinsames Leitbild für die Krankenhausversorgung 2030 entwickeln. In einem Krankenhauspakt sollten anschließend klare Zuständigkeiten für die Planung und Finanzierung festgelegt und rechtssichere Mechanismen entwickelt werden, die eine qualitativ hochwertige Versorgung, ausgerichtet am Bedarf der Patienten, in einer umstrukturierten Krankenhauslandschaft sicherstellen. Dazu gehören eine evidenzbasierte Indikationsstellung sowie medizinisch, personell und technisch gut ausgestattete Krankenhäuser mit guter professioneller Pflege am Bett.

Auch das seit Jahren und Jahrzehnten bekannte Problem der starren Sektorengrenzen im deutschen Gesundheitswesen muss endlich angegangen werden. Denn eine sektorenübergreifende Behandlung ist der Schlüssel für eine qualitativ hochwertige und patientenorientierte Versorgung. Die bessere Verzahnung der Sektoren, insbe-

sondere auch durch eine intensivere Einbindung digitaler Lösungen, muss daher in der 20. Legislaturperiode oben auf der Agenda stehen.

### 3.3.2 Umfassende Digitalisierung

Verantwortungsvoll und klug eingesetzt, ermöglicht die Digitalisierung grundlegende Verbesserungen der medizinischen und pflegerischen Versorgung sowie der Gesunderhaltung und Prävention. Die Digitalisierung des Gesundheitswesens sollte auch die Vernetzung aller relevanten Strukturen umfassen. Der Beirat zur Beratung zukunftsfähiger Strukturen im Öffentlichen Gesundheitsdienst hat in seinem kürzlich veröffentlichten Zwischenbericht Empfehlungen für die Umsetzung des Paktes für den ÖGD gegeben. Im Bereich der Digitalisierung sehen die Experten als Hauptziel, den interoperablen Datenaustausch innerhalb des ÖGD zu ermöglichen und einen einheitlichen Rahmen für die Digitalisierung unter dem Leitbild „Digitales Gesundheitsamt 2025“ aufzustellen. Der Beirat spricht sich dafür aus, dass alle Akteure ein gemeinsames IT-System für den Infektionsschutz verpflichtend nutzen müssen, um den Datenaustausch untereinander zu ermöglichen (Beirat Pakt ÖGD 2021).

Um das Vertrauen der Menschen in eine patientenzentrierte und qualitätsorientierte Gestaltung der digitalen Gesundheitsversorgung zu wahren, ist künftig auf eine sinnvolle Aufgabenteilung zwischen Staat und Selbstverwaltung zu achten. Insgesamt sollte sich der Staat auf die Organisation der Rahmenbedingungen konzentrieren, während die gemeinsame Selbstverwaltung wieder eine aktivere Steuerungsrolle bei dem Leistungsangebot und der gesundheitlichen Versorgung einnehmen sollte.

Als neue Steuerungsinstanz könnte die gesetzliche Krankenversicherung zum Wertetreiber einer patientenorientierten und nicht profitgetriebenen Versorgung werden. Es gilt den Akteuren die notwendigen Handlungsmöglichkeiten zu geben, um die digitale Transformation innovativ und effektiv für die Bürger gestalten zu können. Zudem ist eine gesellschaftliche Debatte notwendig, wie Datenschutz und innovative Datennutzung im Sinne der Patientinnen und Patienten in Einklang zu bringen sind. Dazu gehört beispielsweise eine Harmonisierung der Auslegung datenschutzrechtlicher Bestimmungen auf Landes-, Bundes- und EU-Ebene.

## 4. Fazit

Die zentrale Fragestellung, die sich aus den bisherigen Erfahrungen in der Corona-Pandemie ergibt, lautet, wie das Krisenmanagement von Bund und Ländern verbessert werden kann. Hierzu ist eine Neuordnung der Zuständigkeiten zwischen Bund und Ländern im Bereich der Gefahrenabwehr und des Katastrophenschutzes notwendig. Dies erfordert einen breiten politischen Konsens über die Parteigrenzen hinweg. Dabei sind verpflichtend die Bundesländer und die kommunalen Spitzenverbände in die Entscheidungsprozesse und -strukturen der Bundesebene mit einzubeziehen.

Mit modernen Versorgungsstrukturen und einer klaren Aufgabenverteilung zwischen den staatlichen Ebenen wird es gelingen, die Art und Weise unseres Krisenmanagements in der Corona-Pandemie und für kommende Krisen grundlegend zu verbessern. Ein effizientes Monitoring der drohenden Gefahren ist die Voraussetzung für ein erfolgreiches Krisenmanagement. Die Corona-Pandemie hat wie unter einem Brennglas die strukturellen Defizite unseres Gesundheitswesens aufgezeigt. Es ist schwer vorauszusagen, ob die hier vorgeschlagenen Maßnahmen bereits ausreichen, um einer vergleichbaren Krisensituation optimal begegnen zu können. Mit der Umsetzung der vorgestellten Lösungsoptionen wären wir jedoch deutlich besser vorbereitet als zu Beginn der Krise im Frühjahr 2020.

E-Mail-Kontakt:  
andreas.storm@dak.de

## Literatur

1. Deutsche Akademie der Technikwissenschaften (acatech), Resilienz und Leistungsfähigkeit des Gesundheitswesens in Krisenzeiten, Karl-Heinz Streibich, Thomas Lenarz, acatech Impuls, München, Februar 2021, <https://www.acatech.de/publikation/resilienz-und-leistungsaehigkeit-des-gesundheitswesens-in-krisenzeiten/>
2. Bundeszentrale für politische Bildung, Aus Politik und Zeitgeschichte (APUZ 35-37/2020), Föderalismus in der (Corona-)Krise? Föderale Funktionen, Kompetenzen und Entscheidungsprozesse, Nathalie Behnke, Darmstadt, 2020 <https://www.bpb.de/apuz/314343/foederalismus-in-der-corona-krise>
3. Infratest / dimap und Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung (DIW), Corona Compass, Bevölkerungsumfrage Befragte: 1820; Befragungszeitraum: 28. Juni bis 13. Juli 2021, Berlin, 2021 <https://www.infratest-dimap.de/umfragen-analysen/bundesweit/coronacompass/coronacompass/>
4. Robert-Koch-Institut, Covimo Studie 2021, Impfverhalten, Impfbereitschaft und -akzeptanz in Deutschland, Covimo-Bericht Nr. 6, Berlin, 2021 [https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges\\_Coronavirus/Projekte\\_RKI/covimo\\_studie\\_Ergebnisse.html](https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Projekte_RKI/covimo_studie_Ergebnisse.html)

5. vdek, Verband der Ersatzkassen, Krankenhausfinanzierung, Investitionsfinanzierung, Berlin, Mai 2021, <https://www.vdek.com/vertragspartner/Krankenhaeuser/krankenhausfinanzierung.html>
6. Europäische Kommission, EU-Behörde für die Krisenvorsorge und -reaktion bei gesundheitlichen Notlagen (HERA): Vorkehrungen für künftige Notlagen im Gesundheitsbereich, Brüssel, September 2021, [https://ec.europa.eu/commission/presscorner/detail/de/ip\\_21\\_4672](https://ec.europa.eu/commission/presscorner/detail/de/ip_21_4672)
7. Universität Hohenheim, Studie zur Corona-Kommunikation: Verständlichkeit von Bund und Ländern lässt zu wünschen übrig, Prof. Dr. Frank Brettschneider, Institut für Kommunikationswissenschaft, Hohenheim, 2021 [https://www.uni-hohenheim.de/pressemitteilung?tx\\_ttnews%5Btt\\_news%5D=49040&cHash=a5d69f738c93b5967744ddc2708f6935](https://www.uni-hohenheim.de/pressemitteilung?tx_ttnews%5Btt_news%5D=49040&cHash=a5d69f738c93b5967744ddc2708f6935)
8. Öffentlicher Gesundheitsdienst, Beirat Pakt für den ÖGD, Erster Bericht Empfehlungen zur Weiterentwicklung des ÖGD zur besseren Vorbereitung auf Pandemien und gesundheitliche Notlagen, Berlin, Oktober 2021, <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/begriffe-von-a-z/o/oeffentlicher-gesundheitsdienst-pakt.html>

## ANDREAS STORM



*Andreas Storm gehörte 15 Jahre lang dem Deutschen Bundestag an und war zwischen 2005 und 2009 parlamentarischer Staatssekretär im Bundesministerium für Bildung und Forschung. Von 2009 bis 2011 war er beamteter Staatssekretär im Bundesministerium für Arbeit und Soziales, anschließend Chef der saarländischen Staatskanzlei und danach bis 2014 Gesundheitsminister im Saarland. Seit dem 1. Juli 2016 ist er Mitglied im Vorstand der gesetzlichen Krankenkasse DAK-Gesundheit, dem er seit 2017 als Vorsitzender vorsteht. Mit mehr als 5,5 Millionen Versicherten ist die DAK-Gesundheit die drittgrößte Krankenkasse in Deutschland.*



## Resilientes Gesundheitswesen: Lernen wir aus der Pandemie?

# Bedingt abwehrbereit: Das deutsche Gesundheitssystem im Pandemie-Stress

DR. FLORIAN STAECK

Das deutsche Gesundheitswesen hat durch die Corona-Pandemie einen ungeahnten Stresstest erfahren. Mehr als eineinhalb Jahre nach Beginn der Pandemie wird für Deutschland oft ein positives Zwischenfazit gezogen: Das Gesundheitswesen habe sich als leistungsfähig erwiesen und den Belastungen standgehalten, zusammen mit den Corona-Maßnahmen in allen gesellschaftlichen Ebenen ergebe sich eine Mortalitätsrate, die zumeist deutlich niedriger ausfällt als in vielen anderen europäischen Staaten.

Indes zeigen sich bei näherer Analyse eine Vielzahl von Schwachstellen, die teilweise auch über das Gesundheitswesen hinausgreifen. Die betrifft die unzureichende Krisenerkennung, die nicht auf verlässliche digitale Werkzeuge gestützt war, die strukturelle und personelle Unterausstattung des Öffentlichen Gesundheitsdienstes oder das defizitäre Monitoring des Pandemiegeschehens. All dies wurde begleitet durch einen länderspezifischen Flickenteppich unterschiedlicher Regelungen, der es den Bürgern erschwerte nachzuvollziehen, ab welchem Schwellenwert welche Corona-Maßnahmen greifen. Bis heute sind zudem schwerwiegende ethische Fragen beispielsweise im Zusammenhang mit Besuchsverboten in Krankenhäusern oder Pflegeheimen nicht im Ansatz aufgearbeitet worden.

Vor diesem Hintergrund stellen die Teilnehmer des 25. Frankfurter Forums, das am 22./23. Oktober 2021 in Fulda tagte, einen großen Modernisierungsbedarf im deutschen Gesundheitswesen fest. Die Veranstaltung mit dem Titel „Krisenstrategien – vorsorgende Gesundheitspolitik vor neuen Fragen“ schloss thematisch an das 24. Frankfurter Forum im Frühjahr 2021 an, bei dem die Vernetzung des Gesundheitswesens mit viel weiter ausgreifenden Problemen der Umwelt-, Klima- und Finanzpolitik debattiert

wurde. Bei dieser letzten Tagung wurde die Rolle des Gesundheitswesens als Reparaturinstanz von Problemen hervorgehoben, die tatsächlich an ganz anderer Stelle entstanden sind. Diskutiert wurden beispielsweise hohe im Gesundheitssystem entstehende „Reparaturkosten“, die ihre Ursachen in vermeintlich weit entfernt liegenden Problemlagen finden – etwa in sozioökonomischen Ungleichheiten oder Disparitäten im Hinblick auf Bildung oder Ernährung.

In der Herbsttagung nun wurden die Erfahrungen einer alle gesellschaftlichen Bereiche erfassenden Krise wie der Corona-Pandemie zurückgespiegelt auf das deutsche Gesundheitswesen. Dabei wurden nach Wahrnehmung der Teilnehmer auf vielen Ebenen Defizite in der staatlichen Aufbau- und Prozessorganisation deutlich. Als Folge hätten die handelnden Politiker insbesondere in Ländern und im Bund zu viel „auf Sicht“ fahren müssen.

### **Pandemie als „Missing-Data-Krise“**

Auch wenn man viel Verständnis für das Handeln von Politikern unter Druck und Unsicherheit aufbringe, hätte vieles besser laufen können, hieß es. Denn eine zeitnahe Krisenerkennung, so die These, sei eine Voraussetzung für ein adäquates Pandemie-Management. Digitale Werkzeuge, die in der konkreten Pandemie-Situation hätten nützlich sein können, seien zwar bereits seit Jahren in Planung gewesen, standen zu Beginn der Pandemie dann aber doch nicht zur Verfügung – als Beispiele wurden die Impf-App, die digitale Vernetzung der Labore oder ein elektronisches Meldesystem auf Ebene der Gesundheitsämter genannt.

Die Pandemie sei insofern in Deutschland auch eine „Missing-Data-Krise“, wurde betont. Dies habe fatale Aus-

wirkungen für die politische Kommunikation gehabt. Denn nur durch Verlässlichkeit könne auch Vertrauen entstehen. Dieses jedoch sei strapaziert worden – so war die Validität der offiziellen Corona-Impfstatistiken des Robert Koch-Instituts ebenso Gegenstand politischer Debatten wie die stark schwankende Zahl der an das Intensivregister gemeldeten Intensivbetten in Krankenhäusern.

Als „gescheitert“ beschrieben wurde das deutsche Gesundheitssystem dann bei der noch komplexeren Aufgabe, digitale Daten aus verschiedenen Quellen zusammenzuführen. Denn dies erst ermögliche eine Datenqualität, die es erlaubt hätte, politische Entscheidungen mit ausreichender Evidenz zu unterlegen, urteilten Teilnehmer. Das sei in Deutschland auf Basis der geltenden Datenlage bisher nur begrenzt möglich. Exemplarisch diskutiert wurden die begrenzten Möglichkeiten der Verwendung digitaler Daten an der elektronischen Patientenakte (ePA). Nach der geltenden Opt-in-Regelung muss der GKV-Versicherte jeden Schritt der Befüllung der Akte einzeln genehmigen. Nachteil eines solchen Modells sei erfahrungsgemäß eine sehr niedrige Teilnehmerate – genannt wurde ein Wert von zehn Prozent.

### **Hohe Beteiligungsraten mit Opt-out-Modell**

Nur ein Opt-out-Modell, bei dem ein Datentransfer vom Versicherten aktiv unterbunden werden muss, ermögliche hohe Beteiligungsraten, wurde argumentiert. Andere Teilnehmer schlugen vor, besser mit digitalen Anwendungen zu starten, bei denen relevante Themen für die Bürger aufgerufen werden, als Beispiel wurde die Patientenverfügung genannt. Wieder andere mahnten, digitale Werkzeuge müssten die individuellen, freiheitlichen Ansprüche der

Bürger zur Grundlage nehmen. Deshalb konnte der Corona-Warnapp, bei der eine Infektionsmeldung mit der Quarantäne „belohnt“ wird, auch kein nachhaltiger Erfolg beschieden sein, hieß es.

Paradigmatisch für die bisher fehlende Krisenresilienz diskutierten die Teilnehmer über die bisherigen Engpässe sowie Perspektiven des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (ÖGD). Deutlich geworden sei, dass die bevölkerungsmedizinische Perspektive in der Versorgung in Deutschland strukturell unterentwickelt ist. Nur der ÖGD könne durch seinen subsidiären und sozialkompensatorischen Ansatz Versorgungsprobleme adressieren, die in der individualmedizinischen Versorgung etwa beim niedergelassenen Arzt nicht aufgegriffen werden können. Die bisher randständige Position des ÖGD zeige sich nicht zuletzt in seiner finanziellen Ausstattung – nur rund ein Prozent der öffentlichen Gesundheitsausgaben flössen dorthin. Bekannt sei noch nicht einmal, wie viele Beschäftigte die bundesweit 375 Gesundheitsämter aktuell aufwiesen, denn die Gesundheitsberichterstattung in diesem Bereich sei 1999 eingestellt worden. Erhoben werde über die Bundesärztestatistik allein die Zahl der im ÖGD angestellten Ärztinnen und Ärzte.

Neben der personellen und sächlichen Mangelausstattung der Gesundheitsämter hat sich die solitäre Verankerung der Gesundheitsämter in den Landkreisen als problematisch herausgestellt – es fehle eine Einbindung in Strukturen des Landes oder des Bundes. Viele Bundesländer verfügten nicht einmal über ein Landesgesundheitsamt, so dass dort operative Gesundheitspolitik primär in den Landesministerien angesiedelt sei. Gesundheitsämtern fehle vor diesem Hintergrund in vielen Fällen eine Fach-



struktur auf Landesebene, die koordinierend wirken könne. Gleiches gelte für den Bund, wo mit dem Robert Koch-Institut ein Ansprechpartner für Fragen des Infektionsschutzes existiere – Bevölkerungsmedizin gehe über diesen Fokus aber weit hinaus.

Unter dem Druck der Pandemie-Bekämpfung wurde sodann versucht, die mangelhafte Implementation digitaler Prozesse im Hauruck-Modus nachzuholen. Beispielhaft illustrierten dies Teilnehmer am System SORMAS (Surveillance, Outbreak Response Management and Analysis System). Dieses Kontaktpersonen-Management-System soll Gesundheitsämter bei der Identifizierung und Überwachung von Kontaktpersonen unterstützen. Auf Wunsch von Bundesgesundheitsministerium und Gesundheitsministerkonferenz sollte SORMAS zeitnah in allen Gesundheitsämtern installiert werden – und zwar unabhängig davon, ob Gesundheitsämter bereits – funktionierende – digitale Nachverfolgungssysteme installiert hatten.

### **Bescheidene Fortschritte bei der Vernetzung**

Dieser Druck „von oben“ habe in den Gesundheitsämtern eine Widerstandshaltung kultiviert, so dass noch im Herbst 2021 diese EDV nur in rund einem Drittel der Ämter installiert gewesen sei, hieß es. Ähnlich bescheiden falle der Erfolg beim digitalen Werkzeug DEMIS (Deutsches Elektronisches Melde- und Informationssystem für den Infektionsschutz) aus. Über DEMIS, das seit 2012 entwickelt worden sei, gelang es im Zuge der Pandemie, eine bundeseinheitliche und schnelle elektronische Meldung positiver SARS-CoV2-Erregernachweise von fast allen Laboren an die Gesundheitsämter abzuwickeln. Allerdings gebe es laut Infektionsschutzgesetz noch rund 50 weitere meldepflichtige Erreger, für die diese Datenstruktur noch nicht realisiert sei, wurde erinnert.

Die größte Herausforderung werde aber darin liegen, den ÖGD als eigene Versorgungsstruktur dauerhaft mit einzuplanen, und zwar bei der Ressourcenverteilung wie bei der Gesetzgebung. In einem solchen Prozess lägen sehr große Entwicklungschancen in Richtung eines resilienten Gesundheitssystems, hieß es. Die „Mitnahme“ der Gesundheitsämter, deren Mitarbeiter einen Überblick über Probleme der lokalen Versorgung haben, könne bei der Versorgungsplanung großen Nutzen stiften.

Ein Beispiel sei die Planung von Pflegeheimen durch große Pflegekonzerne, bei der Belange des Sozialraums – Fragen der Mobilität wie der Anbindung an den ÖPNV oder

der hausärztlichen Versorgung – oftmals nicht mitberücksichtigt würden.

Die mangelhafte politische Einschätzung der kurz- und mittelfristigen Entwicklungsmöglichkeiten des ÖGD zeige nicht zuletzt der im September 2020 geschlossene „Pakt für den ÖGD“. Dabei stellt der Bund über sechs Jahre vier Milliarden Euro für Personal, Digitalisierung und moderne Strukturen in den Gesundheitsämtern zu Verfügung. Verbunden sind die Mittel mit dem Ziel, in den Ländern bis Ende 2021 mindestens 1500 neue Stellen mit Ärztinnen und Ärzten sowie Fach- und Verwaltungspersonal zu besetzen. Bis Ende 2022 sollen sogar mindestens weitere 3500 Vollzeitstellen geschaffen werden. Das sei schon allein angesichts der fehlenden akademischen Ausbildungsstrukturen an den Medizinfakultäten illusorisch, wurde angemerkt. Hinzu komme der seit Jahren ungelöste Nachteil einer gravierend schlechteren Bezahlung von Ärztinnen und Ärzten im ÖGD im Vergleich zu einer Beschäftigung in Krankenhäusern nach TVöD.

Schließlich hätten in etlichen Bundesländern die kommunalen Spitzenverbände solange keine Unterstützung für die Einstellung neuer Mitarbeiter in Gesundheitsämtern signalisiert, wie nicht eine Weiterfinanzierung der Gehälter über das Jahr 2026 hinaus zugesagt wird. Ein Fazit von Teilnehmern lautete, es reiche nicht, bundesseitig Geld für den ÖGD zur Verfügung zu stellen, für den man keine Zuständigkeit hat. Jenseits des „Pakts für den ÖGD“ habe die konzeptionelle Arbeit mit Blick auf die Zukunft der Bevölkerungsmedizin in Deutschland gerade erst begonnen.

**Medizinethische Kollateralschäden der Pandemie:** Lebhaft diskutierten die Teilnehmer des Forums den Umfang mit Pflegeheimbewohnern und sterbenskranken Patienten in Krankenhäusern. Schon vor der Pandemie seien die teilweise prekären Lebensbedingungen für Heimbewohner bekannt gewesen, hieß es. Durch die Besuchsverbote insbesondere in der ersten und zweiten Phase der Pandemie sei es bei vielen alten Menschen zu einer Krankheitsverschärfung gekommen. Teilnehmer stellten in Frage, ob die strikten Zutritts- und Besuchsverbote für COVID-19-Patienten ethisch vertretbar gewesen sind.

Denn geboten gewesen wäre eine sorgfältige Abwägung zweier medizinethischer Prinzipien – Autonomie der betroffenen Heimbewohner versus Solidarität – hier: dem kollektiven Interesse, eine weitere Verbreitung des SARS-CoV2-Virus einzudämmen. Dass es in vielen Fällen Ange-

hörigen untersagt wurde, Sterbenden die Hand zu halten, wurde von Teilnehmern als in hohem Maße fragwürdig gebrandmarkt. Erinnert wurde daran, Sterbebegleitung sei nicht nur durch medizinische und pflegerische Kompetenz geprägt, sondern im entscheidenden Maße auch durch menschliche Zuwendung.

Bestürzend sei zudem, dass die Isolationspraxis von Heimbewohnern auch dann noch fortgesetzt wurde, als ausreichend Schutzausrüstung zur Verfügung stand, die Besuche erlaubt hätte. In vielen Fällen hätten die Verantwortlichen ein Setting vor Ort schaffen können, um in separaten Räumen mit streng begrenztem Zugang Angehörigen den Abschied von sterbenden Heimbewohnern zu ermöglichen, wurde argumentiert. Kritisch wurde angemerkt, dass es bislang zu keiner breiten Diskussion über die Folgen der Besuchsverbote gekommen sei. Viele trauernde Angehörige hätten Erfahrungen gemacht, die jetzt im kollektiven Gedächtnis offenbar ausgeblendet werden. Diese Vorgänge hätten das Potenzial, eine Gesellschaft zu traumatisieren, wenn sie nicht aufgearbeitet werden, um daraus Konsequenzen zu ziehen.

**Reformbedarfe im Hinblick auf föderale Zuständigkeiten in der Gesundheitspolitik und im Katastrophenschutz:** Die Corona-Pandemie habe auf vielen Ebenen des Gesundheitswesens Optimierungsbedarfe erkennen lassen, erinnerten Teilnehmer. Diese begännen bereits beim Monitoring der Pandemie – als Beispiele wurden häufig wechselnde Orientierungswerte wie R-Wert, Sieben-Tage-Inzidenz oder Hospitalisierungsinzidenz genannt. Aber auch das Krisenmanagement sei in vielen Bereichen ineffizient gewesen. Erinnert wurde dazu an uneinheitliche Regelungen für Einladungen zum Impftermin, überlastete Hotlines oder die fehlende Abstimmung von Impfzentren und niedergelassenen Ärzten. Erschwert wurde die Umsetzung der politischen Managemententscheidungen insbesondere durch die unzureichende Digitalisierung – die stellvertretend steht für die veralteten Strukturen im deutschen Gesundheitswesen.

Angesichts der offenbar gewordenen unklaren Kompetenzzuordnung und mangelnden Koordination im föderalen System schlugen Teilnehmer vor, die Zuständigkeit der Gefahrenabwehr und des Katastrophenschutzes zwischen Bund und Länder im Krisenfall neu zu ordnen. Im Krisenfall, so der Vorschlag, sollte ein Vertreter im Bundeskanzleramt unter Beteiligung eines Vertreters der Länderseite die Koordination übernehmen. Wenn es zu einer

Krise von nationaler Tragweite kommt, müsse dieser Krisenstab ad hoc aus dem Stand-by- in den Operationsmodus versetzt werden können. Diese strukturellen Voraussetzungen für ein strukturiertes Krisenmanagement sollten flankiert werden durch ein Gesundheitswesen mit höherer Krisenresilienz. Dazu müssten lange vertagte Strukturreformen endlich angegangen werden, wurde gefordert. Als die dabei wichtigste Baustelle identifizierten Teilnehmer die Modernisierung der Krankenhausstrukturen. Hier sei nach den Erfahrungen früherer Reformversuche eine Neuordnung der verfassungsrechtlichen Kompetenzen in der Krankenhausplanung geboten, die auch Sanktionsmöglichkeiten des Bundes vorsieht. Ziel müsse es sein, ein gemeinsames Leitbild der Krankenhausversorgung zu entwickeln. Hierzu sei eine Konsensbildung von Bund, Ländern und Selbstverwaltung vonnöten, hieß es.

Diese Vorschläge stießen zwar vielfach auf Zustimmung, zu bedenken gegeben wurde aber ein aktuell gegenläufiger Diskurs: Statt wichtige gesundheitspolitische Entscheidungen im Sinne einer „Konzertierten Aktion“ auf der Bund-Länder-Ebene anzusiedeln, gebe es Überlegungen von Grünen und Teilen der SPD hinsichtlich einer Rekommunalisierung von Entscheidungen, die auch Konsequenzen für die Finanzströme in der gesetzlichen Krankenversicherung haben würde.

Einem Konzept wie dem der „Gesundheitsregion“ wurde entgegengehalten, es sei ein gewagtes Unterfangen, Akteure wie etwa Kreistage zu zentralen Agenten der Gesundheitsplanung machen zu wollen. Auch wenn es ein legitimes Ziel sei, Kommunen als Akteure zu stärken, so müsse doch immer der „große Rahmen“ bundeseinheitlich geregelt bleiben. Es werde „ins Elend“ führen, wenn jedes Bundesland für sich entscheidet, wie die Krankenhauslandschaft der Zukunft aussieht, wurde argumentiert.

### **Zustimmung gegen mehr Steuerungskompetenzen?**

Mit Blick auf die Mehrheitsverhältnisse einer – zum Zeitpunkt der Veranstaltung – potenziellen „Ampel“-Koalition im Bundesrat, werde die Versuchung der „Ampel“-Strategie groß sein, die Länder dadurch zu Konsensen zu bewegen, dass ihnen neue Steuerungskompetenzen angeboten werden. Dieser Prozess, bei dem sich der Bund als Rahmengestalter in der Gesundheitspolitik zurückzieht, könnte sich als fatal erweisen, wurde gewarnt. Denn es sei eine der Schlussfolgerungen aus der Pandemie, dass es eine regionale oder kommunale Gesundheitskompetenz in Verbin-

derung mit einer nationalen Koordination geben müsse. Andere Teilnehmer gaben zu bedenken, faktisch liege die Daseinsvorsorge ohnehin bei den Kommunen. Allein schon deshalb wäre es stringent, wenn es einen Prozess der Regionalisierung der Gesundheitsversorgung gebe. Geld werde dabei das stärkste Schmiermittel sein, um alle Akteure dabei ins Boot zu holen, zeigten sich Teilnehmer überzeugt.

Mit Blick auf die Pandemie-Erfahrungen müsse es darum gehen, dass die Kommunen auch im Krisenfall ihre Aufgaben erfüllen können. Falls beim Bund – wie oben beschrieben – eine hierarchische Krisenstab-Struktur etabliert werden sollte, müsse es darum gehen, dass sich die Akteure aus allen Ebenen dennoch „auf Augenhöhe“ begegnen können, wurde betont.

**Die Kosten der Resilienz:** Wer soll für was bezahlen? In der Corona-Pandemie sind mit Blick auf die unterschiedlichen Rettungsschirme im Gesundheitswesen und deren Finanzierung die Unterschiede zwischen einer Beitrags- und einer Steuerfinanzierung unscharf geworden. Von daher sei es hilfreich, sich Kriterien zu vergegenwärtigen, um künftig wieder klarer zwischen beiden Finanzierungsformen differenzieren zu können. Kurzfristig – mit Blick auf 2022 – werde es mit Blick auf die selbstgesetzte 40-Prozent-Grenze bei den Lohnnebenkosten kaum eine andere Möglichkeit als die Schuldenaufnahme geben, erläuterten Teilnehmer. Damit deutete sich bereits zum Zeitpunkt der Tagung ein GKV-Steuerzuschuss für das Jahr 2022 in Höhe von 28 Milliarden Euro an.

Offenbar habe sich zumindest in der großen Koalition die Auffassung durchgesetzt, dass künftige Ausgabensteigerungen in der GKV insbesondere durch höhere Steuerzuschüsse zu finanzieren sind, merkten Teilnehmer an. Dieser Kurs sei aus finanzwissenschaftlicher Sicht nicht unproblematisch. Addiere man die Steuerzuschüsse für alle Sozialversicherungssysteme, so würden 2021 mit rund 124 Milliarden Euro bereits 22 bis 23 Prozent des Bruttoinlandsprodukts erreicht. 2022 könne dieser Anteil – vor allem wegen des pandemiebedingt geschrumpften Bundeshaushalts – auf über 30 Prozent steigen.

Diese Entwicklung, so wurde gewarnt, sei nicht ungefährlich. Wenn sich die Finanzierung eines Sozialversicherungssystems immer stärker auf Steuern stützt, dann wachse damit auch der Wunsch, dass Gesundheits- mit dem allgemeinen Steuersystem zu harmonisieren, um Strukturbrüche zu vermeiden. Damit aber wäre der Einstieg in

ein steuerfinanziertes Gesundheitssystem wie etwa in Großbritannien geübt, hieß es.

Eine stärkere ordnungspolitische Systematisierung könnte dann erreicht werden, wenn Steuermittel nur noch für versicherungsfremde Leistungen oder für die Finanzierung der sozialversicherungsfremden Einkommensumverteilung eingesetzt werden. Allerdings gebe es keine wissenschaftlich abgeleitete Definition, was versicherungsfremde Leistungen genau sind. Denn deren Abgrenzung werde erschwert dadurch, dass Leistungen in der GKV und in der Sozialen Pflegeversicherung – anders als in der Gesetzlichen Rentenversicherung und Arbeitslosenversicherung – nicht einkommensabhängig, sondern bedarfsabhängig gewährt werden.

Angesichts dieser Ausgangslage seien Forderungen, Politiker sollten nachvollziehbarer als bisher das von ihnen bevorzugte Mischungsverhältnis von Steuern und Beiträgen begründen, politisch nicht erfolgversprechend. Vielmehr mache die unklare Abgrenzung von Steuern und Beiträgen auch künftig willkürliche Finanzierungsentscheidungen wahrscheinlich, argumentierten Teilnehmer.

### **Welche Infrastruktur ist von wem zu finanzieren?**

Hingewiesen wurde insbesondere darauf, dass in der Pandemie GKV-Beitragsmittel aufgewendet wurden, um eine Kriseninfrastruktur – von Beatmungsgeräten bis hin zu Schutzausrüstung – zu bezahlen. Hier sei eine ordnungspolitische Neuorientierung geboten, im Zuge derer festgelegt werden sollte, welche Infrastruktur wie zu finanzieren sei. Andere Teilnehmer wiesen darauf hin, dass die Lohnnebenkosten ohne Intervention des Bundes rasch auf bis zu 43 Prozent steigen könnten. Allein mit Strukturreformen könne dem nicht begegnet werden, da erfahrungsgemäß mehrere Jahre vergehen, bis diese finanzwirksam werden.

Über die Möglichkeiten des Staates, sich zur Finanzierung sozialpolitischer Leistungen zusätzlich zu verschulden, debattierten die Tagungsteilnehmer kontrovers. Die einen erinnerten daran, Hauptmotiv für die Schuldenbremse auf Bundesebene sei der Schutz der kommenden Generationen. Die anderen widersprachen dem Ansinnen, von einer Schuldenstandsquote Deutschlands von 60 bis 80 Prozent des Bruttoinlandsprodukts könne irgendeine Gefahr für künftige Generationen ausgehen.

So sei es beispielsweise auch in Folge der Wiedervereinigung gelungen, die temporären Belastungen des Staatshaushalts durch Produktivitätsgewinne binnen einer Ge-

neration zurückzuführen. Entscheidend sei – angesichts vielfacher Defizite in der Infrastruktur – für was Steuergelder eingesetzt werden. Dem wurde entgegengehalten, in der Vergangenheit habe es viele Beispiele gegeben, bei denen für Investitionen deklarierte Steuermittel keineswegs ausschließlich für Sachinvestitionen eingesetzt, sondern anteilig in hohem Maße etwa für Bürgschaften, Darlehen oder Zuschüsse verwendet wurden.

Deutschland hat durch die Corona-Pandemie wider Willen eine Bestandsaufnahme der Funktionsfähigkeit staatlicher Strukturen und Abläufe nicht nur im Gesundheits-

wesen durchlaufen, die die Modernisierungsagenda der kommenden Jahre mit prägen wird, waren sich viele Teilnehmer des 25. Frankfurter Forums einig. Ob sich mit der „Ampel“-Koalition ein Möglichkeitsraum öffnet, um die richtigen Konsequenzen für ein stärker krisenresilientes Gesundheitswesen zu ziehen, war im Oktober 2021 nur eine Hoffnung – deren Einlösung aber stehe aus.

Dieser Beitrag gibt die Auffassung des Autors und des Kuratoriums des Frankfurter Forums wider.

## Organisations- und Programmkomitee des Frankfurter Forums e. V.

<b>Philosophie / Theologie:</b>	Prof. Dr. theol. Josef Schuster SJ, Fachbereich Moralthologie und Ethik, Theologisch-Philosophische Hochschule St. Georgen, Frankfurt
<b>Kassenärztliche Vereinigungen:</b>	Dr. med. Jürgen Bausch, Ehrenvorsitzender KV Hessen, Ehrenvorsitzender Frankfurter Forum e. V., Frankfurt Dr. med. Margita Bert, Ehrenvorsitzende KV Hessen, Frankfurt
<b>GKV-Spitzenverband:</b>	Michael Weller, Leiter Stabsbereich Politik, Berlin
<b>Krankenkassen:</b>	Eva Walzik, DAK-Gesundheit – Unternehmen Leben, Leiterin Berliner Büro, Berlin
<b>Krankenhaus:</b>	Prof. Dr. med. Ulrich Finke, ehem. Direktor und Chefarzt St. Katharinen-Krankenhaus, Frankfurt Leiter des Arbeitskreises Medizin und Ethik Rhein-Main des Bistums Limburg
<b>Medizin:</b>	Dr. med. Regina Klakow-Franck, stellv. Vorsitzende Frankfurter Forum e. V., stellvertretende Leiterin des Instituts für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen, Berlin
<b>Klinische Pharmazie:</b>	Prof. Dr. rer. nat. Eva Susanne Dietrich, Rheinische Friedrich-Wilhelms-Universität, Bonn
<b>Patientenverband:</b>	Dr. med. Thomas Sitte, Vorstandsvorsitzender Deutsche Palliativstiftung, Fulda
<b>Politik:</b>	Gudrun Schaich-Walch, Parlamentarische Staatssekretärin a. D., Ehrenvorsitzende Frankfurter Forum e. V., Frankfurt
<b>Ökonomie / Gesundheitsökonomie:</b>	Prof. Dr. rer. pol. Volker Ulrich, stellv. Vorsitzender Frankfurter Forum e. V., Lehrstuhl VWL III, insbesondere Finanzwissenschaft, Universität Bayreuth, Prof. Dr. h. c. Herbert Rebscher, Vorsitzender Frankfurter Forum e. V., IGV Research, Institut für Gesundheitsökonomie und Versorgungsforschung, Gyhum-Hesedorf
<b>Gesundheitsmanagement:</b>	Prof. Dr. rer. nat. Catharina Maulbecker-Armstrong, Technische Hochschule Mittelhessen, Fachbereich Gesundheit, Medizinisches Management, Versorgungsforschung Dr. med. Nick Schulze-Solce, Arzt und Apotheker, Bad Homburg
<b>Kommunikation:</b>	Wolfgang van den Bergh, Springer Medizin, Herausgeber ÄRZTE ZEITUNG, Neu-Isenburg
<b>Projektmanagement:</b>	Dietmar Preding, Geschäftsführer Frankfurter Forum e. V., Hanau
<b>Forschende Pharmaindustrie:</b>	Oliver Stahl, Director Corporate Affairs, Lilly Deutschland GmbH, Bad Homburg v. d. H

DISKUSSIONSTEILNEHMER BEIM FRANKFURTER FORUM



*Petra Acher*

*Dr. med. Jürgen Bausch*

*Wolfgang van den Bergh*

*Dr. med. Margita Bert*

*Prof. Dr. rer. nat. Eva Susanne Dietrich*

*Prof. Dr. med. Ulrich Finke*

*Prof. Dr. rer. pol. Frank-Ulrich Fricke*

*Thomas Keck*

*Dr. med. Regina Klakow-Franck*

*Dr. theol. Wolfgang Matz*

*Prof. Dr. rer. nat. Catharina Maulbecker-Armstrong*

*Dr. phil. Andreas Meusch*

*Prof. Dr. Dr. med. habil. Dr. phil. Dr. theol. Eckhard Nagel*

*Prof. Dr. med. Guido Noelle*

*Dietmar Preding*

*Prof. Dr. rer. pol. h.c. Herbert Rebscher*

*Gudrun Schaich-Walch*

*Dr. med. Hubert Schindler*

*Dr. med. Nick Schulze-Solce*

*Prof. Dr. theol. Josef Schuster SJ*

*Dr. med. Thomas Sitte*

*Oliver Stahl*

*Andreas Storm*

*Dr. med. Ute Teichert*

*Prof. Dr. rer. pol. Volker Ulrich*

*Eva Walzik*

*Michael Weller*

*Prof. Dr. rer. pol. Jürgen Zerth*



## Impressum

**Herausgeber:**

Frankfurter Forum für gesellschafts- und gesundheitspolitische Grundsatzfragen e.V.

**Geschäftsstelle Frankfurter Forum e.V.:**

Dietmar Preding  
Dr. Schwabe-Straße 13b, 63454 Hanau  
E-Mail: dp-healthcarerelations@online.de

**Verlag:**

Springer Medizin Verlag GmbH, Berlin  
Ein Unternehmen der Fachverlagsgruppe Springer Nature

**Redaktionelle Bearbeitung:**

Springer Medizin Verlag GmbH, Neu-Isenburg  
Dr. Florian Staeck, Wolfgang van den Bergh

**Autoren:**

Prof. Dr. Eckard Nagel, Dr. Michael Lauerer, Dennis Henzler, Andreas Storm, Dr. Ute Teichert, Prof. Dr. Guido Noelle, Prof. Dr. Volker Ulrich

**Titelbild:**

© photoschmidt / Adobe Stock

**Layout / Grafik:**

Annegret Stollenwerk

**Druck:**

Wilco B.V., Vanadiumweg 9, 3812 PX Amersfoort, Niederlande

**Springer Medizin**

© Springer Medizin Verlag GmbH, Berlin,  
Neu-Isenburg, April 2022  
ISSN 2190-7366

**Partner**

Das „Frankfurter Forum für gesellschafts- und gesundheitspolitische Grundsatzfragen e. V.“ wird seit seiner Gründung in 2008 von der Lilly Deutschland GmbH bzw. der Lilly Stiftung Deutschland in Bad Homburg als Hauptsponsor finanziert. Als neue Partner sind im Jahr 2013 IMS HEALTH (heute: IQVIA) in Frankfurt und die „Ärzte Zeitung“, Springer Medizin Verlag GmbH in Berlin, hinzugekommen. Die Sponsoren fördern mit ihrem Engagement in aktiver Verantwortung den interdisziplinären Dialog grundsätzlicher und langfristiger Fragen der Gesellschaft und der Gesundheitspolitik.

Die Sponsoren nehmen keinen Einfluss auf die Auswahl und Ausarbeitung der Tagungsthemen der Forumsveranstaltungen, der Referentinnen oder Referenten, der Vortragsmanuskripte, der Diskussionen und der Abschlussstatements, wodurch die redaktionelle Unabhängigkeit der Publikationsreihe „Frankfurter Forum: Diskurse“ garantiert ist.





**FRANKFURTER FORUM**  
für gesellschafts-  
und gesundheitspolitische  
Grundsatzfragen e.V.