

Cornelia Heintze



Gesundheitsschutz und Gesundheitsversorgung Lehren aus der Pandemie

Abzocke bei Corona-Tests LV 4
24.8.21
London. Die britische Regierung will härter gegen zweifelhafte Geschäftspraktiken von privaten Anbietern für Corona-Tests vorgehen. Dutzende Firmen wurden von einer Liste auf der Regierungswelt entfernt, weil sie gar nicht-existent Tests im Angebot hatten. Dutzende weitere seien wegen irreführender Preisangaben ermahnt worden. Man wolle damit dem „Cowboyverhalten“ in der Branche Einhalt gebieten, sagte Gesundheitsminister Sajid Javid. S. 4



Die gesetzlichen Krankenkassen werfen Kliniken Falschabrechnungen im großen Stil vor – und fordern mehr Kontrollrechte. Die Krankenhäuser wehren sich gegen einen Generalverdacht. Lädt das System zum Schummeln ein? VZ, 31.08.21

Memo-Sommerschule
am 8.09.2021 Bielefeld-Sennestadt

Gliederung

1) Pandemie mit Ansage: – Eine Einführung

- Wie Gesundheits- und Umweltkrise zusammenhängen
- Covid-19-Todesbilanz nach der 3. Welle: Internationaler Vergleich + Ursachen
- Die Politik ist entscheidend – das Scheitern des GHI
- Gesundheitspolitik in der Pandemie – wer viel hat, bekam viel

2) Offengelegte Schwächen des deutschen Systems im groben Überblick

- **Defizitäre Datenlage** – Selbstverwaltung schafft Intransparenz
- **Vernachlässigung der Gesundheitsvorsorge** + des kollektiven Gesundheitsschutzes
- **Viele Intensivbetten, wenig Intensivpflegekräfte**
- **Impfstrategien der Bundesländer**: Bremen Top, Sachsen Flop – Die Gründe

3) Schlüsselthemen in der Einzelbetrachtung

- **Deutsches Gesundheitssystem**: Versorgungsdefizite trotz sehr hoher Ausgaben
 - Fragmentierung in Teilsysteme mit konträren Logiken
- **Vermarktlichung des Krankensektors**:
 - Gewinnerwirtschaftung und Marktschaffung als Leitprinzip
 - Das DRG-Regime erfüllt selbstgesteckte Ziele nicht
- **Pflegenotstand hat sich verschärft** – im Krankenhaus und in der Altenpflege

4) Gesundheitspolitik nach Corona: Weichenstellung contra Markt/Wettbewerb + für mehr öffentliche Gestaltung ist nicht erkennbar

- **Echte Aufwertung der Pflege bleibt blockiert** – auch aus verdeckten Gründen
- Politik reagiert mit kurzatmigen Reparaturversuchen; die Marktlogik bleibt unangetastet
- **Von der marktgesteuerten zur offenen Klinikschließungspolitik?**
 - Lernen von Dänemark, aber richtig
- Wiederaufbau der kommunalen Gesundheitsämter bedarf struktureller Absicherung

„Jetzt ist die Zeit für akute Krisenbekämpfung. Aber es wird eine Zeit nach der Pandemie geben. Spätestens dann sollten wir die Ursachen dieser Krise verstanden haben, um für die Zukunft besser vorbeugen zu können. Die Wissenschaft sagt uns, dass die Zerstörung von Ökosystemen Krankheitsausbrüche bis hin zu Pandemien wahrscheinlicher macht. Das zeigt: Die Naturzerstörung ist die Krise hinter der Coronakrise. Umgekehrt gilt: Gute Naturschutzpolitik, die vielfältige Ökosysteme schützt, ist eine wichtige Gesundheitsvorsorge gegen die Entstehung neuer Krankheiten.“

(Quelle: Bundesumweltministerin Svenja Schulze anlässlich des Biodiversitätstages am 29. Juni 2020: <https://www.bmu.de/rede/rede-von-svenja-schulze-zu-biodiversitaet-und-pandemie/>, 11.01.21).

Risikoerhöhung für das Überspringen pathogener Erreger von Wirtstieren auf den Menschen durch

- 1) die menschengemachten Verminderung von Biodiversität,
- 2) die Intensivierung globaler Waren- und Verkehrsströme und 3) die Expansion der Spezies Mensch

Befunde zur Zerstörung von Biodiversität

- **Deutschland: 70% Rückgang seit 1960** (Quelle: Studie des Deutschen Zentrum für integrative Biodiversitätsforschung gemeinsam mit dem Bundesamt für Naturschutz und den oberen Naturschutzbehörden aller 16 Bundesländer, nach DLF 16.12.2020). **Hauptgrund: Industrialisierung der Landwirtschaft, Massentierhaltung**
- **Weltweit: Es läuft das seit 65 Mio. Jahren größte Artensterben. 68% Rückgang der Artenvielfalt seit 1970** mit großen regionalen Unterschieden (Quelle: Living Planet Index (LPI) 2020, einer gemeinsamen Maßzahl von mehr als 40 Nichtregierungsorganisationen und wissenschaftlichen Instituten).

Folge: Das Öko-System gerät in eine **Dysbalance**. Bakterien, Viren und Pilze mit für den Menschen nützlichen Eigenschaften werden zurückgedrängt zu Gunsten von Krankheitserregern. Da 60 bis 70 Prozent der Krankheitserreger (Viren, Bakterien, Pilze, Parasiten etc.) ursprünglich aus dem Tierreich stammen, werden Infektionserkrankungen **zu einem wachsenden Thema**. **Durch die Klimakrise verschärft sich das Problem** noch, weil tropische Erreger – vom Nil-Virus bis zu Moskitos – einwandern.

- **Politikversagen: Kein einziges der für 2020 gesetzten Ziele wurde erreicht;** lediglich bei der Ausweisung von Schutzgebieten gibt es Fortschritte, nicht aber bei Themen wie Überfischung, Zerstörung des Lebensraumes von Tieren, zu intensive Landnutzung usw. (Quelle: „Global Biodiversity Outlook 5“: <https://www.cbd.int/gbo/gbo5/publication/gbo-5-spm-en.pdf>; 11.01.21). In der EU sieht es nicht besser aus.

Memo-Sommerschule 08.09.21: www.dr-heintze-beratung.de

COVID-19-Pandemie

Gemeldete Todesfälle absolut und auf 100.000 EW zu 2 Stichtagen

Land	26.06.2020		01.04.2021	
	Absolut	Tote je 100.000 EW	Absolut	Tote je 100.000 EW
Island	10	2,8	29	8
Norwegen	249	4,7	663	12
Finnland	327	5,9	844	15
Dänemark	603	10,4	2.419	42
Estland	69	5,2	908	69
Griechenland	191	1,8	8.093	75
Deutschland	8.948	10,8	76.543	92
Irland	1.727	35,6	4.687	96
Niederlande	6.100	35,4	16.518	96
Österreich	698	7,9	9.086	103
Schweiz	1.681	19,7	9.622	113
Litauen	78	2,8	3.574	128
Schweden	5.230	51,4	13.465	132
Polen	1.412	3,7	53.045	140
Frankreich	29.752	44,4	95.667	143
Spanien	28.330	60,6	75.459	161
Portugal	1.549	15,1	16.848	164
Slowakei	28	0,5	9.719	178
Italien	34.678	57,4	109.346	181
UK	43.230	65,0	126.713	190
Belgien	9.726	85,2	23.016	201
Slowenien	111	5,4	4.329	208
Ungarn	577	5,9	20.995	215
Tschechien	345	3,2	26.586	250

Stand 30.08.21:

Weltweit 4,51 Mio. Tote, Davon entfallen 2 Mio. (42%) auf nur 4 Länder (USA, Brasilien, Indien, Mexiko), obwohl diese nur ca. ein Viertel der Weltbevölkerung stellen
Absolute Todesfälle in Europa:
 IS: 31; NO: 814; FI: 1 Tsd.
 DE: 92,1 Tsd.; IT 129 Tsd.
 UK: 132,5 Tsd.

Quellen: WHO

(<https://covid19.who.int/>) und ECDC (European Centre for Disease Prevention and Control): <https://www.ecdc.europa.eu/en/cases-2019-ncov-eueea>; 27.08.21

Was erklärt die große Spannweite bei den schweren Krankheitsfällen und den relativen Todeszahlen?

Erklärungsfaktoren für große Spannweite bei den tödlichen Krankheitsverläufen

- Entschiedenes und konsistentes politisches Handeln:
 - Positivbeispiele:** Island, Norwegen, Finnland, Neuseeland, China
 - Negativbeispiele:** USA unter Trump, UK (Boris Johnson), Indien (Modi), Brasilien
- **Altersstruktur:** Länder mit alter Bevölkerung wie Italien und Deutschland (fast 12% der EW sind 75 Jahre und älter) sind stärker verletzbar als Länder mit jüngerer Bevölkerung wie etwa Irland, wo der 75+EW-Anteil nur 6% beträgt
- **Wohn- und Familienverhältnisse:** Länder mit engen Familienbanden sind verletzlicher (mehr soziale Kontakte = höheres Übertragungsrisiko)
- **Leistungsfähigkeit des Gesundheits- und Krankenhauswesens**
- **Personalausstattung in Alten- und Pflegeheimen:** In Kanada z.B. sind 54% der Heime privat. Bilanz nach der 1 + 2 Welle: In den For-Profit-Heimen starben 6,5% der Heimbewohner, in privaten Non-Profit-Heimen 5,5%, in kommunalen aber nur 1,7%. Studien (u.a. Webster 2021) erklären die Diskrepanz mit der besseren Versorgungsqualität aufgrund des besser qualifizierten Personals.
- **Belastung mit Luftschadstoffen und Feinstaub:** Bevölkerungsteile, die aufgrund ihrer Wohnlage einer erhöhten Luftverschmutzung ausgesetzt sind, erleiden im Infektionsfalle überproportional häufig schwere Krankheitsverläufe. Befund anhand der Auswertung verschiedener Studien durch die OECD („Health at a Glance 2020, S. 83ff.): Weltweit hätten 19% der Covid-19-Toten die Krankheit ohne langjährige Luftschadstoff-Exposition wohl überlebt. Dabei große Spannweite. Bei Deutschland beläuft sich die Schätzung auf relativ hohe 26%

Das komplette Versagen des Global Health Security Index (GHS) der privaten Johns-Hopkins-Universität

GHS-Index erschien im Oktober 2019. Wurde vom Center for Health Security der Johns-Hopkins-Universität, der Nuclear Threat Initiative (NTI) und der Economist Intelligence Unit (EIU) erstellt und stützt sich methodisch auf Expertenbefragungen (21 Experten aus 13 Ländern) zu folgenden 6 Bereichen:

- **Prävention:** Prävention des Entstehens oder der Ausbreitung von Krankheitserregern.
- **Erkennen und Bekanntmachen:** Rasches Erkennen und Bekanntmachen von Epidemien.
- **Reaktion:** Rasche Reaktion und Verlangsamung der Ausbreitung der Epidemie.
- **Gesundheitssystem:** Ein ausreichendes und „robustes“ Gesundheitssystem, um Erkrankte zu behandeln und die Beschäftigten im Gesundheitssystem zu schützen.
- **Commitments:** Eingehen von Verpflichtungen zur Verbesserung der nationalen Kapazitäten, der Bereitstellung dafür erforderlicher Finanzmittel und Adressierung gemäß etablierter Normen.
- **Verwundbarkeit:** Umweltbedingungen und Verwundbarkeit eines Landes durch biologische Gefahren.

Am relativ besten auf eine Epidemie/Pandemie vorbereitet waren nach dem Index (Rangfolge) unter 195 Ländern:

Die **USA, Großbritannien, die Niederlande**. Deutschland rangiert auf Platz 14, Norwegen auf Platz 16, Neuseeland nur auf Platz 32 und Länder wie Island, China und Cuba, die tatsächlich bislang gut durch die Pandemie kamen, landen auf eher hinteren Plätzen (**China: 51, Island: 58, Kuba 110**). Nach dem Index waren Länder wie Brasilien (Platz 22 in der Gesamtbewertung), die katastrophale Zahlen aufweisen mit streckenweise kollabiertem Krankenhaussystem, besser vorbereitet als Länder mit faktisch guten Ergebnissen.

Was erklärt die kompletten Fehleinschätzungen?

- Überschätzung der Relevanz von bei Privatunternehmen (Labore, Privatkliniken usw.) verfügbaren Technologien
- Die essentielle Bedeutung des öffentlichen Gesundheitsschutzes wird verkannt
- Die Rolle der Politik bleibt ausgeblendet, erweist sich aber als entscheidend

Aufgrund der **verzerrten Realitätswahrnehmung** sind gemäß Index **nur private Pharmakonzerne zur raschen Entwicklung** wirksamer Impfstoffe in der Lage. Tatsächlich jedoch wurde der russische Impfstoff SPUTNIK I von einem staatlichen Labor entwickelt und Cuba konnte trotz Wirtschaftskrise eigene Impfstoffe entwickeln, die seit Mai 2021 verimpft werden. Die relative Todeszahl liegt auf dem Niveau von Dänemark und die Hälfte der Bevölkerung hat eine 1. Impfung erhalten (Stand: 30.8.21).

OVERALL SCORE		1. PREVENTION OF THE EMERGENCE OR RELEASE OF PATHOGENS		2. EARLY DETECTION & REPORTING FOR EPIDEMICS OF POTENTIAL INTERNATIONAL CONCERN		3. RAPID RESPONSE TO AND MITIGATION OF THE SPREAD OF AN EPIDEMIC		4. SUFFICIENT & ROBUST HEALTH SYSTEM TO TREAT THE SICK & PROTECT HEALTH WORKERS		5. COMMITMENTS TO IMPROVING NATIONAL CAPACITY, FINANCING AND ADHERENCE TO NORMS		6. OVERALL RISK ENVIRONMENT AND COUNTRY VULNERABILITY TO BIOLOGICAL THREATS								
Rank	Score	Rank	Score	Rank	Score	Rank	Score	Rank	Score	Rank	Score	Rank	Score							
1	United States	83.5	1	United States	83.1	1	United States	98.2	1	United Kingdom	91.9	1	United States	85.3	1	Liechtenstein	87.9			
2	United Kingdom	77.9	2	Sweden	81.1	2	Australia	97.3	2	United States	79.7	2	Thailand	70.5	2	Norway	87.1			
3	Netherlands	75.6	3	Thailand	75.7	3	Latvia	97.3	3	Switzerland	79.3	3	Netherlands	70.2	3	Switzerland	86.6			
4	Australia	75.5	4	Netherlands	73.7	4	Canada	96.4	4	Netherlands	79.1	4	Canada	67.7	4	Finland	77.0	4	Luxembourg	84.7
5	Canada	75.3	5	Denmark	72.9	5	South Korea	92.1	5	Thailand	78.6	5	Denmark	63.8	5	Canada	74.7	5	Austria	84.6
6	Thailand	73.2	6	France	71.2	6	United Kingdom	87.3	6	South Korea	71.5	6	Australia	63.5	6	Mexico	73.9	6	Sweden	84.5
7	Sweden	72.1	7	Canada	70.0	7	Denmark	86.0	7	Finland	69.2	7	Switzerland	62.5	7	Indonesia	72.5	7	Andorra	83.5
8	Denmark	70.4	8	Australia	68.9	7	Netherlands	86.0	8	Portugal	67.7	8	France	60.9	8	Lithuania	72.1	8	Monaco	83.1
9	South Korea	70.2	9	Finland	68.5	7	Sweden	86.0	9	Brazil	67.1	9	Finland	60.8	8	Slovenia	72.1	9	France	83.0
10	Finland	68.7	10	United Kingdom	68.3	10	Germany	84.6	10	Australia	65.9	10	Belgium	60.5	10	Liberia	71.5	10	Canada	82.7
11	France	68.2	11	Norway	68.2	11	Spain	83.0	11	Singapore	64.6	11	United Kingdom	59.8	11	Sweden	71.3	11	Germany	82.3
12	Slovenia	67.2	12	Slovenia	67.0	12	Brazil	82.4	12	Slovenia	63.3	12	Spain	59.6	12	Thailand	70.9	12	Netherlands	81.7
13	Switzerland	67.0	13	Germany	66.5	13	Lithuania	81.5	13	France	62.9	13	South Korea	58.7	13	Japan	70.0	13	Iceland	81.2
14	Germany	66.0	14	Ireland	63.9	13	South Africa	81.5	14	Sweden	62.8	14	Norway	58.5	14	Argentina	68.8	14	Finland	81.1
51	China	48.2	50	China	43.0	51	Vietnam	57.4	50	Vietnam	47.5	50	Russia	37.6	50	Moldova	56.7	50	Moldova	56.7
52	Slovakia	47.9	51	South Africa	44.8	52	Guinea	57.2	51	Italy	47.5	52	Cuba	37.4	52	Nigeria	56.7	52	Nigeria	56.7
53	Philippines	47.6	52	Iran	44.7	53	Morocco	56.8	52	Poland	47.5	53	Czech Republic	37.4	52	Afghanistan	56.3	53	Afghanistan	56.3
54	Israel	47.3	53	Costa Rica	44.2	54	Costa Rica	56.0	53	Belgium	47.3	54	Czech Republic	37.4	53	Georgia	56.0	53	Georgia	56.0
55	Kenya	47.1	54	Bolivia	44.0	55	Hungary	55.5	54	Dominican Republic	47.3	54	Italy	36.8	54	Oman	56.0	55	Oman	56.0
56	United Arab Emirates	46.7	54	Israel	44.0	56	Montenegro	55.4	55	Romania	47.3	55	Romania	36.7	55	Madagascar	55.4	56	Madagascar	55.4
57	India	46.5	54	Uruguay	44.0	57	Bulgaria	53.3	56	Hungary	47.3	56	Hungary	36.6	56	Tanzania	55.4	57	Tanzania	55.4
58	Iceland	46.3	57	Albania	43.8	58	Israel	52.4	57	Estonia	47.0	57	Kuwait	36.5	57	Antigua and Barbuda	55.1	57	Antigua and Barbuda	55.1
59	Kuwait	46.1	58	Nepal	43.7	59	Bangladesh	50.9	57	Belarus	46.6	58	Moldova	36.4	58	Antigua and Barbuda	55.1	58	Antigua and Barbuda	55.1
60	Romania	45.8	59	Lithuania	43.5	60	Czech Republic	50.7	57	Central African Republic	46.6	59	Albania	35.9	59	Trinidad and Tobago	55.1	59	Trinidad and Tobago	55.1
61	Bulgaria	45.6	60	Peru	43.2	61	Portugal	50.5	60	Czech Republic	46.6	60	Ecuador	35.2	60	Ecuador	35.2	60	Ecuador	35.2
62	Costa Rica	45.1	61	Liechtenstein	43.1	62	Uganda	50.3	61	Panama	46.4	61	Panama	35.1	61	Panama	35.1	61	Panama	35.1
63	Russia	44.3	62	Russia	42.9	63	Guatemala	50.0	62	Iran	45.1	62	Iran	34.6	62	Iran	34.6	62	Iran	34.6
63	Uganda	44.3	63	Uganda	42.7	64	China	48.5	63	Senegal	45.4	63	Lithuania	34.4	63	Lithuania	34.4	63	Lithuania	34.4
65	Colombia	44.2	64	Uzbekistan	42.6	64	China	48.5	64	Ireland	45.1	64	Colombia	34.3	64	Colombia	34.3	64	Colombia	34.3
65	El Salvador	44.2	65	Nicaragua	41.7	65	Haiti	48.3	65	Egypt	45.0	65	South Africa	33.0	65	South Africa	33.0	65	South Africa	33.0
67	Luxembourg	43.8	66	Argentina	41.4	66	Kuwait	47.5	66	Sierra Leone	44.8	66	Estonia	31.6	66	Estonia	31.6	66	Estonia	31.6
68	Montenegro	43.7	66	Cuba	41.4	67	India	47.4	67	Ethiopia	44.7	67	Liechtenstein	31.1	67	Liechtenstein	31.1	67	Liechtenstein	31.1
			68	Kuwait	40.9	68	Togo	46.8	68	Greece	44.0	68	Monaco	31.0	68	Monaco	31.0	68	Monaco	31.0
						69	Senegal	46.2	66	Iceland	44.0									

Aus: Johns Hopkins Center for Health Security (Hg.) (2019): Global Health Security Index 2019 (GHS), unterstützt u.a. von der Bill & Melinda Gates foundation (S. 20ff.) <https://www.ghsindex.org/wp-content/uploads/2019/10/2019-Global-Health-Security-Index.pdf>

Memo-Sommerschule 08.09.21: www.dr-heintze-beratung.de

1.5 Wer viel hat, erhielt viel - Gesundheitspolitik sicherte die Leistungsfähigkeit des Gesundheitssystems zu einem sehr hohen Preis – das Momentum der Krise blieb ungenutzt

Dr. Heintze

Covid-19-Krankenhausentlastungsgesetz vom 27.03.2020 (BGBl. I Nr. 14, S. 580); Inkrafttreten: 28.03.2021

- **Ausgleich für Einnahmeausfälle** aufgrund der Aussetzung planbarer OP's zwecks Schaffung von Kapazitäten für COVID-19-Behandlungen: **Tagespauschale von 560 €** pro freiem Bett bis zunächst zum 30.9.2020; danach differenzierte Regelung. Summe der Auszahlungen in 2020: 10,2 Mrd. €. 2021: bisher rd. 6 Mrd. € (Soll)
- **Vergütung der Behandlung von COVID-19-Patienten:** Unterschiedliche Fallpauschalen je nach Schwere der Erkrankung und Art der Beatmung (nur Gabe von Sauerstoff oder maschinelle Beatmung).
- **Finanzieller Bonus für die Schaffung zusätzlicher Intensivbetten** (incl. maschinelle Beatmungsmöglichkeit): **50.000 € pro Bett. 686 Mio. €** erhielten Kliniken in 2020 für zusätzliche Intensivbetten. Rechnerisch müsste es rd. 13.700 neue Intensivbetten geben - zusätzlich zu 28.000 zuvor vorhandenen. Der Bundesrechnungshof kritisierte in seinem Bericht vom Juni 2021 das BGM dafür, dass sein Haus *"bis heute nicht in der Lage ist, die Zahl der tatsächlich aufgestellten sowie der zusätzlich angeschafften Intensivbetten verlässlich zu ermitteln"*. Aus BGM-Excelldatei (Stand 28.05.21) ergeben sich erhebliche Zahlungen an Helios-KH (6,4 Mio an Helios-KH in Leipzig verglichen mit „nur“ 1,25 Mio an das kommunale KH St. Georg. Neben dem UKL sind beide Häuser COVID-19-Schwerpunktzentren).
- Ausgleichszahlungen für Umsatzeinbußen niedergelassener Ärzte/Ärztinnen und Psychotherapeutinnen. Zahnärzte z.B. erhielten eine **einmalige Ausgleichzahlung in Höhe von 40% des Vergütungsvolumens vom 4. Quartal 2019**

Krankenhaus-Leistungsgeschehen in 2020

GKV zahlten für ihre Versicherten **81,5 Mrd. € (2019: 80,2 Mrd. €)**. Rd. 200.000 Covid-19-Behandlungsfälle; 1/5 mit tödlichem Ausgang (Durchschnittsalter der Patienten: 72 Jahre).

Fehlende Bevorratung von Schutzausrüstungen schafft Einfallstor für windige Geschäftemacher

Nicht existente Vorsorge öffnete die Tür für Geschäftemacher – auch aus den Reihen rechtsgeneigter Politik (siehe die Maskenaffäre von CDU/CSU: U.a. hatte der ehemalige Fraktionsvize Nüßlein (MdB, CSU) mit dem ehemaligen bayerischen Justizminister und CSU-MDL einen Deal eingefädelt, der für die Vermittlung von FFP2-Masken die Zahlung von Provisionen in Höhe von 11,5 Mio. € vorsah. Abwicklung über eine Karibik-Insel und eine Liechtensteiner Privatbank, die sogenannte „diskrete Dienstleistungen“ anbietet (siehe Bericht von Klaus Otte in der SZ vom 19.04.21 und DLF, 20.04.21)

2

Offengelegte Schwächen des deutschen Systems im groben Überblick

- **Defizitäre Datenlage** – Selbstverwaltung schafft Intransparenz
- **Vernachlässigung der Gesundheitsvorsorge** + des kollektiven Gesundheitsschutzes
- **Viele Intensivbetten, aber das Personal fehlt**
- **Impfstrategien im EU- und DE-Vergleich:** Bremen Top, Sachsen Flop – Die Gründe

Memo-Sommerschule 08.09.21: www.dr-heintze-beratung.de

2.1-a

Datengenerierung folgt partikularen Intransparenzinteressen. Defizitäre Datenlage erschwert planvolles Handeln

Dr. Heintze

- **Intensivbettenregister:** Einrichtung erst zum 10.04.2020 durch BGM-VO v. 8.4.2020, geändert am 29.5.2020 und durch Gesetz v. 28.05.2021 (BGBl. I S. 1174). Zuständig ist die DIVI in Zusammenarbeit mit dem RKI. Daten sind aufgrund von Fehlmeldungen nicht voll belastbar.
- **Virus-Überwachung durch systematisches Sequenzieren:** Fand bis Ende 2020 nicht statt. Ingangsetzung durch Surveillance-VO vom 18.01.2021. Bei 5% der positiven Proben soll eine Genom-Analyse durchgeführt werden. Untersuchungsstellen sind neben UNI-Kliniken private Labore. Registrierung erfolgt über die KV. Zum Vergleich: In UK ist das systematische Sequenzieren schon seit Jahren (20% der Proben) als Routine etabliert. Ebenso in Dänemark.
- **Systematische Erfassung der sozialen Ungleich-Verteilung** von Virusausschüben und von schweren Erkrankungsfällen: Bundesweit keine Erfassung; einzelne Bundesländer (Bremen, vor allem) und Kommunen (Köln, Dortmund) sind um Erhellung bemüht.
Kontrastfolie: UK + USA. Verteilung liefert Spiegelbild der sozialen Ungleichheit
- **Systematische Erfassung der COVID-19-Ausbrüche in Alten- und Pflegeheimen:** Das Risiko eines tödlichen Krankheitsverlaufes steigt mit dem Alter. Mehr als 80% der Todesfälle betrafen in den ersten Wellen Ältere ab 65 Jahre. Die Sterblichkeit von PflegeheimbewohnerInnen ist 50-mal so hoch wie im Rest der Bevölkerung. Genaue Erfassung wäre angezeigt, erfolgt aber nicht. Das Meldesystem erfasst die Sammelkategorie der Massenunterkünfte (Asylbewerberheime, Justizvollzugsanstalten, Heime aller Art usw.). Seit Ende 2020 können weitere Merkmale erfasst werden, müssen es aber nicht. Folge: Die Angaben des RKI zur Betroffenheit von Alten- und Pflegeheimen sind nicht repräsentativ für die Gesamtheit der Alten- und Pflegeheime, sondern geben nur Auskunft zu der Teilmenge, wo freiwillige Meldungen erfolgten.

DIVI = Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensivmedizin

Memo-Sommerschule 08.09.21: www.dr-heintze-beratung.de

	Pflichtversicherungssysteme					Staatliche Systeme				
	AT	DE	NL	BE	FR	DK	IS	NO	ES	PT
Datenverfügbarkeit										
Administrierte Impfungen (Anzahl)	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Aufteilung der erfolgten Impfungen auf Impfprodukte	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Geimpfte Personen unter und über 60 Jahren	X	F	F	X	X	X	X	X	X	X
Geimpfte Personen: Verteilung auf 6 Altersgruppen ¹	X	F	F	X	X	X	X	X	X	X
Angaben zu Alters- und Pflegeheimen: Heimbewohner und Beschäftigte	F	F	F	F	X	F	X	F	X	F
Angaben zu den Beschäftigten des Gesundheitssystems	F	F	F	X	X	X	X	X	X	F
Impfquoten (vollständige Impfung) der vulnerablen Bevölkerung (%)										
Altersgruppe > 80 Jahre	67	F	F	58	59	97	98	87	94	89
Altersgruppe 70 Jahre bis 79 Jahre	33	F	F	38	52	77	43	47	65	29
Altersgruppe 60 – 69 Jahre	13	F	F	12	17	18	37	6	8	12
Altersgruppe 60 Jahre und älter	31	F	F	31	38	54	49	36	48	35
Altersgruppe < 60 Jahre	8	F	F	8	6	7	14	3	5	7
Impfquoten der BewohnerInnen von Langzeitpflegeeinrichtungen	F	F	F	F	76	91	49	F	93,4	F

Erläuterungen: Legende: AT = Österreich, DE = Deutschland, NL = Niederlande, BE = Belgien, FR = Frankreich, DK = Dänemark, IS = Island, NO = Norwegen, ES = Spanien, PT = Portugal, x = Daten sind verfügbar; F = Daten fehlen

1) 18-24 Jahre, 25-49 Jahre, 50-59 Jahre, 60-69 Jahre, 70-79 Jahre, 80 Jahre und älter.

Quelle: ECDC („European Centre for Disease Prevention and Control), Impf-Monitoring-System Stand 19. Mai 2021: <https://covid19-vaccine-report.ecdc.europa.eu/#vaccine-uptake-for-the-first-dose-among-adults-aged-18-years-and-above-in-eu-eea-countries>; 21.05.21

Memo-Sommerschule 08.09.21: www.dr-heintze-beratung.de

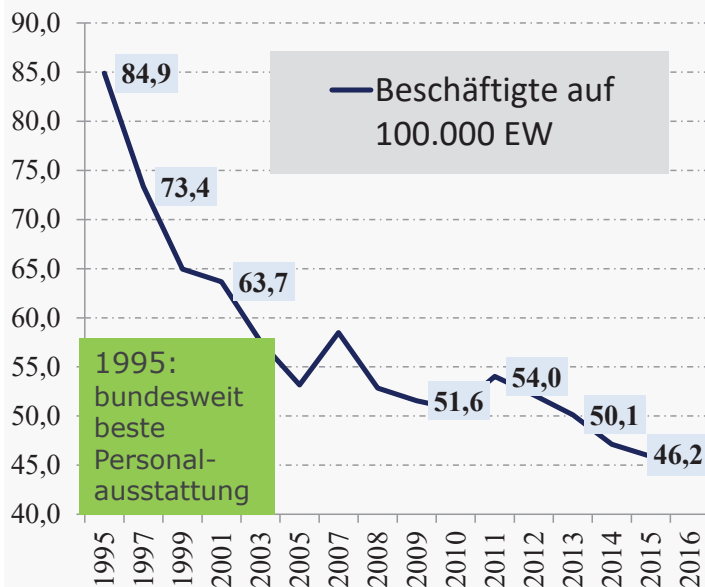
Heintze, C.
2021:
Langfassung des
Beitrages für
das MEMO 21,
Tab. 1

Stand
22.8.21:
Datenlücken
bei DE + NL
bestehen
fort

Bei Epidemien und Pandemien rückt der kollektive Infektionsschutz in den Mittelpunkt – Gesundheitsämter als Dreh- und Angelpunkt der Pandemiebekämpfung

- Nach dem Infektionsschutzgesetz (Gesetz zur Verhütung und Bekämpfung von Infektionskrankheiten beim Menschen vom 20. Juli 2000 i. d. F. vom 27. März 2020, BGBl. I S. 587) sind die Gesundheitsämter die staatlichen Stellen, auf denen vor Ort die Verantwortung für die Erfassung und Eindämmung von Epidemien und Pandemien lastet.
- Die **neoliberale Ausrichtung auf Gesundheitswirtschaft hat den öffentlichen Gesundheitsdienst an den Rand gedrängt**. Personell wie sächlich wurde er ausgetrocknet. Allein von 2000 bis 2014 sank die Beschäftigtenzahl des öffentlichen Gesundheitsdienstes von 39 Tsd. auf 29. Tsd. (Quelle: Destatis: Gesundheit – Personal, Fachserie 12 Reihe 7.3.2, fortlaufend). Das Personal der Gesundheitsämter wird in der Gesundheitsberichterstattung statistisch gar nicht mehr erfasst.
- **Folge:** In der aktuellen Pandemie wären die Gesundheitsämter ohne Lockdown kollabiert. Der Lockdown ermöglichte die Abordnung aus anderen Teilen des Öffentlichen Dienstes, die Rekrutierung von Medizinstudenten und die Gewinnung von Freiwilligen. Trotzdem arbeiteten und arbeiten viele Ämter an der Grenze ihrer Leistungsfähigkeit und unter Hintanstellung, teilweise Aussetzung aller anderen Aufgaben. Beispielsweise ruht die wichtige Aufgabe der zahnärztlichen Gruppenprophylaxe weitgehend, weil alle Kräfte durch die pandemiebedingten Aufgaben gebunden sind.

Der Niedergang des öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGB) am Beispiel von Berlin



Berufsstruktur der Gesundheitsämter im Jahr 1995:

Ärzte (20%), Sozialarbeiter (20%), Zahnärzte + ZahnarzthelferInnen (10%); diverse Gesundheitsberufe (Apotheker, Desinfektoren, Psychologen, Soziologen, Pädagogen, medizinisch-technische Fachkräfte) rd. 25%.

- Derzeit (2020) 375 Gesundheitsämter, teilweise als Abteilung eines Landratsamtes. Über die rechtlich beste Regelung verfügt Bremen, wo die Gesundheitsämter die sozialen Lebenslagen und Geschlechterunterschiede berücksichtigen sollen.
- Umfrage aus Sommer 2020 (Deutscher Städtetag + Deutscher Landkreistag): 3.300 Vollzeitstellen für ÄrztInnen, von denen ca. 2.900 (87%) besetzt sind. Für weiteres Personal sind 11.600 Stellen vorgesehen, von denen 11.000 (94,5%) besetzt sind.

Quellen: 1) Gesundheits- und Sozialinformationssystem (GSI) des Referates I A der Senatsverwaltung für Gesundheit, Pflege und Gleichstellung, Tabellen „Personal in den Gesundheitsämtern in Berlin nach Geschlecht, Berufsgruppen und Beschäftigungsumfang“ (Stand: 31.12.), fortlaufend; **2)** Destatis, Bevölkerungsfortschreibung nach Bundesländern (Stand: 31.12.): <https://www.regionalstatistik.de/genesis/online/data>

Führend bei der Bettendichte, Schlusslicht beim

Pflegepersonal: Krankenhausbetten (med. Behandlung) und Krankenhaus-Pflegefachpersonal (Vollkräfte) auf 100.000 Einwohner

	Krankenhausbetten im DS der Jahre			Pflegefachkräfte (Vollkräfte)		
	2001-2005	2006-2012	2013 - 2018	2001-2005	2006-2012	2013 - 2018
Deutschland	654,1	619,1	611,5	379,4	383,2	415,1
Österreich	657,8	621,8	560,8	536,8	573,2	585,6
Belgien	589,5	550,3	512,9	495,3	530,0	555,0
Tschechien	556,0	492,1	414,9	527,1	515,2	499,5
Schweiz	492,3	422,6	370,7	549,7	545,1	569,3
Norwegen	435,0	401,8	331,1	705,6	740,5	781,1
Frankreich	381,8	350,0	318,2	527,1	529,6	527,8
Vereinigtes Königreich	390,9	553,5	261,7		571,4	554,8
Dänemark	405,7	296,8	258,3	580,0	617,1	650,3

Quellen: (1) Eurostat, Krankenhausbetten nach Behandlungsart [hlth_rs_bds]; Update 20.07.2020; (2) Krankenhauspersonal [hlth_rs_prshp1]; Update 10.07.2020; eigene Berechnung

Impfstrategien im EU-Vergleich: Blick auf Großbritannien und Belgien

Grundüberlegung zur Anlagen der Massenimpfungen:

Beim Start Ende 2020 war klar, dass Impfstoffe noch auf Monate ein knappes Gut sein werden. Entscheidung über die Reihenfolge der Impfberechtigten:

- Wenn das oberste **Ziel** darin besteht, die **Inzidenz in der Gesamtbevölkerung rasch zu drücken**, macht es Sinn, prioritär Bevölkerungsgruppen mit hohen sozialen Kontakten zu impfen (Polizisten, pädagogische Berufe, VerkäuferInnen, junge Menschen usw.).
- Da sich die schweren Erkrankungsrisiken jedoch bei alten und hochaltrigen Menschen konzentrieren, ist diese epidemiologische Strategie ethisch kaum vertretbar. In der EU wurde daher die **Entscheidung getroffen, prioritär die hochaltrigen und die aufgrund etwa von Vorerkrankungen besonders Schutzbedürftigen zu impfen**.

Staatliche Gesundheitssysteme sind bei der Durchführung von Massenimpfungen logistisch im Vorteil:

Beispiel Großbritannien: Annähernd alle EinwohnerInnen sind beim steuerfinanzierten NHS erfasst incl. der Hausärzte (NHS-Vertragsärzte). Das System bietet für die Datenerfassung und die Realisierung einer Komm-Philosophie enorme Vorteile, zumal die Digitalisierung in UK weit vorangeschritten ist. Herausgefiltert wurden die je als nächstes zu impfenden Personen. Diese erhielten Einladungen. Registrierungen über Online-Portale oder telefonische Hotlines wie in Deutschland entfielen.

Realisierung einer bürgerfreundlichen Zugeh-Philosophie ist auch in Pflichtversicherungssystemen möglich. **Beispiel Belgien** (vollständige Impfquote der 18+EW am 22.8.21: 82,5%): Kassen mussten Daten ihrer Mitglieder an eine landesweite Datenbank übermitteln, aus der dann die Personenlisten herausgefiltert wurden, die als nächstes vom Ministerium eine Impf-Einladung mit Code erhielten.

Memo-Sommerschule 08.09.21: www.dr-heintze-beratung.de

Impfstrategien der Bundesländer – Bremen TOP, Sachsen floppt

	Mindestens 1 Dosis	Impfquote: vollständig geimpft		
		Gesamt	18-59 Jahre	60+ Jahre
Bremen	74,5	70,0	78,4	91,0
Saarland	71,0	65,4	67,9	88,4
Schleswig-Holstein	69,8	63,9	68,8	87,9
Nordrhein-Westfalen	68,9	62,8	67,4	86,8
Niedersachsen	67,4	61,3	64,7	86,3
Berlin	64,6	59,5	63,9	85,2
Rheinland-Pfalz	66,1	60,0	63,1	84,5
Mecklenburg-Vorpommern	63,0	59,1	59,3	83,7
Hamburg	68,1	62,1	69,7	83,5
Baden-Württemberg	62,3	59,2	63,5	82,8
Hessen	64,5	58,5	62,6	82,5
Bayern	61,9	58,3	62,1	81,7
Sachsen-Anhalt	60,1	56,9	55,3	81,4
Thüringen	57,8	55,1	53,5	79,5
Brandenburg	58,9	54,8	55,0	78,6
Sachsen	54,6	51,2	49,9	75,4
Insgesamt	64,8	59,9	63,7	83,7

Quelle: RKI, Digitales Impfquotenmonitoring mit Stand 27.08.2021, 8 Uhr (https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Daten/Impfquoten-Tab.html?jsessionid=0589141C6CF0A20E5EDF0C688C0D7314.internet092;_29.08.21)

Memo-Sommerschule 08.09.21: www.dr-heintze-beratung.de

Impfstrategien der Bundesländer – Eigenmanagement schlägt Outsourcing

Bundesland	Trägerschaft von Impfbetrieben (Errichtung/Betrieb)	Impfregistrierung und Terminmanagement: 70+EW	Vergütungen (€) für das Impfpersonal (Std.-Sätze)		Impfquoten nach Alter (16.4.21) 60+-EW
			Ärzte	Nicht-Ärzte	
BW	Kommunen	Callcenter (116 117)	130	30 bis 50 € ¹	32,8
BY	Kommunen	Callcenter (116 117)	130		k.A.
BE	Verschiedene Träger	Einladung	120		k.A.
BB	KV, DRK		120		k.A.
HB	Kommunen	Einladung	120		41,5
HH	Institut für Hygiene + Umwelt	Callcenter (116 117) + Online-Tool	120		32,3
HE	Gemischt (Kommunen, DRK)	Callcenter (116 117) und Online-Tool	Max. 120		k.A.
MV	Kommunen	0385 2027 115			27,1
NI	Kommunen		150		32,3
NW	Kommunen	Kven; teilweise Einladung	150		31,1
RP	Kommunen		140		32,2
SI	Regionalverband (ÖDG) + Kreise		124		36,0
SN	DRK	0800 0899089 + Online	175		k.A.
ST	K.A.	116 117	100		k.A.
SH	Geteilte Verantwortung	0800 455 655 0 oder 116 117	115 + 25		35,5
TH	KV		175		k.A.

Quellen: 1) Standorte, Trägerschaften + Terminmanagement (Stand 14.01.21: <https://kommunal.de/impfbetrieben-Standorte>; 18.04.21; 2) Vergütungen: Ärzte-Zeitung (verschiedene Ausgaben); Medical Tribune (<https://www.medical-tribune.de/praxis-und-wirtschaft/niederlassung-und-kooperation/artikel/corona-impfbetrieben-mediziner-verdienen-weit-ueber-100-euro-pro-stunde/>; Tageszeitungen

3

Pflegende Angehörige als Hauptpflegedienst der Nation: Wachsende Überforderung in der Pandemie

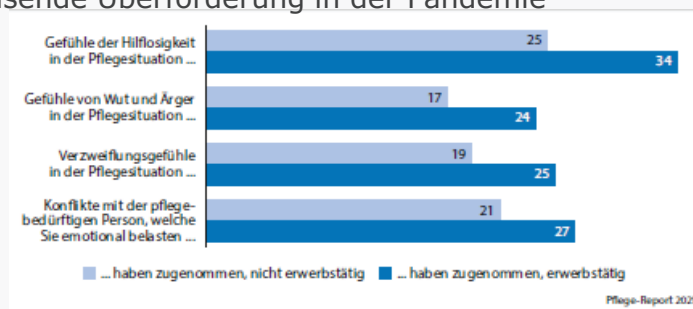
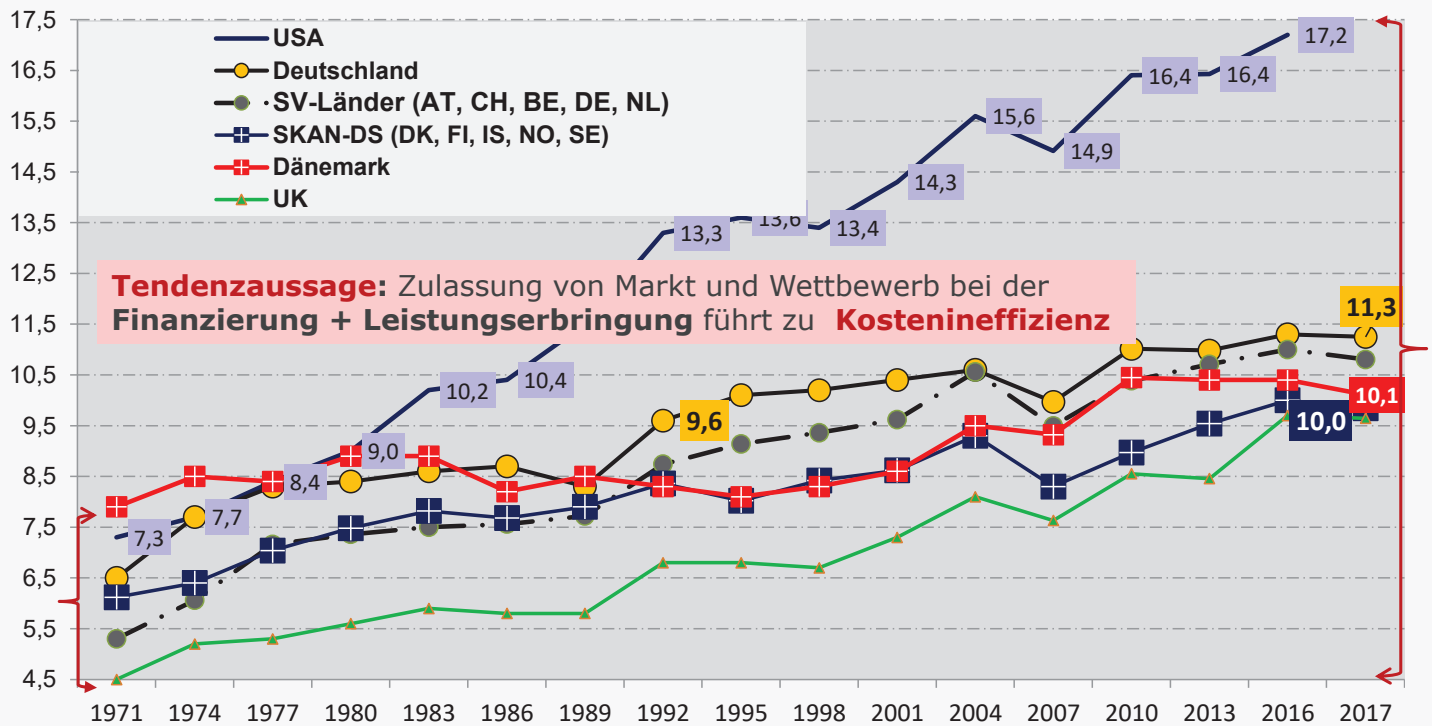


Abb. 4.2 Veränderung problematischer Gefühle in der Pflegesituation für erwerbstätige und nicht-erwerbstätige pflegende Angehörige in % (n = 974)

Schlüsselthemen in der Einzelbetrachtung

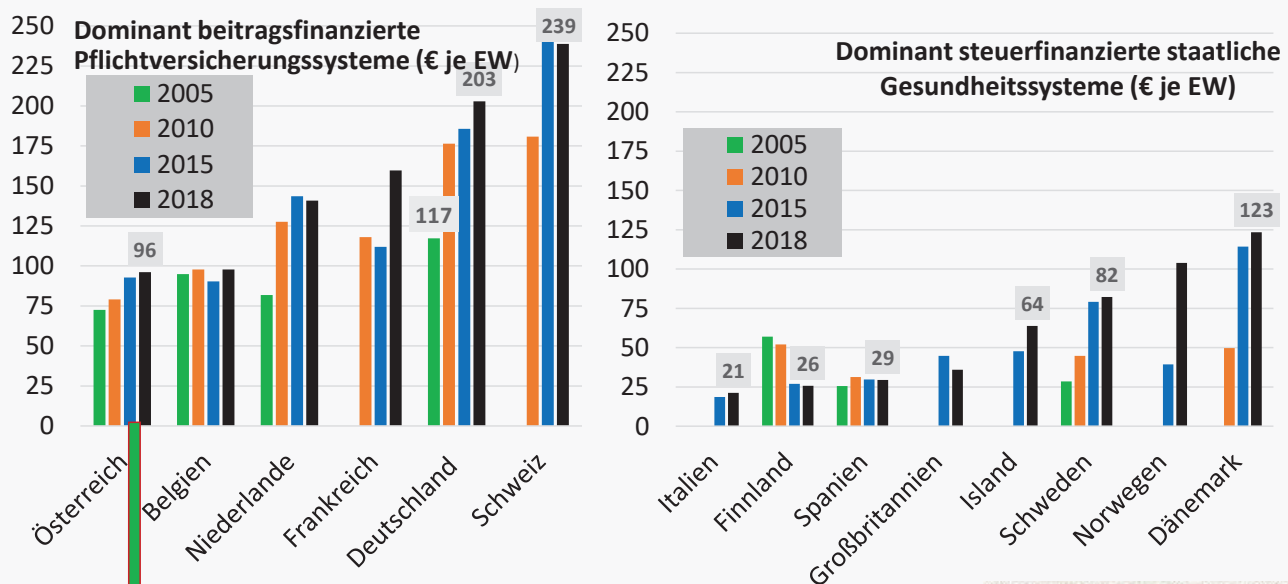
- **Deutsches Gesundheitssystem:** Versorgungsdefizite trotz hoher Ausgaben
 - **Fragmentierung** in Teilsysteme mit konträren Logiken
- **Vermarktlichung des Krankenhausesektors:**
 - Gewinnerwirtschaftung und Marktschaffung als Leitprinzip
 - Fallpauschalen sind gescheitert
- **Deutscher Pflegenotstand hat sich verschärft** (Krankenhaus- und Altenpflege)

Entwicklung der öffentl. + privaten Gesundheitsausgaben (laufend, in % des BIP) nach Systemtypen (LTC ist Teil davon)



Quelle: OECD Health Data, fortlaufend bis zur Ausgabe von 2018

Ausgaben für Verwaltung, Aufsicht und Steuerung Bürokratiekosten nach Systemtyp



Schaffung Der Gesundheitskasse Österreich statt Schaffung eines Kassenwettbewerbs

Hohe Ausgaben für Verwaltung, Korruption und die Zunahme von Rechtsstreitigkeiten zwischen Leistungserbringern und Kassen (LVZ 31.08.21, S. 2f.; Halwe = GF der AG für Kostenmanagement)

Halwe listet derweil einen Fall von Juni 2020 auf: Ein jüngerer Mann sei in einem Universitätsklinikum in Hessen zwölf Tage behandelt und währenddessen beatmet worden. Rechnung: 45000 Euro. Es seien aber zu viele Beatmungsstunden aufgeschrieben worden. Das Krankenhaus habe die Rechnung um 20500 Euro nach unten korrigiert. Beatmungsfälle seien ein Einfallstor für Falschabrechnungen, sagt Halwe: „Hier wird das Gerät

Quelle: Eurostat, Gesundheitsausgaben - ausgewählte Funktionen der Gesundheitsversorgung nach Finanzierungssystemen [hlth_sha11_hchf]; Update 22.02.2021

Land	Gesamt-wert (UHC Index)	Neugeborenen-pflege	Brust-krebs	Darm-krebs	Herzer-krank-ungen	Diabetes	Knieer-krank-ungen	COPD	Asthma	Epilepsie
Island	95	95	99	99	93	100	88	99	89	78
Norwegen	94	99	96	96	97	97	82	93	95	75
Schweiz	93	78	97	99	99	93	80	99	90	82
Finnland	91	100	100	97	72	100	91	96	94	68
Frankreich	91	90	95	92	100	71	83	97	86	67
Schweden	90	99	98	92	87	83	83	100	87	72
Slowenien	90	100	86	85	97	89	94	94	99	85
Niederlande	90	84	97	97	99	81	77	87	90	75
Italien	89	95	97	99	96	81	76	92	97	83
UK	88	83	94	94	88	100	85	81	64	66
Belgien	87	90	94	91	96	91	72	86	77	70
Deutschland	86	88	93	91	80	90	61	97	81	81
Österreich	86	89	93	95	84	72	61	95	91	78
...										
USA	82	70	99	98	73	72	49	72	68	88
Tschechien	82	100	88	80	66	86	87	87	73	77

 = Einzelwerte von 95 und besser  = Einzelwerte von 80 und schlechter

21

[www.thelancet.com](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30750-9) Published online August 27, 2020 [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30750-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30750-9)

Selbstverwaltetes Deutsches Kranken- und Pflegesystems: Hohe Fragmentierung mit konträren Teillogiken

Bereich	Sicherstellungs-auftrag	Leistungserbringer	Finanzierung
Ambulante Krankenversorgung	Kassenärztliche Vereinigungen (KV's)	Niedergelassene Ärzte Therapiepraxen; MVZ UNI-Kliniken (Ambulanzen)	Zu > 70% öffentlich GKV (105 Kassen stehen in 2020 im Wettbewerb) und PKV (41) Unterschiedliche Vergütungen
Notfallversorgung	1. KV's (Tel. 116 117), 2. LK/Kommunen (112): Rettungsdienste	■ Bereitschaftsärzte; ■ Notfallambulanzen der Krankenhäuser (KH)	Kassen
Plan-Krankenhäuser (KH) der Länder und UNI-Kliniken	Bundesländer (Ihre Planungskompetenz wird durch den G-BA der Selbstverwaltung tendenziell untergraben)	Öffentlich, privat (kommerziell) + frei-gemeinnützig	Dualistische Finanzierung (DRG = Fallpauschalen + Invest-Finanzierung durch die Länder) Ausnahme: Psychiatrie
KH der Berufs-genossenschaften	Gesetzliche Unfallversicherung (GUV)	Eigenversorgung der GUV (SGB VII) in 9 Akut-KH	Bei GUV-Mitgliedern keine Fallpauschalen
REHA-Kliniken	■ Keine Länder-zuständigkeit; ■ Geteilte Zuständigkeiten	Zu über 50% Privatkliniken; 20% öffentliche Kliniken (DE Rentenversicherung - DRV) mit Finanzierung und Leistungserbringung aus einer Hand (SGB VI)	1. Monistische Finanzierung über Versorgungsverträge mit Kassen (DRG-System) 2. Eigenfinanzierung durch DRV in 22 DRV-REHA-Zentren (kein DRG-System)
Langfristpflege	Pflegeversicherung (SGB XI); Krankenversicherung (SGB V) bei Behandlungspflege	Überwiegend privat (Familien und jeweils rd. 14 Tsd. ambulante wie stationäre Dienste)	Überwiegend privat mit Teilleistungen der Pflegeversicherung; Behandlungspflege fällt nicht d

22

Vermarktlichung des Krankenhaussektors

- **1992/1993: Basislegung durch Mitte-Rechts-Regierung aus CDU/CSU + FDP** (GM Seehofer von der CSU)
 - **“Gesetz zur Sicherung und Strukturverbesserung der gesetzlichen Krankenversicherung“** (Gesundheitsstrukturgesetz – GSG von 29.12.1992 BGBl. I Nr. 59, S. 2266) **schafft durch den Wegfall des Selbstkostendeckungsprinzips** die Voraussetzung für Gewinnerwirtschaftung und -aneignung; Mittelzuweisung zunächst über Budgets
 - **Offizielle Begründung:** Steigerung der Kosteneffizienz, mehr Qualität, mehr Transparenz
 - **Verdeckte Agenda:** Krankenhäusern sollen so in einen Verdrängungswettbewerb gezwungen werden, dass diejenigen, in denen sich der auf Erlös gerichtete ökonomische Geist nicht durchsetzt, auf der Strecke bleiben. KH-Privatisierungen sind dabei erwünscht
-
- **1996: Abschaffung der Pflege-Personal-VO von 1993** macht den Weg frei für Kosteneinsparungen zu Lasten der Pflege (VO sei wettbewerbsfeindlich)
-
- **Bis 2004: Vollzug und Zementierung des Entgeltsystems der DRG-Pauschalen** (DRG = Diagnosis Related Group) durch die Ministerinnen Andrea Fischer (Grüne) und Ulla Schmidt (SPD)
 - **Einschlägiges Gesetz: Krankenhausfinanzierungsgesetz – KHG und Krankenhausentgeltgesetz – KHEntgG vom 23.4.2002**
 - **Das Versprechen:** Preistransparenz, Steigerung der Kosteneffizienz
 - **Funktion:** Entscheidender Hebel für die Durchsetzung der Logik von Markt und Wettbewerb. Derzeit (2019) enthält der DRG-Katalog 1.318 DRG's (2003: 664) mit rd. 40.000 Prozeduren. Der neue Beruf der Kodierer stellt die Kombinationen zusammen, die den höchsten Erlös beinhalten
-
- **Niedergang der Krankenhauspflege gefährdet die Patientensicherheit**
 - **Ab 2015: GroKo startet mit kurzatmigen Reparaturmaßnahmen**

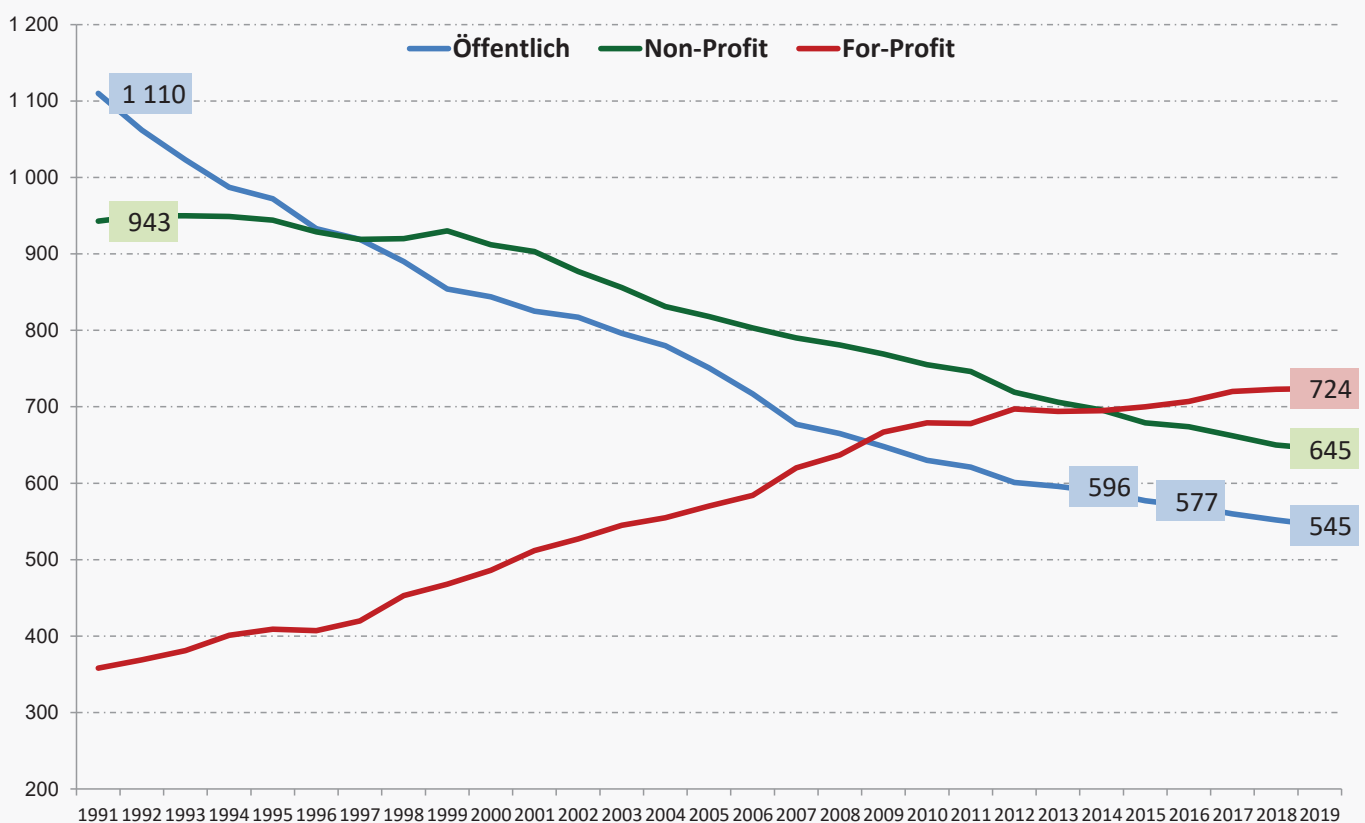
23

Memo-Sommerschule 08.09.21: www.dr-heintze-beratung.de

3.2c

Deutschland ist Europameister bei der Privatisierung von Krankenhäusern

– Zerstörung der öffentlichen Daseinsvorsorge, weil Kommunen sich in die Gefangenschaft renditeorientierter Investoren begeben



Quelle: Gesundheitsberichterstattung des Bundes

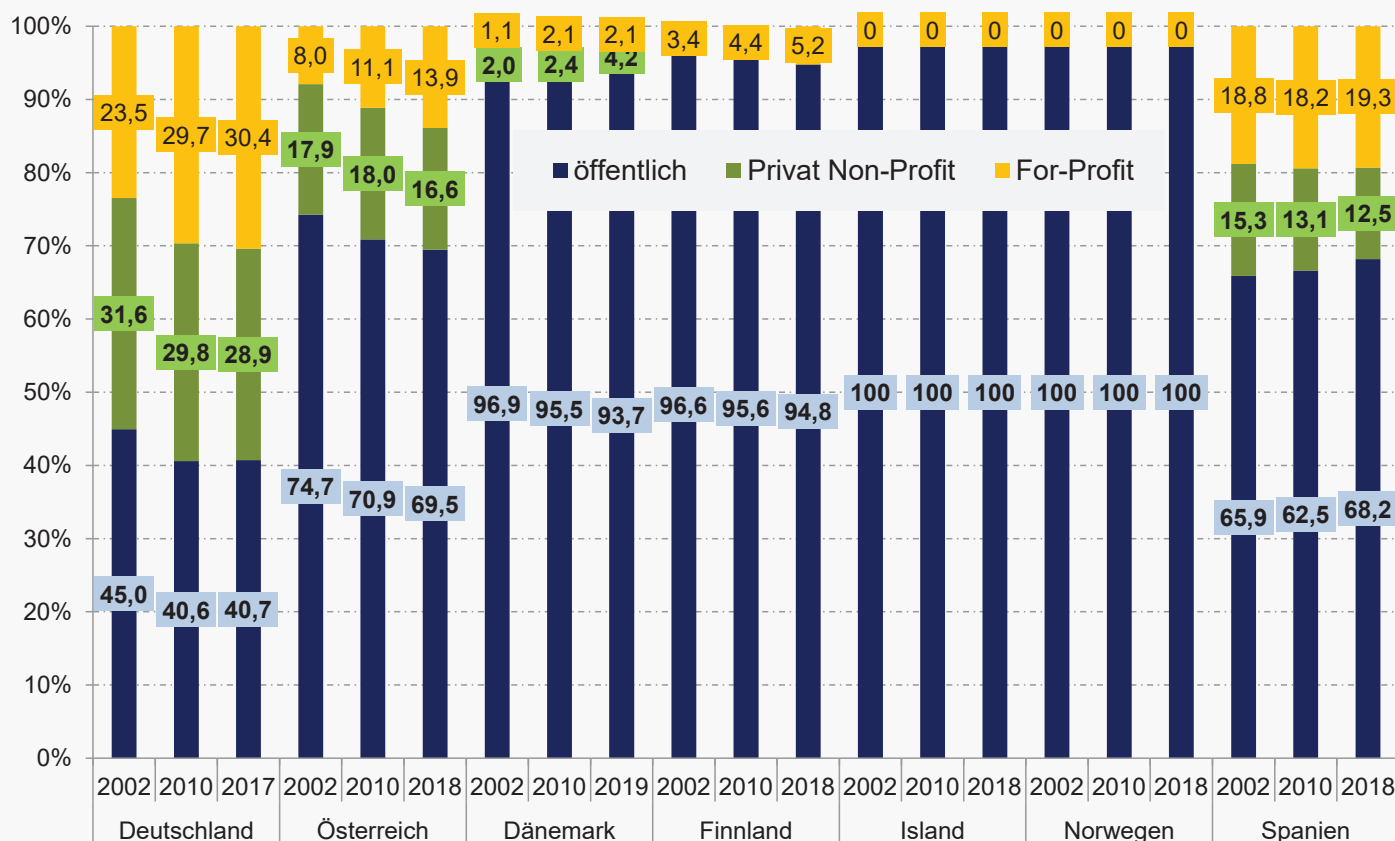
24

Memo-Sommerschule 08.09.21: www.dr-heintze-beratung.de

3.2d

Bedeutung und Entwicklung öffentlicher Krankenhaus-Trägerschaften: in Deutschland prägen private Träger die Entwicklung (Anteil der Krankenhausbetten nach Trägerschaft)

Dr. Heintze



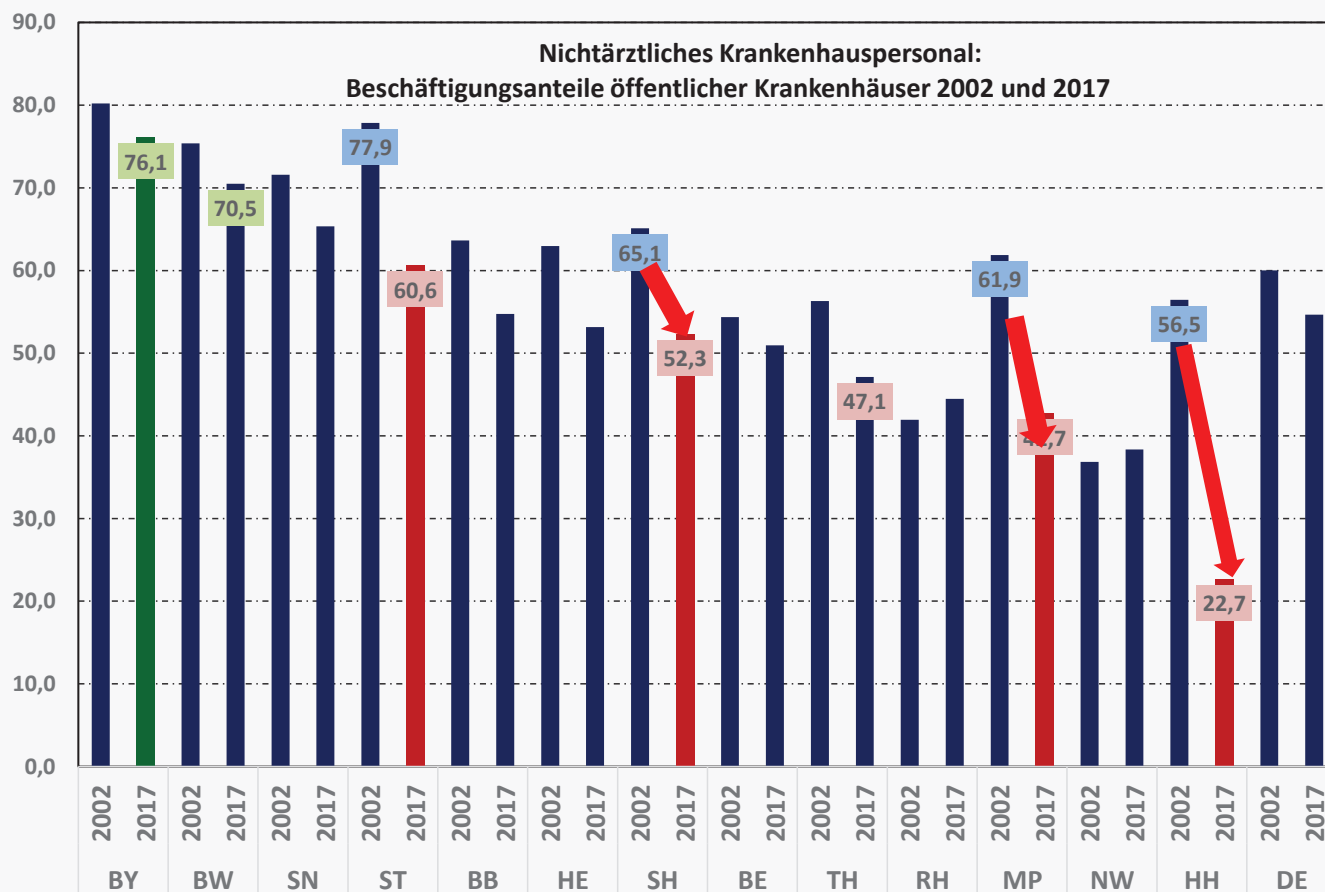
Quelle: Eurostat, Krankenhausbetten nach Trägerschaft [hlth_rs_bds2]; Update vom 08.02.21; eigene Auswertung

25

Memo-Sommerschule 08.09.21: www.dr-heintze-beratung.de

3.2e

Am wenigsten Privatisierung in Bayern und Baden-Württemberg



Destatis und RKI/Gesundheitsberichterstattung des Bundes

26

Memo-Sommerschule 08.09.21: www.dr-heintze-beratung.de

- **Ziel** „Senkung der KH-Ausgaben“ durch mehr Qualität und Hebung der Wirtschaftlichkeit
- **Ergebnis:**
 - (1) Laufende Ausgaben/EW (Kassen+Staat): 1992-2002 + 3,6% p.a.; 2003 – 2018: + 4,8 % p.a.
Der eingesetzte BIP-Anteil stieg von 2,5 % des BIP vor 2003 auf jetzt 2,9 %
 - (2) Massive **Verschlechterung der pflegerischen Personalausstattung**
 - (3) Selektiv übermäßige Zunahme von OP's und von Prozeduren, die lukrativ vergütet werden (2005 – 2017: +66%; Bewegungsapparat + 50%; Herz: + 36%; Kaiserschnitte + 30% usw.)

Quellen: (1) Gesundheitsausgaben - ausgewählte Funktionen der Gesundheitsversorgung nach Finanzierungssystemen [hlth_sha11_hchf]; Update vom 22.02.21; (2) Gesundheitsberichterstattung Tab. „Operationen und Prozeduren der vollstationären Patientinnen und Patienten in Krankenhäusern“; Update von 2019

Analyse von Simon für die Böckler-Stiftung führt zu dem Fazit, dass von einem vernünftigen System und einer Erfolgsgeschichte keine Rede sein kann. Gewinner des Systems sind Teile der Chefarzte und Betriebswirte sowie die Akteure der Privatisierung. Verlierer sind vor allem die Pflegekräfte.

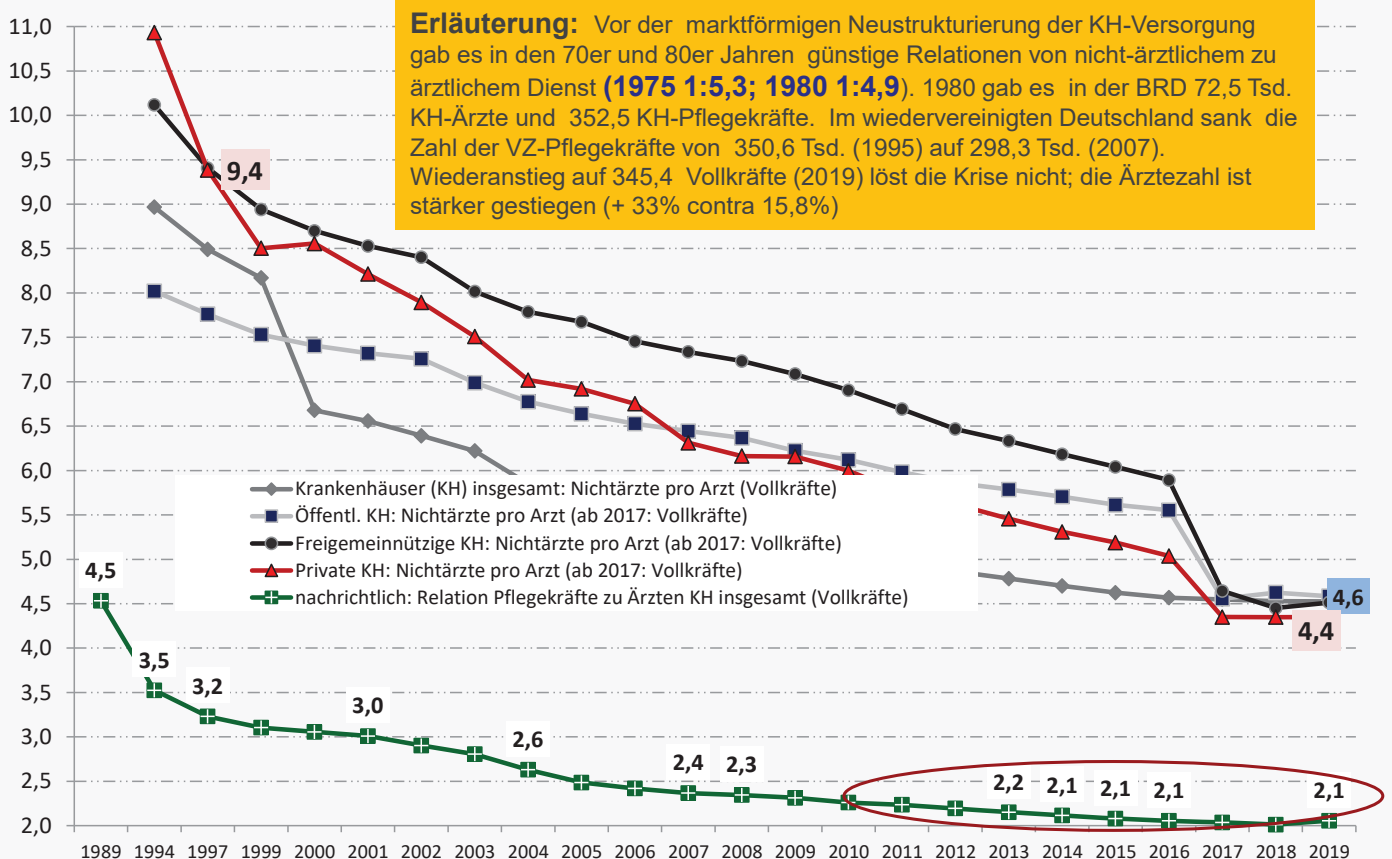
Für diese Umverteilungen gibt es keinen Gesamtplan und sie folgen auch keinen transparenten, rationalen, gut begründeten Kriterien. Es ist offensichtlich ein unkoordiniertes System, am ehesten mit einem Glücksspiel vergleichbar. Anders als beim Glücksspiel sind die Umverteilungen jedoch Ergebnis bewusster Entscheidungen von Akteuren der Politik und des DRG-Systems. Und offenbar gibt es einige Akteure, die die Regeln dieses „Spiels“ besser durchschaut haben als andere, beispielsweise daran erkennbar, dass sie sich sehr intensiv am Vorschlagsverfahren beteiligten.

Ein solches System ist nicht reformfähig, es sollte möglichst bald abgeschafft und durch ein Finanzierungssystem ersetzt werden, das den Krankenhäusern eine auskömmliche Finanzierung ihrer Selbstkosten gewährt, damit sie die in § 1 KHG geforderte bedarfsgerechte und qualitativ hochwertige Krankenhausversorgung auch tatsächlich leisten können.

Aus: Simon, Michael (2020). Das DRG-Fallpauschalensystem für Krankenhäuser. Kritische Bestandsaufnahme und Eckpunkte für eine Reform der Krankenhausfinanzierung jenseits des DRG-Systems, in: HBS, Working Paper Nr. 196, vom Nov. 2020

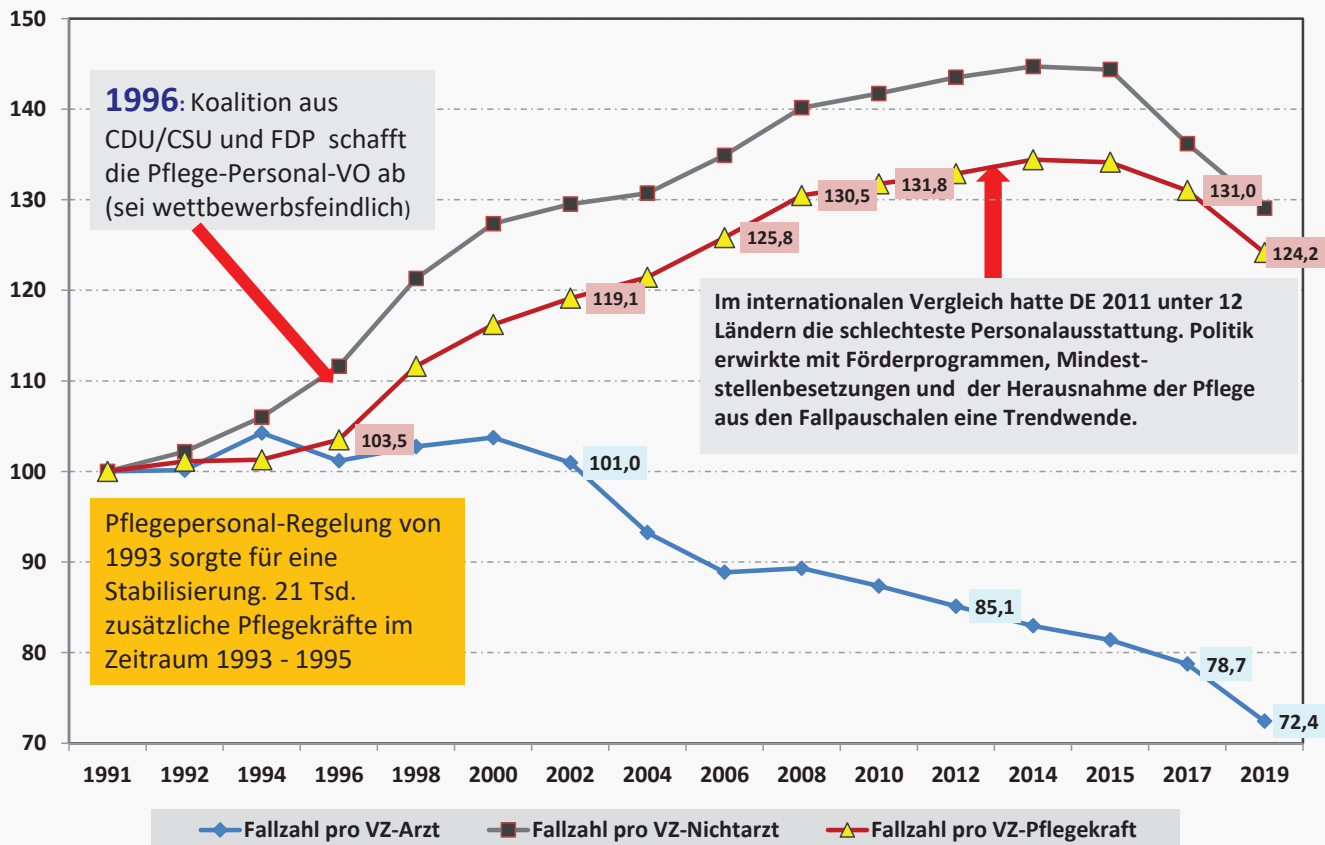
3.3b

Massive Verschlechterung der Relation von Nicht-Ärzten auf Ärzte als logische Konsequenz der Vermarktlichung unter dem DRG-Regime



Quelle: Gesundheitsberichterstattung (Destatis + RKI) - Vollkräfte in Krankenhäusern und Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen; eigene Auswertung

Pflegenotstand im Kliniksektor als Preis der Ausrichtung auf Markt und Gewinn: Entwicklung der Fallzahlen pro Vollzeit-Ärzte und Vollzeit-Pflegekräfte (1991 = 100)



Quelle: Destatis-Krankenhausstatistik vom 10.03.21, Grunddaten der Krankenhäuser 2019, Fachserie 12, Reihe 6.1

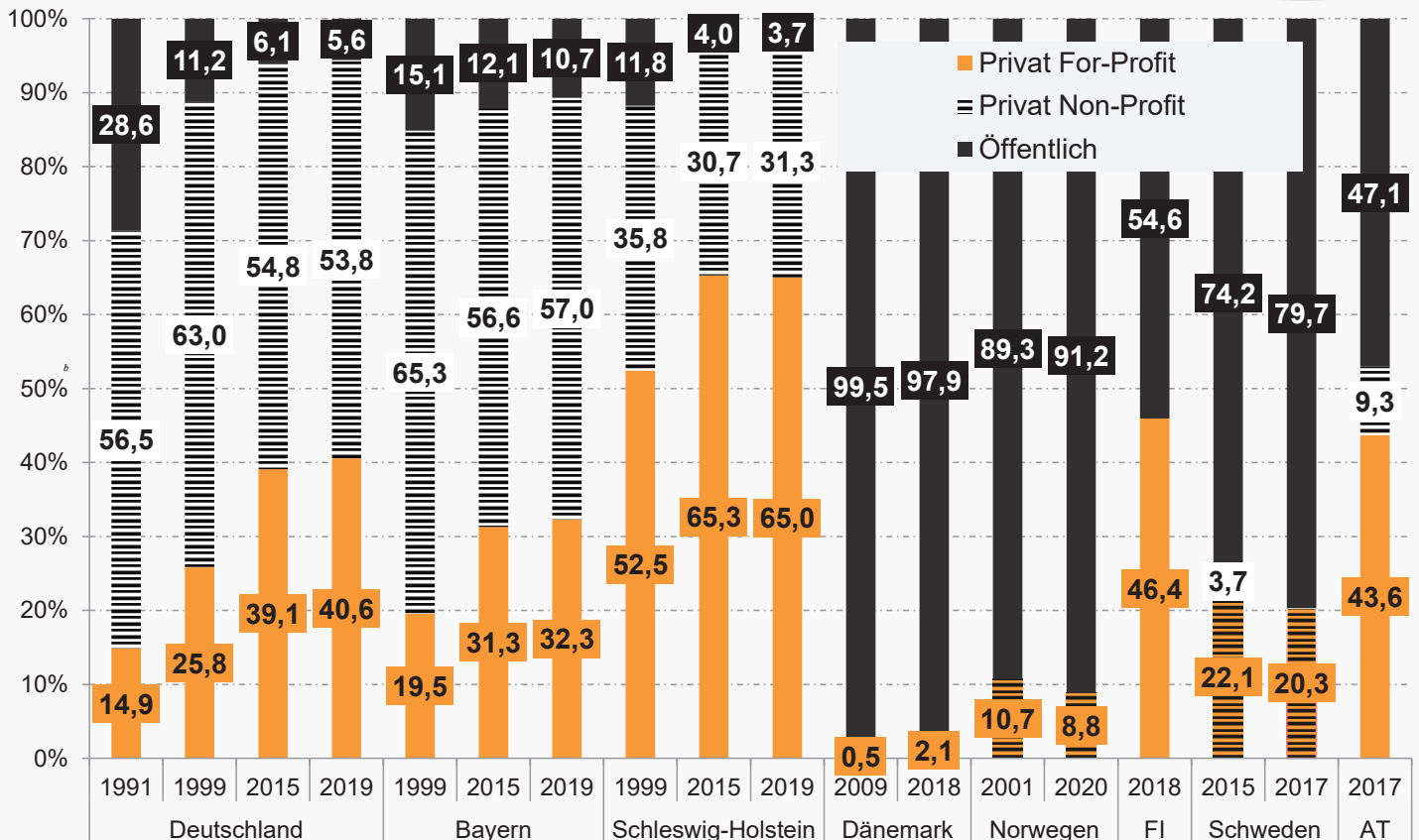
29

Memo-Sommerschule 08.09.21: www.dr-heintze-beratung.de

3.4

Pflegeheime: Fast kein öffentliches Angebot mehr (Schweden: incl. häusliche Pflege)

Dr. Heintze



Quellen: Amtl. Statistik; Österreich (AT): <http://www.ngz-austria.at/ngz-haeuser/zahlen-daten-fakten/>

Memo-Sommerschule 08.09.21: www.dr-heintze-beratung.de

Bremer Studie von Rothgang/Wolf-Ostermann (Online-Befragung nach der 1. Welle; freiwillige Teilnahme) mit folgenden Hauptergebnissen:

- **Ambulante Versorgung:** Destabilisierung der Versorgungssituation, u.a. weil teilstationäre Angebote fehlten, Verfügbarkeit ausländischer Betreuungskräfte wegfiel (42% Betroffenheit).
- **Pflegeheime:** 50% der Todesfälle, obwohl weniger als 1% der Bevölkerung im Pflegeheim lebt; Sterblichkeit ist fünfzigmal so hoch wie im Rest der Bevölkerung.
- **Stark erhöhtes Risiko für das Pflegepersonal,** weil Pflege ohne körperliche Nähe nicht möglich ist. Bei den ambulanten Diensten lag der Anteil infizierter Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter doppelt so hoch war in der Normalbevölkerung. Folge: Personalausfälle
- **Personelle Unterbesetzung rächt sich:** Vor der Pandemie minderten viele Heime die Notlage durch den Rückgriff auf ehrenamtlich Tätige und die Delegation bestimmter Betreuungsaufgaben an Angehörige. Diese Ressourcen fielen in der Pandemiesituation weg und gleichzeitig stieg die Erkrankungsrate beim Personal. Folge: **Pflegerische Mindeststandards waren nicht mehr gewährleistet.**
- **Wirksamer Schutz ist möglich:** Unter den antwortenden ambulanten Diensten blieben drei Fünftel und unter den Heimen drei Viertel von COVID-19-Erkrankungen verschont.
Erfolgsfaktoren: **(1)** Umgehende Schulung des Personals im Umgang mit der Pandemie. **(2)** Rasche Durchführung von Isolierungsmaßnahmen, **(3)** Eigenes Personal (Physiotherapeuten, Fußpfleger usw.) statt Fremdpersonal; **(4)** Angepasste Nutzung von digitalen Techniken/Programmen (Skype, Whats App, Jitsi, ZOOM), um Videokontakte mit Angehörigen, Freunden, Ärzten abzuhalten.

Von einem **geschönten Bild** ist auszugehen, da sich Dienste mit besonders schlechter Personalausstattung an der Befragung eher nicht beteiligt haben

Literatur: Institut für Public Health und Pflegeforschung (IPP)/SOCIUM Forschungszentrum Ungleichheit und Sozialpolitik (2020): Zur Situation der Langzeitpflege in Deutschland während der Corona-Pandemie, Bremen: Download der Studie unter: https://www.uni-bre-men.de/fileadmin/user_upload/fachbereiche/fb11/Aktuelles/Corona/Ergebnisbericht_Coronabefragung_Uni-Bremen_24062020.pdf

Memo-Sommerschule 08.09.21: www.dr-heintze-beratung.de

4

Pflegekrise im Spiegel des Care-Klima-Index 2019 und 2020

Dass die Arbeitsbedingungen **schlecht** sind, sagen **60%** (2017: 51%). 37 Prozent sagen: Arbeitsalltag hat sich verschlechtert. Dies sind 18 Prozentpunkte mehr als 2017. 4 von 10 Pflegenden sehen bei ihren Arbeitgebern keine Aktivitäten zur Personalbindung durch bessere Arbeitsbedingungen. **Besonders schlecht wird die Lage der ambulanten Pflege eingeschätzt.** Hier erhöhte sich der negative Wert um 12 Prozentpunkte auf jetzt **56 Prozent**. Die meisten schauen düster in die Zukunft. Einziger Lichtblick: Pflegenden fühlen sich zwischenzeitlich stärker von der Politik wahrgenommen, bewerten die Reformen aber negativ. Brachten keine Besserung; 41% der Fachkräfte bewerten sie als zusätzliche Last

Quellen: <https://www.pflegen-online.de/pflegekrise-arbeitgeber-reagieren-traege> (PM 14.01.2020); <https://www.aerztezeitung.de/Politik/Trotz-Reformmarathon-Pflegekraefte-fuehlen-sich-als-fuenftes-Rad-am-Wagen-421016.html>

Gesundheitspolitik nach Corona: Abschied von kurzatmiger Reparaturpolitik?

- Politik reagiert mit kurzatmigen Reparaturversuchen; die Marktlogik bleibt unangetastet
- Echte Aufwertung der Pflege bleibt blockiert – auch aus verdeckten Gründen
- Von der marktgesteuerten zur offenen Klinikschließungspolitik:
 - Lernen von Dänemark, aber richtig
- Wiederaufbau der kommunalen Gesundheitsämter bedarf struktureller Absicherung

Selbstverwaltung scheitert, Politik verwaltet den Mangel mit kurzatmigen Reparaturversuchen – Blick auf die Krankenhauspflege I

(1) Pflegestellen-Förderprogramm (KH-Strukturgesetz von 2015)

- Förderung von bis zu **6000** zusätzlicher Pflegestellen mit KH-Eigenanteil von 10%
- **Ergebnis:** Umsetzung erfolgt sehr schleppend

(2) Auftrag der Politik an die Selbstverwaltung (SGB V, § 137i): Sollen sich bis zum 30.06.2018 in 6 pflegesensiblen Bereichen auf **Personaluntergrenzen** verständigen, die ab 1.1.2019 in Kraft treten. Mit der Ermittlung der Datengrundlagen beauftragten GKV und DKG die Wirtschaftsprüfungsgesellschaft KPMG, deren Gutachten über keinerlei pflegewissenschaftliches Fundament verfügt. **Ergebnis: Keines.** Krankenhäuser mit der schlechtesten Personalausstattung sollten als Zukunftsnorm herhalten. Darüber Dissens.

(3) Ministerverordnung vom 23.08.2018 und Pflegepersonal-Untergrenzenverordnung (PpUGV) vom 5.10.2018: Für **4 sensible Bereiche** hat das BGM mit Wirksamkeit ab 1.1.19 Personaluntergrenzen (max. Patientenzahl pro Pflegekraft) festgelegt (z.B. Tagesschicht: 2,5:1 in der Intensivmedizin; 10:1 in der Geriatrie; Kardiologie 12:1; Nachtschicht: 3:1 in der Intensivmedizin; max. 20:1 in der Geriatrie).

(4) Pflegekosten werden aus den Fallpauschalen ausgegliedert; Pflegepersonalkostenvergütung basiert seit 2020 auf einem krankenhausindividuellen Pflegebudget, das allerdings an die Vergangenheit andockt.

Selbstverwaltung scheitert, Politik verwaltet den Mangel mit kurzatmigen Reparaturversuchen – Blick auf die Krankenhauspflege II

(5) Die BGM-Verordnung sollte außer Kraft treten, sobald die Selbstverwaltung doch noch eine Einigung erzielt haben würde. Sie erhielt vom BGM den Auftrag, bis zum 01.01.2020 für weitere pflegesensitive Bereiche Pflegepersonaluntergrenzen zu vereinbaren. **Scheitert erneut.**

(6) Wegen der coronabedingt besonderen Belastungen vieler KH werden die Personaluntergrenzen in **2020 temporär ausgesetzt** (1.3.20 - 31.12.20). **Selbstverwaltung sollte sich bis 8-2020 auf Untergrenzen verständigen**. Scheitert erneut. Aktuell gibt es deshalb nun die

„Verordnung zur Festlegung von Pflegepersonaluntergrenzen in pflegesensiblen Bereichen in Krankenhäusern für das Jahr 2021 (Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung – PpUGV)“ datiert vom 9.11.2020 (BGBl. I S. 2357).

Ein Teil der KH hat erhebliche Probleme, auch nur die Mindestpersonalstärken einzuhalten. Anfang 2020 musste deshalb mehr als ein Drittel der Kliniken auf ihren Intensivstationen zeitweise bereits Betten sperren. Auch aktuell können die Mindestbesetzungen in vielen Kliniken nicht eingehalten werden.

Dabei: Die vom BGM erlassenen Pflegepersonal-Untergrenzen bilden keine Sollvorgaben, die auf einer pflegewissenschaftlichen Personalbemessung basieren, sondern haben lediglich die **Funktion des Patientenschutzes**. Vielfach werden sie weiterhin gerissen.

Blick auf Pflegeheime: Personalbemessung ist erfolgt; Umsetzung unklar

•Dr. Heintze

Personalbemessung in den Pflegeheimen

- Politik hat die Selbstverwaltung (Kassen und Leistungserbringer) beauftragt, bis **zum 30. Juni 2020** ein **Personalbemessungsverfahren** nach § 113c SGB XI für Pflegeeinrichtungen zu entwickeln und es dann in die Landesrahmenverträge nach § 75 SGB XI einfließen zu lassen. Der Auftrag ging an die Universität Bremen (Prof. Rothgang)
- **Ergebnis:** Ist 2019: 321.912 Vollzeitäquivalente; Soll 2019: **Plus 116.532 Vollzeitstellen**, (5.672 Fachkraft-; 110.860 Assistenzkraftstellen): „*Die Einrichtungen brauchen 36 Prozent mehr Personal, als sie es heute auf Basis der Stellenschlüssel haben. Oder anders formuliert: Es gibt einen Mehrbedarf von mehr als 100.000 Vollzeitäquivalenten. Bei den Pflegefachkräften liegt der Personalmehrbedarf bei 3,5 Prozent, bei den Pflegeassistentenkräften bei 69 Prozent. Es fehlen also vor allem qualifizierte Assistenzkräfte mit 1- bis 2-jähriger Ausbildung nach Landesrecht.*“ (Prof. Rothgang im 7. August 2020 im Gespräch mit Brigitte Teigeler/Deutscher Pflegetag)
- **Die Umsetzung hätte 2020 starten müssen. Dies ist nicht erfolgt. Es fehlen die Voraussetzungen. (1) Um das nötige Personal zu rekrutieren hätte** es bei der Aufwertung der Altenpflege Fortschritte geben müssen. Das ist nicht erfolgt; der Personalmangel hat sich weiter zugespitzt. **Die kommerziellen Heime** (Teil der Selbstverwaltung) **wollen die Standards absenken und hauptsächlich unqualifizierte Billigkräfte beschäftigen. (2) Die Nicht-Durchsetzung** einer zukünftig strikt generalistischen Ausbildung erleichtert die Degradierung der Altenpflege. Die Durchsetzung eines flächendeckenden Tarifvertrages ist an zögerlicher Politik und kirchlichen Falschspielen gescheitert. **(3) Politik drückt sich vor der Finanzierungsfrage. Folge:** Nur Teilumsetzung geplant mit Start ab 2023 und unter Genehmigungsvorbehalt der Bundesländer (https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/K/Konzertierte_Aktion_Pflege/Roadmap_zur_Einfuehrung_eines_Personalbemessungsverfahrens.pdf)

SOCIUM Forschungszentrum Ungleichheit und Sozialpolitik et al. (2020): Abschlussbericht im Projekt „Entwicklung und Erprobung eines wissenschaftlich fundierten Verfahrens zur einheitlichen Bemessung des Personalbedarfs in Pflegeeinrichtungen nach qualitativen und quantitativen Maßstäben gemäß § 113c SGB XI, Bremen

Memo-Sommerschule 08.09.21: www.dr-heintze-beratung.de

Arztzentrierung und geringe Wertigkeit pflegender Berufe sind 2 Seiten einer Medaille

Dr. Heintze

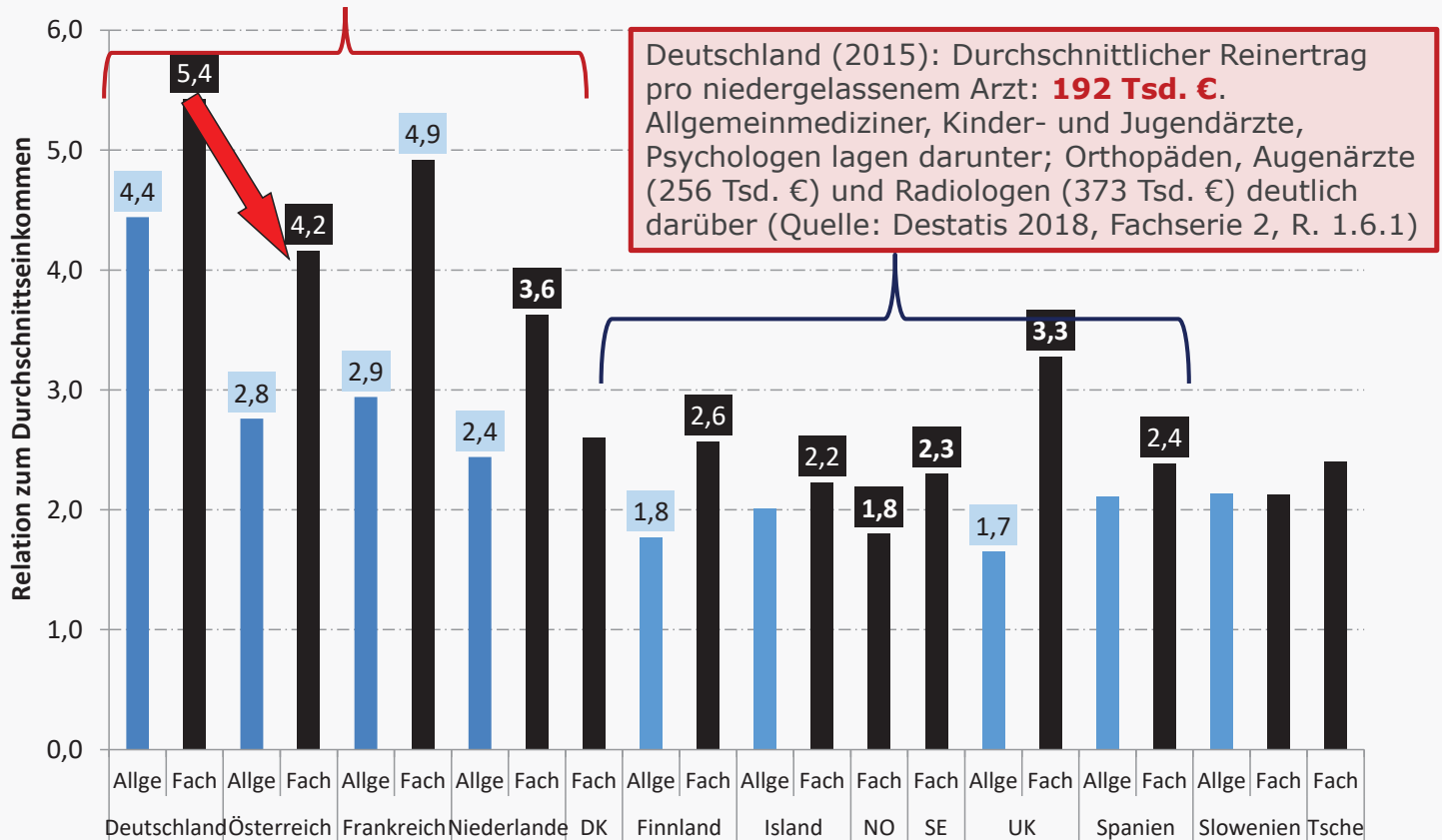
Medizin zu Pflege in Deutschland

- **Medizinstudium (6 Jahre) contra Pflegeausbildung (3 Jahre) an primär privaten „Gesundheitsschulen“**
- **Formales Qualifikationsniveau (EQR(DQR))**
Medizin: Stufe 7/8
Pflege: Stufe 4
- **Kein Register der anerkannten Pflegefachpersonen**
- **Hierarchisierung mit ärztlichem Weisungsvorbehalt**
- Nur Ärzte dürfen Diagnosen stellen, Verordnungen tätigen usw.
- **Pflegerisches Handeln ist von medizinischen Denkmodellen geprägt** (Pflege als Heilhilfsberuf)
- Extrem hohe (**extrem niedrige**) Berufsautonomie der Ärzte (**PflegerInnen**)
- Leitung medizinischer Einrichtungen (Krankenhäuser, Gesundheitszentren) ist Ärzten vorbehalten
- **Die Altenpflege steht in der Hierarchie ganz unten.** Altenpflegefachkräfte verdienen bis zu 500 €/mtl. weniger als KrankenpflegerInnen

Medizin zu Pflege in SKAN + UK (+ ES...)

- **Medizinstudium dauert meist 6 Jahre, Pflegestudium dauert 3,5 bis 5 Jahre**
- **Formales Qualifikationsniveau (EQR(DQR))**
Medizin: Stufe 7/8
Pflege: Stufe 6
- **Berufsanerkennung durch Eintrag in ein Register; Verpflichtung zur laufenden Weiterbildung**
- **Keine Hierarchisierung mit ärztlichem Weisungsvorbehalt**
- In eingeschränktem Rahmen darf Pflege Diagnosen stellen, Verordnungen tätigen usw./
- **Pflegerisches Handeln ist durch pflegerische Denkmodelle geprägt** (grundständige Akademisierung)
- Ärzte und PflegerInnen verfügen über eine **hohe Berufsautonomie** > begegnen sich daher auf Augenhöhe
- Leitung medizinischer Einrichtungen (Krankenhäuser, Gesundheitszentren) durch Ärzte oder Pflegeprofis
- **Die Altenpflege (Geriatric Nurse) steht in der Hierarchie teilweise über der Medical Nurse.**

Ärztlicher Widerstand gegen Aufwertung der Pflege dient finanziellen und machtpolitischen Interessen: Arzteinkommen relativ zu durchschnittlichen Einkommen im Systemvergleich 2017



Quelle: OECD 2019, Health Statistics Nov. 2019, eigene Auswertung

37

4.4 Verdi erreicht ordentlichen Tarifabschluss, der die meisten Pflegekräfte aber nicht erreicht

Tarifbindung (Flächentarifvertrag)			
	Insgesamt	Pflegeheime	Erläuterung
Verdi konnte im Herbst 2020 für den Öffentlichen Dienst einen respektablen Tarifabschluss erreichen: (1) Entgeltsteigerung in der Pflege von durchschnittlich 8,7%, bei den Intensivpflegekräften knapp 10% (Laufzeit bis zum 31.12.2022). (2) Corona-Prämie; (3) ab März 2021 Pflegezulage von 70 € (ab März 2021), ab 2022 120 €. (Ver.di-PM vom 25.10.20). Problem: Die meisten Pflegekräfte werden von dem Tarifvertrag nicht erfasst			
Deutschland	Sozialdienste insgesamt: 1/3	10%	Private For-Profit-Arbeitgeber sind überwiegend nicht tarifgebunden; Kirchliche Träger machen Sonderrechte geltend; öffentliche Träger haben sich marginalisiert
Belgien	Rd. 100%	100%	
Österreich	Rd. 95%	95%	Alle in der Wirtschaftskammer vertretenen Arbeitgeber (auch die Caritas!!!) müssen mit den in der Arbeitnehmerkammer vertretenen Gewerkschaften Tarifverträge abschließen
Dänemark	Fast 100%	100%	ÖD: 100% (Deckungsgrad: 89% der ET); ein paar kleine Privatdienstleister sind nicht tarifgebunden
Finnland		80 – 90%	ÖD (Kommunen): 100%; Private DL sind nur teilweise tarifgebunden
Schweden	Sozialdienste insgesamt: 73%	80 – 90%	ÖD: 100%; private DL sind nur teilweise tarifgebunden
Norwegen		100%	
Island		100%	

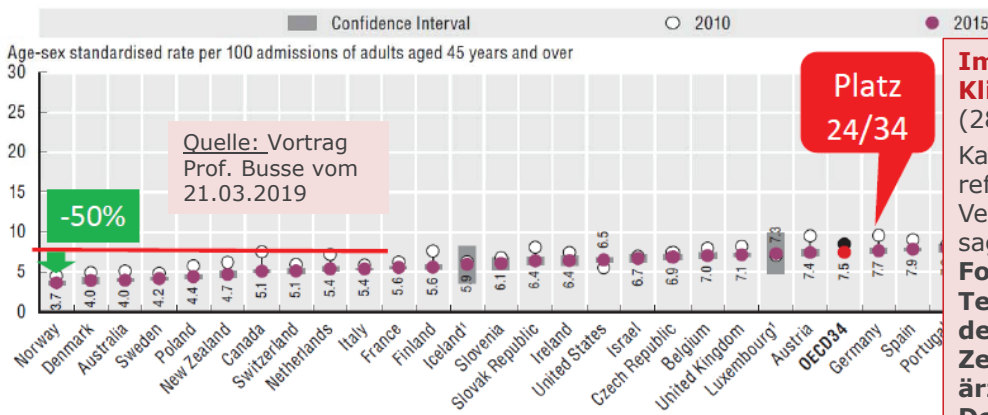
Quellen: 1) Für DE, UK, BE, AT, DK, FI, SE: Eurofound (2020): Longterm care workforce. Employment and Working conditions, Luxembourg, S. 52ff. 2) IS, NO: Nationale Statistik

38

Klinikabbaupolitik (Prof. Busse, Bertelsmann-Stiftung etc.) argumentiert mit dem dänischen Vorbild

Argument: Schließung von ca. 600 Kliniken = bessere Ausstattung der verbleibenden 1.200 KH = weniger Todesfälle bei z.B. Herzinfarkten. Medizinische Versorgungszentren übernehmen Teil der Fälle, die derzeit in Kliniken auflaufen

6.17. Thirty-day mortality after admission to hospital for AMI based on unlinked data, 2010 and 2015 (or nearest years)



Impulse für Deutschlands Kliniken aus Dänemark (28.04.2021)

Kann Dänemarks Krankenhausreform Impulse für die deutsche Versorgungslandschaft setzen? Ja, sagen die Beteiligten eines **Forschungsprojekts der Technischen Universität Berlin, des BKK Dachverbands, des Zentralinstituts der kassenärztlichen Versorgung und des Deutschen Krankenhausinstituts**, die sich zwei Jahre lang im engen Austausch mit Expertinnen und Experten aus der dänischen und deutschen Versorgungslandschaft damit beschäftigt haben.

<https://www.bkk-dachverband.de/innovation/innovationsfonds/impulse-fuer-deutschlands-kliniken-aus-daenemark>; 3.9.21

Vorbild Dänemark? Leopoldina 2016

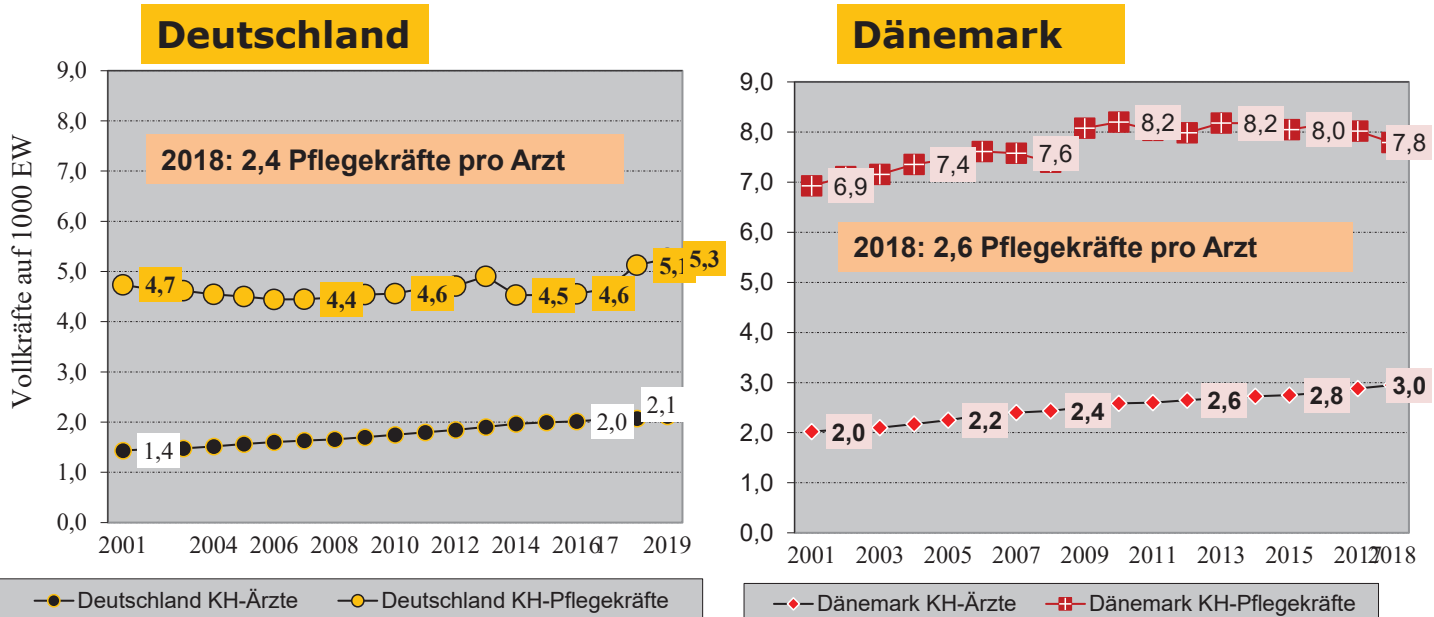
Hätte Deutschland die Krankenhausstruktur von Dänemark mit einem Krankenhaus pro 250.000 Einwohner, wären es bei uns 330 – und alle mit CT, MRT (Magnetresonanztomographie) und Fachärzten für Innere Medizin/Kardiologie, Allgemeinchirurgie, Unfallchirurgie und Anästhesie/ Intensivmedizin, die rund um die Uhr und an allen Tagen der Woche verfügbar sind. Die dänische Krankenhausstruktur ist das Resultat einer landesweit abgestimmten Reform, die für rund 1.000 Euro pro Kopf der Bevölkerung viele kleinere ältere Krankenhäuser durch wenige neue ersetzt hat.

Memo-Sommerschule 08.09.21: www.dr-heintze-beratung.de

39

4.6b

Suggestiert wird, dass weniger Krankenhäuser schon mit heutigem Personal zu einer besseren Personalausstattung führen
Entwicklung der KH-Ärzte und Pflegekräfte auf 1000 EW (Vollzeitkräfte) im Vergleich



Nicht die Herausnahme einzelner Häuser aus der Versorgung gefährdet die Gesundheit, sondern die Ausrichtung der Versorgung auf Wettbewerb und Gewinnerwirtschaftung und das Fehlen sektorübergreifender Versorgung. Schlichter Kapazitätsabbau löst das Problem nicht

Wir brauchen eine Reform der gesamten Versorgungsstrukturen:

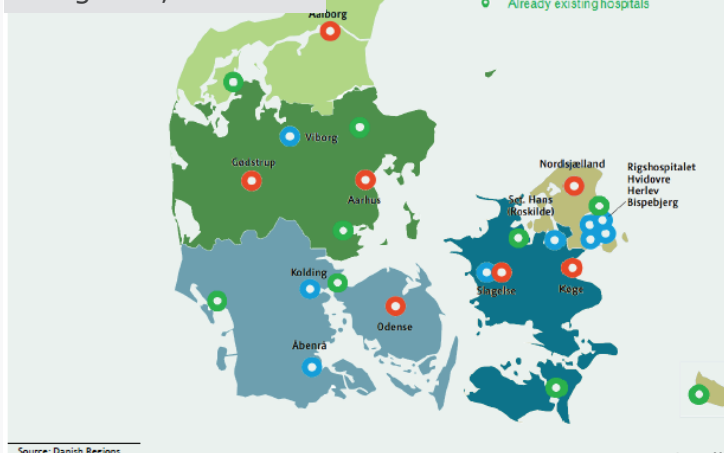
Dazu muss das Wettbewerbsdogma begraben, die öffentliche Leistungserbringung ausgebaut und die kommerzielle abgebaut werden (auch durch Herausnahme kommerzieller Kliniken aus der öffentlich refinanzierten Versorgung).

Finanzierungsregel:

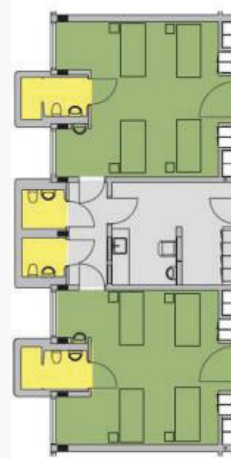
60% Regierung

40% Regionen

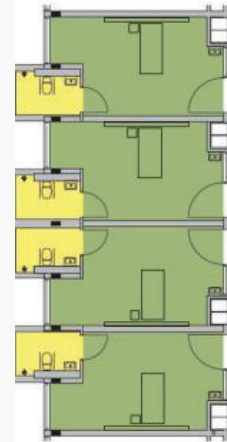
Budget: 6,5 Mrd. €



Before:
4 beds room



After:
Can be used
with 1 bed



Nyt Hospital Hvidovre

Quellen: Danish Health Ministry; Danish Regions (u.a.)

Dänemark: Die Versorgungsstrukturen sind hoch-integriert und ganz überwiegend in öffentlicher Hand. Privatkliniken dienen als Flexibilitätsreserve (ganz andere Funktion als in Deutschland). Mit **der Personalausstattung von DK wären im DE-Krankenhausbereich 266 Tsd. Pflegevollkräfte mehr beschäftigt** (Quelle: Böckler-Studie). Gesundheitszentren sind kommunal und von Pflegeprofis geführt. Wettbewerb ist strikt limitiert. Und: Das System ist **aus einer Hand heraus voll digitalisiert**.

41

Memo-Sommerschule 08.09.21: www.dr-heintze-beratung.de

Gescheiterte Digitalisierung im deutschen Gesundheitssystem:

Auch ein Beispiel für das Scheitern der Selbstverwaltung

Deutschland:

- **Gesetzliche Auftragserteilung an die Selbstverwaltung** (Ärzttekammern, Kassenärztlicher Bundesvereinigung, GKV, Krankenhausgesellschaft): Soll bis **zum 1. Januar 2006** eine elektronische Gesundheitskarte mit digitalen Anwendungsmöglichkeiten an den Start bringen.
- **Januar 2005: Gründung der Gematik GmbH** (Gesellschaft für Telematikanwendungen der Gesundheitskarte mbH) durch die **Spitzenverbände der Selbstverwaltung**. **Zweck:** Einführung, Pflege und Weiterentwicklung der elektronischen Gesundheitskarte (eGK) und ihrer Infrastruktur. Gesellschafter: Krankenkassen 50%; Verbände der Ärzte, Zahnärzte, Krankenhäuser und Apotheker: 50% Prozent.
- **2005 bis 2015: Ärztliche Blockade (Ärzttekammer, KVen) unterminiert die Auftragserfüllung.**
- **Oktober 2015: Klage des Patientenbeauftragten und jetzigen NRW-Gesundheitsministers Laumann:** „Man hat bereits eine Milliarde Euro für die Entwicklung der Gesundheitskarte ausgegeben. Der Großteil davon ist weg. Durch diverse Machenschaften ist sehr viel Geld der Versicherten versenkt worden“. (zit nach HAZ vom 23.10.2015).
- **2019: Bundesgesundheitsminister Spahn beendet die Blockade durch staatliche Intervention. Das Gesundheitsministerium übernimmt 51% der Gesellschaftsanteile hält und ändert den Gesellschaftsvertrag dahingehend, dass Entscheidungen mit einfacher Mehrheit getroffen werden.** (Änderung über Bepackung des Terminservice- und Versorgungsgesetzes (TSVG), das am 11. Mai 2019 in Kraft trat - BGBl. I, 2019, Nr. 18, S. 646). Ärztevereinigungen sind jetzt in der Minderheit. Geißeln das Vorgehen als Anschlag staatlichen Putsch und Anschlag auf die Selbstverwaltung.
- Krankenkassen nun verpflichtet, ihren Mitgliedern bis zum 1.1.2021 elektronische Patientenakten zur Verfügung zu stellen.

Ergebnis: Fragmentiertes System krankenkassenindividuelle Einzellösungen mit vielen Schnittstellen:

"TK-Safe" der Technikerkrankenkassen zusammen mit IBM; Digitales AOK-Gesundheitsnetzwerk mit ITSG GmbH als Betreiber, Vivy-App fürs Smartphone von DAK und Barmer usw.

42

Der öffentliche Gesundheitsdienst (ÖGB): 4 große Aufgabenbereiche

Infektionsschutz:

- verhindern, dass sich übertragbare Krankheiten in der Bevölkerung ausbreiten.
- Bei neu auftretenden Epidemien Erreger bekämpfen und Infektionsketten unterbrechen.

Gesundheitsfürsorge:

- Kinder- und Jugendärztlicher Dienst (KJGD) + Kinder- und Jugendpsychiatrischer Dienst (KJpD),
 - Zahnärztliche Dienst (Zahnstatuskontrolle und Gruppenprohylaxe),
 - Behindertenbetreuung und Angebote von Sozialmedizin und Sozialpsychiatrie.
- Individualmedizinische Ansätze werden dabei mit gruppenbezogenen Ansätzen kombiniert.

Gesundheitsvorsorge:

- Gesundheitliche Aufklärung, Leistungen der Gesundheitserziehung und -beratung an.
- Erfassung und Dokumentation des Gesundheitszustandes der Bevölkerung (Gesundheitsberichte)

Gesundheitsüberwachung, Arbeitsschutz und Umweltmedizin

Gruppen-Kariesprophylaxe des Jugendzahnärztlichen Dienstes der Gesundheitsämter ist eine Erfolgsgeschichte. Beim Start Ende der 80er Jahre hatten nur 12,4 Prozent der 12-Jährigen ein **kariesfreies Gebiss**, 2005 waren 70,1 Prozent (Fünfte Deutsche Mundgesundheitsstudie 2016, S. 37).

Barmer-Zahnreport von 8-2020 für Sachsen: 2018 nutzten nur etwa **40 Prozent** der Familien mit Kindern zwischen zweieinhalb und sechs Jahren zahnärztliche Früherkennungsuntersuchungen. Mehr als die Hälfte der 2 – 6jährigen Kinder waren nicht zur Kontrolle (<https://www.barmer.de/presse/bundeslaender-aktuell/sachsen/aktuelles/zahnreport-sachsen-karies-254906>)

In über 200 sächsischen Kitas und Schulen fehlen Zahnärzte, die mit Kindern + Jugendlichen arbeiten (<https://www.lagz-sachsen.de/freie-einrichtungen.html>; 6.9.20). In Skandinavien übernehmen dies Dental School Nurses (schulische ZahngesundheitspflegerInnen). In Deutschland besteht die Alternative zum Zahnarzt in der Nichtversorgung.

Stärkung des ÖGD nur eine Eintagsfliege oder nachhaltiger Ausbau als 3. Säule des Gesundheitssystems?

Pakt für den öffentlichen Gesundheitsdienst (MPK-Beschluss vom 29.09.2020)

Bund: Bereitstellung von 4 Mrd. € für Personal, Digitalisierung und moderne Strukturen. Förderzeitraum 6 Jahre ab 2021

Ziele:

- Bis Ende 2021 sollen mindestens 1.500 neue Stellen geschaffen und mit ÖGD-ÄrztInnen sowie Fach- und Verwaltungspersonal besetzt werden;
- Bis Ende 2022 sollen weitere 3.500 Vollzeitstellen hinzukommen.

Ausbau der Verbindung zur Wissenschaft, zur Prävention und Gesundheitsplanung.

Digitalisierung

Neben dem Mehr an Personal ist die **Digitalisierung Programmschwerpunkt**. Kurzfristig geht es hier darum, die bereits 2014 vom Helmholtz Zentrum für Infektionsforschung in Kooperation mit dem Robert Koch Institut entwickelte open-source **Software SORMAS** (Surveillance Outbreak Response Management and Analysis System) in allen Gesundheitsämtern zum Laufen zu bringen. Bund und Länder hatten sich das Ziel einer **90%igen Anschlussrate** bis zum Jahres-wechsel gesetzt. Tatsächlich erreicht wurde bis zum 31.12.2020 nach WAZ-Recherche jedoch nur eine Anschlussrate von **rd. 30 Prozent** (WAZ 17.01.21: <https://www.waz.de/politik/corona-sormas-software-gesundheitsaemter-pandemie-deutschland-id231346212.html>; 21.01.21). Bis Ende 2022 dann soll das „Deutsche Elektronische Melde- und Informationssystem für den Infektionsschutz“ (DEMIS) zur Verfügung stehen (vgl. BT-Drs. 19/25540 v. 21.12.20).

Stand Frühjahr 2021: Sormas ist in rd. 80% der Ämter installiert, aber teilweise nicht in Betrieb genommen. Grund: Ämter betreiben teilweise eigene Programme und sehen Nachteile, wenn Umstellung auf ein neues Programm erfolgt, das für die Nachverfolgung von Infektionsfällen zwar gut geeignet ist, wo aber Schnittstellen zu anderen Fachaufgaben fehlen. Das Verschlafen der Digitalisierung durch den deutschen Staat hat eben zu einem **Wildwuchs** geführt, der sich schwer begründen lässt.

Damit es zu einer nachhaltigen Stärkung der Gesundheitsämter kommt, müsste eine Verankerung im GG erfolgen. (Aufnahme in die Gemeinschaftsaufgaben von Artikel 91a oder 91b). So ließe sich die Beteiligung des Bundes an der Finanzierung verstetigen und auch sicherstellen, dass der ÖGD endlich in die Gesundheitsberichterstattung aufgenommen wird.



Vielen Dank für Eure
Aufmerksamkeit