

Die Leistungsfähigkeit eines Gesundheitssystems wird international anhand des Anteils der Gesundheitsausgaben am Bruttoinlandsprodukt, der Zahl medizinischen Personals und der vermeidbaren Todesfälle pro Kopf der Bevölkerung bewertet. Als vermeidbar werden Sterbefälle bezeichnet, die bei angemessener Krankheitsprävention oder Therapie hätten verhindert werden können. Nach dem letztgenannten Qualitätskriterium steht Deutschland im internationalen und europäischen Vergleich gut da. Sars-CoV-2 führt als Virus im Menschen zu einer klassischen Infektion, insbesondere der oberen Atemwege und der Lunge. Diese spezifische Lungenerkrankung wird als Krankheit Covid-19 (Coronavirus disease 2019) bezeichnet und ist in der schwersten Verlaufsform vor allem durch ein akutes Lungenversagen mit sehr hoher Sterblichkeit im Rahmen einer Sepsis beziehungsweise eines septischen Schocks gekennzeichnet. Die Sterblichkeit pro 100 000 Einwohner variiert unter den zehn bisher von Covid-19 am meisten betroffenen Ländern erheblich. Mit jeweils 0,33 Toten pro 100 000 Einwohnern wies beispielsweise China auf dem Höhepunkt eine vergleichsweise geringe Sterblichkeit aus, wohingegen Frankreich mit mehr als 30, Großbritannien und Italien mit mehr als 40, Spanien mit über 50, Belgien mit mehr als 60 und Schweden mit 2500 Toten pro 100 000 Einwohner die Liste der europäischen Länder mit der höchsten Covid-19-Sterblichkeit anführen.

Bei vermeidbaren Todesfällen europaweit nur Mittelmaß

Nicht unerwartet wurde die Positionierung Deutschlands in diesem Ranking von Spitzenpolitikern genutzt, wiederholt davon zu sprechen, „Deutschland habe eines der besten Gesundheitssysteme der Welt“. Es ist an der Zeit zu hinterfragen, ob dem wirklich so ist. Im europäischen Vergleich ist Deutschland lediglich Spitzenreiter bei den Pro-Kopf-Ausgaben für das Gesundheitswesen, die laut EU-Ländervergleich Gesundheit 2019 40 Prozent über dem EU-Durchschnitt liegen. Hinsichtlich der Zahl der vermeidbaren Todesfälle liegt Deutschland im EU-Länder-Ranking im Mittelfeld. Der EU-Report weist 245 durch Prävention oder Behandlung vermeidbare Todesfälle pro 100 000 Einwohner für Deutschland aus, das heißt etwa 200 000 vermeidbare Todesfälle pro Jahr.

Der beachtliche Erfolg, den Deutschland derzeit bei der Begrenzung der tödlichen Folgen von Covid-19 für sich reklamieren kann, liegt in erster Linie am rechtzeitig einsetzenden, auf wissenschaftlichen Fakten basierten Krisenmanagement der Politik. Sie hatte früh das Ziel der Vermeidung von Covid-19 bedingten Todesfällen ausgegeben. Wichtige Voraussetzungen dafür waren:

- Ein schnell und breit verfügbarer Nachweisetest, der in hohem Maß der in Deutschland vorhandenen wissenschaftlichen Expertise für das Virus und der vorbildlichen Kooperation zwischen Wissenschaft, Ärzteschaft und Politik zu verdanken ist.

- Die entschlossen durch die Politik durchgesetzten Kontaktsperrungen waren in Bezug auf den Verlauf der Infektionszahlen bisher wirksam.

- Durch das Untersagen von planbaren Eingriffen und Interventionen gelang es relativ zügig, stationäre und insbesondere intensivmedizinische Ressourcen vorzuhalten. Das angebotsorientierte gesteuerte Gesundheitswesen in Deutschland verfügt über mehr Intensivbetten und Normalstationsbetten pro Einwohner als andere Länder in Europa.

- Der ambulante Sektor, ein Spezifikum Deutschlands, hat maßgeblich verhindert, dass Krankenhäuser durch infizierte, leicht erkrankte Patienten in ihrer Leistungsfähigkeit paralytisch wurden.

- Ein überdurchschnittlich ausgeprägter Arbeitsschutz hat in Deutschland zu deutlich niedrigeren Zahlen betroffener, d.h. infizierter Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter im Gesundheitswesen geführt als in anderen europäischen Ländern.

Während einige Voraussetzungen im Neuausrichten des Gesundheitssystems, dem Zusammenspiel der dort tätigen Menschen und dem Wirksamwerden ihres Wissens liegen, basiert die zweitgenannte Voraussetzung auf der breiten Akzeptanz der Bevölkerung.

Die Gesellschaft war in Bezug auf Covid-19 nur deshalb bereit, nie da gewesene Einschnitte in die persönlichen Freiheitsrechte und das Wirtschaftsleben zu tragen, weil sie nachvollziehbar durch die Verhinderung von vermeidbaren Todesfällen legitimiert sind. Seit Jahren wird jedoch eine faktenbasierte, lösungsorientierte Debatte über die Mängel unseres Gesundheitssystems vermieden. Sie haben Jahr für Jahr tödliche Folgen für Tausende Bürgerinnen und Bürger. Diese Toten werden allerdings nicht gesehen. Keine täglichen Sondersendungen und Reportagen. Keine wirkmächtigen, bildhaften Vergleiche mit der Situation in anderen europäischen Ländern. Kaum Berichte in den Social-Media-Kanälen. Vorherrschend im Land ist die leise Trauer um Einzelschicksale.

Deshalb ist es eine Frage der Kohärenz und Glaubwürdigkeit, dass die medizinisch, politisch und gesellschaftlich Verantwortlichen nun die bestehenden Mängel unseres Gesundheitssystems mit gleicher Entschlossenheit aufgreifen. Es verwundert, dass auf der einen Seite zu Recht

immense gesellschaftliche und ökonomische Folgen in Kauf genommen werden, um Covid-19 bedingte Todesfälle zu vermeiden, jedoch andererseits seit Jahren akzeptiert wird, dass Tausende Menschen an Krankheiten versterben, die in unserem Gesundheitswesen besser behandelbar oder grundsätzlich vermeidbar wären. Die herausragende Rolle der Politik im Kampf gegen die Corona-Krise steht in starkem Gegensatz zu der Rolle, die die Politik bei der Gestaltung und Steuerung des Gesundheitssystems in Deutschland innehat.

Seit der Sozialgesetzgebung Bismarcks 1883 hat die Politik die Verantwortung für das Gesundheitswesen nach dem Vorbild des dem mittelalterlichen Ständestaats entlehnten Prinzips des Korporatismus an die Interessensverbände der Ärzte, Sozial- und Krankenversicherungen und Krankenhäuser übertragen. Bei seiner Einführung vor fast 140 Jahren war das Prinzip der Selbstverwaltung revolutionär und welt-

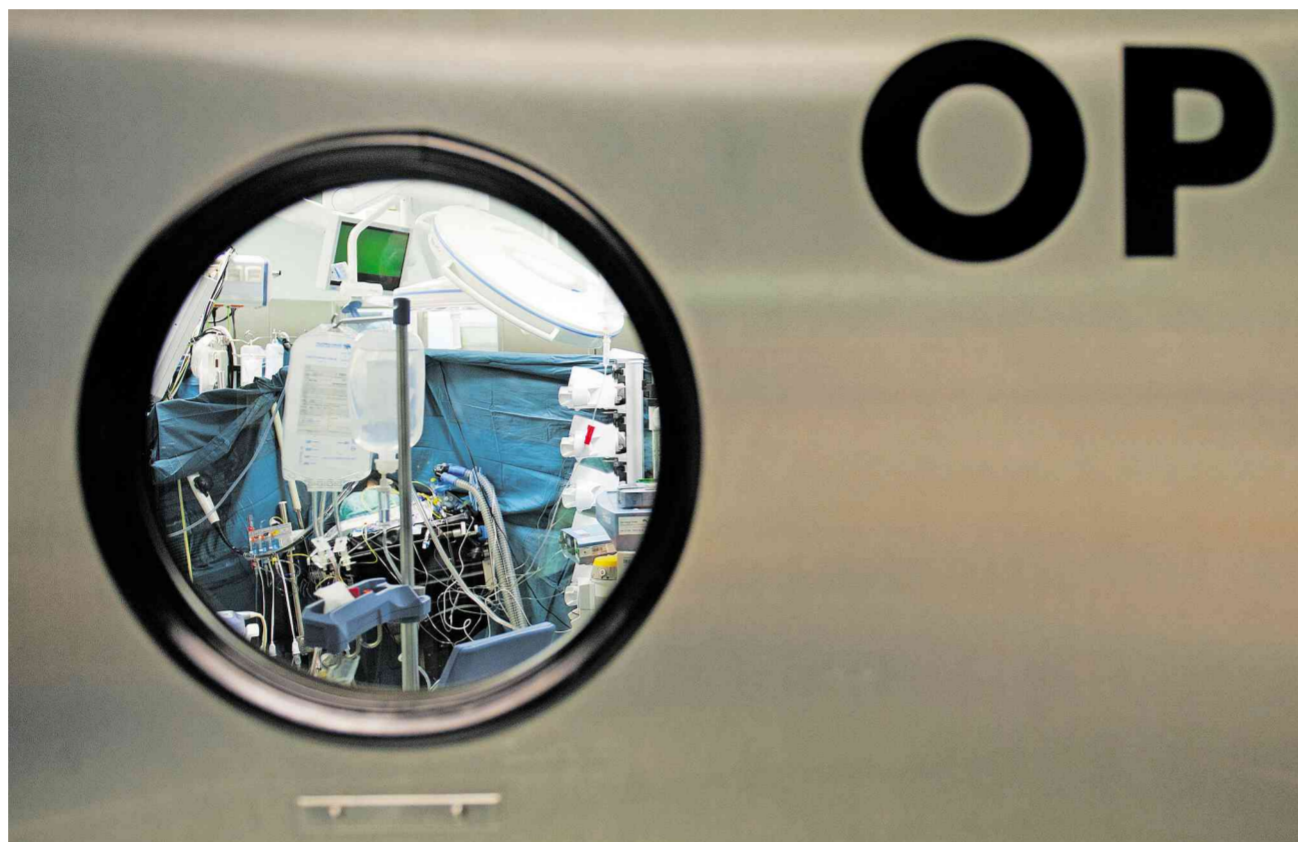
sundheitswesen korrigieren – allein seit 2018 mit 60 derartigen Maßnahmen –, ohne dass damit die unzufriedenstellende Leistungs-, Qualitäts- und Kostenbilanz verhindert werden konnte.

Als Beispiel für eine gescheiterte Reform sei die Einführung des aus Australien entlehnten Diagnose Related Groups (DRGs) Systems in den 1990er Jahren beschrieben. Als Paradigmenwechsel apostrophiert, wurde die bettenbelegungsbezogene Kostenvergütung (tagesgleiche Pflegesätze) durch ein fall- und vermeintlich leistungsbezogenes Vergütungssystem ersetzt. Im Gegensatz zum angestrebten Ziel einer Leistungs- und Transparenzsteigerung hat diese Maßnahme durch systemimmanente Fehlanreize wesentlich zu einer angebotsorientierten Medizin mit Fallzahlerhöhung, Renditeorientierung und Qualitätsverschlechterung im stationären Gesundheitswesen in Deutschland beigetragen. Die Frage, ob schon zu dieser

Schließlich wurde es geschaffen, um Patientinnen und Patienten zu helfen, ihre Gesundheit zu erhalten oder wieder zu erlangen. Eine gesunde Bevölkerung bildet das Rückgrat jeder Volkswirtschaft. Es lohnt sich, Modelle aus anderen Ländern anzuschauen und daraus zu lernen:

Im rein marktwirtschaftlich geprägten Gesundheitssystem der Vereinigten Staaten stehen Patientensicherheit und Versorgungsqualität an erster Stelle. Das zeigen die dort über 200 für alle Krankenhäuser verbindlichen Qualitätsindikatoren, anhand derer sich Patienten transparent über die Behandlungsqualität auf Basis von Komplikations- und Sterblichkeitsraten bei bestimmten Behandlungen informieren können. Die Ausgaben diese rein wettbewerblich aufgestellten Gesundheitswesen lagen 2017 bei 17,1 Prozent des Bruttoinlandsproduktes.

Im staatlich geprägten Gesundheitssystem von Australien werden nur Kranken-



Hinter den Türen vieler deutscher Kliniken herrscht immer noch zu viel Selbstherrlichkeit.

Foto dpa

Tödliche Lücken

Das deutsche Gesundheitssystem wird in der Covid-19-Krise jetzt oft gerühmt. Die Statistik trügt: In der Infektiologie und der Krankenversorgung türmen sich gefährliche Qualitätsmängel.

Von Konrad Reinhart, Annette von Butler und Jürgen Graf

weit vorbildhaft, weil es mit der gesetzlichen Verankerung einer allgemeinen Krankenversicherung und damit einer Gesundheitsversorgung für alle Menschen im Land verbunden war.

Mit der Schaffung des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) hat der Gesetzgeber im Rahmen eines der letzten Reformversuche des Gesundheitswesens 2004 das korporatistische Prinzip in vollem Umfang bestätigt. Dem G-BA kommt im deutschen Sozialrecht eine einzigartige Sonderrolle zu: Er ist als „Organ der Selbstverwaltung im Gesundheitswesen“ de facto in der Rolle eines „Gesetzgebers“ im Gesundheitswesen. Die Rolle der Politik ist auf die Rechtsaufsicht durch das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) beschränkt. Das gesamtgesellschaftliche Interesse ist im G-BA unglücklicherweise konstitutionell nicht verankert. Einige wenige Vertreter von Patientenorganisationen haben dort Antrags-, aber kein Stimmrecht.

40 Prozent der Kliniken operieren ohne ausreichende Expertise

Dies bedeutet zwangsläufig, dass die Entscheidungen dieses Gremiums stark von den verständlichen Partikularinteressen der dort vertretenen Interessenvertreter der gesetzlichen Krankenkassen und der Leistungserbringer (Kassenärztliche und Kassenzahnärztliche Bundesvereinigungen, Deutsche Krankenhausgesellschaft) geprägt sind. Es ist durch eine Vielzahl von wissenschaftlichen Publikationen belegt, dass in Deutschland Tausende unnötige Todesfälle und Komplikation dadurch zu beklagen sind, dass in ca. 40 Prozent der deutschen Kliniken Operationen und Eingriffe durchgeführt werden, obwohl dafür keine ausreichende medizinische Expertise oder Ausstattung vorliegt.

Durch ihre dominierende Rolle tragen die Organe der Selbstverwaltung im Gesundheitswesen einen großen Teil der Verantwortung für die strukturellen Fehlentwicklungen, Qualitätsmängel und die Unwirtschaftlichkeit des deutschen Gesundheitssystems im Verlauf der letzten Jahrzehnte. Die Parlamentarier können zwar jederzeit mit Gesetzen und Verordnungen Fehlentwicklungen und Defizite im Ge-

Zeit ein Überangebot an Krankenhäusern bestand, wurde im Rahmen der Reform nicht geklärt. Auch wurden die gänzlich unterschiedlichen kulturellen Rahmenbedingungen der beiden Gesundheitssysteme nicht ausreichend analysiert und bei der Einführung berücksichtigt. Dabei sind es vielfach die sogenannten „weichen Faktoren“, wie Kommunikation, Kultur und Können, die die „harten Ergebnisse“ formen. Noch heute unterscheiden sich die Gesundheitssysteme in beiden Ländern bezüglich der Qualitäts-, Sicherheits- und Qualifizierungskultur mit z. B. notwendiger Rezertifizierung der qualifizierten ärztlichen und nicht ärztlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, Mindestmengenregelungen für Operationen und Interventionen und Regeln der Patientenallokation.

Bis zum heutigen Tag liegt im selbstreferentiellen deutschen Gesundheitssystem die Verantwortung für die Qualitätssicherung und -kontrolle allein in den Händen des G-BA, der Ärztekammern, der Ärzteschaft und der Krankenhäuser.

Wie schlecht der G-BA dieser Aufgabe nachkommt, lässt sich unter anderem daran ablesen, dass er in den 15 Jahren seines Bestehens lediglich für 14 Erkrankungen bzw. Eingriffe Qualitätsindikatoren verfügt hat, die für alle Krankenhäuser verbindlich sind. Die durchschnittliche Bearbeitungszeit des G-BA für derartige Verfahren beträgt acht Jahre. Die Anzahl der DRGs im deutschen Gesundheitswesen wurde in der gleichen Zeit etwa verzehnfacht. Das Versagen des Prinzips der Selbstverwaltung im Gesundheitswesen und der Politik zeigen sich jedoch nicht nur an den aufgezeigten strukturellen Fehlentwicklungen und Qualitätsmängeln, sondern auch an der Kostenentwicklung. Die Gesamtkosten beliefen sich im Jahr 2017 auf 375,6 Milliarden. Dies entspricht einem Anstieg um 4,7 Prozent oder 16,9 Milliarden Euro gegenüber 2016. Der Anteil der Ausgaben am Bruttoinlandsprodukt lag bei 11,5 Prozent.

Vergleichbare Qualitätskriterien, (Patienten-)Sicherheit und State-of-the-Art-Qualifizierung des gesamten medizinischen Fachpersonals in einem angemessenen Kostenrahmen sollten Dreh- und Angelpunkte eines Gesundheitssystems sein.

häuser zugelassen, die über festgelegte Mindeststandards in Bezug auf die Organisation und auch konkrete Behandlungssituationen verfügen, wie z. B. das aus der Luftfahrt übernommene System der anonymen Berichterstattung über gefährliche Vorfälle (Critical Incident Reporting Systems, CIIRS). Die Auswertung erfolgt anonym durch Fachexperten über externe, staatlich finanzierte Kommissionen für „Exzellenz im Gesundheitswesen“. Die Ergebnisse sind Grundlage für kontinuierliche Qualitätsverbesserungsprozesse und immer wieder Anlass für die Initiierung von landesweiten spezifischen Qualitätsverbesserungsinitiativen. Zu den verbindlichen Qualitätsstandards gehört die verpflichtende Schulung aller Ärzte und Pflegekräfte in der Früherkennung von innerklinischen Notfällen und der Entwicklung fachübergreifender Konzepte zur zeitnahen Versorgung kritischer Patienten mit dem Ziel der Verhinderung eines Herzstillstands oder einer fulminanten Lungenembolie. Zusätzend formuliert, engagiert sich das australische Gesundheitswesen in der Verhinderung von schwerwiegenden Zwischenfällen, wohingegen wir in Deutschland uns auf die Schulung von Wiederbelebungsmaßnahmen zur Behandlung des Herzstillstands fokussieren. Die Ausgaben dieses eher staatlich organisierten Gesundheitswesens lagen 2017 bei 9,2 Prozent des Bruttoinlandsproduktes.

Im Rahmen der in Dänemark mit seinen sechs Millionen Einwohnern in den letzten zehn Jahren erfolgten Reform des Gesundheitswesens zeigte sich, dass Überkapazitäten ohne Qualitätssichernde Struktur wichtige Ursachen für Qualitätsmängel sein können. Die Reduzierung der für die Herzinfarktbehandlung zugelassenen Krankenhäuser von 50 auf 4 hat zu einer Halbierung der Herzinfarktsterblichkeit in den vergangenen zehn Jahren von rund acht auf vier Prozent geführt.

Paradoxerweise werden in keinem Land der Welt pro Kopf der Bevölkerung mehr Herzkatheterplätze vorgehalten und Herzkatheteruntersuchungen durchgeführt als in Deutschland. Und dennoch: In Slowenien, Polen, Dänemark, Norwegen, Schweden, den Niederlanden und Island ist die Chance, einen akuten Herzinfarkt

zu überleben, doppelt so hoch wie in Deutschland. Wenn es hierzulande durch entsprechende Reformanstrengungen gelänge, dieselbe Herzinfarktsterblichkeitsrate wie Dänemark zu erreichen, könnten jährlich rund 7000 Todesfälle vermieden werden (Datengrundlage, Report der Bertelsmann Stiftung zum Krankenhausbedarf in Deutschland 2019).

In Deutschland gelten laut Memorandum für einen nationalen Sepsisplan pro Jahr zwischen 15 000 und 20 000 Todesfälle im Verlauf einer Sepsis als vermeidbar. Auch hier ist die Sterblichkeit im Vergleich mit anderen europäischen Ländern wie England und Schweden oder auch den Vereinigten Staaten deutlich höher. Vergleichbar dem Herzinfarkt, liegt dies an Mängeln der zeitgerechten und entsprechend erfahrenen wie fachlich ausgewiesenen Notfallversorgung. Sie ist bedingt durch die Unkenntnis von Früh-symptomen sowohl bei Laien als auch beim ärztlichen und nicht ärztlichen medizinischen Personal, die ungenügende Aufklärung über Präventionsmöglichkeiten durch Impfung sowie die sehr niedrige Impfquote in Deutschland im Allgemeinen. In England, Australien und den Vereinigten Staaten sind prozentual mehr als doppelt so viele Einwohner gegen die Erreger von Lungenerkrankung und Grippe geimpft wie in Deutschland. Zu der hierzulande hohen Sepsissterblichkeit trägt jedoch auch bei, dass die Organe der Selbstverwaltung im Gesundheitswesen aufgrund der Erfolge bei der Eindämmung von tödlichen Infektionskrankheiten im letzten Jahrhundert zum Beispiel durch Antibiotika eine einsetzende Marginalisierung der klinischen Infektionsmedizin und die Schwächung des öffentlichen Gesundheitsdienstes, sprich: der Gesundheitsämter, nicht nur zugelassen, sondern sogar noch beschleunigt haben. Bezogen auf die Einwohnerzahl ist die Zahl der Ärzte mit einer Qualifikation in der Infektionsmedizin in den Vereinigten Staaten und Schweden viermal so hoch wie in Deutschland. Ihre düstere Covid-19-Bilanz ist allein der sehr viel schlechteren Pandemie-Reaktion zu verdanken.

Bilanzen für Herzinfarkt, Schlaganfall und Sepsis als Indikatoren

Die Pharmaindustrie hat ein geringes Interesse an der Entwicklung von neuen antimikrobiellen Substanzen, da die Kosten und Risiken im Vergleich zu den Erlöspotentialen deutlich höher sind als beispielsweise bei Herz-Kreislauf-Medikamenten oder Diabetes. Für die jährlich über 300 000 Patienten mit Sepsis und die ca. vier Millionen Patienten, die wegen Infektionen oder infektiös-bedingten Komplikationen in deutschen Krankenhäusern behandelt werden bedeutet dies eine erhebliche Einschränkung der Behandlungsqualität. In der Regel erfolgt die Behandlung durch Ärzte ohne eine Zusatzweiterbildung in der Infektiologie oder spezifische Kenntnisse des „Antibiotic Stewardship“. Einer der Gründe für die geringe Zahl von Ärzten mit einer Qualifikation in Infektionsmedizin ist die mangelnde Attraktivität. Der Infektionsmedizin wurde der Status eines eigenständigen Fachgebiets bislang verweigert, und es werden bundesweit nur wenige eigenständige infektiologische Fachabteilungen betrieben. Es könnte aber ein lohnenswertes Ziel sein, in Krankenhäusern eine Mindestzahl qualifizierter Infektiologen vorhalten zu müssen.

Im Ländervergleich nach OECD-Statistiken liegt Deutschland auch bei der Zahl der Intensiv- und Krankenhausbetten sowie Ärzten in der Spitzengruppe und verfügt pro Kopf der Bevölkerung über mehr Pflegekräfte als Australien, die Vereinigten Staaten oder England. Die Zahl der jährlichen Arztbesuche ist in diesen drei Ländern mit jeweils 7, 4, und 5 Arztkonsultationen pro Kopf der Bevölkerung deutlich geringer als in Deutschland mit zehn Arztbesuchen.

Keine Frage, es gibt Raum für Verbesserungen im deutschen Gesundheitssystem. Dabei sollen aktuelles, medizinisches Fachwissen und die Patientensicherheit maßgeblich zur Neuausrichtung des komplexen Systems dienen. Herzinfarkt und Schlaganfall werden als Indexerkrankungen betrachtet, um die Strukturqualität und das Organisationsvermögen eines Gesundheitssystems abzubilden. Die Sepsis als schwerwiegende Komplikation von Infektionskrankheiten ist geeignet, um Rückschlüsse auf das Präventionsverhalten und die Prozessqualität im Gesundheitswesen zu liefern.

In Deutschland gehen wir immer noch davon aus, dass Krankenhäuser in wenigen Minuten für alle Bürger erreichbar sein müssen, den in den vorgehaltenen Fachkliniken angebotenen Leistungskatalog selbst bestimmen sollen und dass dies ein wesentliches Qualitätsmerkmal für die Güte eines demokratisch-föderalen Gesundheitswesens darstellt. Ganz sicher hätten Tausende von Bürgerinnen und Bürger, die an einer vermeidbaren Todesursache gestorben sind, und ihre Angehörigen etwas anderes von uns erwartet.

Ärzte, Wissenschaftler und nicht zuletzt Politiker haben die Verantwortung entgegen der vielfältigen Partikularinteressen einzelner Gruppierungen die Leistungsfähigkeit des Gesundheitssystems insgesamt mindestens auf das europäische Spitzenniveau in Bezug auf die Versorgungsqualität und die Patientensicherheit anzupassen. Sollten diese Ziele Akzeptanz finden, ist es an uns, die Strategie für die Umsetzung eines neuen und zukunftsweisenden Gesundheitssystems für Deutschland zu entwickeln.

Konrad Reinhart ist Senior Professor an der Charité Universitätsmedizin Berlin und Vorsitzender der Sepsis-Stiftung. Annette von Butler ist Personal- und Organisationsentwicklerin und Sepsis-Überlebende. Jürgen Graf ist Ärztlicher Direktor und Vorstandsvorsitzender am Universitätsklinikum Frankfurt und Mitglied im Kuratorium der Sepsis-Stiftung.