

Nach Corona: Jetzt stabile Krankenhausstrukturen schaffen

Boris Augurzky

Christoph M. Schmidt

RWI Position #79, 06. Oktober 2020

ZUSAMMENFASSUNG

Schon vor der Corona-Krise war die wirtschaftliche Lage der Krankenhäuser kontinuierlich schlechter geworden. Nun verschärft die gegenwärtige Pandemie-Situation die Schwierigkeiten weiter. Damit auch in Zukunft eine konsequente Orientierung am Patientenwohl gemeinsam mit einer hohen Versorgungseffizienz und einer flächendeckenden Versorgung gewährleistet und die Versorgung im Krisenfall robust sichergestellt werden kann, müssen jetzt die Weichen richtig gestellt werden. Die vorliegende RWI Position skizziert sieben dazu notwendige Maßnahmen. Im Mittelpunkt stehen dabei eine stärkere Zentralisierung der Krankenhausstrukturen, unterstützt durch neue Versorgungsmodelle, ein vereinfachter rechtlicher Ordnungsrahmen sowie ein größerer Fokus auf Digitalisierung und Transparenz.

AUTOR



Prof. Dr. Boris Augurzky

Leiter des Kompetenzbereichs „Gesundheit“ am RWI, außerplanmäßiger Professor an der Universität Duisburg-Essen, Geschäftsführer der Institute for Health Care Business GmbH (hcb), Vorstandsvorsitzender der Stiftung Münch

Kontakt: boris.augurzky@rwi-essen.de



Prof. Dr. Dr. h. c. Christoph M. Schmidt

Präsident des RWI, Professor für Wirtschaftspolitik und angewandte Ökonometrie an der Ruhr-Universität Bochum, Präsidiumsmitglied der Deutschen Akademie der Technikwissenschaften (acatech)

Kontakt: praesident@rwi-essen.de

SUMMARY

Even before the Corona crisis, the economic situation of German hospitals had deteriorated continuously. The current pandemic situation is further exacerbating their difficulties. In order to ensure that the well-being of patients remains the main goal while at the same time a high level of efficiency, a nationwide coverage and a robust care in the event of a crisis are guaranteed, the course must now be set correctly. This “RWI Position” outlines seven measures how to achieve this. Main focus has to be on a stronger centralization of hospital structures supported by new care models, a simplified legal regulatory framework and a greater focus on digitization and transparency.

IMPRESSUM

Herausgeber

RWI – Leibniz-Institut für Wirtschaftsforschung

Hohenzollernstr. 1-3
45128 Essen
Fon: +49 (0) 2 01-8149-0

Büro Berlin

Invalidenstr. 112
10115 Berlin

ISBN 978-3-86788-977-3

Alle Rechte vorbehalten. Essen 2020

www.rwi-essen.de/positionen

Schriftleitung

Prof. Dr. Dr. h. c. Christoph M. Schmidt

Redaktion und Ansprechpartner

Katja Fels (verantwortlich)
Fon: +49 (0) 2 01-8949-217
katja.fels@rwi-essen.de

Leonard Goebel
leonard.goebel@rwi-essen.de

Lektorat

Sabine Weiler

Layout und Gestaltung

Daniela Schwindt & Sarah Rühl

1. EINLEITUNG

Das deutsche System der Gesundheitsversorgung hat bislang die Herausforderung durch die Corona-Krise eindrucksvoll bestanden. Und doch ist klar: Es muss sich erheblich weiterentwickeln, um auch künftig hohen Anforderungen gerecht zu werden. Dabei sind drei grundlegende Ziele miteinander in Einklang zu bringen: (i) die vorrangige Orientierung am Patientenwohl, (ii) die Sicherstellung einer hohen Versorgungseffizienz und (iii) die flächendeckende Erreichbarkeit der Versorgungsangebote. Der Schlüssel zum Erreichen dieser Ziele ist eine rationale Gesundheitspolitik, die auf transparent organisierten Wettbewerb, Mut zum Strukturwandel und Offenheit gegenüber Innovationen setzt.

**Es lässt sich nicht ausschließen,
dass auch in Zukunft ähnliche Katastrophen
wie die COVID19-Pandemie auftreten.**

Ganz aktuell hat sich zu diesem Zieldreiklang eine weitere Anforderung gesellt: Da sich in einer stark vernetzten und mobilen Welt Krankheitserreger ungehindert und schnell ausbreiten können, lässt sich keineswegs ausschließen, dass in Zukunft ähnliche Katastrophen wie die COVID-19-Pandemie auftreten werden, wenngleich sie selten ein derartig dramatisches Ausmaß annehmen dürften. Daher sind die drei übergreifenden Ziele um ein weiteres zu ergänzen: (iv) die Robustheit der Versorgung im Katastrophenfall. Dabei geht es um eine Abwägung zwischen Effizienz und Resilienz, die das System für den Krisenfall rüstet, ohne das Prinzip der Ressourceneffizienz übermäßig zu kompromittieren. Der vorliegende Beitrag diskutiert vor diesem Hintergrund die Herausforderungen im Bereich der (Akut-)Krankenhäuser.

In dieser RWI Position schlagen wir ein konkretes Bündel an Maßnahmen vor, die dazu beitragen können, diese Ziele zu erreichen. Dazu gehört die Formulierung eines Ordnungsrahmens, der mehr individuelle Gestaltungsspielräume zulässt und so den Wettbewerb fördert, das aktive Beflügelnde eines Strukturwandels, der Spezialisierungsvorteile und flächendeckende Versorgung vereint, die Überwindung der bestehenden Sektorengrenzen und Ausprägung neuer Versorgungsmodelle, die Sicherung von Fachkräften für das Gesundheitssystem und die konsequente Nutzung von Potenzialen der Digitalisierung. Darüber hinaus gilt es, für den Krisenfall Konzepte für die Bereitstellung der relevanten Informationen, die Sicherstellung von Notfallkapazitäten sowie die Zuordnung der Verantwortlichkeiten zu entwickeln.

2. AUSGANGSLAGE

Bereits vor der Corona-Krise stand das System der Gesundheitsversorgung vor enormen Herausforderungen, nicht zuletzt aufgrund des weiter voranschreitenden demographischen Wandels.¹ Die Pandemie hat diese Herausforderungen noch verschärft. Das macht sich bei den (Akut-)Kliniken besonders stark bemerkbar. Die wirtschaftliche Lage der Krankenhäuser hatte sich – nach vorangegangenen recht guten Jahren – bereits nach dem Jahr 2016 verschlechtert. So lag die in den regelmäßig erscheinenden Krankenhaus Rating Reports² ermittelte durchschnittliche Insolvenzwahrscheinlichkeit der Krankenhäuser im Jahr 2018 bei hohen 1,8%, nach 0,6% im Jahr 2016. Von allen Krankenhäusern wiesen 13% eine erhöhte Insolvenzgefahr auf (siehe Schaubild 1).

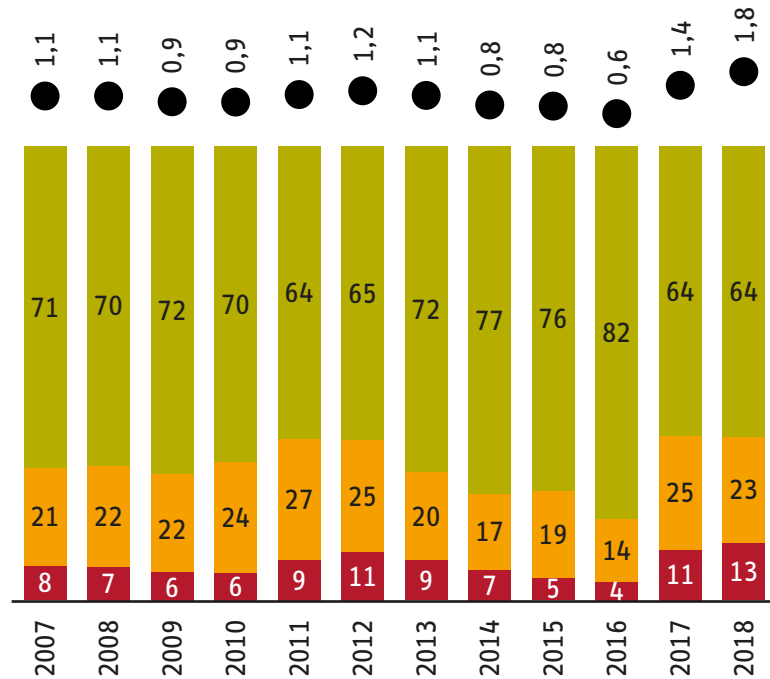
In den Jahren vor der Corona-Krise hatte vor allem der rückläufige Trend in der Anzahl stationärer Fälle zu einer Verschlechterung der wirtschaftlichen Lage der Krankenhäuser geführt. Gründe dafür könnten der Fachkräftemangel, intensivere Prüfungen durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) und die zunehmende Ambulantisierung der Medizin sein. Zudem ist der Anteil der Investitionsfördermittel der Länder immer weiter gesunken. So beliefen sie sich im Jahr 2018 auf nur 3,4% der Erlöse der Krankenhäuser. Im Jahr 1991 waren es noch rund 10% gewesen. Erfahrungsgemäß werden zum Erhalt der Unternehmenssubstanz jährlich 7-8% des Umsatzes in Investitionen benötigt. Bisher haben die Krankenhäuser dies zum Teil aus eigener Kraft kompensiert. In jüngster Zeit ist ihnen dies aufgrund verschlechterter Ertragslage jedoch immer weniger gelungen.

Das macht die aktuell anstehende Herausforderung umso größer, eine gegenüber dem demographischen Wandel und technologischen Fortschritt nachhaltige Krankenhausstruktur zu schaffen und dabei zugleich die flächendeckende Grundversorgung sowie eine hohe Krisenfestigkeit der Versorgung zu gewährleisten. Vertiefende statistische Analysen können Zukunftsüberlegungen leiten. So zeigt sich etwa, dass große Krankenhäuser typischerweise eine bessere Ertragslage aufweisen als kleine. Ebenfalls vorteilhaft sowohl für die Wirtschaftlichkeit als auch hinsichtlich der Patientenzufriedenheit ist ein hoher Spezialisierungsgrad.

1 Eine ausführliche Diskussion dieser Herausforderungen und der ratsamen gesundheits- und wirtschaftspolitischen Weichenstellungen findet sich in SVR (2018), Kap. 8 „Über Wettbewerb mehr Effizienz im Gesundheitswesen“.

2 Der jüngste Krankenhaus Rating Report ist Augurzky, B., S. Krolop, A. Pilny, C. M. Schmidt und C. Wuckel (2020), Krankenhaus Rating Report 2020: Ende einer Ära. Aufbruch ins neue Jahrzehnt. Heidelberg: medhochzwei.

Schaubild 1: Ausfallwahrscheinlichkeit von deutschen Krankenhäusern in Prozent



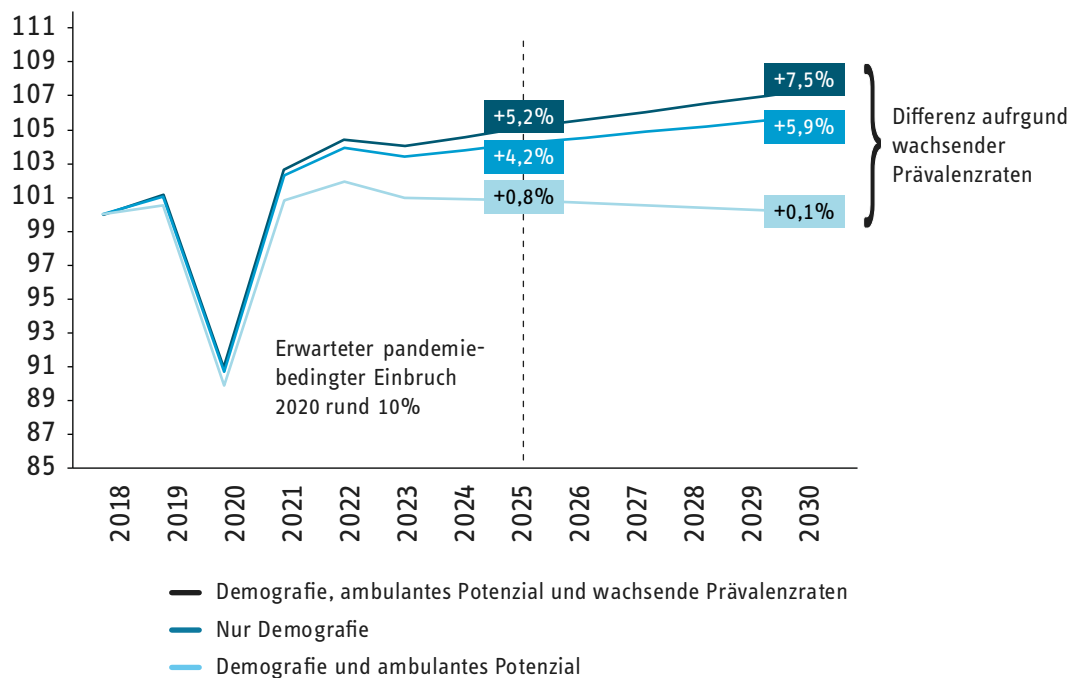
Anmerkung: Die jährliche Stichprobengröße schwankt zwischen 810 und 979 Einrichtungen. Die Farben grün, gelb und rot stehen für eine niedrige, mittlere und hohe Ausfallwahrscheinlichkeit. Eine Ausfallwahrscheinlichkeit zwischen 0,0% und 1,0% liegt im grünen Bereich. Werte zwischen 1,0% und 2,6% sind gelb hinterlegt. Ausfallwahrscheinlichkeiten über 2,6% liegen im roten Bereich. Quelle: Krankenhaus Rating Report 2020.

Viele Landkreise und kreisfreie Städte in Deutschland befassen sich inzwischen intensiv mit der Frage, wie sie diese Herausforderung bewältigen können. Sie erarbeiten neue sektoren-übergreifende Versorgungskonzepte und haben diese zum Teil schon umgesetzt. Dabei geht es vielfach darum, im Zentrum einer Region eine leistungsfähige moderne Medizin mit hoher Qualität anzubieten und gleichzeitig die Peripherie durch solide ambulante und telemedizinische Angebote an das Zentrum anzudocken. Auch im vertragsärztlichen Bereich vollziehen sich große Veränderungen. Zwar arbeiten dort immer mehr Ärzte, allerdings hat der Anteil derjenigen mit Teilzeittätigkeit deutlich zugenommen: Von 8% im Jahr 2009 auf 36% im Jahr 2019. Überdies arbeiten immer mehr der ambulant tätigen Ärzte in einem Angestelltenverhältnis. Im Jahr 2008 waren es noch 6%, im Jahr 2019 schon 22%. Gerade in ländlich geprägten Regionen könnten mit dieser Entwicklung die ambulante und stationäre Versorgung näher zusammenrücken, um gemeinsam die dort anstehenden Herausforderungen, insbesondere den Fachkräftemangel, anzugehen.

3. AUSBLICK

Für das Jahr 2020 ist wegen der Verschiebung von elektiven Fällen ein spürbarer Rückgang bei den Fallzahlen zu erwarten. In den Jahren 2020 und 2021 sollten die verschiedenen Stützungsmaßnahmen aus dem COVID-19-Gesetz für Krankenhäuser dennoch zu einem leicht positiven finanziellen Netto-Effekt führen. Dies gilt allerdings nicht für jedes Krankenhaus und hält bestenfalls bis zum Jahr 2022 an. Langfristig könnte bei Fortschreibung des Status quo demografisch bedingt dieses Jahrzehnt mit einer leicht steigenden Anzahl an Fällen gerechnet werden. Man kann allerdings davon ausgehen, dass sich die Ambulantisierung der Medizin beschleunigen wird. Dazu dürften neben Fortschritten in der Medizin die mit dem MDK-Reformgesetz angestoßene Überarbeitung des Katalogs „ambulantes Operieren“ sowie die künftig möglichen sektorenübergreifenden Vergütungsmodelle beitragen. Bis zum Jahr 2030 sollte sich dadurch trotz des demographischen Wandels kaum eine Änderung der stationären Fallzahl ergeben (siehe Schaubild 2). Da bis dahin zudem die Verweildauer weiter reduziert werden dürfte, würde der Bedarf an Krankenhausbetten sogar sinken.

Schaubild 2: Projektion der Anzahl stationärer Fälle 2018 bis 2030 (2018=100)



Anmerkung: Das ambulante Potenzial wird aus InEK-Kalkulationsdaten auf Basis der ICD-Dreisteller geschätzt. Quelle: Krankenhaus Rating Report 2020.

Der Personal- und der Finanzierungsbedarf im Gesundheitswesen werden aufgrund der Alterung der Gesellschaft aller Voraussicht nach weiter überproportional zunehmen und das Reservoir an Nachwuchskräften wird weiter schrumpfen. Als Folge des Pflegepersonalstärkungsgesetzes, aber auch weil die Sorge um die Arbeitsplatzsicherheit im Gesundheitswesen im Vergleich zu anderen Wirtschaftsbranchen infolge der COVID-19-Pandemie sinken dürfte, sollte sich der Personalmangel im Krankenhausbereich vorübergehend entschärfen. Langfristig bleiben die mit dem rückläufigen Nachwuchs verbundenen Herausforderungen jedoch weiter bestehen. Zudem wird das Beitragsaufkommen der Krankenkassen demografisch bedingt weniger stark steigen als der Bedarf – selbst wenn man diesen nur an dem gegenwärtigen Leistungskatalog der Gesetzlichen Krankenkasse (GKV) festmacht und noch keine kostspieligen technischen und medizinischen Weiterentwicklungen berücksichtigt.

Spätestens nach der Bundestagswahl werden die massiven finanziellen Belastungen durch COVID19 zu spüren sein.

Zu diesen Anforderungen hinzu treten nunmehr die massiven finanziellen Belastungen aus der COVID-19-Pandemie, die spätestens nach der Bundestagswahl im Herbst 2021 auch im Gesundheitswesen zu spüren sein dürften. Wenngleich im Augenblick in der öffentlichen Diskussion die Erleichterung über in der Krise nicht benötigte (Intensiv-) Kapazitäten in den Krankenhäusern überwiegt, dürfte die Frage nach der Effizienz der Gesundheitsversorgung also schon bald hohe Priorität erhalten. Innerhalb einzelner Segmente des Gesundheitswesens ist die Versorgung zwar – zumindest zum Teil – bereits effizient organisiert, aber eine ganzheitliche Betrachtung fehlt bislang. Die bisherige gesundheitspolitische Strategie war, mit Blick auf die aufkeimenden Schief lagen auf der Systemebene immer wieder regulativ nachzujustieren oder Kontrollmechanismen zu verschärfen. Das hat zu einem sich ständig ändernden gesetzlichen Umfeld, zunehmender Komplexität und Bürokratie sowie schwindender Gestaltungsfreiheit geführt. Ein Umsteuern ist daher dringend notwendig.

Weitere Herausforderungen und gleichzeitig große Chancen bietet der vielfältige technologische Wandel. Das betrifft Themen wie die Digitalisierung, künstliche Intelligenz, Robotik, Telemedizin und virtuelle Realität. Während die Digitalisierung im Gesundheitswesen bislang nur schleppend voranging, dürfte sich dies mit der COVID-19-Pandemie schlagartig ändern. Darüber hinaus schreitet die Spezialisierung der Medizin weiter voran. Viele Leistungen werden nur noch von hochspezialisierten Zentren erbracht werden können; gleichzeitig wird die Medizin ambulanter. Oft fehlt es dafür aber bislang an geeigneten ambulanten Angeboten, oder das bestehende Vergütungssystem setzt völlig konträre Anreize. Der folgende Abschnitt skizziert darum sieben konkrete Handlungsempfehlungen, wie das Gesundheitssystem zukünftig ausgerichtet werden sollte.

4. HANDLUNGSEMPFEHLUNGEN

Empfehlung 1: Rechtlichen Ordnungsrahmen vereinfachen

Das Sozialgesetzbuch (SGB) V, in dem alle Bestimmungen zur gesetzlichen Krankenversicherung zusammengefasst sind, ist stark institutionenbezogen aufgebaut und enthält inzwischen zahlreiche Detailregulierungen. Um eine patientenorientierte Neuformulierung des SGB V einzuleiten, sollte die hohe Detailregulierung abgebaut und ein höheres Maß an (regionaler) Gestaltungsfreiheit eröffnet werden. Dies könnte die Akquise von Fachkräften erleichtern und deren Motivation steigern. Dabei sollten Sektorengrenzen überwunden und neue Formen der Vergütung wie zum Beispiel regionale Gesundheitsbudgets kombiniert mit einem Wettbewerb zwischen Regionen oder so genannte Hybrid-DRG in den Blick genommen werden. Mehr Gestaltungsfreiheit bedeutet aber auch, Missbrauch härter und gezielter zu sanktionieren.

Empfehlung 2: Investitionsmittel für eine stärkere Zentralisierung bereitstellen

Stärker zentralisierte Krankenhausstrukturen schonen nicht nur volkswirtschaftliche Ressourcen, sondern können auch das Patientenwohl erhöhen. Denn die medizinische Qualität lässt sich weiter steigern, indem vermehrt hochspezialisierte Angebote ausgeprägt werden. Bei Katastrophenfällen ließen sich die knappen Ressourcen zudem besser steuern. Um eine stärkere Zentralisierung zu verwirklichen, sind Investitionsmittel nötig, die von den Bundesländern in größerem Umfang als derzeit bereitgestellt werden müssen. Zentralisierung bedeutet dabei nicht Rückzug aus der Peripherie. Durch gute ambulante wohnortnahe Angebote gepaart mit einer intelligenten digitalen Vernetzung mit den medizinischen Zentren sowie einer Aufrüstung des Rettungsdiensts können auch ländlich geprägte Regionen weiterhin gut versorgt bleiben.

Empfehlung 3: Sektorübergreifende Versorgung verwirklichen

Eine der größten Herausforderungen des kommenden Jahrzehnts ist es, eine sektorenübergreifende Versorgung zu schaffen. Die zentrale Frage dabei lautet, wie Anreize zur stärkeren Ambulantisierung der Medizin gesetzt werden können. Die Wirkung solcher Anreize zeigt etwa das COVID-19-Gesetz: Krankenhäuser erhalten für Betten, die sie für mögliche COVID-19-Fälle freihalten, eine Freihaltepauschale und dadurch einen Anreiz, ambulant-sensitive Krankenhausfälle ambulant zu behandeln. Darüber hinaus wird eine reibungslose Zusammenarbeit der stationären wie ambulanten Versorgung mit der Pflege nach dem Sozialgesetzbuch (SGB) XI immer wichtiger.

Insbesondere in ländlichen Regionen müssten neue Versorgungsmodelle die stationäre Versorgung in einem lokalen Zentrum mit ambulanten Angeboten in der Peripherie, mit der Altenpflege und mit einem professionellen Rettungswesen verzahnen. Eine Option zur Etablierung sektorenübergreifender Versorgung können regionale Gesundheitsbudgets sein, die sowohl ambulante als auch stationäre Leistungen umfassen. Im Gegenzug zu

kontrollierbaren Qualitätszielen erhalten lokale Akteure somit eine größere Gestaltungsfreiheit. Die vorhandenen Ressourcen werden jedoch nur mithilfe einer wirksamen Patientensteuerung auch tatsächlich effizient eingesetzt werden können. So unpopulär Preise und Zugangsbeschränkungen als mögliche Steuerungsinstrumente auf den ersten Blick wirken mögen, so schwer wird es werden, ohne ihren Einsatz eine schleichende Ratio- nierung zu vermeiden.

Über die Verlässlichkeit von Arbeitszeiten und flexible Arbeitszeitmodelle kann die Attraktivität von Gesundheitsberufen erhöht werden.

Empfehlung 4: Attraktivität von Gesundheitsberufen erhöhen

Die Attraktivität von Gesundheitsberufen muss weiter erhöht werden, um die bereits in der absehbaren Zukunft drohenden Engpässe bei den Fachkräften zu vermeiden. Dabei geht es nicht nur um das Lohnniveau, sondern auch um die Verlässlichkeit von Arbeitszeiten und flexible Arbeitszeitmodelle. Wichtig ist außerdem eine inhaltliche Stärkung der Pflege durch die Übernahme von mehr Verantwortung, den Einsatz moderner Technologie zur Entlastung des Personals, ergänzt durch eine stärker interprofessionelle Ausbildung und die Zusammenarbeit von Gesundheitsberufen. Außerdem erfordern viele neue Technologien gänzlich neue Berufsbilder. Für Mediziner und andere Gesundheitsberufe müssen die Prozesse und Inhalte der Aus-, Fort- und Weiterbildung auf diese neuen Anforderungen ausgerichtet werden.

Empfehlung 5: Transparenz über Kapazitäten gewährleisten

Die COVID-19-Pandemie hat verdeutlicht, dass Transparenz eine wichtige Voraussetzung für eine rationale und zeitgerechte politische Steuerung ist. Im Katastrophenfall müssen die politisch Verantwortlichen sehr rasch weitreichende Entscheidungen fällen. Dafür benötigen sie einen umfassenden und transparenten Überblick über das Versorgungsgeschehen. Dazu gehört selbstverständlich die zentrale Verfügbarkeit von Versorgungsdaten. Es muss jederzeit bekannt sein, welche Kapazitäten im Gesundheitswesen vorhanden sind, zum Beispiel über die Zahlen von Intensivbetten, Beatmungsgeräte, Testkapazitäten und Labors.

Empfehlung 6: Voraussetzungen für ein digitalisiertes Gesundheitswesen schaffen

Bislang werden die Möglichkeiten der Digitalisierung im deutschen Gesundheitswesen nur unzureichend genutzt: Eine bundesweit einheitliche elektronische Patientenakte (ePA) für jeden Bürger gibt es im Jahr 2020 trotz langen Anlaufs immer noch nicht, ihre Einführung ist erst für 2021 geplant. Die Voraussetzung für den ebenso dringlichen umfassenden Einsatz telemedizinischer Angebote wäre ein flächendeckendes und leistungsfähiges Internet.

Eine lernende künstliche Intelligenz könnte als Beraterin die Bürger durch das Gesundheitswesen begleiten.

Ein noch weitergehender Schritt wäre der Einsatz einer lernenden künstlichen Intelligenz (KI) als Beraterin und Begleiterin des Bürgers auf dem Weg durch das Gesundheitswesen. Sie könnte institutionelles und medizinisches Wissen mit den persönlichen Daten und Präferenzen des Bürgers zusammenbringen und so die natürliche Informationsasymmetrie zwischen Leistungserbringern und Patienten verringern. Schon heute informieren sich viele Patientinnen und Patienten im Internet über ihre Symptome und Krankheiten, erhalten aber eine große Bandbreite an Informationen, die für sie nur schwer einzuordnen sind. Dieser Informationsüberfluss und vor allem die fehlende kritische Einordnung der Informationsqualität kann zu schwerwiegenden Fehlinterpretationen führen. Eine KI mit der Fähigkeit, Daten und Informationen im Hinblick auf die vorliegende wissenschaftliche Evidenz klug und zudem vor dem Hintergrund der ihr bekannten Patienteneigenschaften zu interpretieren, könnte zu Empfehlungen für Patienten gelangen, die weit aus valider sind. Sie könnte sogar Ärztinnen und Ärzten beratend zur Seite stehen. Eine solche KI muss allerdings zwingend auf unabhängigen und transparenten Algorithmen aufbauen, um breite Akzeptanz zu finden. Die Algorithmen müssen darüber hinaus frei von Interessen Dritter sein.

Empfehlung 7: Risikokonzepte für verschiedene Katastrophenfälle durchdenken

Kein Gesundheitssystem der Welt kann für alle erdenklichen Katastrophen stets sämtliche Ressourcen vorhalten und finanzieren. Vielmehr gilt es, das Gesundheitswesen so aufzustellen, dass es im Falle eines selten eintretenden katastrophalen Ereignisses die vorhandenen Ressourcen rasch umwidmen und weitgehend unabhängig von anderen Staaten agieren kann. Dazu braucht es konsequent durchdachte Konzepte für verschiedene Katastrophenfälle. Darin muss geklärt sein, wie die knappen Ressourcen des Gesundheitswesens zugeteilt werden, wie das „Katastrophen-Controlling“ erfolgt und wer welche Verantwortung trägt.

Darüber hinaus müssen Lieferketten so gestaltet werden, dass sie nicht allein von einem Zulieferunternehmen und einer Weltregion abhängig sind. Zudem muss es im Katastrophenfall umgehend möglich sein, die heimische Produktion derart umzustellen, dass sie wichtige Güter zur Bewältigung der Katastrophe herstellen kann. Allerdings wäre es falsch, die Produktion von bislang international arbeitsteilig erstellten Materialien wieder völlig zu repatriieren. Diversifikation und Risikovorsorge sind keineswegs gleichbedeutend mit Autarkie.

5. SCHLUSSFOLGERUNGEN

Die Weiterentwicklung des deutschen Gesundheitssystems in einer Pandemie-Situation muss sich darauf konzentrieren, das Patientenwohl an die oberste Stelle zu rücken und gleichzeitig eine hohe Versorgungseffizienz und eine flächendeckende Erreichbarkeit zu gewährleisten. Darüber hinaus muss das Versorgungssystem robust für den Krisenfall aufgestellt werden. Dies kann über sieben konkrete Maßnahmen erreicht werden, welche diese RWI Position skizziert. Wenngleich das deutsche Gesundheitssystem die Herausforderungen durch die COVID19-Pandemie bislang gut gemeistert hat, muss es sich jetzt noch weit besser aufstellen, um auch in Zukunft bestehen zu können.

LITERATUR

Augurzky, B., S. Krolop, A. Pilny, C. M. Schmidt und C. Wuckel (2020), Krankenhaus Rating Report 2020: Ende einer Ära. Aufbruch ins neue Jahrzehnt. Heidelberg: medhochzwei.

Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung – SVR (2018), Vor wichtigen wirtschaftspolitischen Weichenstellungen. Jahresgutachten.

12 | 12

RWI Position #79 06. Oktober 2020

ZULETZT ERSCHIENENE RWI POSITIONEN

- #78 Corona-Statistiken: Einordnung und Verwendung
- #77 Vorwärts mit Corona-Dashboard
- #76 Corona-Krisenmanagement im Gesundheitswesen
- #75 Evidenz zur Wirkung ausgewählter Klimaschutzmaßnahmen
- #74 Weniger Staus, Staub und Gestank per sozial ausgewogener Städte-Maut
- #73 Strukturanpassungen im Krankenhausbereich: Notwendige Veränderungen bei der Fusionskontrolle
- #72 Eckpunkte einer CO2-Preisreform

www.rwi-essen.de/positionen

RWI – Leibniz-Institut für Wirtschaftsforschung

Das RWI – Leibniz-Institut für Wirtschaftsforschung ist ein führendes Zentrum für wissenschaftliche Forschung und evidenzbasierte Politikberatung in Deutschland. Das Institut ist Mitglied der Leibniz-Gemeinschaft. Es wurde 1926 gegründet und arbeitet seit 1943 in rechtlicher Selbständigkeit. Das RWI stützt seine Arbeiten auf neueste theoretische Konzepte und moderne empirische Methoden. Ökonomische Zusammenhänge werden auf allen Ebenen – vom Individuum bis zur Weltwirtschaft – in vier Kompetenzbereichen erforscht: „Arbeitsmärkte, Bildung, Bevölkerung“, „Gesundheit“, „Umwelt und Ressourcen“ sowie „Wachstum, Konjunktur, Öffentliche Finanzen“. Das „Forschungsdatenzentrum Ruhr am RWI“ (FDZ Ruhr) versorgt die Wissenschaftler mit aktuellsten Zahlen. Das RWI veröffentlicht Forschungsergebnisse und Beiträge zur Politikberatung in verschiedenen Publikationsreihen. Weitere Informationen im Internet unter: www.rwi-essen.de