Stefan Greß* und Christian Jesberger

SARS-CoV-2-Pandemie in Deutschland: Ökonomische Bedeutung für das deutsche Gesundheitssystem

SARS-CoV-2-Pandemic in Germany: economic importance for the German health care system

<https://doi.org/10.1515/pubhef-2020-0107>

Zusammenfassung: Das deutsche Gesundheitssystem war nicht optimal auf die Krise im Rahmen der Pandemie vorbereitet. Strukturdefizite in der GKV-Finanzierung machen diese besonders anfällig in Krisen. In der stationären Versorgung setzen die Fallpauschalen keine ausreichenden Anreize zur Vorhaltung von Reservekapazitäten. Die kurzfristigen Maßnahmen des Gesetzgebers in diesem Zusammenhang haben bei der Behandlung besonders erfahrene Zentren benachteiligt.

Schlüsselwörter: Finanzierung GKV; SARS-CoV-2; stationäre Versorgung.

Abstract: The German health care system was not well prepared for the arrival of a pandemic crisis. Income dependent contribution rates are very sensitive in case of economic downturns. The DRG-type financing system does not provide sufficient incentives for hospitals to make sufficient reserve capacities available. Moreover, the short term measures in this context proved to be disadvantageous for more experienced treatment centres.

Keywords: hospital care; SARS-CoV-2; social health insurance financing.

Das Auftreten der SARS-CoV-2-Pandemie wirkt wie ein Brennglas auf bereits länger bestehende Strukturprobleme des deutschen Gesundheitssystems. Diese Strukturprobleme sind folglich nicht neu, stellen sich aber vor dem Hintergrund der Pandemie in erhöhtem Ausmaß. In diesem Beitrag illustrieren wir diese These anhand zweier

zentraler Problemfelder. Erstens stellt sich die Frage nach der zumindest mittelfristigen Finanzierung der pandemiebedingten Defizite in der Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung. Zweitens greifen wir die Debatte um die Organisation und Finanzierung der stationären Versorgung auf, die in der Pandemie von besonderer Relevanz ist.

Die finanzielle Widerstandsfähigkeit von Gesundheitssystemen ist eine wichtige Voraussetzung für die Bewältigung von Krisensituationen [1]. Die Pandemie führt in der GKV auf der Einnahmeseite zu Mindereinnahmen durch sinkende Erwerbseinkommen aufgrund steigender Arbeitslosigkeit und Kurzarbeit. Die Auswirkungen auf die Ausgaben sind weniger offensichtlich, weil die pandemiebedingten Kosten zunächst durch die sinkende Inanspruchnahme bei anderen Indikationen kompensiert wurden. Mittlerweile zeigt sich aber, dass durch massenhaft notwendige Tests, die Beschaffung und Verabreichung eines Impfstoffs und nicht zuletzt die sich abzeichnenden Langzeitfolgen der an SARS-CoV-2 erkrankten Patientinnen und Patienten erhebliche Kosten auf die Versichertengemeinschaft der GKV zukommen.

In der Finanzierungslogik der GKV würden steigende Ausgaben in Kombination mit sinkenden Einnahmen zu steigenden Beitragssätzen führen. Das will die Bundesregierung jedoch vermeiden, um die Lohnkosten nicht weiter zu belasten. Im Rahmen einer „Sozialgarantie“ ist zumindest für das Jahr 2021 vorgesehen, den Anteil der Sozialversicherungsbeiträge am Arbeitseinkommen zu deckeln und verbleibende Defizite durch Steuermittel aus dem Bundeshaushalt zu finanzieren. Ein ähnlicher kurzfristig erhöhter Bundeszuschuss hat auch die krisenbedingten Defizite der GKV während der Finanzkrise 2008/2009 verringert. Es ist jedoch völlig unklar, ob dieser Bundeszuschuss auch mittel- bis langfristig über das Wahljahr 2021 hinaus zur Verfügung steht. Bei der finanziellen Bewältigung der Krisenfolgen zeigt sich zudem die strukturelle Einnahmeschwäche der GKV-Finanzierung, die vor allem niedrige und mittlere Erwerbseinkommen belastet.

*Korrespondenz: Prof. Dr. Stefan Greß, Hochschule Fulda, Fachbereich Pflege und Gesundheit, Leipziger Str. 123, 36037 Fulda, Germany, E-mail: Stefan.Gress@pg.hs-fulda.de
Christian Jesberger: Hochschule Fulda, Fachbereich Pflege und Gesundheit, Fulda, Germany

Zudem bleibt die private Krankenversicherung von der finanziellen Bewältigung der Krisenfolgen bisher weitgehend verschont. Dies gilt insbesondere für die Kosten zur Beschaffung von Schutzausrüstung, die Finanzierung von Tests und die Ausgleichszahlungen für Vertragsärzte und Heilmittelerbringer. Auch an den Kosten zur Ausweitung von Intensivkapazitäten in der stationären Versorgung hat sich die PKV nicht beteiligt [2].

Vor dem Auftreten der Pandemie wurde die Bedarfsgerechtigkeit der stationären Versorgung in Deutschland massiv kritisiert. So hat eine viel zitierte Studie der Bertelsmann-Stiftung ein höheres Ausmaß an Spezialisierung und Konzentration der Krankenhausversorgung gefordert, um die Qualität der Versorgung zu verbessern. Die Autoren argumentieren insbesondere, dass eine Verteilung der knappen personellen, finanziellen und technischen Ressourcen auf weniger und größere Krankenhäuser eher eine bedarfsgerechte Versorgung sicherstellen könnte als dies derzeit mit einer Vielzahl von Krankenhausbetten auch an sehr kleinen und nicht spezialisierten Standorten der Fall ist [3]. In der Pandemie ist diese Position zunächst in die Defensive geraten, weil auch kleinere Krankenhäuser zur Versorgung der an SARS-CoV-2 erkrankten Patientinnen und Patienten herangezogen wurden [4]. Mittlerweile gibt es erste Anzeichen dafür, dass auch in der Pandemie eine koordinierte Zentrenbildung zumindest für die schwer Erkrankten wegen der zunehmenden Lerneffekte bei steigenden Fallzahlen sinnvoll scheint. Zusätzlich gibt es gute Argumente dafür, die beschränkte Anzahl an hochspezialisierten Intensivpflegekräften an diesen Zentren zu konzentrieren. Bei einer angestrebten Konsolidierung des Krankenhaussektors ist gleichwohl darauf zu achten, dass eine hinreichende Vorhaltung von Reservekapazitäten erhalten bleibt.

Mit der Organisation der stationären Versorgung eng verknüpft ist deren Finanzierung. Das duale Finanzierungssystem aus Investitionskostenfinanzierung durch die Bundesländer und Betriebskostenfinanzierung durch die Krankenkassen stand schon vor der Pandemie in der Kritik. Insbesondere das Vergütungssystem der Fallpauschalen in seiner derzeitigen Ausgestaltung setzt Anreize zu einer nicht bedarfsgerechten Mengenausweitung und umgekehrt keine Anreize zur Vorhaltung von nicht permanent genutzten Kapazitäten [5].

Es hat sich gezeigt, dass diese Finanzierungssystematik nur sehr eingeschränkt zur Bewältigung von Krisen wie der SARS-CoV-2-Pandemie geeignet ist. In der ersten Phase im Frühjahr 2020 wurden die Krankenhäuser für den Verzicht auf elektive Behandlungen und Vorhaltung von Kapazitäten zur Behandlung von an SARS-CoV-2 Erkrankten mit einer einheitlichen Pauschale für

nicht belegte Betten kompensiert. Diese einheitliche Pauschale hat kleine und mittlere Krankenhäuser begünstigt und große Kliniken benachteiligt. Mit anderen Worten wurde die bestehende Krankenhausstruktur eher zementiert und die bei der Behandlung besonders erfahrenen Zentren wurden finanziell eher benachteiligt. Die Konsequenz daraus war eine Differenzierung der Vorhaltepauschale in Abhängigkeit von der Größe der Klinik. Völlig offen ist derzeit, wie die in der stationären Versorgung notwendige Vorhaltung von Reservekapazitäten in Krisenfällen zukünftig finanziert werden soll.

Unzweifelhaft stiftet das Vorhalten von Reservekapazitäten für Krisenzeiten den Bürgerinnen und Bürgern einen Optionsnutzen. Die Individuen ziehen demnach bereits aus der Existenz des Gutes einen Nutzen, indem sie wissen, dass sie auch in Krisenzeiten eine bedarfsgerechte Behandlung erhalten. Die Finanzierung kann grundsätzlich sowohl aus Versicherungsbeiträgen als auch aus Steuern erfolgen. Es gibt allerdings gute Gründe, die Finanzierung der Reservekapazität nicht durch im Wettbewerb stehende Krankenkassen sondern aus Steuermitteln zu finanzieren.

Abschließend lässt sich feststellen, dass zumindest im Hinblick auf die beiden diskutierten Beispiele das deutsche Gesundheitssystem finanziell nicht optimal auf die Krise im Rahmen der SARS-CoV-2-Pandemie vorbereitet war. Eine nachhaltige Finanzierungsreform steht weiterhin aus. In der stationären Versorgung treten Finanzierungsfragen bei der Krisenbewältigung immer stärker hervor. Das Fallpauschalensystem setzt keine hinreichenden Anreize zur Vorhaltung insbesondere personeller Kapazitäten für Krisensituationen. Die kurzfristigen Maßnahmen des Gesetzgebers haben eher kleine Krankenhäuser begünstigt und die bei der Behandlung von SARS-CoV-2-Erkrankten besonders erfahrenen Zentren benachteiligt.

Autorenerklärung

Autorenbeteiligung: Alle Autoren tragen Verantwortung für den gesamten Inhalt dieses Artikels und haben der Einreichung des Manuskripts zugestimmt. Finanzierung: Die Autoren erklären, dass sie keine finanzielle Förderung erhalten haben. Interessenkonflikt: Die Autoren erklären, dass kein wirtschaftlicher oder persönlicher Interessenkonflikt vorliegt. Ethisches Statement: Für die Forschungsarbeit wurden weder von Menschen noch von Tieren Primärdaten erhoben.

Author Declaration

Author contributions: All authors have accepted responsibility for the entire content of this submitted manuscript

and approved submission. Funding: Authors state no funding involved. Conflict of interest: Authors state no conflict of interest. Ethical statement: Primary data neither for human nor for animals were collected for this research work.

Literatur

1. Thomas S, Sagan A, Larkin J, Cylus J, Figueras J, Karanikolos M. Strengthening health systems resilience. Key concepts and strategies. Copenhagen: World Health Organization: Policy Brief 36; 2020.
2. Deutscher Bundestag. Antwort der Bundesregierung auf die Kleine Anfrage der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN Beteiligung der privaten Krankenversicherung an den Kosten der COVID-19-Epidemie. Berlin: Drucksache 19/22311 vom 10.09.2020, 2020.
3. Loos S, Albrecht M, Zich K. Zukunftsfähige Krankenhausversorgung. Simulation und Analyse einer Neustrukturierung der Krankenhausversorgung am Beispiel einer Versorgungsregion in Nordrhein-Westfalen. Gütersloh: Bertelsmann-Stiftung, 2019.
4. Kochskämper S. Wie steht es um Deutschlands Krankenhausinfrastruktur? Überblick und internationaler Vergleich. Köln: Institut der deutschen Wirtschaft, IW-Report 14/2020, 2020.
5. Beivers A, Emde A. DRG-Einführung in Deutschland: Anspruch, Wirklichkeit und Anpassungsbedarf aus gesundheitsökonomischer Sicht. In: Klauber J, Geraedts M, Friedrich J, Wasem J, Beivers A, editors. Krankenhaus-Report 2020: Finanzierung und Vergütung am Scheideweg. Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg, 2020:3–24.