



Daten, Analysen, Perspektiven | Nr. 1, 2021

# Reaktionsfähigkeit von Kliniken

Was kann Deutschland aus der Corona-Bewältigung  
anderer Länder lernen?

- Abgestufte Krankenhaussysteme mit definierten Versorgungspfaden haben auch in einer Pandemie Vorteile bei der Versorgung schwerstkranker Menschen
- Länder mit guter digitaler Infrastruktur stoßen selbst mit weniger Betten als Deutschland nicht an Kapazitätsgrenzen
- Die Verfügbarkeit von Fachpersonal war in allen Ländern ein zentraler Engpassfaktor
- Es braucht vorab klare Regeln für Priorisierungsentscheidungen und den Umgang mit Materialengpässen

## Autoren



Dr. Jan Böcken  
Senior Project Manager  
jan.boecken@  
bertelsmann-stiftung.de



Dr. Uwe K. Preusker  
Health System Analysis/  
Health Policy Research  
Tmi Preusker  
Vantaa/Finland

In Deutschland gab es seit vielen Jahren mehr Kliniken, Krankenhausbetten und Intensivkapazitäten als in nahezu jedem anderen Land Europas. Dann kam die Corona-Pandemie. In einer Situation großer Unsicherheit zu Beginn der ersten Welle entschied sich die Bundesregierung trotz der vielen Häuser und Betten, knapp neun Milliarden Euro an Freihaltepauschalen an die Kliniken zu zahlen. Bis Ende September 2020 wurden damit faktisch über 300 Kliniken von durchschnittlicher Größe aus der Versorgung genommen. Kein anderes Land der Welt gab mehr Geld dafür aus, dass Krankenhäuser ihre Betten leer stehen ließen.

Heute wissen wir, dass diese Maßnahme nicht erforderlich war, auch weil über 90 Prozent der Corona-Patientinnen und -Patienten ambulant versorgt wurden. Nur die sehr schwer erkrankten wurden stationär behandelt.

»Die Kapazitätsgrenze in der Intensivmedizin wurde in der ersten Corona-Welle nie auch nur annähernd erreicht.«

Prof. Boris Augurzky, RWI Essen

Die Versorgung von stationär behandlungsbedürftigen und vor allem von beatmungspflichtigen Fällen fand in Deutschland meist in großen, spezialisierten Kliniken statt. Das war medizinisch richtig, aber es war nicht das Resultat einer systematischen Steuerung über die Krankenhausplanung. Die Krise zeigte gnadenlos die Schwächen in der deutschen Krankenhauslandschaft auf: Wenn es eng wurde, lag es zumeist daran, dass gut ausgebildetes Personal auf den Intensivstationen fehlte. Weitere Gründe waren die mangelnde regionale Kooperation zwischen Kliniken und die nach wie vor zu geringe Konzentration und Spezialisierung.

Diese Schwächen des deutschen Systems waren lange bekannt. Deutschland hat vor allem monetär einen hohen Preis bezahlt, um trotz dieser systematischen Defizite gut durch die erste Corona-Welle zu kommen. Aber die hohen Kapazitäten kosten nicht nur Geld, sie werfen weitere Fragen auf: Wurden vor der Krise zu viele unnötige Operationen durchgeführt, um die vorhandenen Kapazitäten auszulasten? Wurden während der ersten Welle der Pandemie notwendige Eingriffe verschoben, obwohl die Ressourcen gar nicht für COVID-19-Fälle benötigt wurden?

Die Pandemie zeigt eindrücklich, vor welchen Herausforderungen das Krankenhauswesen in Deutschland steht: Wir brauchen eine stationäre Versorgung, die sich dynamisch an einen schwankenden und nur schlecht vorhersagbaren Bedarf anpassen kann. Dabei müssen unnötige Ausgaben von Versicherten- oder Steuergeldern für das Vorhalten von übergroßen Reservebeständen verhindert werden – ohne gleichzeitig die wirklich notwendigen Versorgungskapazitäten, wie sie beispielsweise während der zweiten Pandemiewelle und angesichts der hohen Infektionszahlen dringend vonnöten sind, zu gefährden.

Vor diesen Herausforderungen stehen auch andere Gesundheitssysteme. Wir haben deshalb mit ausgewiesenen Fachleuten aus **Dänemark, Schweden, Spanien und Israel** gesprochen und die Reaktionsfähigkeit der jeweiligen Gesundheitssysteme in der Pandemie, speziell der stationären Bereiche analysiert. Sowohl die Ausgangsbedingungen dieser Länder als auch die Strategien der Krisenbewältigung waren dabei sehr unterschiedlich.

Dänemark konnte sich auf eine moderne, konzentrierte und spezialisierte Krankenhausversorgung stützen, deren Intensivbetten trotzdem recht gleichmäßig über das Land verteilt sind. Das Flächenland Schweden verfügt ebenfalls über eine spezialisierte Kliniklandschaft mit relativ wenig Betten. Dort baute man aber im Gegensatz zu fast allen anderen Ländern bei der Pandemiebekämpfung insbesondere auf die Eigenverantwortung der Menschen in ihrem Bewegungsverhalten.

Spaniens eher regional organisierte Kliniken mussten einem besonders hohen Ansturm von Patientinnen und Patienten gerecht werden. Israel verfügt als kleines Land über einen relativ hohen Anteil an Intensivbetten pro Einwohner.

Keines dieser Länder kann oder sollte in der Pandemiebekämpfung als Blaupause für Deutschland betrachtet werden. Man kann jedoch aus einigen der dortigen Ansätze lernen, wie Deutschland einige Belastungen der zweiten Welle hätte abmildern können.

Prinzipiell gilt: Damit ein Gesundheitssystem gut auf eine Pandemie reagieren kann, müssen einige zentrale Voraussetzungen erfüllt sein:

- › Krisenpläne – anpassbar an die aktuelle Problemlage – müssen vorhanden sein.
- › Eine ausreichend aktuelle Datenbasis über die Kapazitäten im Gesundheitssystem, deren aktuelle Verfügbarkeit sowie die Eignung für die Behandlung von Menschen mit der betreffenden Erkrankung muss vorliegen.

### Deutliche Unterschiede in der Anpassung und Anwendung vorhandener Krisenpläne

Allgemeine Krisenpläne existierten in allen untersuchten Ländern. Allerdings erfolgte die Anpassung an die Corona-Pandemie lediglich in Israel, Dänemark und Schweden schnell und gut koordiniert.

In Spanien, das über das am stärksten dezentralisierte Gesundheitssystem mit hoher Autonomie der Regionen verfügt, war der Prozess der Planerstellung besonders problematisch. So hat die nationale Regierung – mit Ausnahme der Anordnung des Lockdowns am 14. März 2020 – kaum Steuerungsmaßnahmen ergriffen. Die eigentlich dringend notwendige Koordination unter den Regionen sowie zwischen den Regionen und der nationalen Regierung ist ausgeblieben.

Deutschland reagierte erst mit einer gewissen Verzögerung auf die Pandemie. So mussten der Bundesebene zunächst gesetzlich weitere Befugnisse für die Pandemiebekämpfung übertragen werden. Erst rund sechs Wochen nach dem Nachweis des ersten Corona-Falls in Deutschland haben die Bundesregierung und die Ministerpräsidenten der Bundesländer die Krankenhäuser aufgefordert, sich auf den steigenden Bedarf an Intensiv- und Beatmungskapazitäten zur Behandlung von COVID-19-Patientinnen und -Patienten zu konzentrieren.

### Gute Datenbasis unabdingbar für schnelle Reaktionsfähigkeit

In keinem der analysierten Länder gab es vor Corona eine aktuelle Datenbasis der verfügbaren Intensivkapazitäten – mit Ausnahme von Schweden. Dort existiert bereits seit 2001 ein Register, in dem die Nutzung der Intensivkapazitäten wöchentlich aktuell ausgewiesen werden. Zu Beginn der Corona-Pandemie stellten die Behörden auf eine tägliche Aktualisierung um. Darüber hinaus verfügt Schweden über wöchentliche elektronische Meldungen aller Krankenhäuser mit der Anzahl der belegten und freien Akutbetten. Damit erfüllte Schweden bereits vor Beginn der Krise die Anforderungen an die digitale Ausstattung, die die OECD als eine zentrale Voraussetzung zur Bewältigung der Corona-Pandemie hervorhebt.

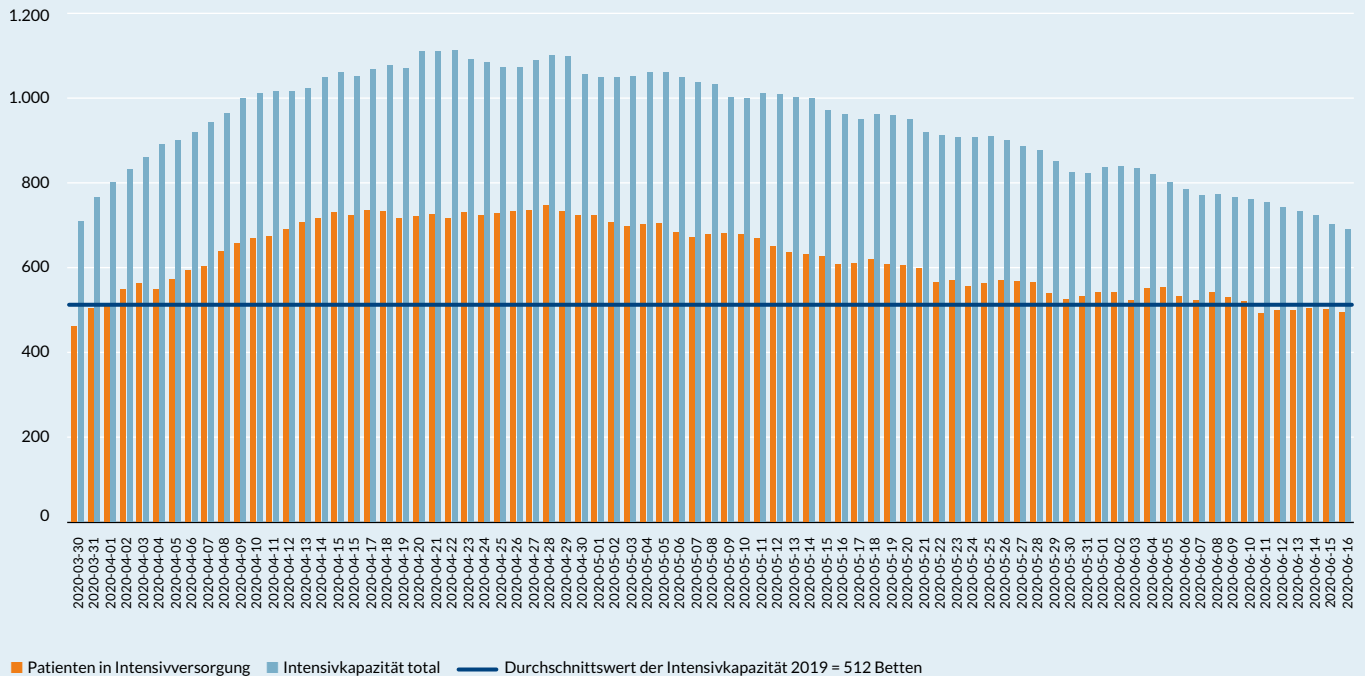
Dänemark konnte die veraltete Datenbasis zur Intensivversorgung schnell aktualisieren. Bereits im März 2020 standen aktuelle Zahlen zur Verfügung. Israel gelang es erst im Juli 2020, eine entsprechende Datenbasis bereitzustellen, die allerdings auch Informationen zur Auslastung der Krankenhäuser beinhaltete.

In Spanien war die bedarfsgerechte Steuerung der Intensivkapazitäten aufgrund der fehlenden Datenbasis problematisch: Hier kam es zu Verzögerungen bei der Erfassung der Daten auf der regionalen Ebene und deren Weiterleitung. Das hat dazu geführt, dass aktualisierte Daten auf nationaler Ebene nur mit deutlichem Zeitverzug verfügbar waren. Insgesamt ist für Spanien festzuhalten, dass zwar Informationen erhoben werden, diese jedoch keine Übersicht über die verfügbaren Kapazitäten beinhalten.

Auch in Deutschland fehlte zu Beginn der Corona-Pandemie ein Überblick über aktuell vorhandene Ressourcen und freie Kapazitäten im Krankenhaussektor. Die verfügbaren statistischen Informationen datierten von Ende 2017. Es dauerte bis Mitte April 2020, bis alle Krankenhäuser die Anzahl der verfügbaren und belegten Intensivbetten an das kurzfristig neu eingerichtete und verpflichtend gemachte DIVI-Intensiv-Register weitergeleitet hatten. Erst Ende April forderte das Bundesgesundheitsministerium (BMG) die Bundesländer dazu auf, Stufenpläne für die Versorgung und Vorhaltung von Kapazitäten für COVID-19-Fälle zu erarbeiten.

In Deutschland fehlt jedoch nach wie vor ein aktueller datengestützter Überblick über verfügbare Krankenhauskapazitäten jenseits des Intensiv-Bereichs, wie er etwa in Dänemark und

## Entwicklung der Gesamtkapazität und Belegung in der Intensivversorgung in Schweden März – Juni 2020



**Abbildung 1** | Quellen: Sveriges Kommuner och Landsting (2020-2). Samverkan och förnyelse. En Spänning över Omställningen i Hälso och Sjukvården under fem Månader med Corona, S. 24; Svenska Intensivvårdsregistret (SIR); eigene Berechnungen

| BertelsmannStiftung

Schweden existiert. Auch weiß man, im Gegensatz zu diesen Nationen, hierzulande kaum etwas über die Eignung dieser stationären Kapazitäten für die Behandlung bestimmter Patientengruppen. Eine bedarfsgerechte Ressourcensteuerung ist damit in Deutschland kaum möglich – nicht nur im Regelbetrieb, sondern auch in der kurzfristigen Reaktion auf weitere Pandemiewellen.

### Doppelstrategie in allen Ländern: Entlastungsmaßnahmen und gleichzeitige Kapazitätserhöhung

Im Zentrum der stationären Anpassungsbemühungen stand in allen untersuchten Ländern die Verschiebung planbarer Eingriffe sowie die kurzfristige Erhöhung speziell der Intensivkapazitäten. Spanien bildet hier insofern eine Ausnahme, als dass dort die Zentralregierung – mit Rücksicht auf die direkte Zuständigkeit der Regionen – keine Anstrengungen unternahm, Krankenhäuser durch Verschiebung elektiver Behandlungen zu entlasten. Entscheidungen hierüber wurden vollständig den jeweiligen Regionen überlassen.

Israel, Schweden und Dänemark verfolgten darüber hinaus eine erfolgreiche Strategie zur gezielten Erhöhung der Intensivkapazitäten.

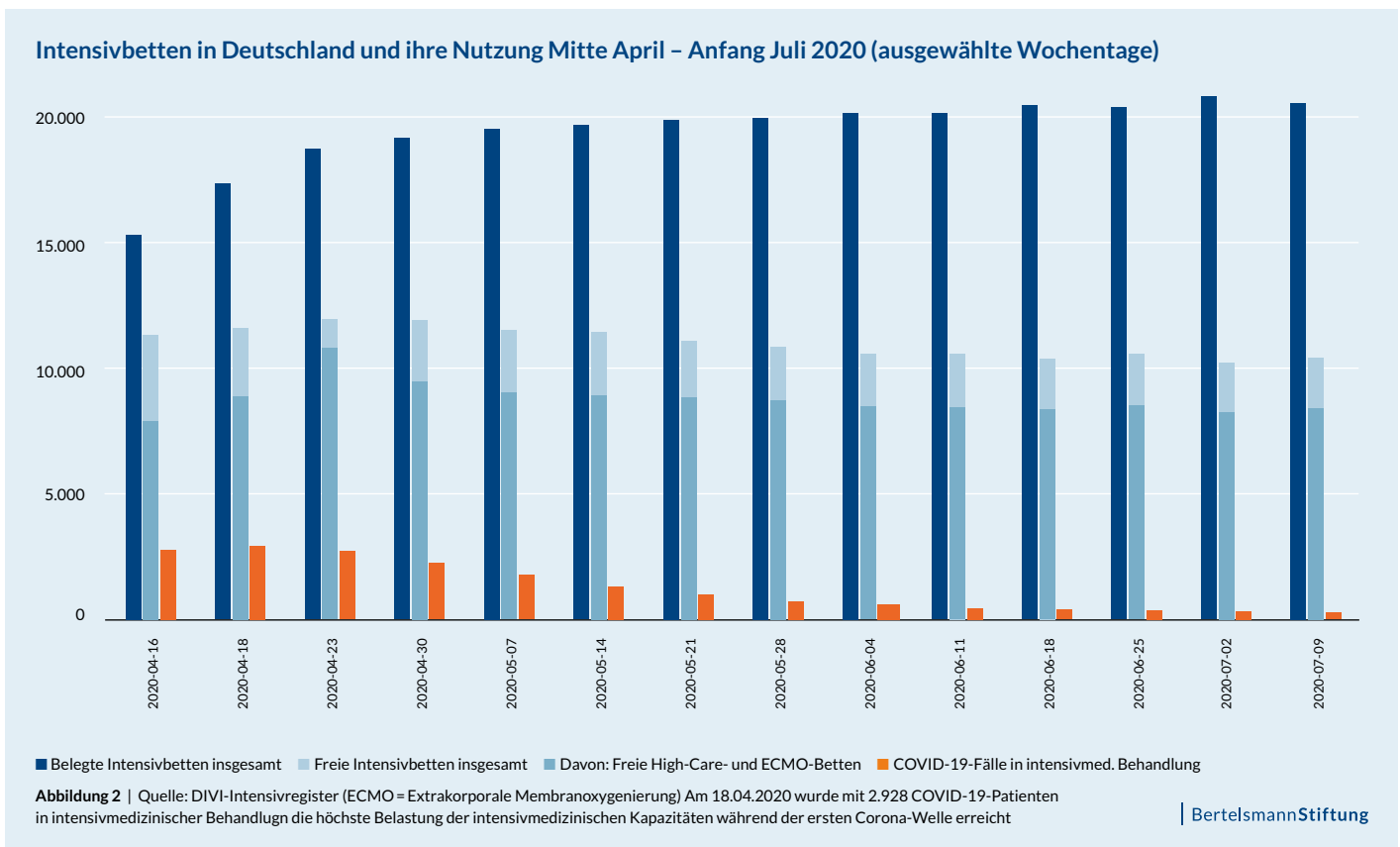
» While the number of hospitals and hospital beds in Denmark have been reduced over the past two decades there is sufficient flexibility to scale up when necessary.«

Prof. Karsten Vrangbæk, University of Copenhagen

Ähnlich wie in Dänemark war die Entwicklung in Schweden dabei durch eine besonders hohe Flexibilität gekennzeichnet. Unterstützt durch die sehr gute Datenlage war Schweden in der Lage, Kapazitäten entsprechend des sich verändernden Bedarfs schnell auf- und abzubauen (siehe Abbildung 1). Dabei oblag die Verantwortung für diese Anpassungen den 21 Regionen – in enger Koordination und Abstimmung mit den zuständigen zentralen Behörden und Einrichtungen.

### Deutscher Sonderweg – teuer und wenig zielgerichtet

In Deutschland wurde versucht, die Ausweitung der Krankenhaus- und Intensivkapazitäten vor



allem durch finanzielle Fördermaßnahmen zu steuern: Das COVID-Krankenhausentlastungsgesetz sah neben der Freihaltepauschale einen Kostenzuschuss in Höhe von 50.000 Euro für jedes zusätzlich geschaffene Intensivbett mit maschineller Beatmungsmöglichkeit vor. Qualitative Anforderungen, wie etwa eine Eignung des Krankenhauses für die Versorgung von COVID-19-Patient:innen, wurden nicht gestellt.

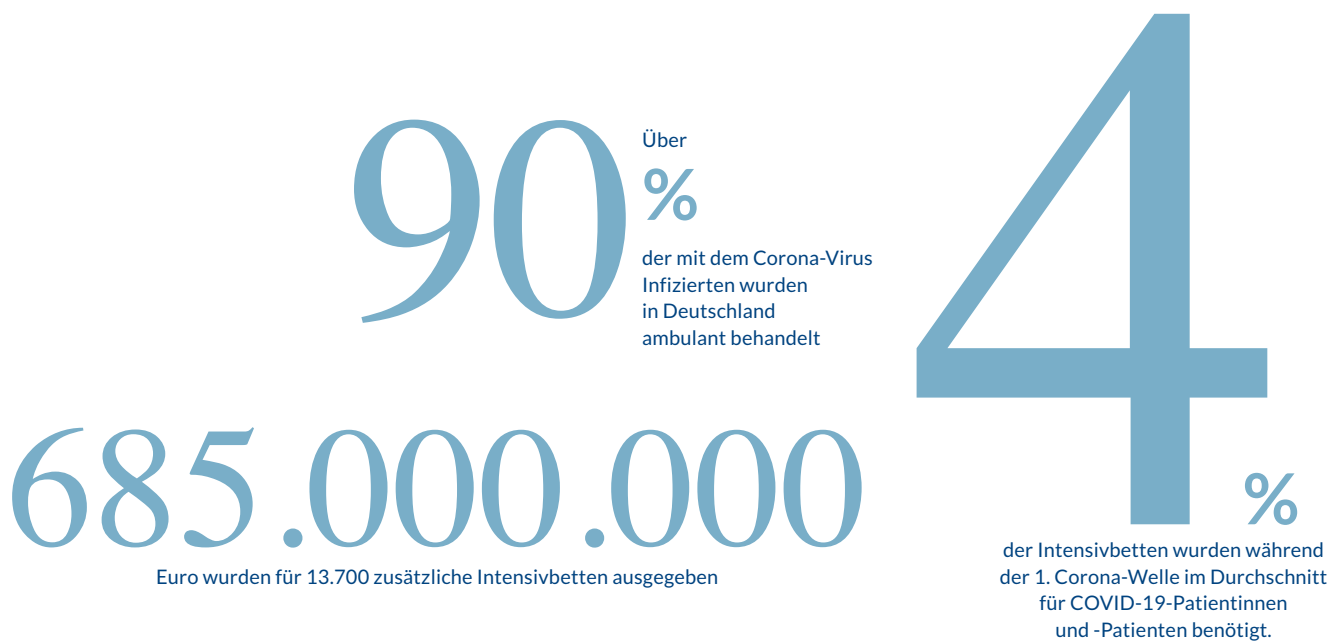
Dass der deutsche Weg einer Steuerung der Kapazitäten durch eine allgemeine finanzielle Förderung ohne konkrete Zielvorgaben nicht sehr effizient war, zeigt auch der Abschlussbericht des Ende April 2020 eingesetzten COVID-19-Expertenbeirats des BMG. Demnach wurden während der ersten Welle für die Versorgung von COVID-19-Fällen im Durchschnitt weniger als zwei Prozent aller Betten und nur vier Prozent der Intensivbetten tatsächlich genutzt. Rund ein Viertel aller deutschen Krankenhäuser war gar nicht an der Corona-Versorgung beteiligt. Auch während der zweiten, wesentlich höheren Welle und in Zukunft werden diese überwiegend kleineren Häuser nicht in der Lage sein, schwere COVID-19-Fälle adäquat zu behandeln.

Doch auch in der ersten Welle landeten zu viele COVID-19-Fälle in Krankenhäusern, die für die

erforderliche Behandlung medizinisch oder technisch nicht adäquat ausgestattet waren. Rund 30 Prozent aller beatmeten COVID-19-Erkrankten wurden verlegt – sie wurden also zunächst vielfach in Krankenhäusern behandelt, in denen sie nicht angemessen versorgt werden konnten. Eine systematische Koordination der Patientenströme war und ist in Deutschland aufgrund fehlender übergeordneter Steuerungsmöglichkeiten kaum möglich. Eine solche Patientensteuerung fand während der ersten Pandemieperiode nur in wenigen Regionen statt oder wurde wegen fehlender rechtlicher Verbindlichkeit nicht konsequent umgesetzt.

### Priorisierung und Rationierung: Plötzlich kein „No-Go“ mehr

Alle in diese Analyse einbezogenen Länder haben zur Entlastung der Krankenhäuser Priorisierungen vorgenommen, indem sie die politisch als notwendig erachtete Betreuung von Pandemie-Fällen der Behandlung von Elektiv-Patientinnen und -Patienten vorangestellt haben. Doch in welchem Ausmaß planbare Eingriffe verschoben wurden und ob diese Maßnahme überhaupt erforderlich war, variierte von Land zu Land deutlich.



In Spanien kam es aufgrund der stark regionalisierten Verantwortlichkeiten und des Fehlens einer übergreifenden Koordination zu regionalen Überlastungen, die durch eine schnellere Reaktion und bessere Koordination seitens der Zentralregierung hätten abgemildert werden können. So veröffentlichte das spanische Gesundheitsministerium erst Anfang April ethische Grundsätze zu Triage-Maßnahmen bei der Behandlung an COVID-19 erkrankten Personen. Es war davor jedoch bereits zu Rationierungsentscheidungen in Krankenhäuser gekommen.

In Schweden existierten schon vor der Corona-Pandemie allgemeine Richtlinien zum Umgang mit Triage-Entscheidungen in Knappheitssituationen. Diese wurden zu Beginn der Pandemie kurzfristig aktualisiert. Obwohl es lokal – insbesondere in Stockholm – zeitweise zu einer sehr hohen Belastung kam, gab es während der gesamten ersten Welle zu jeder Zeit noch freie Intensivkapazitäten. Triage-Entscheidungen waren somit nicht erforderlich.

Problematisch wird eine solche Form der Priorisierung, wenn sie aus Kapazitätsgründen eigentlich nicht notwendig ist, aber dennoch vorgenommen wird, etwa weil zuverlässige und aktuelle Informationen über die nutzbaren und geeigneten Behandlungskapazitäten fehlen. Dies war während der ersten Pandemie-Welle in Deutschland der Fall: Der öffentliche Aufruf des Bundesgesundheitsministers von Mitte März 2020, auf planbare Operationen und Eingriffe zu verzichten, hat zusammen mit der dadurch mitbeförderten Sorge der Bevölkerung vor einer

Infektion im Krankenhaus zu einem drastischen Rückgang von Krankenhausfällen geführt. So zeigte eine erste Analyse des Wissenschaftlichen Instituts der AOK für das erste Quartal 2020 einen Rückgang der Krankenhausfälle von AOK-Versicherten um 41 Prozent gegenüber dem Vorjahresquartal. Betroffen waren dabei auch akute Erkrankungen wie Herzinfarkte und Schlaganfälle.

#### Zentraler Flaschenhals Personal

Unsere Analyse zeigt: Der Mangel an geeignetem Personal bremste die Reaktionsfähigkeit aller untersuchten Länder. Besonders betroffen war die stark ausgeweitete Intensivversorgung. Um die akute Knappheit an Fachpersonal zu überbrücken, kamen häufig Pflegekräfte aus anderen Abteilungen zum Einsatz, die kurzfristig geschult werden mussten. Teilweise blieben aufgrund des Personalmangels auch Intensivplätze ungenutzt.

Der Mangel an geeigneter Schutzkleidung – und damit das erhöhte Infektionsrisiko – führten stellenweise zu einer Verstärkung des Personalmangels. So wird für Spanien von einem besonders hohen Anteil an Infizierten unter dem Gesundheitspersonal berichtet: Dort lag der Anteil des Gesundheitspersonals an allen COVID-19-Infizierten bei 24,1 Prozent, während der Anteil in Deutschland nur 5,2 Prozent betrug – eine Differenz, die vor allem auf den anfänglich starken Mangel an Schutzkleidung in Spanien zurückgeführt wird.

## Funktionierendes ambulantes Versorgungssystem ist essenziell

In allen fünf Ländern wurde angestrebt, schwere COVID-19-Fälle vorrangig in Krankenhäusern zu behandeln, während mild erkrankte Menschen ambulant versorgt werden sollten. In Israel nahmen Krankenhäuser zu Beginn der Pandemie zwar zunächst noch sämtliche COVID-19-Patienten stationär auf. Das wurde später jedoch korrigiert.

Gleichwohl war die Hospitalisierungsrate von Land zu Land sehr unterschiedlich. In Spanien etwa wurden während der ersten Corona-Welle gut 55 Prozent aller COVID-19-Fälle stationär versorgt, in Deutschland dagegen nur 13 Prozent.

Am konsequentesten achteten Dänemark und Schweden darauf, dass Kontakte mit medizinischem Personal bzw. den Gesundheitszentren in der Primärversorgung möglichst digital oder telefonisch erfolgten, um so weiteren Ansteckungen vorzubeugen. Dabei profitierten beide Länder von der bereits seit vielen Jahren erfolgreich praktizierten Nutzung digitaler Möglichkeiten für Kontakte zwischen Kranken und dem Gesundheitssystem.

Schweden etwa stellte zu Beginn der Pandemie sehr schnell auf dem nationalen Gesundheitsportal spezielle Corona-Informationen für die Bevölkerung einschließlich eines Fragebogens zur Selbsteinschätzung zur Verfügung. Nachdem Patientinnen und Patienten anfangs nur bei Einweisung ins Krankenhaus getestet wurden, hatte die schwedische Bevölkerung ab Mai 2020 generell die Möglichkeit, einen Selbsttest online oder telefonisch zu bestellen und zu Hause durchzuführen. Alternativ konnte man sich bei mobilen Teststationen oder in einem Gesundheitszentrum testen lassen. Nur in schwereren Fällen empfahlen die schwedischen Behörden, die Notaufnahme eines Krankenhauses aufzusuchen. Durch dieses Vorgehen wurden die stationären Kapazitäten deutlich entlastet.

## Lehren aus dem Ausland für eine bessere Krisenreaktionsfähigkeit

Im internationalen Vergleich ist Deutschland gut durch die erste Pandemiewelle gekommen. Mit ausschlaggebend dafür war einerseits der glückliche Umstand, dass die erste Welle hierzulande verhältnismäßig spät auftrat. So war es möglich, von den Erfahrungen anderer Länder zu lernen. Ein weiterer Faktor waren die im internationalen Vergleich sehr hohen Krankenhaus- und Intensivkapazitäten.



## Ländergutachterinnen und -gutachter

### Dänemark

- › Prof. Karsten Vrangbæk (University of Copenhagen)

### Deutschland

- › Prof. Tanja Klenk (Helmut-Schmidt-Universität Hamburg)
- › Dr. Uwe Preusker (Health System Analysis / Health Policy Research, Vantaa)

### Israel

- › Ruth Waitzberg (Ben-Gurion University of the Negev / Myers-JDC-Brookdale Institute)
- › Oren Miron (Harvard Medical School)
- › Nadav Davidovich (Ben-Gurion University of the Negev)

### Schweden

- › Dr. Uwe Preusker (Health System Analysis / Health Policy Research, Vantaa)

### Spanien

- › Prof. Kristin Edquist (Eastern Washington University)
- › Mario Martínez-Jiménez (Lancaster University)

Doch was als Vorteil erschien, hat sich Deutschland teuer erkauft: Mit Freihaltepauschalen in Milliardenhöhe für zehntausende leerstehende Betten. Mit einer Rationierung der Ressourcen für planbare Eingriffe, deren negative gesundheitliche Folgen erst mit zeitlicher Verzögerung zu beurteilen sein werden. Und mit einer Über- und Fehlversorgung zu Normalzeiten, die durch Überkapazitäten regelmäßig entsteht.

Diese Strategie war nie gut und sie wird langfristig nicht durchzuhalten sein: weil irgendwann auch in Deutschland das Geld knapp wird, weil das Fachpersonal fehlt und weil die Bürgerinnen und Bürger eine Versorgungsqualität, die schlechter ist als nötig, nicht ewig akzeptieren werden.



„Krankenhausstrukturen und Steuerung der Kapazitäten in der Corona-Pandemie – Ein Ländervergleich“. Die Studie steht unter <https://bertelsmann-stiftung.de/krankenhauslandschaft> zum kostenlosen Download bereit.

## Handlungsempfehlungen

### Resilienz der stationären Versorgung stärken

Folgende Änderungen sind erforderlich, um die Reaktionsfähigkeit des deutschen Gesundheitssystems auf externe Schocks wie Pandemien zu verbessern:

#### Governance

- › Deutschland braucht eine abgestimmte Planung für Pandemie- oder Katastrophensituationen von nationalem Ausmaß. Dazu gehören auch Regeln, falls es zu Triage-Entscheidungen kommen sollte.
- › Notwendig ist eine transparente, mindestens wochenaktuelle Übersicht über nutzbare Kapazitäten in allen stationären Versorgungsbereichen.
- › Das derzeitige DIVI-Intensivregister darf nicht nur vorübergehend existieren und muss Vorbild für weitere digitale Lösungen auch in anderen Versorgungsbereichen sein.

#### Vorhaltung von Material und Kapazitäten

- › Krankenhäuser müssen dazu verpflichtet werden, entsprechend ihrer jeweiligen Versorgungsaufgaben erforderliches Schutzmaterial und technische Ausstattung für Pandemie- und Katastrophenfällen vorzuhalten; dies muss vollständig refinanziert werden.
- › Für kurzfristig schwankende Anforderungen an die Krankenhaus- und Intensivkapazität in Pandemie- und Katastrophensituationen müssen dauerhaft flexible Regelungen geschaffen werden.

#### Steuerung von Patientenflüssen

- › Die Steuerung von schwer- und schwerstkranken Menschen in die geeigneten Krankenhäuser muss vor allem in Pandemie- und Katastrophensituationen verbindlich geregelt werden. Eine stärker konzentrierte und spezialisierte Krankenhauslandschaft ist hierfür eine wichtige Voraussetzung.
- › Freihaltepauschalen sollten nur an Kliniken gezahlt werden, die eine nachgewiesene hohe Expertise in dem relevanten medizinischen Bereich haben.

#### Personal

- › Zusätzliches Personal vor allem in hochspezialisierten Bereichen der Gesundheitsversorgung kann nicht über Nacht rekrutiert oder ausgebildet werden. Erforderlich ist hier vielmehr eine Langfriststrategie.
- › Dazu gehört die Erhöhung der Attraktivität der Berufe insbesondere in der Pflege. Zusätzlich muss die Spezialisierung in Tätigkeitsfeldern mit besonders hohem Bedarf wie etwa der Intensivpflege im Rahmen der Aus- und Fortbildung systematisch gefördert werden.
- › Erforderlich sind auch Konzepte für kurzfristige Schulungsmaßnahmen, um bei Bedarf schnell und flexibel zusätzliches Personal entsprechend zu qualifizieren.

SPOTLIGHT GESUNDHEIT ist ein Impulspapier des Programms „Versorgung verbessern – Patienten informieren“ der Bertelsmann Stiftung. Es erscheint in unregelmäßigen Abständen mehrmals pro Jahr und beschäftigt sich mit aktuellen Themen und Herausforderungen im Gesundheitswesen. Die Bertelsmann Stiftung setzt sich für ein Gesundheitssystem ein, das sich an den Bürgern orientiert. Mit ihren Projekten zielt sie auf eine konsequent am Bedarf ausgerichtete und hochwertige Versorgung sowie stabile finanzielle Grundlagen. Patienten sollen durch verständliche Informationen in ihrer Rolle gestärkt werden.

Weitere Informationen auf <https://bertelsmann-stiftung.de/krankenhauslandschaft> und [www.bertelsmann-stiftung.de](http://www.bertelsmann-stiftung.de)

#### Impressum

Herausgeber:  
Bertelsmann Stiftung  
Carl-Bertelsmann-Str. 256  
33311 Gütersloh  
[www.bertelsmann-stiftung.de](http://www.bertelsmann-stiftung.de)

Verantwortlich:  
Uwe Schwenk  
Director des Programms  
„Versorgung verbessern –  
Patienten informieren“

Kontakt:  
Sonja Lütke-Bornefeld  
[spotlight-gesundheit@bertelsmann-stiftung.de](mailto:spotlight-gesundheit@bertelsmann-stiftung.de)  
Tel.: + 49 5241 81-81431

Redaktion:  
Cinthia Briseño

Bildnachweis:  
© Yurii Zushchuk –  
[stock.adobe.com](http://stock.adobe.com)

Gestaltung: Dietlind Ehlers  
Druck: Gieselmann Druck  
und Medienhaus

ISSN (Print): 2364-4788  
ISSN (Online): 2364-5970

Veröffentlichung:  
Februar 2021