

# Ach Europa!

Die *BILD-Zeitung* – normalerweise nicht der Ort bedeutender gesundheitspolitischer Diskussionen – titelte am 24. Mai dieses Jahres auf der ersten Seite „Deutsches Gesundheitssystem nur auf Rang 18“. Grundlage für den Beitrag war ein im *Lancet* veröffentlichtes Ranking von fast 200 Gesundheitssystemen. Dass dies für die *BILD* eine Nachricht für die erste Seite war, liegt vermutlich daran, dass zwischen der Selbstwahrnehmung in Deutschland zur Leistungsfähigkeit des Systems und dem erzielten Platz eine erhebliche Lücke klafft.

Das deutsche Gesundheitssystem gehört trotzdem zu den leistungsfähigsten Systemen weltweit (und vermutlich ist es deutlich leistungsstärker als das Ranking suggeriert). Genauso richtig ist allerdings auch die Feststellung, dass es einen erheblichen Reformstau gibt, die Strukturen in weiten Teilen als verkrustet bezeichnet werden müssen und viele Potentiale zur Leistungssteigerung nicht genutzt werden. Exemplarisch hierfür sind:

1. Der „vermurkste“ Wettbewerb zwischen Krankenkassen, der den Versicherten keine wirkliche Wahlmöglichkeit gibt, sondern vielmehr davon dominiert wird, dass derjenige gewinnt, der den Morbi-RSA am besten beherrscht, respektive wem er am besten in die Karten spielt. Allerdings ist Wettbewerb um das gleiche Produkt zum gleichen Preis kein Wettbewerb, der volkswirtschaftlichen Nutzen stiften kann.
2. Das mehr oder weniger systematische Verschlafen der Digitalisierung in der Gesundheitswirtschaft. So spricht der Vorsitzende der Monopolkommission Achim Wambach gerne von der „unterdigitalisierten Branche“. Zwar gibt es bereits seit 2013 eine elektronische Patientenakte – allerdings nur im Gesetz. Die entscheidenden Fragen nach einer wirklichen Strategie und der notwendigen Infrastruktur sind ungelöst.
3. Die Sektorengrenzen sind fest zementiert und ermöglichen nur punktuelle sektorenübergreifende Lösungsansätze. Weder findet eine wirkliche sektorenübergreifende Bedarfsplanung statt, noch fördern die Vergütungssysteme die Zusammenarbeit.
4. Gleichermaßen wird der notwendige Strukturwandel in der stationären Versorgung nur zögerlich angegangen. Mit immer noch knapp 2000 Krankenhäusern, in die in den letzten Jahren auch nur unzureichend investiert wurde, hat der grundlegende Strukturwandel bisher kaum stattgefunden.
5. Obwohl es bereits heute in der Pflege massive Personalengpässe gibt und diese auch in anderen Bereichen zu erwarten sind (hierzu muss man sich nur die Altersstruktur der jetzt tätigen Leistungserbringer anschauen), gibt es keine Bildungsoffensive hin zu attraktiven Ausbildungskonzepten.
6. Auch wenn es mittlerweile – nach diversen gescheiterten Anläufen – ein Präventionsgesetz gibt, schreitet sowohl die Prävention als auch die Zusammenführung von Gesundheits- und Sozialversorgung nur sehr schleppend voran.

Wenn man sich das deutsche Gesundheitssystem unter diesen Aspekten betrachtet, verfestigt sich der Eindruck, dass man sich auf den Lorbeeren der Vergangenheit ausruht. Diese Situation wird dadurch verschärft, dass das deutsche Gesundheitssystem

vier international sehr ungewöhnliche Konstellationen aufweist: Erstens, der Handlungsdruck ist zurzeit extrem gering. Die allgemeine wirtschaftliche Situation führt dazu, dass die „Kassen voll sind“. Nahezu kein Akteur – weder die Krankenkassen noch die Leistungserbringer – hat wirklichen finanziellen Handlungsdruck. Zweitens, die Transparenz ist extrem gering. Unterschiede in der Qualität werden nicht sichtbar. Und drittens bestehen für viele Akteure monopolistische Situationen, die den Markteintritt anderer Akteure verhindern. Besonders innovationshemmend wirkt sich aber, viertens, aus, dass der aktuelle Zustand für viele Akteure keine second-, sondern eine first best-Situation darstellt. Veränderungen sind eher mit wahrgenommenen Verschlechterungen verbunden.

Die vorliegende Ausgabe der *Gesundheits- und Sozialpolitik* soll in diesem Kontext vor allem zum Nachdenken anregen. Es geht nicht um das Revolutionieren oder schlichte Kopieren, sondern viel mehr darum, interessante Ideen für Gesundheitsreformen zu generieren. Im ersten Beitrag von Matthias Brunn und Patrick Hassenteufel zum französischen Gesundheitssystem steht die grundsätzliche Gesundheitssystemgestaltung im Vordergrund. Schwerpunkt ist die Frage, wie die Kräfteverhältnisse zwischen staatlicher Regulierung und Korporatismus austariert werden sollten. Besonders spannend ist hierbei, dass das traditionelle, an Bismarck orientierte französische Modell zunehmend Beveridge-Komponenten hinzugefügt werden. Einen anderen Schwerpunkt hat der Beitrag von Stefanie Ettelt zum englischen Gesundheitssystem. Die Auswirkungen des Brexit auf das britische Gesundheitssystem sind vielfältig. Von besonderer Bedeutung sind allerdings die dramatischen Konsequenzen für das Personal. Bereits heute arbeiten 60.000 Mitarbeiter aus dem EU-Ausland im NHS (jeder zehnte Arzt wurde außerhalb Großbritanniens ausgebildet), im Pflegebereich sind die Zahlen noch deutlich höher. Der Brexit führt bereits jetzt dazu, dass die Zahl derjenigen Health Care-Professionals, die nach Großbritannien kommen, dramatisch eingebrochen ist. Von besonderem Interesse für die deutsche Diskussion ist der Beitrag von Elke Berger et al. zur Krankenhausreform in Dänemark. Zwei Faktoren sind dabei besonders hervorzuheben. Es geht bei der Reduktion der Krankenhausstandorte nicht darum, Personal abzubauen. Die Anzahl an Mitarbeitern ist sogar gestiegen. Im Vordergrund steht eine Strukturreform mit entsprechenden Effizienzsteigerungen. Eine durchschnittliche Verweildauer von nunmehr nur 3,1 Tagen spricht für sich. Besonders beeindruckend ist der Beitrag zu Estland von Silver Mikk. Kaum ein anderes Land hat die Digitalisierung derart zu einem übergeordneten Ziel gemacht. Mit Ausnahme von Immobilienkäufe und Scheidungen kann alles digital über die gleiche Plattform abgewickelt werden. Die Digitalisierung im Gesundheitswesen ist dort ein Mosaikstein in einer übergeordneten Strategie. Vor allem das pragmatische und modulare Vorgehen ist daher für Deutschland von besonderem Interesse. Auch wird nicht viel evaluiert, sondern sehr pragmatisch ausprobiert. Eine ganz andere Herausforderung wird im Beitrag von Colleen Higgins et al. adressiert. Die amerikanische Opioid-Epidemie scheint für Außenstehende kaum nachvollziehbar. Sehr differenziert wird aufgezeigt, wie die Entstehungsgeschichte war und wer welche Rolle eingenommen hat.

Aber auch die anderen Artikel dieser Ausgabe geben gleichermaßen Anstoß für Diskussionen. Ich wünsche viel Spaß bei der Lektüre!

Prof. Dr. Volker E. Amelung