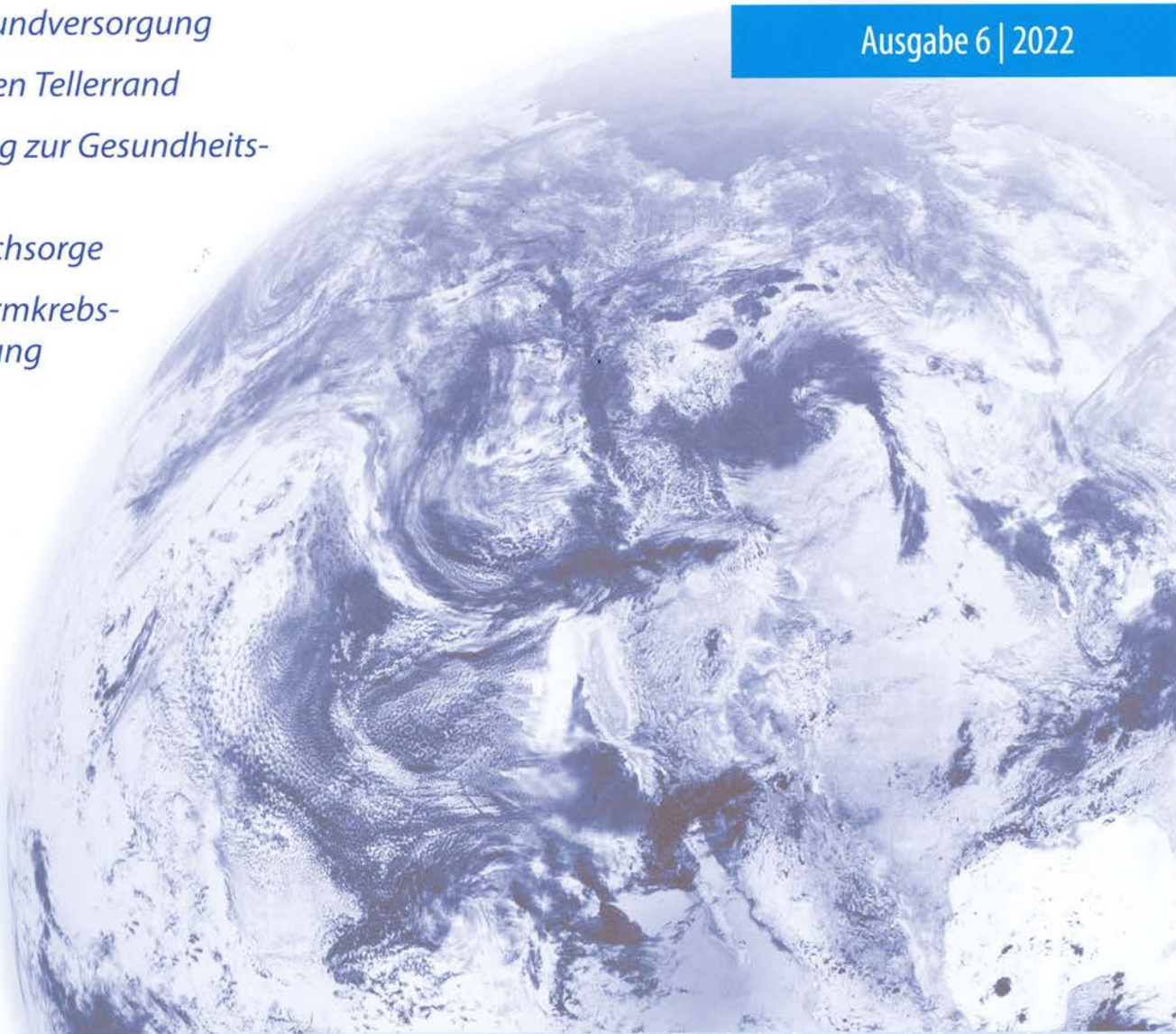


KRANKENVERSICHERUNG

- > *Umfrage Wundversorgung*
- > *Blick über den Tellerrand*
- > *Auf dem Weg zur Gesundheitsversorgung*
- > *Digitale Nachsorge*
- > *Digitale Darmkrebsfrüherkennung*

Ausgabe 6 | 2022



www.welt-der-krankenversicherung.de

Der Herausgeberbeirat:

Bettina am Orde
Prof. Dr. Dr. Alexander P.F. Ehlers
Roland Engehausen
Ulf Fink
Birgit Fischer
Dr. Rainer Hess

Dr. Gerald Gaß
Dr. Marc-Pierre Möll
Claus Moldenhauer
Prof. Dr. Frank Ulrich Montgomery
Dr. Robert Paquet

Dr. Uwe K. Preusker
Dr. Mani Rafi
Prof. Dr. Herbert Rebscher
Dr. Florian Reuther
Prof. Dr. Eberhard Wille

Herausgegeben von Rolf Stuppardt



Dr. Cornelia Heintze,
Leipzig²

Widersprüche und Grenzen des deutschen Gesundheitssystems – ein Blick über den Tellerrand¹

Insbesondere nach so einschneidenden Zeiten wie die der Corona-Pandemie ist es an der Zeit zu reflektieren, Zwischenbilanz zu ziehen und dabei auch auf andere Länder zu schauen, um den eigenen Systemstatus einzuordnen und eine Neubewertung vorzunehmen. Dem hat sich unsere Autorin angenommen und drei Lektionen festgehalten.

Neubewertung im Zuge der Corona-Pandemie

Systemvergleiche sind einerseits schwierig, andererseits erhellend. Die Schwierigkeit liegt darin, dass Gesundheitssysteme nicht isoliert existieren, sondern eingebettet sind in einen größeren systemischen Gesamtzusammenhang von Ökonomie, Politik und Kultur. Zugleich sind sie historisch gewachsen, was Pfadabhängigkeiten begründet, die teils stark, teils weniger stark ausgeprägt sind. Absolute

Grenzen der Vergleichbarkeit resultieren daraus aber nicht. Dass Länder mit gleichem Grundtyp einiges an Gemeinsamkeiten auch dort teilen, wo kollektive Mentalitäten, politische Kulturen und makroökonomische Kontexte deutlich differieren, konnte zuletzt während der Corona-Pandemie beobachtet werden. Staatliche Systeme konnten ihre Vorteile selbst noch dort ausspielen, wo die Politik erratisch agierte wie etwa im Vereinigten Königreich (UK).

Als staatlich zu qualifizieren sind Gesundheitssysteme, wo nicht nur die Finanzierung primär über öffentliche Haushalte erfolgt, sondern auch die Leistungserbringung und Steuerung zu einem Großteil bei staatlichen Einrichtungen (zentral, regional, kommunal) angesiedelt ist (Näheres siehe bei Heintze 2020b). Die wirtschaftlich hoch entwickelten europäischen Länder, die hier zuzuordnen sind, profitierten von einer die Gesamtbevölkerung umfassenden Datenlage und der Möglichkeit, auf Strukturen einheitlicher Steuerung

zurückgreifen zu können. Im Ergebnis waren die Impfkampagnen nicht nur in den fünf nordisch-skandinavischen Ländern und in UK, sondern auch in Spanien und Portugal ab Start niedrigschwellig angelegt und erreichten die besonders schutzbedürftigen Bevölkerungsgruppen zielgerichteter, als dies in Gesundheitssystemen gelang, wo wie in Deutschland oder der Schweiz fragmentierte Strukturen mit einer Vielzahl konkurrierender Akteure vorherrschen und übergeordnete Steuerungsinstanzen fehlen.

Von den 30 europäischen Ländern, die am Monitoringsystem des „Euro-

¹ Der Beitrag stellt eine erweiterte Fassung der Ausführungen der Autorin im Online-Magazin „Makronom“ vom 9.5.2022 dar. <https://makronom.de/die-widersprueche-des-deutschen-gesundheitssystems-41778>

² Cornelia Heintze (Stadtkämmerin a.D.) ist als freiberufliche Publizistin tätig mit Schwerpunkt auf internationale Wohlfahrtsvergleiche, wobei Bildung, Gesundheit, soziale Dienste/Pflege und Probleme gesellschaftlicher Ungleichheit im Mittelpunkt stehen.

pean Centre for Disease Prevention and Control" (COVID-19 Vaccine Tracker) teilnehmen, weisen mit Stand vom 29.04.2022 die meisten Länder mit staatlichem Gesundheitssystem bei den besonders vulnerablen Altersgruppen (80+, 70–79 Jahre und 60–69 Jahre) Booster-Impfquoten von über 90 % bis nahe 100 % auf (Dänemark, Island, Norwegen, Irland, Portugal, Spanien); zumindest liegen die Quoten nahe an 90 % (Schweden, Finnland, Italien). Unter den Ländern mit Pflichtversicherungssystem und korporatistischer Steuerung kommt nur Belgien in die Nähe von 90 %; die anderen Länder bringen es bestenfalls auf etwas über 80 % (Frankreich, Österreich, Luxemburg). Deutschland reiht sich hier ein. Die Booster-Impfquote der Hochaltrigen (80+) wird mit 79,4 % angegeben. Für die darunterliegenden Gruppen der älteren Bevölkerung existieren keine Daten. Dies verweist auf eine ausgeprägte Lernunwilligkeit. Während andere Länder Defizite bei der Generierung aussagekräftiger Daten abgebaut haben – in Österreich etwa wurde nach skandinavischem Vorbild ein Impfreisester geschaffen – besteht die Datenmälaise in Deutschland auch im 3. Jahr der Pandemie fort. Reagiert wurde auf Defizite nur punktuell, nicht systematisch.³

Deutsches Gesundheitssystem: Sehr teuer, Performanz mittelmäßig

Selbstwahrnehmungen sind häufig mehr von Wunschdenken geleitet als von nüchterner empirischer Analyse. Bei Bildung etwa sorgte erst der PISA-Schock von Ende 2001 dafür, dass der Mythos, über eines der weltweit besten Bildungssysteme zu verfügen, in sich zusammenbrach. Bei Gesundheit ist es komplizierter. Aber auch hier ist festzuhalten: Die von vielen PolitikerInnen und den LobbyistInnen der Selbstverwaltung immer wieder vorgetragene Behauptung, Deutschland habe das weltweit beste oder zumindest eines der besten Gesundheitssysteme,⁴ gehört in den Bereich der Legenden. Deutschland hat nicht das beste, sondern zusammen mit den USA und der Schweiz eines der kompliziertesten und am stärksten fragmentierten Gesundheitssysteme. Die laufenden Ausgaben sind gemessen am BIP nach den USA und vor der Schweiz weltweit die zweit-

höchsten. Im Vorpandemiejahr 2019 wurden aus öffentlichen und privaten Quellen 11,7 % des BIP für Gesundheit (incl. Langzeitpflege) eingesetzt, gefolgt von der Schweiz mit 11,3 % und Frankreich mit 11,1 %. Im Schnitt lag der BIP-Anteil der 5 nordisch-skandinavischen Länder um fast 2 Prozentpunkte niedriger (9,8 %) resp. um einen Prozentpunkt, wenn nur die Kernländer Dänemark, Norwegen und Schweden betrachtet werden. Die Ausgaben von UK – vgl. Tab. 1 – fügen sich hier ein. Gewisse Verschiebungen ergeben sich bei Betrachtung der Ausgaben pro Einwohner, ausgedrückt in KKS (Kaufkraftstandard). Hier liegt die Schweiz mit 5.102 KKS pro EW vorn, gefolgt von Norwegen (4.821 KKS) und Deutschland (4.559). Das Grundmuster, wonach in den 7 ranghöchsten High-Income-Ländern mit staatlichem System die laufenden Gesundheitsausgaben im Schnitt geringer ausfallen als in den 7 ranghöchsten High-Income-Ländern mit Pflichtversicherungen⁵, bleibt jedoch bestehen. Im Jahr 2019 betrug die Differenz 490 KKS pro EW.

Trotz der hohen Ausgaben, die nach der Einführung des DRG-Preissystems (2003) im Übrigen stärker gestiegen sind als zuvor,⁶ erreicht Deutschland bei internationalen Vergleichen meist nur eine mittlere, teilweise unterdurchschnittliche Bewertung. Am häufigsten zitiert wird der „Euro Health Consumer Index“ (EHCI), der seit 2005 vom Health Consumer Power House (HCP) herausgegeben wird. Verglichen werden 35 Länder entlang von sechs Subdisziplinen, die sich in 46 Einzelindikatoren gliedern. Dem deutschen System wird eine befriedigende bis gute, aber keine überragende Leistungsfähigkeit attestiert. Beim EHCI von 2009 erreichte Deutschland noch Rang 6, beim 2019 publizierten EHCI18 nur noch Rang 12. Tendenziell also ist eine Verschlechterung zu registrieren. Dafür gibt es mehrere Gründe. So zählen kurze Wartezeiten und die Möglichkeit, beliebig den Arzt zu wechseln aus der Patientenperspektive zu den Stärken des deutschen Systems.⁷ Sie wiegen aber weniger stark als in der Vergangenheit, weil es auf der einen Seite Ländern mit staatlichem System durch die Einführung sanktionsbewehrter Wartezeitgarantien – Dänemark war hier Vorreiterin – zunehmend gelingt, das für planwirtschaftliche Systeme typische Problem langer Wartezei-

ten zu entschärfen, während Deutschland umgekehrt bei seinen traditionellen Schwächen etwa auf dem Felde der Prävention kaum Fortschritte verzeichnen kann. Waren es abgesehen von den Niederlanden und Schweden zunächst vorrangig kleine Länder (Schweiz, Luxemburg, Dänemark, Island, Norwegen), die bessere Bewertungen erzielten, schneiden jetzt auch mittelgroße Länder wie Belgien und Frankreich besser ab. Dieses Muster bestätigt sich auch bei der letzten weltweiten Vergleichsstudie zur Erfassung der Versorgungsergebnisse bei 33 häufigen Krankheiten. Die 2018 im Lancet publizierte Studie mit Datenbasis von 2016 sieht Island und Norwegen auf den Plätzen 1 und 2 gefolgt von den Niederlanden. Von den europäischen Ländern mit mehr als 10 Mio. Einwohnern finden

3 Beispiel Alten- und Pflegeheime. Obwohl ein Großteil der Infektionen mit schweren Krankheitsverläufen bis hin zu Todesfällen auf Alten- und Pflegeheime entfiel, wurde das Meldesystem nicht so weiterentwickelt, dass differenzierte Analysen entlang von Trägerstrukturen, Personalausstattungen etc. möglich sind.

4 „Deutschland hat das beste Gesundheitssystem der Welt“, erklärte Prof. Dr. Frank Ulrich Montgomery, seit April 2019 Präsident des Weltärzteverbandes, zum Auftakt der Hauptversammlung des Hartmannbundes Mitte November 2019 in Berlin. Begründung: Der Zugang zur Versorgung sei einfach, die Wartezeiten kurz und jeder habe Anspruch auf Versorgung. (PM vom 12.11.2019: www.zm-online.de/news/politik/deutschland-hat-das-beste-gesundheitssystem-der-welt). Armin Laschet behauptete als Spitzenkandidat von CDU/CSU im Rahmen des Bundestagswahlkampfes (2. Triell am Sonntag, den 12.09.21), dass das britische und das dänische Gesundheitssystem aufgrund staatlicher Einheitsversicherungen viel schlechtere Leistungen erbringe als das deutsche. Die Behauptung blieb unwidersprochen.

5 Im Jahr 2019 unterteilten sich in Europa die 14 Länder mit dem höchsten BIP (€) pro Kopf auf je 7 Länder mit überwiegend staatlichem und 7 Länder mit überwiegend beitragsfinanziertem System (Quelle: Eurostat, Hauptaggregat des BIP pro Kopf [nama_10_pc]; Update 28.04.22). Zur Gruppe mit überwiegend staatlichem System gehören neben den nordischen Ländern und UK auch noch Irland. Die Gruppe mit Pflichtversicherungssystem wird gebildet aus den 3 deutschsprachigen Ländern (Österreich, Schweiz, Deutschland), den Benelux-Ländern (Belgien, Niederlande, Luxemburg) und Frankreich.

6 Die über Pflichtbeiträge und Haushaltsmittel finanzierten Pro-Kopf-Gesundheitsausgaben stiegen im Zeitraum von 1992–2002 um 3,6 % p. a.; von 2003–2018 aber um deutlich höhere 4,8 % p. a.

7 Deutschland habe „the most restriction-free and consumer-oriented healthcare system in Europe, with patients allowed to seek almost any type of care they wish wherever they want it“ (Health Consumer Powerhouse, Euro Health Consumer Index 2018, S. 12).

	% des BIP	KKS je EW insgesamt	Ausgaben (KKS ¹ je EW)			Finanzierungsanteile (%)			Öff. LTC ³ -Ausgaben (% der GS-Ausgaben)
			Öffentl. Haushalte	Pflichtversicherung	Verwaltungs- ausgaben	Öffentl. Haushalte	Kassenbeiträge ²	Selbstzahlungen + freiwillige Zahlensysteme	
Deutschland	11,7	4.659	304	3.637	206	6,5	78,1	15,4	13,6
Dänemark	10,0	3.915	3.261	0	101	83,3	0,0	16,7	34,3
Finnland	9,2	3.258	2.082	453	27	63,9	13,9	22,2	22,9
Island	8,6	3.245	2.690	0	55	82,9	0,0	17,1	19,4
Norwegen	10,5	4.821	4.137	0	71	85,8	0,0	14,2	32,8
Schweden	10,9	3.968	3.368	0	68	84,9	0,0	15,1	29,1
UK	10,2	3.215	2.524	0	59	78,5	0,0	21,5	14,3

Tab. 1: Laufende Gesundheits-/Pflegeausgaben im Jahr 2019 und ihre Finanzierung: Deutschland im Vergleich mit Skandinavien und dem Vereinigten Königreich

1) KKS = Kaufkrafteinheiten

2) In Island, Norwegen und Schweden existieren staatliche Versicherungen zur Deckung der Geldleistungen des Gesundheitssystems (Kostenerstattungen, Krankengeld, Honorarzahlgungen an private Ärzte usw.). Sie werden von Eurostat unter „staatliche Finanzierung“ subsummiert, weil die Einnahmen in die öffentlichen Haushalte fließen und dort mit Mitteln aus anderen Quellen aufgestockt werden.

3) LTC=Longterm Care (Langzeitpflege)

Eurostat-Datenbank: „Gesundheitsausgaben – ausgewählte Funktionen der Gesundheitsversorgung nach Finanzierungssystemen [hlth_sha11_hchf]; Update 01.12.2021; eigene Auswertung

	Betten für medizinische Behandlung (DS)		Krankenhausvollkräfte insgesamt		dar. Pflegefachkräfte VZ	
	2002–12	2013–19	2002–2012	2013–2019	2002–2012	2013–2019
Deutschland	630	608	1.127	1.213	382	429
Belgien	563	511	1.258	1.312	517	558
Österreich	636	560	1.553	1.603	561	586
Frankreich	360	316	1.818	1.748	522	528
Schweiz	446	369	1.729	1.923	546	570
Island	296	253	1.517	1.731	430	443
Dänemark	369	260	1.770	1.867	604	650
Norwegen	419	328	1.991	1.862	739	786
UK	k. A.	k. A.	1.950	1.933	571	555

Tab. 2: Krankenhausbetten und Krankenhausvollkräfte 100.000 EW (Pflege und insgesamt: Deutschland im Vergleich

Eurostat-Datenbank: (1) Krankenhausbetten nach Behandlungsart [hlth_rs_bds]; Update vom 2.7.2021; (2) Krankenhauspersonal [hlth_rs_prshp1]; Update 2.7.2021

sich 3 im Spitzenfeld der Top Ten (Niederlande, Schweden, Italien), während Deutschland nur Rang 18 erreicht (Lozano 2018, Abb. 3, S. 8). Die aktuellste Vergleichsstudie, publiziert im August 2021, entstammt der Reihe „Mirror,

Mirror“ des Commonwealth Fund. Die empirische Basis ist mit 71 Indikatoren breiter als die des EHCI, die Länderauswahl mit nur 11 Ländern zugleich schmaler. Der Fokus liegt auf dem Vergleich der USA mit den anderen angel-

sächsischen Ländern (Kanada, Vereinigtes Königreich, Neuseeland, Australien) plus weiteren High-Income-Countries (Deutschland, Frankreich, Niederlande, Schweiz, Norwegen und Schweden). Für den Systemvergleich bedeutsam ist der Befund, dass die USA mit ihrem stark marktgesteuerten Gesundheitssystem, das nur für Rentner (Medicare) und untere Einkommensbezieher (Notfallversicherung Medicaid für sozial Bedürftige) öffentliche Kassen vorsieht⁸, noch bei jeder Ausgabe von „Mirror, Mirror“ die schlechteste Performanz aufwiesen – in der Gesamtbewertung und bei fast allen Subdisziplinen. Dies trotz extrem hoher Gesundheitsausgaben (rd. 17 % des BIP), die zu knapp 50 % aus öffentlichen Quellen stammen (Finanzierung von Medicare, Medicaid und Subventionierung von Marktlösungen). Im angelsächsischen Kulturkreis bildet UK das Gegenmodell. In UK sind die öffentlichen Ausgaben in % des BIP ungefähr gleich hoch wie in den USA (2019: 8 %), für die Gesundheitsversorgung der Bevölkerung wird damit aber weit mehr erreicht. Beim Mirror-Mirror-Index rangiert UK entweder im Spitzenfeld (2013 und 2017: Rang 1) oder erreicht eine überdurchschnittliche Bewertung (2021: Rang 4). Deutschland findet sich bei der Gesamtbewertung im Mittelfeld (2013: Rang 5; 2017: Rang 8; 2021: Rang 5) mit ausgeprägten Schwächen beim Care Prozess, der administrativen Effizienz (jeweils Rang 9) sowie beim Gesundheitssoutcome (Rang 7). Zum Thema „administrative Effizienz“ siehe auch die Spalte „Verwaltungs- ausgaben“ in Tab. 1. Die beiden einbezogenen skandinavischen Länder entwickeln sich gegenläufig: Norwegen hat seine Position laufend verbessert (2013: Rang 7; 2017: Rang 4; 2021: Rang 1 vor den Niederlanden) mit Stärken in den Disziplinen Access to Care, Administrative Effizienz und Gesundheitssoutcome; Schweden umgekehrt verschlechtert (2013: Rang 3, 2017: Rang 6; 2021: Rang 7). Dies ist insoweit bemerkenswert, als Schweden innerskandinavisch am stärksten den Weg der Vermarktlichung mit Privatisierungen (Kliniken, Altenpflege) und der

⁸ Die Einführung einer Versicherungspflicht ab 2014 im Rahmen des Patient Protection and Affordable Care Act („Obamacare“) hat an der überragenden Machtstellung der privaten Krankenversicherungskonzerne nichts geändert, weil die Schaffung einer öffentlichen Kasse als Gegengewicht an fehlenden politischen Mehrheiten scheiterte.

Etablierung von DRGs als Preissystem eingeschlagen hat. Die Trennung von Finanzierung und Leistungserbringung sollte für mehr Effizienz und bessere Qualität sorgen. Dies ist nicht eingetreten. Schweden fiel bei der Leistungsfähigkeit des Gesamtsystems zurück, obwohl in % des BIP die öffentlich und privat finanzierten Ausgaben in der zurückliegenden Dekade mit gut 30 % weit stärker gestiegen sind als in den anderen nordischen Ländern. Auch die Schweiz, die vom EHCI immer ganz vorne gesehen wird, hat sich laufend verschlechtert (2013: Rang 2; 2017: Rang 6; 2021: Rang 9).

Bei Betrachtung zukunftsrelevanter Spezialthemen von der Etablierung nachhaltiger Gesundheitskonzepte bis zur Digitalisierung hellt sich das Bild, das Deutschland bietet, keineswegs auf. Besonders schlecht ist es um die Digitalisierung bestellt, wie u. a. die 17-Länder-Studie der Bertelsmann-Stiftung aus dem Jahre 2018 zeigt. Deutschland erreichte nur 30 von 100 möglichen Punkten (halb so viel wie Österreich) und landete hinter der Schweiz auf Platz 16. Aus Skandinavien waren Dänemark und Schweden einbezogen. Dänemark kam mit 72,5 Punkten auf Platz 3, Schweden mit 68,3 Punkten auf Platz 7. Auch England schnitt mit 70 Punkten überdurchschnittlich gut ab (Platz 6). Zu den Gründen, warum Österreich unter den Ländern mit Pflichtversicherung ein passables Ergebnis erreichte, Deutschland und die Schweiz aber nicht, siehe Heintze 2020a (S. 18 ff.).

Der Pflegenotstand resultiert aus dem Fehleinsatz, nicht dem Fehlen finanzieller Ressourcen

Während der 1. Welle der Corona-Pandemie gab es mit Blick auf die Bettenkapazität viel Selbstzufriedenheit, die im weiteren Verlauf der Pandemie jedoch der Erkenntnis wich, dass Betten nur bespielt werden können, wenn dafür das nötige Pflegepersonal zur Verfügung steht. In der 4. Pandemiewelle freilich war vielfach noch nicht einmal eine Mindestbesetzung gewährleistet. Folge: Ende Oktober 2021 war ein Fünftel der sogenannten High-Care-Betten und 35 % der Low-Care-Betten auf Intensivstationen aufgrund von Personalmangel gesperrt.⁹

Seit Jahren ist der Einsatz von Pflegepersonal in den Krankenhäusern wie

auch in der Langzeitpflege auf Kante genäht. Die Politik verspricht Besserung, hat mit untauglichen Maßnahmen aber kaum mehr erreicht als die Verwaltung eines Notstandes. Eine an pflegewissenschaftlichen Kriterien ausgerichtete Personalbemessung existiert nicht. Stattdessen gibt es Personaluntergrenzen, die nicht der Qualitätssicherung, sondern der Gefahrenabwehr dienen. Erst wenn diese gerissen werden, erfolgt eine Bettensperrung.

Vielfach (Bertelsmann Stiftung 2019, Prof. Busse, u. a.) geht die Argumentation dahin, dass das eigentliche Problem in einem Zuviel an Krankenhäusern und Planbetten bestehe, was medizinisch unnötige Leistungsausweitungen nach sich ziehe. Würden die Überkapazitäten abgebaut, gäbe es für die dann geringere Zahl an Kliniken und Klinikbetten auch genügend Pflegepersonal. Bezogen auf Ballungsräume ist durchaus zu fragen, ob mit deutlich weniger Kliniken nicht besser gefahren werden könnte; Berlin etwa hatte 2019 87 Krankenhäuser mit 19.852 Planbetten (Quelle: Destatis 2021, Grunddaten der Krankenhäuser). Diese Frage soll hier aber nicht vertieft werden. Mein Punkt ist ein anderer. Auch mit halb so vielen Krankenhäusern und halb so vielen Betten für medizinische Behandlungen bliebe es bei dem Befund einer Unterbesetzung der Krankenhäuser mit Pflegepersonal und sonstigem Servicepersonal. Tab. 2 stellt für 9 Länder auf 100.000 Einwohner bezogen die Entwicklung bei den Krankenhausbetten für medizinische Versorgungen der Personalentwicklung (Vollkräfte) gegenüber. Einbezogen als Vergleichsländer sind je 4 High-Income-Länder mit staatlichem und mit Pflichtversicherungssystem. Der Durchschnitt des Zeitraumes 2002–2012 (Z1) ist dem Durchschnitt des Zeitraumes 2013–2019 (Z2) gegenübergestellt. Wie ersichtlich, kombiniert Deutschland die höchste Bettendichte mit der schlechtesten Personalausstattung. Zwar ging die Bettendichte in Z2 gegenüber Z1 von 630 auf 608 leicht zurück und die Personaldichte stieg sowohl bei den Beschäftigten insgesamt wie auch der Teilgruppe von Pflegefachkräften. Da das Muster „Rückgang der Bettendichte“ und „Anstieg der Personaldichte“ jedoch auch in den meisten Vergleichsländern zu beobachten ist, stellte sich bei der relativen Position von Deutschland keine Verbesserung

ein. Dänemark und Island etwa beschäftigen in Krankenhäusern auf 100.000 EW 50 % mehr Vollkräfte, obwohl sie nur halb so viele Betten vorhalten. Die Schweiz wiederum erreicht bei den Betten 60 % des deutschen Niveaus, setzt dafür aber an Krankenhausbeschäftigten insgesamt gut 50 % und an Pflegefachkräften rd. ein Drittel mehr ein. Um bei der Krankenhauspflege auf die Niveaus der Vergleichsländer zu kommen, müssten im sechsstelligen Bereich angesiedelte Personalaufstockungen erfolgen (vgl. etwa Simon 2020). Über Mittelumverteilungen zu Lasten der Profiteure des gegebenen Systems – angefangen bei bestimmten Fachärztegruppen und Kassen- wie KV-Vorständen über die Pharmakonzerne bis zu den kommerziellen Leistungsanbietern, die am deutschen System hervorragend verdienen¹⁰, – ließe sich dies finanzieren. Kräftige Beitragserhöhungen mit der Folge, dass der Kreis derjenigen, die sich eine Kranken- und Pflegeversicherung gar nicht mehr leisten können, stiege, wären nicht zwingend. Für die in den Parlamenten tonangebende Politik allerdings stellt der Abbau von Privilegien und Erbhöfen, obwohl diese teilweise ihren Ursprung im Nationalsozialismus (ärztliche Machtstellung) haben, ein Tabu dar. In der Konsequenz bleibt

9 So das Ergebnis einer Umfrage der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI) und der Deutschen Gesellschaft für Internistische Intensivmedizin (DGIIIN). Danach befragt, beklagte Prof. Janssen – er war bis Ende 2020 Präsident der DIVI – in einem Interview mit Pflege-online vom 1. November 2021, dass es in den letzten Jahrzehnten versäumt wurde, den Pflegeberuf personell, finanziell und hinsichtlich der Kompetenzen aufzuwerten. Jetzt in der Pandemie sei dem extrem belasteten Pflegepersonal in den meisten Krankenhäusern selbst noch die dringend benötigte psychosoziale Unterstützung verweigert worden. So laufe man in ein massives Problem hinein (Interview unter: www.pflegen-online.de/politik-ignoriert-belastung-von-intensivkraeften).

10 Ein Beispiel: Die Ausgaben für Arzneimittel und medizinische Verbrauchsgüter sind in keinem anderen europäischen Land auch nur annähernd so hoch wie in Deutschland. Im Jahr 2019 beliefen sie sich auf 668 KKS/EW verglichen mit 483 KKS/EW in Österreich, 368 KKS/EW in UK und 267 KKS/EW in Dänemark. Dass die deutsche Bevölkerung so viel kränker ist als die von Österreich, Großbritannien oder Dänemark drückt sich hier nicht aus. In den Vergleichsländern ist der Arzneimittelmarkt 1) politisch schärfer reguliert und 2) ersetzt der Einsatz von Medikamenten in geringerem Umfang das Fehlen von Pflegepersonal als dies in Deutschland sehr zum Nachteil pflegebedürftiger Menschen der Fall ist. Quelle: Vgl. Tab. 1.

die verkündete Aufwertung der Pflege hinsichtlich aller Dimensionen – bessere Bezahlung, Entlastung durch mehr Personal, mehr Kompetenzen, primärqualifizierende Akademisierung auf Augenhöhe mit der Medizin – ein leeres Versprechen. Solange die Pflegebeschäftigten nicht kollektiv auf breiter Front aufbegehren, wird sich daran wenig ändern.

Gewiss: Deutschland steht mit seinem Pflegenotstand nicht allein. Klagen wegen schlechter Bezahlung und zu wenig Personal gibt es trotz objektiv besserer Bedingungen – siehe dazu neben Tab. 2 auch die letzte Spalte von Tab. 1. – in Großbritannien genauso wie in Dänemark oder der Schweiz. Die Erwartungen an gute Pflege und gute Arbeitsbedingungen liegen dort aber höher. Dementsprechend wurde in der Schweiz am 28.11.2021 auch eine von Gewerkschaften lancierte Initiative für eine zusätzliche Verfassungsnorm, die die Politik auf eine starke Pflege mit mehr Ausbildung und mehr Personal verpflichtet, beim Stimmvolk mit großer Mehrheit angenommen.¹¹ Verglichen damit, muss in Deutschland noch sehr viel passieren, ehe grundlegende Verbesserungen zu erwarten sind.

Lektionen

1) Wenn es darum geht, das deutsche Gesundheits- und Pflegesystem zukunftsgerichtet am Patientenwohl auszurichten (mit auch guten Arbeitsbedingungen für die Beschäftigten), gelingt dies nicht ohne eine schonungslose Standortbestimmung. Der internationale Vergleich kann dazu wertvolle Einsichten liefern. Denn entgegen der von Lobbyisten und Gesundheitspolitikern immer wieder vorgetragenen Behauptung, wonach das deutsche Gesundheitssystem im weltweiten Vergleich Spitze sei, rangiert es bei der Performanz unter ökonomisch vergleichbar hoch entwickelten Ländern nur im unteren Mittelfeld. Dies trotz sehr hoher Ausgaben, was die Steuerung und den Mitteleinsatz als wenig effektiv ausweist. Spitzenleistungen erbringt das System im Bereich der

Akutversorgung und Hochleistungsmedizin, tut sich mit der flächendeckenden Etablierung wirksamer Prävention und integrierter Versorgungskonzepte für die zahlenmäßig stark gewachsene Bevölkerungsgruppe mit chronischen Erkrankungen aber sehr schwer. Hier schneiden die skandinavischen Systeme gut ab. Sie folgen keiner Versicherungsphilosophie, sondern binden den Leistungsbezug an die Einwohnereigenschaft. Entgegen ideologischer Glaubenssätze, die Staat mit viel Verwaltung und Bürokratie identifizieren, sind es gerade die staatlichen Systeme, die mit geringen Verwaltungskosten auskommen, während die Bürokratiemonster auf Seiten der korporatistisch und auf Marktwettbewerb setzenden Versicherungssysteme zu finden sind.

2) Dass Gesundheitssysteme, bei denen Finanzierung, Leistungserbringung und Steuerung überwiegend staatlich erfolgen, den auf einer Versicherungslogik, korporatistischer Steuerung und Marktwettbewerb basierenden Systemen unterlegen sind, findet empirisch keine Bestätigung. Argumentiert wird gerne mit den vermeintlich überall segensreichen, weil innovationsfördernden Wirkungen des Wettbewerbs. Im Gesundheitssystem kommen die zukunftsweisenden Innovationen jedoch von staatlichen Systemen. Neue Versorgungsformen von Patientenhotels zur Nachversorgung von Krankenhauspatienten über Chronikerzentren, wo Menschen mit mehreren chronischen Leiden langfristig bei der Ausprägung eines gesünderen Lebensstils begleitet werden, sind zu nennen. Bei diesen neuen, nicht nur in Skandinavien, sondern auch in Schottland flächendeckend im Aufbau befindlichen Versorgungsformen spielen nicht Ärzte, sondern andere Gesundheitsfachkräfte (Nurses und bestimmte Therapieberufe) die Hauptrolle. Dies scheitert in Deutschland schon daran, dass medizinische, pflegerische und therapeutische Berufe nicht auf Augenhöhe kooperieren, sondern die Nicht-Medizin der

Medizin selbst noch dort untergeordnet ist, wo akademische Abschlüsse vorliegen. Integrierte Studiengänge für Gesundheitswissenschaften mit Fakultäten für Medizin, Pflege, Physiotherapie etc. existieren nicht. Von der Übertragung von Kompetenzen entlang der Philosophie – Medizin ist zuständig für die Pathogenese, Pflege zuständig für die Salutogenese – ganz zu schweigen.

3) Die Rolle der deutschen Gesundheitspolitik ist primär reagierend und moderierend. Aktives Handeln erfolgt notgedrungen (Stichwort: COVID-19-Pandemie) oder weil Schadensabwehr geboten ist (Stichwort: Verwaltung des Pflegenotstandes durch den Erlass von Personaluntergrenzen). Den Herausforderungen wird diese Politik des Klein-Kleins nicht ansatzweise gerecht. Der internationale Vergleich weist aus, dass es aus dem Kreis der anderen Länder gleichen Grundtyps durchaus Beispiele für eine entschiedene Stärkung der Wahrnehmung öffentlicher Verantwortung gibt. Österreich ist hier zu nennen. Statt Kassenwettbewerb zu schaffen, wurden Kassen zur Gesundheitskasse Österreich fusioniert: Gut 4 von 5 Österreichern sind hier versichert. Statt die Digitalisierung an Systemakteure mit gegenläufigen Interessen zu delegieren, nahm die öffentliche Hand Führungsverantwortung wahr. Im Ergebnis sind bereits große Bereiche auf einheitlicher Basis digitalisiert, während sich in Deutschland einmal mehr ein Flickenteppich aus Wüsten und Inselösungen andeutet.

Umfassende Literatur der Autorin über den Verlag erhältlich: redaktion-WdK@medhochzwei-verlag.de

¹¹ Bei einer für Schweizer Verhältnisse hohen Wahlbeteiligung von 66 % stimmten 61 % für die Vorlage. Näheres siehe unter Schweizerische Eidgenossenschaft, der Bundesrat: www.bk.admin.ch/ch/d/pore/va/20211128/can648.html; 3.5.22.