

Epis Think Tank



# Research Paper: Das deutsche und das US-Gesundheitssystem im Vergleich: Eine andere Perspektive

April 2021



Research Paper 2020-1

## Das deutsche und das US-Gesundheitssystem im Vergleich: Eine andere Perspektive

von Fabio Stark

März 2020

Virale Epidemien führen bekanntermaßen häufig zu einem gnadenlosen Selektionsprozess: potentiell jedermann betreffend, sind es vorwiegend die bereits geschwächten, älteren und vorerkrankten Infizierten, die den Folgen des jeweiligen Erregers erliegen. Sars-Cov2 macht hier keine Ausnahme: es erweitert indes, so scheint's, seine selektive Vernichtungswirkung über den menschlichen Organismus hinaus, analog auf ganze gesellschaftliche Systeme: solche Staaten, die ohnehin von Finanzkrisen, instabiler Verwaltung, schlechter Versorgung oder politischer Rückständigkeit gebeutelt in die derzeitige Pandemie getaumelt sind, verlieren bereits nach wenigen Wochen den Halt. Zu diesen „Vorerkrankten“ zählt nach herrschender Meinung auch die Weltmacht USA: Massengräber in New York City<sup>12</sup>, kollabierende Kliniken im ganzen Land<sup>3</sup>, ein unkontrollierter, explosionsartiger Anstieg der Neuinfektions- und Fallsterblichkeitsrate<sup>4</sup>: hier manifestieren sich nach gängiger Lesart teilweise über Jahrzehnte gereifte Konfliktpotentiale verschiedenster Art.

Staaten wie Deutschland hingegen politisch (re-)stabil(-isiert), ökonomisch gereift, geübt in Effizienz und dennoch von starker Verwaltung und dem Solidaritätsprinzip geprägt halten der naturbedingten Zerstörungswut stand: mit ausreichenden Kapazitäten in petto und guter Bonität gewappnet, drastisch, aber überlegt in seinen Maßnahmen, hat die Bundesrepublik- und manche europäische Nachbarn ähnlichen Kalibers die Coronakrise augenscheinlich (noch) unter Kontrolle.

So anschaulich und für die Bundesrepublik schmeichelhaft eine solche Interpretation der herrschenden Globalkatastrophe sein mag- sie führt leicht in die Irre.

Zum einen verzerrt sie den Blick: zieht man das für die Krise relevanteste aller Institutionen: das Gesundheitssystem heran und vergleicht das US-amerikanische mit dem Deutschen, so wird man erstaunt feststellen: die Ähnlichkeiten überwiegen die Unterschiede- sowohl in Struktur als auch in der Historie. Es sind Details (wenn auch durchaus relevante), die die vermeintlichen

Systemgräben begründen. Die jeweiligen Probleme im Einzelnen wurzeln wiederum paradoxerweise in sehr ähnlichen Ursachen (siehe III.).

Zum anderen- und hier liegt eine deutlich erheblichere Gefahr- überdeckt die relativistische Verherrlichung des deutschen Ansatzes leicht die Tatsache, dass wir auch hierzulande vor häufigen Herausforderungen stehen, deren Bedrohlichkeit in Zukunft nicht abnehmen wird. Es lohnt sich also eine vergleichende Gegenüberstellung (I., II.) – und die Frage sowie ein Vorschlag meinerseits, wie man die systemimmanenten Konflikte mittel- und langfristig in den Griff bekommen kann (III.).

Vorweg sei angemerkt, dass ob der hohen Komplexität der Thematik kein Anspruch auf Vollständigkeit erhoben werden kann. Es sollen einerseits überblicksartig die Hauptmerkmale der jeweiligen Systeme in ihren Grundzügen skizziert, andererseits einige bestimmte Problemlagen hervorgehoben werden, die aufzeigen, dass in beiden Ansätzen einander sehr verwandte Konfliktquellen veranlagt sind.

## I. Das deutsche Gesundheitssystem

### 1. Struktur und Entwicklung

Idealtypisch werden die europäischen Gesundheitssysteme in zwei vorherrschende Gattungen unterteilt: dem nach traditionell-deutschem Vorbild gehaltenen Bismarck-, und dem Beveridge-Modell britischen Ursprungs. Letzteres spiegelt im Wesentlichen die Prinzipien der klassischen Staatsverwaltung wider: finanziert aus dem allgemeinen Staatsbudget- folglich unmittelbar aus den Steuereinnahmen- werden medizinische Einrichtungen als überwiegend verwaltungseigene Körperschaften betrieben. Garantiert wird somit ein Mindestmaß an medizinischer Versorgung für jedermann. Daneben bestehende private Angebote sind möglich, müssen jedoch entsprechend entkoppelt finanziert werden.<sup>5</sup>

Das maßgebliche Wesensmerkmal des urdeutschen Bismarck-Systems liegt hingegen im Sozialversicherungsprinzip, bedeutet: die Finanzierung aller gesundheitlichen Leistungen stützt sich auf „Mittelsmänner“ zwischen Patienten und Versorgern in Form von gesetzlich garantierten Versicherungen, konkret: auf (üblicherweise gestaffelten) gesonderten Beitragszahlungen von Versicherungsnehmern. Die individuelle Versicherungsleistung wiederum wird an eben diese Beitragsklassen angepasst. Ursprünglich den Lohnausfall von Geringverdienern deckend, sichern die Bismarck-Systeme also grundsätzlich nur das „Versichert-Sein“ auch Sozialschwacher, jedoch ohne den Beveridge-immanenten Umverteilungseffekt.<sup>6</sup> Die Anbieter medizinischer Leistungen hingegen bleiben divers: so werden die deutschen Kliniken beispielsweise zu jeweils etwa einem Drittel von privaten Unternehmen, kirchlichen und gemeinnützigen Verbänden und öffentlich-rechtlichen Körperschaften betrieben<sup>7</sup>.

Während sich neben Großbritannien insbesondere die skandinavischen Länder dem staatsunmittelbaren Ansatz angeschlossen haben, herrscht in Deutschland- ebenso wie in Österreich, Frankreich oder der Schweiz- weiterhin das Bismarck-Modell vor- jedoch mit einigen Besonderheiten und Veränderungen:

Erstens ist die Bundesrepublik das einzige Land der Europäischen Union, in welchem neben den gesetzlichen weiterhin private Versicherungen aktiv sind- das Verhältnis dieser zueinander beträgt derzeit ca. 10,5% privat zu 88% gesetzlich Versicherten<sup>8</sup>. Die privaten Krankenversicherer (PKV) sind historisch den traditionellen zunft- und berufsgruppenbezogenen Versicherungskammern entwachsen, die ihrem Wesen nach auch der 1883 im Deutschen Kaiserreich eingeführten ersten Sozialversicherung Modell gestanden haben.<sup>9</sup> Bis heute hat sich diese Berufsgruppenspezifität aufrechterhalten, wenngleich seit 1996

allgemeine Wahlfreiheit zwischen den Anbietern herrscht<sup>10</sup>.

Hinsichtlich des hieraus häufig abgeleiteten Zwei-Klassen-Systems, das erhebliche Qualitätsunterschiede zwischen den jeweiligen zu erkennen glaubt, sei anzumerken, dass es über komfortbezogene Zusatzleistungen wie Krankenzimmergestaltung und Speiseangebot hinaus aufgrund der allgemeingültigen medizinrechtlichen Standards tatsächlich zu wenig therapeutisch relevanten Behandlungsunterschieden kommt, was sich auch an den marginalen Zufriedenheitsunterschieden zwischen den Versicherungsgруппen zeigt. Ganz im Gegenteil: paradoxerweise hat die gesetzliche Konsolidierung des medizinischen Angebots unter Entkoppelung der Preispolitik zu dem Ergebnis geführt, dass die PKVs für äquivalente klinische und ambulante Leistungen erheblich mehr zahlen müssen als ihre großen gesetzlichen Konkurrenten<sup>11</sup>.

Zweitens wird seit 1969- wie in den meisten anderen Bismarck-Systemen auch- flächendeckend nicht nur, wie ursprünglich, der Lohnausfall übernommen, sondern auch die Kosten für die jeweilige Behandlung. Von Beginn an wurden hierfür Pauschalpreissysteme als herangezogen. Dies hat zweierlei Bedeutung: erstens soll der teilweise komplizierte Abrechnungsaufwand der Individualvergütung vermieden werden. Zweitens geht es um die Verhinderung von eskalierenden Preisinflationen im Gesundheitsmarkt durch gesetzlich festgesetzte Höchstpreise, die sich dabei für private und gesetzliche Versicherer durchaus unterscheiden (siehe oben).

Anfang der 2000er löste das ursprünglich in den USA entwickelte DRG-Klassifikationssystem (Diagnosis Related Groups) die tagesbezogenen Pflegesätze für Krankenhäuser ab: von nun an werden je nach gestellter Diagnose Pauschalsummen an die therapeutischen Einrichtungen gezahlt, deren Höhe sich nach (immer wieder modifizierten) Erfahrungssätzen aus ähnlich

gelagerten, typisierten Fällen richtet.<sup>12</sup> Dies hat zahlreichen Kritikern innerhalb der deutschen Ärzteschaft zufolge dazu geführt, dass das medizinische Angebot sich nicht mehr nach den tatsächlichen Bedürfnissen der Patienten, sondern nach verallgemeinerten „Cash Cows“ des Therapiespektrums richtet, deren Erforderlichkeit häufig fraglich erscheint.

Letztlich noch einige Zahlen zu den Kosten und Kapazitäten des deutschen Gesundheitswesens: Insgesamt betragen die Gesundheitsausgaben in Deutschland 2017 375,6 Mrd.€. Das entspricht Pro-Kopf-Kosten i.H.v. 4.544 € und satten 11,25 % des BIPs<sup>13</sup>. Bereits gegenüber dem Vorjahr sind diese Summen um 4,7% gestiegen, im Vergleich zu 2007 (nominal) um ca. 32%.<sup>14</sup>

Auf 1.000 Einwohner kamen dabei im Schnitt 4,3 praktizierende Ärzte<sup>15</sup>, wobei erhebliche regionale Unterschiede- mithin weniger zwischen Ost und West als zwischen Stadt und Land- festzustellen sind<sup>16</sup>. Im selben Jahr standen 6,015 Krankenhausbetten je 1.000 Einwohnern zur Verfügung<sup>17</sup>.

## 2. Probleme

Das deutsche Gesundheitssystem gilt als eines der Besten der Welt<sup>18</sup>. Abgestellt wird dabei einhellig auf die nahezu uneingeschränkt zugängliche Versorgung, die relativ hohe Dichte an medizinischem Personal und Angebot sowie der kontrollierten- wenn auch relativ zu unseren europäischen Nachbarn durchaus hohen- Preise.

In der Tat verfügt Deutschland über mehr Kapazitäten als andere Länder- es ist jedoch zu berücksichtigen, dass auch die Nachfrage in der Bundesrepublik ungewöhnlich hoch ist: häufiger als siebzehnmals besuchte der Durchschnittsdeutsche im Jahr 2016 einen Arzt: ein internationaler Spitzenwert.<sup>19</sup> Daher ist in Deutschland weiterhin- trotz stetiger jährlicher Wachstumsraten- ein erheblicher Ärztemangel zu beklagen<sup>20</sup>, insbesondere in vielen

ländlichen Regionen (s. oben). Das wiederum sorgt für teils sehr lange Warte- und (zu) kurze Besprechungs- und Behandlungszeiten für Patienten, was sich freilich negativ auf die Therapiequalität auswirkt.

Noch deutlich dramatischer stellt sich die Lage hierbei in deutschen Krankenhäusern dar: der teils massive Personalmangel führt zu überlangen Arbeitszeiten für medizinische Fachkräfte, mit schockierenden Auswirkungen für die stationär behandelten Patienten: laut einer Studie der AOK aus 2014 ist die Wahrscheinlichkeit, aufgrund eines klinischen Behandlungsfehlers zu sterben rund fünf Mal höher als in einem Verkehrsunfall.

Hierzu trägt auch ein Preissystem mit verzerrender Wirkung bei: wie bereits dargelegt, hat das DRG-Verfahren nicht nur zur Konsequenz, dass die umfangreiche Nachfrage nach medizinischer Behandlung auf abweichend gelagerte Angebotsanreize trifft, es werden zudem tendenziell zu viele Patienten stationär behandelt, dafür oft zu kurz<sup>21</sup>.

Zudem ist zu bedenken, dass das klinische Fachpersonal in Deutschland, insbesondere die Pflegekräfte, erschreckend wenig verdienen. Das mag zwar zunächst kostensenkend wirken, es lässt sich daneben der schlichten Unangemessenheit der Entlohnung- aber auch ein weiterer qualitativer Mangel zulasten der Patienten ableiten.

Abschließend eine Bemerkung bezüglich der Problematik des dualen Versicherungssystems: nach einer druckfrischen Studie der Bertelsmann-Stiftung könnte sich das deutsche Gesundheitssystem rund 9 Mrd. Euro „einsparen“, wenn es die privaten Kassen gänzlich auflösen und die darin Versicherten den gesetzlichen Solidarzahlungen unterwerfen würde, da deren fehlende Beiträge die gesetzlich Versicherten entsprechend zusätzlich leisten müssten<sup>22</sup>. Es ist jedoch zu bedenken, dass ob der gesetzlichen Preisobergrenzen die PKVs einen

erheblichen Beitrag zur Finanzierung des Gesamtsystems leisten. Der kostensenkende Effekt einer Auflösung würde somit mit noch mehr Versorgungsgaps und in der Folge noch weiteren Qualitätseinbußen einhergehen.

Letztlich ist also festzustellen: trotz eines deutlich größeren medizinischen Angebots und entsprechend hohen Ausgaben mangelt es Deutschland weiterhin an entsprechenden, vor allen Dingen personellen Ressourcen, was in qualitativen Mängeln und in weniger regulierten Branchen wie der Pharmazie auch in gewaltigen Kostensteigerungen mündet, und auf eine immer größer werdende Nachfrage zurückzuführen ist. Ein Problem, dass in einer alternden Gesellschaft mit sinkender Geburtenrate in Zukunft noch an Relevanz gewinnen wird. In diesem Kontext wirkt es schon paradox, dass die GKV im Jahr 2017 einen Überschuss i.H.v. 3,15 Mrd. Euro erwirtschaften konnten.

## II. Das US-Gesundheitssystem

### 1. Struktur und Entwicklung

Wirft man nun einen vergleichenden Blick auf das US-Gesundheitssystem, so fällt sogleich auf: auch in den USA stützt sich die Finanzierung auf Versicherungen. Ebenfalls aus sozialpolitischen Gründen, jedoch erheblich später wurden nach der Großen Depression von 1929 die ersten zwei großen Versicherer Blue Shield und Blue Cross, gleichfalls für Beamte und Angestellte in sozialer Not, ins Leben gerufen, und somit auf die bis dahin üblichen Individualvergütung verzichtet, um ein solidarisches Beitragssystem zu etablieren. In der Folgezeit entstand zwar ein zunächst breitgefächertem privaten Versicherungsmarkt, dieser beschränkte sich aber nach dem Stabilization Act von 1942, der nunmehr Gruppenversicherungskäufe durch die Arbeitgeber vorsah, auf wenige marktstarke Anbieter. Bis heute hat sich somit gleichsam ein vorwiegend pauschales Höchstpreissystem herausgebildet, welches sich

auch im bereits dargestellten DRG-Klassifikationssystem widerspiegelt: in den USA entwickelt wurde es 1983 gesetzlich erstmalig bundesweit eingeführt.

Die strukturelle Ähnlichkeit mit dem deutschen Ansatz verdeutlicht sich weiter mit Blick auf die 1965 unter Präsident Lyndon B. Johnson im Zuge des Social Security Act gegründeten und bis heute bestehenden Sozialversicherungen Medicaid und Medicare: diese beiden von den einzelnen Staaten verwaltete Kassen stellen einerseits sozial Benachteiligten wie Geringverdienern (Medicaid), andererseits Senioren ab 65 und körperlich Eingeschränkten (Medicare) eine Gesundheitsfinanzierung auf Grundlage von Steuereinnahmen von Bund und Staaten zur Verfügung, wobei- und hierin liegt ein erheblicher Unterschied zu Deutschland- der Beitritt durchaus nicht verpflichtend ist. 2018 waren über 72 Mio. US-Amerikaner im Medicaid- und über 58 Mio. im Medicare- Programm eingebunden.<sup>23</sup> Zur gleichen Zeit hatten rund 27,5 Mio. Personen keinerlei Versicherungsschutz<sup>24</sup>, was die Frage aufwirft, warum trotz bestehenden Sozialnetzes ein derart hoher Bevölkerungsanteil schutzlos bleibt. Zum Teil sind hierfür gewiss die erheblichen Unterschiede in den faktischen finanziellen Möglichkeiten zwischen den Bundesstaaten verantwortlich- maßgeblich ist aber auch eine aus deutscher Perspektive nur schwer nachvollziehbare kulturelle Ablehnung des Solidaritätsprinzips: Die Bereitschaft, auch für solche zu zahlen, die eigenverantwortlich oder altersbedingt besonders häufig medizinische Leistungen in Anspruch nehmen, ist innerhalb der US-Bevölkerung grundsätzlich erheblich geringer als in Europa.<sup>25</sup>

Insoweit überrascht auch nicht, dass der unter Präsident B. Obama 2010 erlassene Affordable Care Act (oder kurz: „Obamacare“), dessen Hauptanliegen darin bestand, zum einen die enormen Kosten für den Bundeshaushalt zu senken (siehe unten), zum andere die Zugangshürden

zum Medicaid-Programm abzuflachen, dies jedoch unter steuerlicher Mehrbelastung aller Amerikaner,<sup>26</sup> auf deutlich weniger Gegenliebe stieß als hierzulande angenommen.

Aus den hieraus resultierenden Leistungsgruppen ergibt sich somit folgende Aufteilung: 2017 waren gut 59% privat über ihren Arbeitgeber oder selbstständig versichert, ca. 32% gesetzlich (Medicaid, Medicare und Militär) und 8,8% versicherungslos<sup>27</sup>.

Positiv hervorzuheben ist die überdurchschnittlich gute Behandlungsqualität, vor allen Dingen in Sachen Herzinfarkt- und Schlaganfalltherapie: hier belegen die USA den weltweiten Spitzenplatz. Auch scheinen lange Wartezeiten oder zu kurze Behandlungszeiträume kein wesentliches Problem des US-Gesundheitssystems zu sein.<sup>28</sup>

Hinsichtlich der Kapazitäten und der Inanspruchnahme dieser sind folgende Zahlen zu nennen: auf 1000 Einwohner kamen 2017 2,6 Ärzte und 2,8 Krankenhausbetten- im internationalen Vergleich erstaunlich niedrige Werte.<sup>29</sup> Dafür suchte der durchschnittliche US-Bürger 2016 im Schnitt auch nur 2,7-mal einen Arzt auf<sup>30</sup>.

## 2. Die Probleme

Das offenkundigste aller Probleme des US-Gesundheitssystems ist schnell genannt: ein absurdes Kostenniveau. 2018 beliefen sich die Gesamtausgaben auf 3,6 Bio \$, d.h. rund 11.000\$ pro Kopf und 17,8% des BIPs<sup>31</sup>. Etwa 530.000, mithin glatte 60% der Privatinsolvenzen in den USA gehen auf zu hohe Behandlungskosten zurück. Laut einer Studie der Harvard Chan School aus 2018 ist dies in einer übergreifende brancheninternen Preisinflation zu begründen, die sich in sämtlichen medizinischen Angeboten bemerkbar macht, welche nicht durch das DRGSystem gedeckelt sind: in den Gehältern für Ärzte (durchschnittlich 218.173\$ in 2016) und Pflegepersonal, in den enormen Ausgaben für Medikamente

(rund doppelt so hoch wie im OECD-Durchschnitt) und Material sowie in ausufernden Verwaltungskosten (8% der Gesamtausgaben)<sup>32</sup>. Dabei trifft die härteste Belastung freilich die Single-Payer, deren Kostentarife vom DRG-System überhaupt nicht erfasst werden. Doch auch selbst- und vorzahlungspflichtige Privatversicherte scheuen die Belastung, sodass fast jedes vierte ärztliche Beratungsgespräch bewusst versäumt wird, um der finanziellen Bürde zu entgehen.<sup>33</sup>

Weiterhin sind Konflikte zu erkennen, die primär Mediziner tangieren, sich jedoch unmittelbar auch auf das Kostenniveau und das Patientenwohl auswirken: im 1986 (wohlgemerkt unter Reagan) erlassenen Emergency Medical Treatment and Active Labor Act (EMTALA) wurden die Haftungsmaßstäbe für praktizierende Ärzte deutlich verschärft, gleichzeitig Garantien medizinischer Notfallversorgung unabhängig von der Kostendeckung vergeben, was zur Folge hatte, dass wesentlich mehr diagnostische und therapeutische Maßnahmen ergriffen wurden als letztlich nötig. Sowohl die somit stimulierte Nachfrage als auch die in den Gebühren nunmehr enthaltenen Absicherungen gegen mögliche Ersatzansprüche trieben letztlich das Gesundheitspreinsniveau weiter nach oben.<sup>34</sup>

Insbesondere letztere Effekte sind in sehr ähnlicher Form ebenfalls aufgrund haftungsrechtlicher Ursachen unter dem Stichwort Defensivmedizin auch in Deutschland zu beobachten<sup>35</sup>.

Schließlich ist durch die verschiedenen komplexen Vergütungs- und Haftungssysteme ein wie dargestellt durchaus kostspieliger Verwaltungsapparat entstanden, der eine erhebliche Mehrbelastung und Zeitverlust für Ärzte durch Versicherungsmanagement und Dokumentierungspflichten bedeutet<sup>36</sup> - erneut ein Problem, dass sich in gleicher Weise auch den deutschen Kollegen stellt.

Zusammenfassend lassen sich im US-Gesundheitssystem also in der Tat gravierende Mängel erkennen, die sich allesamt auf Kosten- und Zugangsproblematiken stützen und sowohl gesundheitliche als auch finanzielle Schäden zur Folge haben. Im Gegensatz zum deutschen Gegenstück ist kein relevanter allgemeiner Qualitätsmangel festzustellen, jedoch ist angesichts der auffällig niedrigen Behandlungszahlen, der zwangsweise abschreckenden Wirkung der Kosten und den aktuellen Berichten aus dem Corona-erschütterten Übersee sehr wohl zu vermuten, dass auch in den USA die Kapazitäten des Gesundheitswesens den tatsächlichen Bedürfnissen in der Bevölkerung nicht gerecht werden können.

### III. Conclusio: ein Lösungsvorschlag für Deutschland und die USA- Zwei Patienten, eine Krankheit?

Der US-Ökonom Robert P. Murphy und der praktizierende Mediziner Doug McGuff untersuchten in ihrem popularwissenschaftlichen Werk „The Primal Prescription: Surviving the "Sick Care" Sinkhole“ ausführlich die Geschichte des US-Gesundheitssystems, und kamen dabei zu folgender Schlussfolgerung: aufgrund immer weiterer gesundheitsrechtlicher Standards und Regulierungen wurden in den USA von Beginn an das medizinische Angebot zunehmend verknappt: Angefangen von der Lizenzierung des Ärzteswesens und der Schließung zahlreicher Medical Schools im 19. Jahrhundert bis hin zum DRG-System, dem Stabilisation Act von 1942 und dem EMTALA von 1986 (siehe oben). Gleichzeitig befeuerte das Versicherungswesen und manche weitere Interventionen sowie die demographische Entwicklung die Nachfrage: einerseits, da die Patienten durch die fehlende unmittelbare Kostentragung zur vermehrten Inanspruchnahme motiviert werden, andererseits durch das Pauschalvergütungssystem, dass die Preise, die in einem normalen Angebots-Nachfragemechanismus zustande kämen, verzerrt. In klassisch neoliberaler Tradition und ganz im Geiste Milton Friedmans fordern die Autoren in der

Konsequenz eine massive Einschränkung der staatlichen Regulationen und eine weitgehende Privatisierung öffentlicher Versicherer und Träger.

Was die Autoren dabei weitestgehend außer Acht lassen, ist die Tatsache, dass der Gesundheitsmarkt ein nach ganz herrschender Meinung von Natur aus dysfunktionaler ist. Der Grund hierfür liegt in der fehlenden Informationssymmetrie: Ärzte, Pharmazeuten und auch Pfleger bestimmen aufgrund ihres besonderen Wissens über die Leistungsverhältnisse, die der Patient in aller Regel nicht oder nur eingeschränkt beurteilen und gegen andere Optionen abwägen kann. Zudem wird der effektive Preiswettbewerb erheblich durch mangelnde Rationalisierungseffekte eingeschränkt, da die für das Gesundheitswesen so wesentlichen Personalkosten im Gegensatz zu z.B. Industriegütern mit der Zeit tendenziell steigen statt sinken, desweiteren eine hohe Innovationsdichte höhere Preise auch für gegenständliche Leistungen gerechtfertigt macht. Dennoch ist vollkommen richtig, dass erhebliche angebotsverknappende und preisverzerrende Maßnahmen sowohl in den USA als auch in Deutschland zu einem ganz zentralen Kernkonflikt führen: zu wenig Angebot für zu viele Nachfrager.

Diese grundlegende Schiefelage kann sich nun in zwei unterschiedlichen Formen äußern: entweder die Preise steigen, was zwangsweise Zugangsbeschränkungen für die Allgemeinheit und eine entsprechende Mehrbelastung für die Patienten und Finanzierer bedeutet- dieser Effekt ist wie festgestellt in den USA zu beobachten. Oder die Inflation wird durch Deckelung verhindert, was jedoch ebenso unvermeidlich zu Versorgungsengpässen und Qualitätseinbußen führt. Vor diesen Herausforderungen steht nun das deutsche Gesundheitssystem.

Letztlich zeigt sich: nicht nur strukturell sind sich das deutsche und das US-Gesundheitssystem ähnlich, sie leiden letztlich auch unter der gleichen Krankheit. So stellt

sich die Frage nach einer akkuraten Therapie.

Meines Erachtens ist weder die Abschaffung der Pflichtversicherung in Deutschland noch die Einführung einer solchen in den USA geboten. Wie erwähnt, fußen beide Ansätze auf kulturellen Traditionen, die bei aller Streitigkeit eine gewisse Legitimationsfestigkeit in den Bevölkerungen aufweisen. Ziel sollte es vielmehr sein, an allererster Stelle das **medizinische Angebot zu erweitern**, um somit die Preise auf natürlichem Wege zu senken und qualitätsförderlichen Wettbewerb zu ermöglichen, zweitens die enorme Bürokratie abzubauen um ebenfalls die Kosten zu reduzieren, maßgeblich aber auch das medizinische Personal zu entlasten und in der Folge ebenfalls die Behandlungsqualität zu verbessern, drittens die durchaus verkomplizierende Rolle der Versicherungen zu vereinfachen und schließlich viertens härter gegen Oligopolmärkte im Gesundheitswesen, namentlich des Arzneimittelmarktes, auf kartellrechtlichem Wege durchzugreifen. Gewiss sollten rechtliche Grundstandards medizinische Mindestqualität garantieren, jedoch sind all jene Regulierungen zu hinterfragen, die effektiv wenig zu diesem Ziel beitragen bzw. andere, untergeordnete Zwecke verfolgen:

- so sollte das **DRG-System durch ein digitalisiertes Individualvergütungssystem ersetzt** werden, dass die tatsächlichen Therapierfordernisse der Patienten in der Preisbildung repräsentativ widerspiegelt und somit eine effiziente Budgetaufteilung ermöglicht.

- Ebenfalls erforderlich ist eine **Herabsetzung der medizinischen Berufsausübungs- und Gewerbebegründungshürden** wo immer möglich, um mehr Leistung zu generieren: mehr Ärzte (auch durch mehr Studienplätze und niedrigere NCs), mehr Kliniken und Praxen insbesondere in unterversorgten Regionen, schnellere Zulässigkeitsverfahren auch ausländischer



Medikamente, mehr Krankentransportunternehmen etc. sind das Ziel- in den USA ebenso wie hierzulande.

- Wie erwähnt sollte mehr Vertrauen in Ärzte- und Pflegepersonal durch eine **Lockerung der haftungsrechtlichen Dokumentationspflichten und des komplizierten und zeitraubenden Versicherungsmanagements** gesetzt werden, um wertvolle Zeit für das Patientenwohl zu gewinnen und Verwaltungskosten zu senken

- Zudem gilt es, den **Versicherungsmarkt umzustrukturieren**: einerseits durch eine **Entflechtung komplexer Beitragssysteme**, die mit hoher Informationsintransparenz für Verbraucher und Preisverzerrung einhergehen, andererseits durch **Herabsetzung der Marktzutrittschranken**, um durch mehr Preiswettbewerb die gesundheitlichen Gesamtausgaben zu senken.

- Schließlich gilt es vor allem in den USA, aber auch in Deutschland die durchaus problematischen **kartellartigen Verbindungen zwischen Pharmazieunternehmen untereinander und den Aufsichtsbehörden** zu zerschlagen und erneut: Wettbewerb durch niedrigere Marktzutrittschranken zu ermöglichen.

So oder so bringt uns das vielzitierte deutsche Credo, das Wirtschaftlichkeitsgebot habe als Grundsatz nichts im Gesundheitswesen verloren, in eine gehörige Schiefelage: wir müssen erkennen, dass Ressourcen in medizinischen Märkten genauso begrenzt sind wie in jedem anderen. Einen tragbaren Zugang für alle ohne Erschöpfung oder Engpässe ist nur zu erreichen, indem wir diese Ressourcen so effizient wie nur möglich ausbauen und den faktischen Bedürfnissen der Patienten anpassen. Insoweit stehen meiner Überzeugung nach Deutschland und die USA vor sehr ähnlichen, immer dringlicher werdenden Herausforderungen.

<sup>1</sup> S. <https://www.washingtonpost.com/national/hart-island-mass-graves-coronavirus-new-york/>

<sup>2</sup> [/04/16/a0c413ee-7f5f-11ea-a3ee-13e1ae0a3571\\_story.html](https://www.washingtonpost.com/archive/local/2020/04/16/a0c413ee-7f5f-11ea-a3ee-13e1ae0a3571_story.html)

<sup>3</sup> S. <https://www.theguardian.com/world/2020/apr/06/us-rural-hospitals-coronavirus-crisis-faceshutdowns>

<sup>4</sup> Vgl. <https://gisanddata.maps.arcgis.com/apps/opsdashboard/index.html#/bda7594740fd40299423467b48e9ecf6> (Stand: Sa, 18.04.2020, 17 Uhr)

<sup>5</sup> Vgl. <https://heartbeat-med.com/de/blog/gesundheitssystem-england-nhs/>

<sup>6</sup> Vgl.

[https://www.ifo.de/DocDL/ifosd\\_2008\\_21\\_3.pdf](https://www.ifo.de/DocDL/ifosd_2008_21_3.pdf)

<sup>7</sup> Vgl. <https://www.netdokter.de/krankenhaus/krankenhaeuser-in-deutschland-11207.html>

<sup>8</sup> Vgl. [https://www.vdek.com/presse/daten/b\\_versicherte.html](https://www.vdek.com/presse/daten/b_versicherte.html)

<sup>9</sup> Vgl. [https://de.wikipedia.org/wiki/Sozialversicherung\\_\(Deutschland\)#Geschichte](https://de.wikipedia.org/wiki/Sozialversicherung_(Deutschland)#Geschichte)

<sup>10</sup> Vgl. [https://de.wikipedia.org/wiki/Gesetzliche\\_Krankenversicherung#Wahl\\_der\\_Krankenkasse\\_und\\_Wechsel\\_der\\_Krankenkasse](https://de.wikipedia.org/wiki/Gesetzliche_Krankenversicherung#Wahl_der_Krankenkasse_und_Wechsel_der_Krankenkasse) 10 Vgl.

<https://www.hcconsultingag.de/studie-der-gruenen-zu-den-leistungen-von-pkv-und-gkvw-soll-das/>

<sup>11</sup> Vgl. <https://www.pkv.de/presse/meldungen/wip-studie-pkv-mehrumsatz-jahresbericht-2018/> 12 zu den Unterschieden und Ursprüngen des dualen Systems ausführlich: Hartmut Reiners, in: <https://www.youtube.com/watch?v=AT7ljkes9RI>

<sup>12</sup> Vgl. <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/krankenhausfinanzierung.html> 14 so etwa: <https://www.bibliomedmanager.de/news-des-tages/detailansicht/38853-mehr-zeit-fuer-menschen-und-medizin/>, oder <https://www.aerzteblatt.de/archiv/53507/Auswirkungen-der-DRG-Einfuehrung-Die-oekonomische-Logik-wird-zum-Mass-der-Dinge>

<sup>13</sup> Vgl. <https://www.destatis.de/Europa/DE/Thema/Bevoelkerung-Arbeit-Soziales/Gesundheit/Gesundheitsausgaben.html>.

<sup>14</sup> Siehe [https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Gesundheitsausgaben\\_inhalt.html](https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Gesundheitsausgaben_inhalt.html)

<sup>15</sup> Vgl. <https://www.healthsystemtracker.org/indicator/quality/physicians-per-capita/>.

<sup>16</sup> Vgl. <https://gesundheitsdaten.kbv.de/cms/html/16402.php>

<sup>17</sup> Vgl. <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/39403/umfrage/krankenhausbetten-dichtenach-bundeslaendern-in-2004/>

<sup>18</sup> So etwa: <https://www.internationalinsuranc.com/health/systems/>, oder <https://www.zmonline.de/news/politik/deutschland-hat-das-beste-gesundheitssystem-der-welt/>

<sup>19</sup> Vgl. <https://www.deutsche-apotheker-zeitung.de/news/artikel/2016/03/27/die-deutsche-gehen-zu-oft-zum-arzt>

<sup>20</sup> Vgl. <https://www.aerztekammer-bw.de/news/2019/2019-03/arztzahlstatistik/index.html> 23 vgl.

<https://www.faz.net/aktuell/gesellschaft/gesundheitswesen/aok-krankenhausreport-mehr-totet-durch-behandlungsfehler-als-durch-verkehrsunfaelle-12761937.html>

<sup>21</sup> Vgl. <https://www.netdokter.de/krankenhaus/krankenhaeuser-in-deutschland-11207.html>

<sup>22</sup> Vgl. <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/109410/Bertelsmann-befeuert-Debatte-um-Abschaffung-der-privaten-Kranken%C2%AD-ken%C2%ADver%C2%ADsiche%C2%ADrung>

<sup>23</sup> Vgl. <https://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNProducts/Downloads/ProgramBasics.pdf>

<sup>24</sup> Vgl. <https://www.nbcnews.com/politics/politics-news/number-americans-without-health-insurance-rises-1st-time-decade-n1052016>

<sup>25</sup> Hierzu treffend: <https://www.ft.com/content/6a7632a2-73a9-11ea-95fe-fcd274e920ca>

<sup>26</sup> Vgl. <https://www.thebalance.com/obamacare-explained-3306058>

<sup>27</sup> Siehe [https://de.wikipedia.org/wiki/Gesundheitssystem\\_der\\_Vereinigten\\_Staaten#/media/Datei:Health\\_Care\\_USA\\_2017.svg](https://de.wikipedia.org/wiki/Gesundheitssystem_der_Vereinigten_Staaten#/media/Datei:Health_Care_USA_2017.svg)

---

<sup>28</sup> Vgl. <https://www.cnn.com/2018/03/22/the-real-reason-medical-care-costs-so-much-more-in-the-us.html>

<sup>29</sup> Vgl. <https://www.kff.org/health-costs/press-release/the-u-s-has-fewer-physicians-and-hospitalbeds-per-capita-than-italy-and-other-countries-overwhelmed-by-covid-19/>

<sup>30</sup> Vgl. <https://www.cdc.gov/nchs/fastats/physician-visits.htm>

<sup>31</sup> Vgl. <https://www.pgpf.org/blog/2020/04/why-are-americans-paying-more-for-healthcare> 41  
Vgl. <https://www.theguardian.com/us-news/2019/nov/14/health-insurance-medical-bankruptcydebt>

<sup>32</sup> Siehe <https://www.cnn.com/2018/03/22/the-real-reason-medical-care-costs-so-much-more-in-the-us.html>

<sup>33</sup> Vgl. <https://www.pgpf.org/blog/2020/04/why-are-americans-paying-more-for-healthcare>

<sup>34</sup> Auch hierzu: Murphy/McGuff, in: The Primal Prescription: Surviving the "Sick Care" Sink-hole

<sup>35</sup> Siehe <https://www.aerztezeitung.de/Politik/Wie-Gesetze-zur-Defensivmedizin Fuehren-241688.html>

<sup>36</sup> Vgl. <https://www.healthcare-diver.com/news/bureaucracy-tops-causes-of-burnout-amongphysicians/412227/>

## Über den Autor:

Fabio Stark studierte nach seinem Abitur in Bayern 2016 zunächst zwei Semester Volkswirtschaftslehre an der Humboldt-Universität zu Berlin, bevor er 2017 an die LMU München wechselte, um das Studium der Rechtswissenschaften aufzunehmen. Dieser Text dient der Vorbereitung auf eine vertiefte inhaltliche Diskussion. Der Autor gibt hier seine eigene Meinung wieder und nicht die des Vereins.

## Über Epis Think Tank:

Epis ist ein Think Tank, der es sich zum Ziel gesetzt hat, konkrete und fundierte Lösungen und Handlungsansätze für die politischen und gesellschaftlichen Probleme unserer Zeit zu entwickeln. Hierfür ist ein offener Diskurs zur Erarbeitung von effektiven, nachhaltigen und progressiven Strategien notwendig. Die konsensorientierte thematische Auseinandersetzung ist Kernelement jeder Demokratie. Wann immer diese durch ideologische Scheuklappen eingeschränkt wird, tritt Konfrontation anstelle von Dialog.

Durch unsere Mitglieder erarbeiten wir in Kooperation mit zahlreichen Partnern konkrete und tragfähige Lösungsvorschläge, um damit neue Denkanstöße zu setzen. Hierfür organisieren wir Seminare, Exkurse und Diskussionen, um schließlich unsere ausgearbeiteten Ergebnisse im Dialog mit anderen Institutionen sowie in zahlreichen Hintergrundgesprächen mit Politikern, Beamten, Diplomaten, Wissenschaftlern und anderen Entscheidungsträgern zu präsentieren und einzubringen.

[kontakt@epis-thinktank.de](mailto:kontakt@epis-thinktank.de)  
[www.epis-thinktank.de](http://www.epis-thinktank.de)