

Klaus-Dirk Henke, Technische Universität Berlin,
Wall Street International Magazine, Juni 2023

Essays

zur Krankenversorgung und gesundheitlichen Betreuung der Bevölkerung

2., durchgesehene Auflage

MetaForum – Innovation für mehr Gesundheit e. V.

META FORUM



Essays

zur Krankenversorgung
und gesundheitlichen
Betreuung der Bevölkerung

Eine
ungewöhnliche
Einführung

Klaus-Dirk Henke,

Technische Universität Berlin,
Wall Street International Magazine,
Juni 2023

Originally published on Wall Street International, Essays in Healthcare for
Non-Economists – An unusual introduction and 15 essays, April 2022

Zur vorliegenden Publikation

Klaus-Dirk Henke, Prof. emeritus der Technischen Universität Berlin, hat das MetaForum lange Jahre, fast schon Jahrzehnte begleitet. Erst als Mitglied des Wissenschaftlich-strategischen Lenkungskreises (WSLK), dann, nach Umwandlung der Initiative in den gemeinnützigen Verein „MetaForum – Innovation für mehr Gesundheit“, bis ins Jahre 2020 als dessen Vorstandsvorsitzender. Unter seiner Führung sind nicht nur zahlreiche öffentliche Veranstaltungen und Publikationen des MetaForums entstanden (mehr dazu unter www.metaforum-innovation.de), sondern es wurden auch diverse Hintergrund- und RoundTable-Gespräche geführt, um unser Gesundheitssystem mit Impulsen nach der Überzeugung des MetaForums „Gesundheit neu denken“ zu versehen. Eine Übersicht des gesundheitspolitischen und, vor allem, gesundheitsökonomischen Denkens Klaus-Dirk Henkes legen wir hiermit als Dank für die langjährige inspirierende Zusammenarbeit vor.

Ganz besonders freuen wir uns, dass wir für diese Essaysammlung Christian Altschuh als Autor eines Vorworts gewinnen konnten. Denn Christian Altschuh ist gewissermaßen „an allem Schuld“: Es war seine Idee, unter der Schirmherrschaft des Ministerpräsidenten a.D. Kurt Biedenkopf im Jahr 2009 das „MetaForum“ als Initiative der MSD Sharp & Dohme GmbH ins Leben zu rufen. Und er hat in diesem Zusammenhang nicht nur Klaus-Dirk Henke von Anfang an mit ins Boot geholt, sondern schon zu einem ganz frühen Zeitpunkt die Unterzeichner dieser kleinen einleitenden Erläuterung – die er damit zu einer bis heute währenden, vielfältigen Zusammenarbeit zusammengeführt hat. Ihm gilt also auch unser ganz persönlicher Dank!

Wir hoffen, den geschätzten Leserinnen und Lesern mit der vorliegenden Essaysammlung einen kleinen Einblick in die Ideenwelt Klaus-Dirk Henkes geben zu können, die eng mit den Ideen des MetaForums zusammenhängt, und wünschen Ihnen eine erkenntnisreiche Lektüre.

Köln / Vilafamés (Spanien) im August 2022

im Namen des MetaForum – Innovation für mehr Gesundheit e.V.

Prof. Dr. Clarissa Kurscheid

Vorstandsvorsitzende

Dr. Albrecht Kloepfer

Geschäftsführer

Vorwort

International gilt das deutsche Gesundheitssystem seit Jahrzehnten als leistungsfähig, die Gesundheitsversorgung als gut. Gerade in den Corona Pandemie Jahren seit 2020 konnte es seine Qualität unter Beweis stellen.

Dennoch ist kaum etwas so gut, dass es nicht noch besser werden könnte: Die Gesundheitsversorgung in Deutschland gilt als teuer, ihre Effektivität ist steigerbar. Die Finanzierung der Sozialversicherung im Umlageverfahren ist nicht krisenfest, denn über die Lohnanbindung der Beiträge ist sie konjunkturanfällig. Die Finanzierung ist nicht demographiefest, denn die Beitragssumme korreliert mit der Zahl der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten. Die Allokation der Finanzmittel bei den Leistungserbringern erfolgt nicht immer bedarfsgerecht und setzt Fehlanreize hinsichtlich zu erbringender Leistungen, während dringend benötigte Bereiche, z.B. (Palliativ-)Pflege oder Kinderkrankenhäuser chronisch unterfinanziert sind.

Das System leidet zunehmend an Personalknappheit, denn Arbeitsbedingungen und Entlohnung konkurrieren immer mehr mit denen anderer Wirtschaftsbereiche. Mit der älter werdenden Bevölkerung kommen weitere Herausforderungen auf das Gesundheitssystem zu: Chronische Erkrankungen bei steigender Lebenserwartung, Zunahme von Demenzfällen, geringe politische Unterstützung für Prävention anstelle von Kuration, letztlich zu wenig Gesundheit in allen Politikbereichen (Health in all Policies). An weiteren Baustellen wird teilweise seit Jahrzehnten eher schleppend gearbeitet: bei der Digitalisierung mit elektronischer Patientenakte, elektronischem Rezept und Impfpass, Gesundheitsdaten für epidemiologische und pharmazeutische Forschung nimmt Deutschland im OECD Vergleich einen der hinteren Ränge ein. Der Datenschutz gilt teilweise als Selbstzweck bzw. wird von Interessengruppen als schlagkräftiges Verhinderungsargument für Erneuerung eingesetzt.

Diese Stellschrauben sind nicht neu. Bereits in den Jahren 2007 bis 2009 fanden drei Bürgerkonferenzen (so genannte Metaforen) statt. Rund 200 Vertreterinnen und Vertreter aus vielen gesellschaftlichen Bereichen (Academia, Sport, Kostenträger, Heilberufe, Therapeuten, Gewerkschaften, Behindertenverbände und Selbsthilfegruppen, Gesundheitswirtschaft, Finanzbranche usw.) diskutierten wo Bedarf an Innovationen für mehr Gesundheit besteht. Die jeweils dreitägigen Veranstaltungen wurden geleitet vom früheren sächsischen Ministerpräsidenten Prof. Kurt Biedenkopf, die Diskussionsforen moderiert u.a. von der früheren Gesundheitsministerin Andrea Fischer, dem Mediziner und Sozialepidemiologen Prof. Friedrich-Wilhelm Schwartz (Med. Hochschule Hannover), der Soziologin und Politikwissenschaftlerin Prof. Ilona Kickbusch (WHO und Yale University New Haven, CT, USA), dem Gesundheitsökonom Prof. Klaus-Dirk Henke (Techn. Universität Berlin) und weiteren ausgewiesenen Systemkennern. Die wissenschaftliche Begleitung und Auswertung übernahm das Fraunhofer Institut für System- und Innovationsforschung (FhgISI) in Karlsruhe als Projektpartner. Weitere Projektpartner dieser Metaforen waren eine große gesetzliche Krankenkasse, ein Krankenkassenverband, der Bundesverband der Deutschen Industrie sowie zwei Unternehmen der industriellen Gesundheitswirtschaft. Die Ergebnisse dieser Metaforen können von der Website www.metaforum-innovation.de heruntergeladen werden. Aus dem 2009 abgeschlossenen Projekt der Bürgerkonferenzen konstituierte sich im Jahr 2010 der gemeinnützige Verein MetaForum Innovation für mehr Gesundheit e.V., zu dessen wissenschaftlichem Beirat u.a. die oben genannten Professoren, aber auch Kommunikationswissenschaftler und Systemforscher des FhgISI gehörten. Ziel des Vereins war und ist, Impulse an die Politik zu geben zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung in Deutschland und den nachhaltigen Bestand eines leistungsfähigen Gesundheitssystems zu sichern. Der Verein brachte und

bringt sich mit einer Vielzahl von Publikationen, Parlamentarischen Diskussionsrunden, Bundespressekonferenzen kontinuierlich in die gesundheitspolitische Diskussion ein.

Die in den Metaforen erarbeiteten Handlungsfelder

- Mehr aktive Teilhabe
- Mehr Investment in Gesundheit statt in Krankheitsversorgung
- Mehr Transparenz
- Mehr Ergebnisorientierung als Maßstab für Effizienz
- Mehr Nachhaltigkeit
- Mehr Integration
- Mehr Subsidiarität und Eigenverantwortung
- Mehr Nutzen für die Wirtschaft und die Gesellschaft

lassen sich den drei Dimensionen von Innovation, nämlich System-, Prozess- und Produktinnovation zuordnen. Immer wieder berühren die Handlungsfelder den Forschungsbereich einer dem Menschen verpflichteten Gesundheitsökonomie, so wie sie Prof. Henke seit Jahrzehnten vertritt, einer der Gründe für seine Berufung in den Sachverständigenrat für die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (1987–1998).

Das war es auch, was Prof. Henke ansprach, sich von Anfang an aktiv im MetaForum zu engagieren. In vielen Publikationen bringt er zum Ausdruck, was seine jahrzehntelange Forschung antreibt:

- Patienten sollen die optimale Versorgung erhalten.
- Menschen sollen so lange wie möglich eigen- und selbstständig leben können (z.B. Ambient Assisted Living).
- Leistungserbringer sollen die optimalen Rahmenbedingungen für ihre Berufsausübung erhalten um ihre Dienste zum Patientenwohl ohne Selbstausbeutung anbieten zu können.

- Beitragszahler sollen den optimalen Gesundheitsnutzen für ihre Beiträge erhalten.
- Die industrielle Gesundheitswirtschaft soll die notwendigen Rahmenbedingungen erhalten, um Innovationen erforschen und auf den Markt bringen zu können, damit sie für Wirtschaft und Gesellschaft gleichermaßen Nutzen erbringen.
- Die Gesellschaft soll aus einer guten, aus effektiver Prävention und Kuration bestehenden Gesundheitsversorgung eine so genannte Gesundheitsdividende erzielen.

So war es für ihn nach Abschluss der Bürgerkonferenzen und ab Gründung des MetaForum Vereins selbstverständlich, seine Forschungen und seine Expertise in den Dienst des MetaForums zu stellen. Zu vielen Publikationen des MetaForums hat er Beiträge geleistet. In 15 „Essays zur Krankenversorgung und gesundheitlichen Betreuung der Bevölkerung: Eine ungewöhnliche Einführung“ behandelt Prof. Henke gesundheitspolitisch-wissenschaftliche Fragestellungen in knapper und anspruchsvoller Form. Im Mittelpunkt steht jeweils eine These, die im Kontext der Fragestellung argumentativ überprüft wird. Dabei steht die kritische Auseinandersetzung mit dem jeweiligen Thema durch Entwicklung eigener Überlegungen und Positionen im Vordergrund. Die MetaForum Publikation will Ihnen, lieber Leserin und lieber Leser, damit neue Denkanstöße für die Gesundheitspolitik von heute und morgen vermitteln.

Dr. Christian Altschuh

Consultant, ACon Health – Beratung im Gesundheitswesen

Klaus-Dirk Henke

Wall Street International Magazine

Essays zur Krankenversorgung und gesundheitlichen Betreuung der Bevölkerung: Eine ungewöhnliche Einführung

Die Entstehungsgeschichte:

Die vom European Center for Peace and Development (ECPD) der Vereinten Nationen gegründete University for Peace hat mich im September 2014 als ordentlicher Professor für die ECPD-Gesundheitsprogramme zum Thema „Health Care: Process Management, Financing and Purchasing“ berufen. Zwischen 2014 und dem Beginn der Covid-19-Pandemie im Frühjahr 2020 fanden Konferenzen für das ECPD in Montenegro, Serbien und Kroatien statt. An diesen internationalen und regionalen Konferenzen nahm ich regelmäßig als Ko-Vorsitzender teil. Außerdem half ich dem ECPD bei der Planung und Organisation der Konferenzen. Der größte Teil meiner Arbeit bestand darin, Vorträge zur Krankenversorgung und gesundheitlichen Betreuung der Bevölkerung zu halten.

Mit all dem Hintergrundmaterial dachte ich über die Veröffentlichung eines Buches im Bereich des Gesundheitswesens nach. Der Extrakt all dieser Beiträge liegt nun als “Essays in Healthcare” vor.

Dieses Buch entwickelt sich von einer Makroperspektive der Gesundheit hin zu einem individuelleren, mikroökonomischen Ansatz für die Krankenversorgung. So befasste ich mich einerseits in den Kapiteln „Finanzierung und Einkauf der Gesundheitsversorgung in Europa“ und „Globale Gesundheit: Eine neue Herausforderung“ mit makroökonomischen Fragen. Andererseits betrachte ich Mikrofragen in Kapiteln wie „Gesundes Altern“, „Ehrenamtliche Arbeit im Gesundheitswesen“ und „Präventive Gesundheitsversorgung“.

Der Umfang aller enthaltenen Artikel ist relativ gering und umfasst jeweils etwa sieben Seiten. Sie wurden ursprünglich als Essays im Wall Street International Magazine mit denselben Titeln wie in diesem Buch

veröffentlicht. Im Inhaltsverzeichnis finden Sie die Originaltitel und Untertitel der einzelnen Artikel sowie das Veröffentlichungsdatum. Die einzelnen Artikel sind nach wie vor online unter WSIM/Klaus-Dirk Henke zusammen mit einer Bildergalerie unter: www.wsimag.com verfügbar.

“Essays in Healthcare” können als Leitfaden für Studium und Forschung an Hochschulen im Bereich des Gesundheitswesens genutzt werden. Ich glaube, dass die Essays eine praktische Hilfe für Dozenten und Studenten, Verbände, soziale Selbstverwaltung und interessierte Laien sein können. Darüber hinaus habe ich mich gemeinsam mit dem Verlag dazu entschlossen, alle Artikel auch in der englischen Ursprungsfassung getrennt zu veröffentlichen. In dieser zweisprachigen Verfügbarkeit hilft sie dem einen oder anderen Leser und insbesondere den deutschen Studenten, das englische Original besser zu verstehen und umgekehrt³.

Schließlich gibt das Inhaltsverzeichnis dem Leser und Dozenten einen ersten Überblick darüber, wo er mit dem Lesen und Arbeiten beginnen kann. Obwohl ein enger Zusammenhang zwischen den einzelnen Artikeln besteht, können Sie zwischen den Themen gegebenenfalls in den beiden Sprachen wechseln. Da die Artikel als Essays präsentiert werden, können sie für eigene Recherchen verwendet werden.

klaus-dirk.henke@outlook.de

Berlin, Juni 2023

1. Nur die ersten beiden Beiträge zur Corona-Krise in der EU sind gemeinsam verfasst worden. Stefanie Ettelt (LSE) half mir beim Schreiben von „Coping with COVID-19?“, und Michael Broer (Ostfalia-Hochschule für angewandte Wissenschaften) schrieb gemeinsam mit mir „Financing the Corona Crisis in the EU“. Am Ende der beiden Aufsätze finden Sie ihre akademischen Profile.
2. Thomas White: Der Essay ist ein schriftliches Werk, das eine Idee vorstellen, ein Argument vorbringen, ein Gefühl ausdrücken oder eine Debatte auslösen soll. Es ist ein Instrument, das dazu dient, die Ideen des Autors auf nichtfiktionaler Weise zu präsentieren. Die vielfältigen Anwendungsmöglichkeiten dieser Art des Schreibens gehen weit darüber hinaus und reichen von politischen Manifesten über Kunstkritik bis hin zu persönlichen Beobachtungen und Überlegungen des Autors.
3. Klaus-Dirk Henke, *Essays in Health Care, An Unusual Introduction, Metaforum - Innovation für mehr Gesundheit e.V.*, Berlin 2022

Inhaltsverzeichnis

- 1. Bewältigung von Covid-19?**
Die Kapazität des deutschen Gesundheitswesens
Veröffentlicht: 18. April 2020 S.12

- 2. Finanzierung der Corona-Krise in der EU**
Das EU-Konjunkturpaket der nächsten Generation und der
mehrjährige Finanzrahmen der EU
Veröffentlicht: 18. Februar 2021 S.20

- 3. Die Finanzierung des Gesundheitswesens aus der Sicht
eines Gesundheitsökonomen**
Fiskalische Nachhaltigkeit im Gesundheitswesen
Veröffentlicht: 17. Mai 2021 S.28

- 4. Ist eine rationale Gesundheitspolitik möglich?**
Ein funktionaler Ansatz
Veröffentlicht: 18. Juni 2021 S.32

- 5. Gesundes Altern**
Die Effektivität der Gesundheitswirtschaft
Veröffentlicht: 18. Juli 2021 S.38

- 6. Der Corona-Wiederaufbaufonds**
Aufbringung der Mittel, Verwendung der Mittel, Rückzahlung
Veröffentlicht: 18. August 2021 S.42

- 7. Health Governance: Hype oder Hilfe?**
Ein Blick darauf, was eine gute Governance im
Gesundheitswesen ausmacht
Veröffentlicht: 18. September 2021 S.48

- 8. Finanzierung und Einkauf von Gesundheitsleistungen in Europa**
Die Komplexität der externen gegenüber der internen Finanzierung
Veröffentlicht: 21. Oktober 2021 S.52

9. Globale Gesundheit: Eine neue Herausforderung	
Ein Weg zu Fortschritten in der weltweiten Gesundheit	
Veröffentlicht: 18. November 2021	S.56
10. Ehrenamtliche Arbeit im Gesundheitssektor	
Der Schlüssel zur sozialen und gesundheitlichen Integration mit unschätzbarem Nutzen für die Gesellschaft	
Veröffentlicht: 18. Dezember 2021	S.60
11. Der zweite Gesundheitsmarkt	
Welche fiskalischen Auswirkungen werden die technischen und sozialen Entwicklungen im Gesundheitswesen haben?	
Veröffentlicht: 18. Januar 2022	S.64
12. Vorbeugende Gesundheitsfürsorge	
Drei Ebenen der Prävention zur Verbesserung des Wohlbefindens und zur Senkung der medizinischen Kosten	
Veröffentlicht: 18. Februar 2022	S.68
13. Wirtschaftsdaten des Gesundheitssystems	
Wie können wir eine Reihe von Gesundheitsdaten nutzen, um bessere Entscheidungen zu treffen?	
Veröffentlicht: 18. März 2022	S.72
14. Gesundheitswesen und nachhaltige Entwicklung	
Mobilisierung von Ressourcen zur Sicherung der finanziellen Nachhaltigkeit von Gesundheitssystemen	
Veröffentlicht: 18. April 2022	S.76
15. Die Rolle des Wettbewerbs im Gesundheitswesen	
Sozial gebundener Wettbewerb als Antwort?	
Veröffentlicht 17. Mai 2022	S.82
16. Rückblick und Ausblick	S.86

1. Bewältigung von Covid-19?

Die Kapazität des deutschen Gesundheitswesens

Veröffentlicht: 18.4.2021



Die Regierung hat Krankenpfleger und Ärzte im Ruhestand aufgefordert, ihren Dienst wieder aufzunehmen

In Deutschland sind bisher 2799 Patienten an Coronavirus gestorben und 123.016 wurden als Träger des Virus getestet (Robert Koch Institut, k.D.). Die geringe Zahl der Todesfälle im Verhältnis zu den bestätigten Infektionen hat zu vielen Spekulationen über die Gründe für diesen Zustand geführt, der, um es klar zu sagen, nur eine Momentaufnahme einer sich schnell entwickelnden Situation ist. Die Zahl der Todesopfer wird in den kommenden Tagen und Wochen weiter dramatisch ansteigen. Vieles wird davon abhängen, dass die Präventionsmaßnahmen greifen und die Behandlungskapazitäten zusätzlich beansprucht werden. Es ist aber auch zu hoffen, dass die umfangreichen Kapazitäten des deutschen Gesundheitssystems die Auswirkungen von COVID-19 auffangen können.

Nicht für seine Effizienz bekannt. Das Stereotyp, das man mit Deutschland verbindet, ist die Effizienz seiner Einwohner und seiner Industrie. Das gleiche Klischee wird in der Regel nicht auf das deutsche Gesundheitssystem angewandt. Hierfür gibt es zwei Hauptgründe: Dezentralisierung und Krankenhauskapazität. Die Steuerung des Gesundheitssystems ist dezentralisiert bis hin zur Zersplitterung, wobei die Zuständigkeiten für die Organisation der Versorgung zwischen Bund, Ländern und Gemeinden aufgeteilt sind. Darüber hinaus werden viele Governance-Entscheidungen von Vertretern der Kostenträger und Leistungserbringer (im Rahmen des Bismarckschen Selbstverwaltungssystems) getroffen, was den Handlungsspielraum der Regierung ebenfalls einschränkt. Hinzu kommt, dass sowohl der Finanzierungs- als auch der Versorgungsteil des Systems bewusst pluralistisch sind, mit 100 gesetzlichen Krankenkassen, um nur einen Aspekt zu nennen.

Im Falle der COVID-19-Reaktion sind die 16 Bundesländer für Entscheidungen im Bereich der öffentlichen Gesundheit zuständig, was dazu führte, dass einige Bundesländer Schulen und Kindergärten früher als andere schlossen (sie sind jetzt alle geschlossen). Bundesgesundheitsminister Jens Spahn konnte zwar die Koordinierung der Maßnahmen zwischen den Bundesländern erleichtern, war aber nicht in der Lage, sie zu erzwingen. Für deutsche föderalistische Verhältnisse hat es jedoch eine bemerkenswerte zentrale Führung im Kampf gegen COVID-19 gegeben. Am 16. März unternahm Bundeskanzlerin Merkel, die oft für ihren zögerlichen Führungsstil kritisiert wird, den beispiellosen Schritt, die Bürger aufzufordern, in den Häusern zu bleiben und Solidarität mit den Ansteckungsgefährdeten zu zeigen (Die Bundeskanzlerin, 2020). Sie erläuterte auch die Gründe für die Maßnahmen ihrer Regierung und die wirtschaftlichen und sozialen Kosten der Unterbrechung des öffentlichen Lebens (ein weiteres Versäumnis im bisherigen Krisenmanagement). Die Bundesregierung hat außerdem ein Notfinanzierungsprogramm für Krankenhäuser aufgelegt, das zusätzliche Zahlungen (in Höhe von 50.000 Euro) für jedes Bett vorsieht, das für die Intensivpflege und die künstliche Beatmung zur Verfügung gestellt wird (Bundesministerium für Gesundheit, 2020)

Große Anzahl von Krankenhäusern und Krankenhausbetten.

Ein weiteres Effizienzproblem betrifft die Krankenhäuser und Krankenhausbetten (Wissenschaftlicher Beirat, 2018). Deutschland verfügt über eine große Anzahl von Krankenhausbetten, gemessen an fast allen Standards. Für die Planung und Steuerung der Krankenhauskapazitäten sind die Bundesländer zuständig, die ihre Befugnisse zum Kapazitätsabbau im Krankenhausbereich jedoch nur zögerlich genutzt haben. Die Gesamtbettenkapazität liegt bei fast 8 pro 1000 Einwohner, verglichen mit 5,9 in Frankreich, 3,3 in den Niederlanden und 2,5 im Vereinigten Königreich (OECD-Daten für 2018 bzw. die neuesten verfügbaren Daten).

Trotz der Bemühungen, die Krankenhauskapazitäten zu verringern (was bei den Bürgern immer sehr unpopulär ist), gibt es immer noch mehr als 1900 Krankenhäuser, von denen sich jeweils etwa ein Drittel in öffentlicher, privater und gemeinnütziger Trägerschaft befindet. Die 35 universitären Lehrkrankenhäuser, die die größten Intensivstationen betreiben, sind fast alle in staatlicher Hand. Viele Krankenhäuser sind jedoch im internationalen Vergleich klein, und einige von ihnen haben Schwierigkeiten, qualifizierte Fachkräfte zu finden und mit dem technologischen Wandel Schritt zu halten. Es hat immer wieder Klagen über Unterfinanzierung gegeben, aber die Finanzierungsniveaus sind im Laufe der Zeit gestiegen, was auf mehrere Jahre Wirtschaftswachstum und Überschüsse in der gesetzlichen Krankenversicherung zurückzuführen ist (kontraintuitiv boomte die deutsche Wirtschaft in den Jahren nach der globalen Finanzkrise 2008). Die Unterfinanzierung, soweit sie besteht, ist bei weitem nicht so ausgeprägt wie bei einigen europäischen Nachbarn, obwohl strukturelle Probleme, wie die oben beschriebenen, weiterhin bestehen.

Während von den Bundesländern erwartet wird, dass sie die Krankenhausinfrastruktur instand halten, treffen die Krankenhäuser ihre eigenen Investitions- und Kaufentscheidungen und haben einen guten Ruf und finanzielle Anreize, um in technische Ausrüstung zu investieren. Dies hat zu einem erheblichen technischen Kapazitätsfehler! Textmarke nicht definiert. Routinemäßig stehen 28.000 Intensivbetten zur Verfügung, und

es können zusätzliche Betten bereitgestellt werden, um die Kapazität für COVID-19-Patienten zu erhöhen. Ab dem 1. April werden etwa 1850 Patienten auf der Intensivstation behandelt (Biermann et al., 2020). Wie in anderen Ländern wird erwartet, dass die meisten Krankenhäuser elektive Operationen verschieben werden, um Krankenhausbetten freizugeben. Viele Patienten werden auf ihre geplanten Operationen warten müssen, aber der Druck auf die knappen Ressourcen wird dadurch sicherlich verringert.

Tests und Rückverfolgung von COVID-19-Infektionen.

Auch für diagnostische Tests stehen erhebliche Kapazitäten zur Verfügung. Schätzungen zufolge wurden bisher 410.000 Tests durchgeführt (auf der Grundlage der Abrechnungsdaten der gesetzlichen Krankenkassen), und die Kapazitäten wurden auf bis zu 360.000 Tests pro Woche hochgefahren (Der Spiegel, 2020). Die Gesellschaft für Virologie e.V. listet derzeit 54 Labore auf, die SARS-CoV-2-PCR-Tests anbieten, davon sind 28 Labore in Universitätskliniken, 22 in privater Hand und 4 werden von Gesundheitsbehörden betrieben (Gesellschaft für Virologie e.V., 2020). Die Berliner Charité, das größte Lehrkrankenhaus in Europa, führt täglich 600-700 PCR-Tests durch. Neben diesen großen Testeinrichtungen gibt es aber auch eine große Zahl privater Labore. Die Association of Accredited Laboratories (ALM) berichtet, dass ihre Mitgliedsorganisationen (meist private Labore und Polikliniken) in der Woche nach dem 16. März über 260.000 Proben analysiert haben und über 400.000 seit Anfang März (Akkreditierte Labore in der Medizin e.V., 2020). Es ist schwierig, sich ein vollständiges Bild von der deutschen Laborinfrastruktur zu machen, die nicht gut erforscht ist und, wie man vermutet, nicht besonders gut reguliert ist. Geografisch sind die Labore ungleichmäßig verteilt, wobei sich nur wenige in Ostdeutschland befinden; solange die Testkapazitäten ausreichen, scheint sich jedoch niemand zu beschweren.

Die Untersuchung auf das Coronavirus ist sowohl in der gesetzlichen als auch in der privaten Krankenversicherung kostenlos. Bislang hat die deutsche Politik versucht, Ärzte dazu zu bewegen, nur diejenigen zu testen,

die bestimmte Kriterien erfüllen, d.h. Symptome von COVID-19 mit einem nachweisbaren Infektionsrisiko aufweisen. Damit sollte verhindert werden, dass die besorgten Patienten die diagnostische Versorgungskette verstopfen. Die neuen Leitlinien, die das RKI am 25. März veröffentlicht hat, befürworten jedoch einen milderen Ansatz, indem sie allen Personen mit Symptomen unabhängig von ihrem Schweregrad Tests anbieten, sofern genügend Testkapazitäten vorhanden sind. In den Leitlinien wird darauf hingewiesen, dass medizinisches Personal und schutzbedürftige Patienten vorrangig behandelt werden sollten, wenn die Kapazitäten an ihre Grenzen stoßen, aber dies scheint noch kein vorrangiges Anliegen zu sein. Es wird davon abgeraten, die Tests privat zu bezahlen, obwohl dies grundsätzlich erlaubt ist.

Die Ärzte sind verpflichtet, jedes positive COVID-19-Testergebnis an die örtliche Gesundheitsbehörde in ihrem Gebiet zu melden. Diese übermitteln die Daten mindestens einmal täglich elektronisch an das RKI, doch es wird eingeräumt, dass es zwei bis drei Tage dauern kann, bis sie ihre Daten vollständig gemeldet haben (die Statistiken auf der RKI-Website zeigen, dass dies manchmal sogar noch länger dauert). Dies und die Personalknappheit, vor allem am Wochenende, hat zu Verzögerungen bei der Datenmeldung geführt, was es dem nationalen Institut erschwert, täglich eine genaue Übersicht über den Verlauf des Virus zu geben. Auch wenn dies nicht optimal ist, so ist es doch eine enorme Verbesserung gegenüber den zwei bis drei Wochen, die es dauerte, bis das RKI auf den Ausbruch von pathogenen E-Coli im Jahr 2011 aufmerksam wurde, der 53 Todesopfer forderte (Schulte von Drach, 2011).

Trotz der steigenden Zahl der bestätigten Infektionen werden weiterhin Anstrengungen unternommen, um die Personen aufzuspüren, die mit der infizierten Person in Kontakt waren. Um die Kapazitäten der überlasteten lokalen Gesundheitsbehörden zu erhöhen, hat das RKI angekündigt, 500 zusätzliche Personen als Scouts für die Kontaktsuche einzustellen, die vor

allem Studenten rekrutieren sollen. Die Kombination von Tests und Rückverfolgung wird auch als wichtiger Bestandteil einer künftigen Ausstiegsstrategie aus dem derzeitigen Verbot menschlicher Kontakte im öffentlichen Leben angesehen.

Die Besorgnis über die wirtschaftlichen Auswirkungen des Ausbruchs wächst, wobei einige einen Rückgang von bis zu 18 % des BIP in den kommenden Jahren voraussagen (Lauer et al., 2020). Obwohl die Maßnahmen zur Eindämmung der Ausbreitung des Virus nicht so streng sind wie in einigen anderen Ländern, werden die Menschen aufgefordert, zu Hause zu bleiben und jeden Kontakt zu vermeiden, wenn sie nach draußen gehen. Zusammenkünfte sind verboten und der Austausch ist auf zwei Personen beschränkt, es sei denn, es handelt sich um Mitglieder desselben Haushalts. Deutsche Politiker betonen, dass keine Ausgangssperre verhängt wird, sondern ein Kontaktverbot.

In dieser Woche kündigte die Bundesregierung ein Bündel von Maßnahmen an, um die Wirtschaft zu schützen und finanzielle Härten für die Bürger zu verringern (Die Bundesregierung, 2020). Dazu gehören der erleichterte Zugang zu Krediten, Kredithilfen für Unternehmen und die Gewährung von Kurzarbeitergeld, das es Unternehmen ermöglicht, ihre Belegschaft zu halten und gleichzeitig kürzere Arbeitszeiten bei vollem Lohn anzubieten. Für Freiberufler, Künstler und Selbstständige gibt es gesonderte Regelungen. Ob dies ausreicht, um einen erheblichen wirtschaftlichen Abschwung zu verhindern, bleibt abzuwarten. Zusätzliche Notfallregelungen werden vielerorts getroffen und sind in den Bundesländern unterschiedlich.

Mangel an Pflegepersonal. Die vielleicht größte Herausforderung während der COVID-19-Krise wird der Mangel an Pflegepersonal sein. Der Mangel an Pflegepersonal ist in Deutschland seit langem ein Problem, das zum Teil auf die große Zahl kleiner Krankenhäuser zurückzuführen ist.

Es wurden mehrere Versuche unternommen, die Bezahlung und die Arbeitsbedingungen für Krankenschwestern zu verbessern und die Krankenhäuser für die Aufrechterhaltung ausreichender Pflegekapazitäten zur Verantwortung zu ziehen. Umstritten, aber nicht anders als in anderen Ländern mit hohem Einkommen, hat sich die deutsche Regierung aktiv für die Anwerbung von Pflegepersonal aus anderen, oft ärmeren Ländern eingesetzt, um die Lücken zu schließen. Einige Krankenhäuser hatten große Hoffnungen, nach dem Brexit-Referendum aus dem Vereinigten Königreich zurückkehrende Krankenschwestern und -pfleger anzuwerben, aber dies geschah nicht in ausreichender Zahl, um einen wesentlichen Unterschied zu bewirken.

Inzwischen wird jedoch allgemein anerkannt, dass dies nicht ausreichen wird, um den Bedarf an Pflegekräften während der COVID-19-Krise zu decken, insbesondere in der Intensivpflege. Die Intensivstationen müssen mehr qualifiziertes Personal für die Pflege von Schwerstkranken finden, was vielleicht der am stärksten begrenzende Faktor für die Erweiterung der Kapazitäten ist. Die Regierung hat pensionierte Krankenschwestern und Ärzte aufgerufen, ihren Dienst wieder aufzunehmen, und es gibt regionale Initiativen zur Anwerbung von Medizinstudenten und anderen Freiwilligen. Ob dies ausreicht, um den Bedarf von COVID-19 zu decken, bleibt abzuwarten.

Artikel von Stefanie Ettelt, außerordentliche Professorin für Gesundheitspolitik an der London School of Hygiene and Tropical Medicine, und Klaus-Dirk Henke, emeritierter Professor für Volkswirtschaftslehre (Öffentliche Finanzen und Gesundheitsökonomie), Technische Universität Berlin, Fachbereich Wirtschaft und Management, Mitglied des Wissenschaftlichen Beirats des Bundesministeriums der Finanzen.

Quellenverzeichnis

Akkreditierte Labore in der Medizin e.V. (2020). ALM setzt sich für einen ressourcenorientierten Einsatz der Coronavirus-SARS-CoV-2-Tests ein – fachärztliche Labore haben seit Anfang März über 400.000 Tests durchgeführt. Press release published 24 March 2020.

Biermann K, Blickle P, Loos A, Stahnke J, Troger J, Venohr S (2020). Wie viele Intensivbetten gibt es in meiner Region? ZEIT online, 1 April 2020, accessed 2 April 2020.

Die Bundeskanzlerin (2020). Pressekonferenz von Bundeskanzlerin Merkel zu Maßnahmen der Bundesregierung im Zusammenhang mit dem Coronavirus, 16 March 2020, accessed 2 April 2020.

Bundesministerium für Gesundheit (2020). Bundesrat stimmt Gesetzespaketen zur Unterstützung des Gesundheitswesens bei der Bewältigung der Corona-Epidemie zu. Press release, 28 March 2020, accessed 2 April 2020.

Die Bundesregierung (2020). Mit aller Kraft gegen die Krise.

Gesellschaft für Virologie e.V (2020). Diese Institute bieten SARS-Cov-2 PCR Test an, accessed 28 March 2020.

Lauer K, Wagner R, Becker R (2020). Ifo-Index bricht ein - "Deutsche Wirtschaft stürzt in Rezession". Reuters, 19 March 2020, accessed 28 March 2020.

Robert Koch Institut (k.D.). COVID-19 Dashboard, accessed 13 April 2020.

Schulte von Drach MC (2011). Gefährlich lange Leitung im Kampf gegen die Keime. Süddeutsche Zeitung, 17 June 2011.

Der Spiegel (2020). Virologe liefert erste Erklärungen zu niedrigen Todeszahlen in Deutschland. Der Spiegel, 26 March 2020.

Wissenschaftlicher Beirat (2018). Über- und Fehlversorgung in deutschen Krankenhäusern: Gründe und Reformoptionen. Berlin: Bundesministerium der Finanzen, 2018.

2. Finanzierung der Corona-Krise in der EU

Das EU-Konjunkturpaket der nächsten Generation und der mehrjährige Finanzrahmen der EU

Veröffentlicht: 18. Februar 2021



Die Präsidentin der Europäischen Kommission Ursula von der Leyen

Auf der Sondertagung des Europäischen Rates vom 17. bis 21. Juli 2020 einigten sich die Staats- und Regierungschefs der Europäischen Union (EU) im Grundsatz für alle 27 Mitgliedstaaten auf das Konjunkturpaket „Next Generation EU“ (NGEU) und den mehrjährigen Finanzrahmen (MFR) der EU, der die Einnahmen und Ausgaben der EU für die Jahre 2021 bis 2027 festlegt. Das Europäische Parlament und alle nationalen Parlamente haben die Gesetzesentwürfe am 17. Dezember 2020 angenommen.

Im Amtsblatt der Europäischen Union, L 433 I, Gesetzgebung, Band 63, vom 22. Dezember 2020 finden Sie die internationale Vereinbarung vom 16. Dezember 2020 zwischen dem Europäischen Parlament, dem Rat der

Europäischen Union und der Europäischen Kommission:

- Zur Haushaltsdisziplin;
- über die Zusammenarbeit in Haushaltsangelegenheiten;
- zur Wirtschaftlichkeit der Haushaltsführung;
- zu den neuen Eigenmitteln;
- einschließlich eines Fahrplans zur;
- die Einführung neuer Eigenmittel.

Dies ist der rechtliche Hintergrund und eine allgemeine Regelung der Konditionalität für den Schutz des Unionshaushalts. Diese Verordnung legt die Regeln fest, die für den Schutz des Unionshaushalts bei Verstößen gegen die Grundsätze der Rechtsstaatlichkeit in den Mitgliedstaaten erforderlich sind. Diese Verordnung tritt am dritten Tag nach ihrer Veröffentlichung im Amtsblatt der Europäischen Union in Kraft. Sie gilt ab dem 1. Januar 2021 (ebd.).

Table 1: Next Generation EU (NGEU)

Programme	Betrag in Mrd. Euro
Fazilität für Aufbau und Elastizität	672.5
<ul style="list-style-type: none"> • Kredite • Zuschüsse 	360 312.5
Other Grants	77.5
<ul style="list-style-type: none"> • React EU • Horizon Europe • Invest EU • Fonds für die Entwicklung des ländlichen Raums für einen gerechten Übergang • resc EU 	47.5 5 5.6 7.5 10 1.9
Summe	750

EU der nächsten Generation.

Zu diesem Zweck wird der MFR mit dem Wiederaufbaupakt verknüpft. Die Übereinstimmung des Zeitpunkts der beiden Beschlüsse ist insofern ein Zufall, als der alte mehrjährige Finanzrahmen gerade 2020 ausgelaufen war und die Corona-Krise zu Beginn desselben Jahres die Welt veränderte. Mit diesen Beschlüssen sollten aber nicht nur die traditionellen Aufgaben der EU nach der Corona-Pandemie gestärkt werden, sondern gleichzeitig neue Wege zur Finanzierung des wünschenswerten ökologischen und digitalen Wandels in den Mitgliedsstaaten beschritten werden.

Der EU-Haushalt 2021 bis 2027 ist mit einem Volumen von 1.074 Milliarden Euro dotiert und fortgeschrieben. Neben dem traditionellen Mehrjahreshaushalt 2021-2027 mit seinen Verpflichtungen gibt es den Corona-Wiederaufbaufonds („Next Generation EU“) mit einem Gesamtvolumen von 750 Milliarden (Tabelle 1)

Das NGEU dient in erster Linie der Finanzierung der durch die Covid-19-Pandemie verursachten Schäden. Diese Mittel sollen für neue Aufgaben der EU verwendet werden, insbesondere in diesen Handlungsfeldern: Klimapolitik (Green Deal), öffentliche Sicherheit, Asyl, medizinische Versorgung und digitale Revolution. Die Wiederaufbauhilfe soll die durch die Corona-Krise entstandenen Schäden beheben.

Zu diesem Zweck wird die EU-Kommission erstmals in der Geschichte ermächtigt, im Namen der EU Mittel auf den Kapital- und Geldmärkten aufzunehmen. Die 750 Milliarden Euro werden in Form von Krediten (360 Euro) und Zuschüssen vergeben (Tabelle 1). Der Kredit muss bis Ende 2058 zurückgezahlt werden. Ob die Mittel aus einer Erhöhung der Mitgliedsbeiträge, einer Kürzung der künftigen öffentlichen Ausgaben oder aus neuen (steuerähnlichen) Einnahmequellen stammen werden, steht für die nahe Zukunft, d.h. 2021/2022, noch auf der Tagesordnung. Natürlich ist auch eine Mischung aus diesen verschiedenen Ansätzen denkbar und wahrscheinlich.

Mehr Finanzautonomie für die EU-Kommission.

Die neue Einnahmeautonomie umfasst bisher keine Steuerhoheit. Bislang wurde eine Plastiksteuer vorgeschlagen, die sich nach der Menge des nicht recycelten Plastikmülls richtet. Darüber hinaus diskutieren die Experten in der EU-Kommission einen CO₂-Grenzausgleichsmechanismus (siehe Kaf-sack 2020), eine Digitalabgabe (ab Anfang 2023), eine Überarbeitung des Emissionshandelssystems (ETS) und möglicherweise dessen Ausweitung auf den Luft- und Seeverkehr mit zusätzlichen Einnahmen für den EU-Haushalt sowie eine Finanztransaktionssteuer, deren Sinnhaftigkeit diskutiert werden kann (Beirat beim Bundesfinanzministerium, 2020).

Vor diesem Hintergrund ist nicht auszuschließen, dass - vielleicht nur vorübergehend - eine partielle Steuerhoheit zur Finanzierung der EU-Schulden ins Spiel kommt. Eine europäische Steuer wäre allerdings nur durch eine Änderung der europäischen Verträge möglich. Die zur Diskussion stehenden Vorschläge können möglicherweise im Rahmen des Eigenmittelsystems bleiben, das bisher die Hauptfinanzierungsquelle der EU auf der Grundlage des BSP der Mitgliedstaaten darstellt. Eine eigene Steuerhoheit der EU ist damit nicht verbunden.

Die Wiederaufbaupläne sollen im Jahr 2022 überprüft und gegebenenfalls angepasst werden. Die Zuschüsse sollen nur dann ausgezahlt werden, wenn die Ziele und Meilensteine erreicht werden. Die Rückzahlung der Schulden soll bereits 2021 beginnen. The use of funds.

Die EU-Kommission verwendet die geliehenen Mittel für die im Rahmen der Wiederaufbauhilfe der „Neuen Generation EU“ vorgesehenen Ausgaben. Gleichzeitig beginnt damit die Verwendung der Zuschüsse, die den Mitgliedsländern gewährt werden. Dies wirft unter anderem die Fragen auf: Wofür, wie lange und zu welchen Bedingungen? Oder noch konkreter für die Verwendung der Mittel einschließlich der Zuschüsse und Kredite.

Es stellen sich die folgenden Fragen (Kafsack, Mussler, 2020):

- Wie wird die Hilfe aus dem Wiederaufbauplan verteilt?
- Wofür wird das Geld aus dem Wiederaufbauplan verwendet?
- Wie viel Geld erhalten die Staaten?
- Gibt es Bedingungen für die Zuteilung der Gelder? Wie „grün“ ist der Fonds?
- Inwieweit können andere Mitgliedsstaaten die Reformpläne der Empfängerländer kontrollieren?
- Sollten die Mittel an die Einhaltung von EU-Rechtsstaatlichkeitsstandards geknüpft werden?
- Sollte die EU neue direkte Einnahmequellen erschließen?
- Was ist mit den nationalen Beiträgen? Wird es weiterhin Rabatte geben?
- Wird der Haushaltsrahmen 2021 bis 2027 wie ursprünglich geplant modernisiert?

Im Rahmen des sogenannten „Europäischen Semesters“ könnte geprüft werden, ob die Mittel sinnvoll eingesetzt werden (Kafsack, Mussler, 2020 sowie Mussler, 2020). Das Semesterkonzept wurde 2011 mit dem Ziel eingeführt, nicht nur „länderspezifische Empfehlungen“ auszusprechen, sondern auch deren Einhaltung zu überwachen, z.B. durch den Europäischen Rechnungshof. Es wird also mehr Konditionalität gefordert. Unabhängig von den spezifischen Antworten auf diese vielen Fragen ist das übergreifende Problem die endgültige Verantwortung für diese Entscheidungen, ihre Umsetzung und Überwachung (Wolff, 2020).

Bei der Zuteilung von Ressourcen wird häufig die Ergebnis- oder Programmqualität gegen die verfahrenstechnische oder administrative Effizienz ausgespielt. Die verfahrenstechnische Effizienz verdient in den zahlreichen Institutionen der EU besondere Aufmerksamkeit. Das bestmögliche Ergebnis wäre natürlich eine hohe Programmeffizienz bei gleichzeitig sehr guter Management- oder Verwaltungseffizienz (Zimmermann, Henke, Broer, 2021, Kapitel 6).

Dies erfordert eine ständige Überwachung und Bewertung der verschiedenen von den Mitgliedstaaten angewandten Zuweisungsmechanismen durch den Europäischen Rechnungshof. In Anbetracht der Höhe der Beträge geht es darum, die notwendige Transparenz zu schaffen und laufend zu überprüfen, wie die Mittel auf den Kapitalmärkten aufgenommen und für die verschiedenen Aufgaben und Ausgaben der verschiedenen Institutionen auf europäischer und nationaler Ebene verwendet werden. Dabei sollte das Subsidiaritätsprinzip nicht außer Acht gelassen werden (Henke 2006).

Zusammenfassung.

Die Covid-19-Pandemie war der Ausgangspunkt für die Analyse des konventionellen EU-Budgets und des ergänzenden Aufbaupaktes (Next Generation EU). Die Finanzautonomie für die EU-Kommission bei der Verschuldung und eines Tages in der Zukunft vielleicht auch die Steuerkompetenz sind neue Schritte in Richtung einer europäischen Fiskalunion (Broer, Henke, Zimmermann (2020).

Es wird untersucht, inwieweit mehr Macht für die EU in verschiedenen Handlungsfeldern wie Klimapolitik, öffentliche Sicherheit, Asyl, Migration und Medizin (europäische öffentliche Güter) Realität werden kann. Immerhin beläuft sich das Wiederaufbauprogramm auf 750 Milliarden. Es ist auch zu prüfen, für wen, wie lange und unter welchen Bedingungen diese Mittel verwendet werden können. Da die Kredite der EU erst 2058 zurückgezahlt werden müssen, ist zu klären, ob - um die EU-Haushalte langfristig auszugleichen - die notwendigen Schuldendienstzahlungen zu Ausgabenkürzungen, zu immer mehr Staatsverschuldung oder vielleicht sogar zu einer Steuer für die EU führen werden.

Ob die Bekämpfung der Coronakrise und der ergänzende Wiederaufbaupakt (next generation EU) mit einer Stärkung des Europäischen Parlaments einhergehen werden, ist eine weitere wichtige offene Frage. Die Geschichte wird uns schließlich zeigen, ob die internationale Vereinbarung vom 16. Dezember 2020 zwischen dem Europäischen Parlament, dem Rat

der Europäischen Union und der Europäischen Kommission unsere Erwartungen erfüllen wird.

Artikel von Klaus-Dirk Henke, Technische Universität Berlin, und Michael Broer, Ostfalia - Hochschule für angewandte Wissenschaften Wolfsburg, Professor für Volkswirtschaftslehre, Forschungsinteressen: Steuern, Fiskalischer Föderalismus.

Quellenverzeichnis

Advisory Board to the Federal Ministry of Finance (2020), Zur Sinnhaftigkeit einer Finanztransaktionssteuer (The usefulness of the financial transaction tax), Berlin 01/2020.

Broer, M. (2013) Der europäische Haushalt bis 2020: Anspruch und Wirklichkeit (The European budget by 2020: aspiration and reality), in Wirtschaftsdienst, 93 volume, S. 39-45.

Broer, M., Henke, K.-D., Zimmermann, H., (2021), Neue Aufgaben und neue Finanzierungswege der EU in der Coronakrise, (New tasks and new ways of financing the EU corona crisis), to be published in WiSt – Wirtschaftswissenschaftliches Studium, in print.

Fuest, C. and Jean Pisani-Ferry (2019), Über die Zukunft Europas: Es ist an der Zeit, mehr europäische öffentliche Güter bereitzustellen (On the future of Europe: the time has come to provide more European public goods), in Ifo STANDPUNKTE 2019, p. 28ff.

Henke, K.-D. (2020), Das EU-Budget in der Corona-Krise (The EU budget in the Corona crisis), Wirtschaftsdienst, 100 Jg., p. 407ff.

Henke, K.-D., Ettelt, S., (2020), Coping with Covid-19, Health care capacity in Germany, Wall Street International Magazine, 18.4.2020).

Henke, K.-D., (2006), Soft coordination and hard rules in European economic policy. Managing Subsidiarity from an economic point of view, in: Tomann, H. (ed.), The role of European institutions in economic policy, Europäische Schriften zu Staat und Wirtschaft, vol. 20, Baden-Baden, pp. 59-76.

Kafsack, H. (2020), Die verflixte Sache mit der CO₂-Grenzsteuer, (The fizzy thing about the CO₂ border tax) in: Frankfurter Allgemeine Zeitung, 28.07.2020, p. 17. Müller-Jung, J. (2021), Zufall und Notwendigkeit (Chance and necessity), in: Frankfurter Allgemeine Zeitung, 13.01.2021, p. N 1.

Mussler, W. (2021), Europas Schuldenillusion, (Europe's debt illusion), in: Frankfurter Allgemeine Zeitung, 13.01.2021, p. 10.

Mussler, W (2020), Die EU-Staaten scheren sich kaum um Brüssel, EU states hardly give a damn about Brussels, in: Frankfurter Allgemeine Zeitung, 04.09.2020, p. 16.

Neheider, S. (2010), Die Kompensationsfunktion der EU-Finzen (The compensation function of EU finances), Europäische Schriften zu Staat und Wirtschaft, Baden- Baden. Müller.

Richter (2017), Europa am Scheideweg – ein Vorschlag zur politischen Weiterentwicklung, Wirtschaftsdienst (Europe at a crossroads - a proposal for political development), 97(7), 484-489.

Official Journal of the European Union, L433 I, Legislation, Volume 63, 22 December 2020.

Wolff, G. B. (2020), EU-Fonds: Es fehlt an Kontrolle und Rechenschaftspflicht, (There is a lack of control and accountability) in: Frankfurter Allgemeine Zeitung, 23.09.2020, p. 7.

Zimmermann, H., Henke, K.-D., Broer, M. (2021), Finanzwissenschaft - Eine Einführung in die Staatsfinzen, 13th edition, (Public Finance – An Introduction to State Finances).

Zimmermann, H. (2015), The deep roots of the government debt crisis, (Die tiefen Wurzeln der Staatsschuldenkrise, in: The Journal of Financial perspectives, Vol. 3, pp 41–58.

3. Die Finanzierung des Gesundheitswesens aus der Sicht eines Ökonomen

Fiskalische Nachhaltigkeit im Gesundheitswesen

Veröffentlicht: 17. Mai 2021



Ziel ist es, die Segmentierung im Gesundheitswesen zu überwinden und an einem integrierten medizinischen Versorgungsnetz zu arbeiten

Experten haben ein umfassendes Programm entwickelt, um das Bewusstsein zu schärfen und die aktive Nutzung von Gesundheitszielen als Ansatz für gesundheitspolitische Entscheidungen zu fördern. Die finanzielle Nachhaltigkeit im Gesundheitswesen ist ein Thema geworden, das nicht nur im akademischen Umfeld der Gesundheitswirtschaft und Gesundheitsökonomie, sondern auch in der praktischen Gesundheitspolitik noch immer vernachlässigt wird.

Aus Sicht der Ökonomen wäre eine Art Goldstandard für die Finanzierung des Gesundheitswesens wünschenswert mit klaren Zielen für die Krankenversorgung und gesundheitliche Betreuung der Bevölkerung. Für viele Experten ist die Finanzierung des Gesundheitswesens jedoch nach wie

vor ein Buch mit sieben Siegeln. Deshalb sollten Finanzierungsfragen bei der Entwicklung und Umsetzung von Gesundheitszielen im Vordergrund stehen. Dazu gehören beispielhaft die Bereiche der Behandlungsmöglichkeiten, der Ergebnisforschung und der medikamentösen Interventionen. Dabei gilt es, Antworten zu finden für die Schließung von Finanzierungslücken, die sich aufgrund der Alterung der Bevölkerung des medizinischen und medizinisch-technischen Fortschritts und vieler anderer Faktoren ergeben..

Aus meiner Sicht hat die fiskalische Nachhaltigkeit viel mit der langfristigen Finanzierung des Gesundheitswesens durch allgemeine Einnahmen (d. h. Steuern), Lohnsummensteuern (d. h. Beiträge von Arbeitgebern und Arbeitnehmern), risikoorientierte Prämien, Out-of-Pocket-Ausgaben, Zuzahlungen usw. zu tun. Im Sinne eines Goldstandards sind große Finanzierungspools erforderlich, um eine Risikoselektion zu vermeiden. Bei einer bevölkerungsweiten Versorgung mit Gesundheitsleistungen ist die Steuerfinanzierung auf der Grundlage des Leistungsfähigkeitssystems der eine Ansatz, die Finanzierung durch die Sozialversicherung auf der Grundlage des Leistungs- oder Versicherungsprinzips der andere Weg zur Finanzierung der Krankenversorgung. Beim zweiten Ansatz ist ein Risikoausgleichsverfahren notwendig und Voraussetzung für einen fairen Wettbewerb.

Neben der Frage, ob ein Beveridge- oder ein Bismarcksches System zu bevorzugen ist, gibt es zahlreiche wissenschaftliche Arbeiten zur intergenerationalen Rechnungslegung (z.B. Veröffentlichungen der OECD) und zur Messung von Generationenkonflikten angesichts der demographischen Herausforderungen. Politisch hat sich jedoch bisher nicht viel verändert. Teilweise kapitalgedeckte Systeme, die auf der Idee des Sparens für das Alter beruhen, würden das Risikomanagement für die schweren demografischen Herausforderungen ausgleichen, mit denen viele Länder konfrontiert sind. Neue Wege der Finanzierung der Gesundheitsversorgung stehen daher ganz oben auf der Tagesordnung.

Einkauf von Gesundheitsleistungen. Neben diesen allgemeinen Finanzierungsmöglichkeiten, die im europäischen Binnenmarkt sehr unterschiedlich gehandhabt werden, und verschiedene Wege der Geldbeschaffung beschreiben (externe Finanzierung), ist der Einkauf von Gesundheitsleistungen bei Krankenhäusern und Rehabilitationseinrichtungen, bei niedergelassenen Ärzten und der Einkauf von Medikamenten, Heilmitteln, medizinischen Geräten usw. der zweite wichtige Aspekt, der im Zusammenhang mit der Gesundheitsversorgung zu betrachten ist. Er kann als interne Finanzierung bezeichnet werden, d.h. die Erstattung oder Bezahlung der einzelnen Gesundheitsleistungen. Im Sinne eines Goldstandards sollten alle Leistungen nach medizinischen Leitlinien, bewährten Verfahren und unter Berücksichtigung von Ergebnismessungen erbracht werden. Die Erstattungssysteme sollten weniger einkommensorientiert, sondern mehr ergebnisorientiert sein und nicht auf der Grundlage von Gebühren für Dienstleistungen erfolgen.

Netzwerk-Budgetierung. In vielen Ländern besteht das übergeordnete Ziel darin, die Segmentierung in der Gesundheitsversorgung zu überwinden und an einem integrierten und qualitätsgesicherten medizinischen Versorgungsnetz zu arbeiten. Um dieses Ziel zu erreichen, ist ein funktionaler Ansatz in der Gesundheitsversorgung unabdingbar für notwendige Reformen. Für ein integriertes Versorgungssystem sind neue Formen des selektiven Kontrahierens zwischen Leistungserbringern und Krankenkassen erforderlich. Medizinische und pflegerische Versorgung einschließlich der Rehabilitation gehören systematisch zusammen und sollten durch eine gemeinsame Vergütung im Wege der Netzwerkbudgetierung und neuartiger Fallpauschalen abgedeckt werden.

Eine umfassende Rundum-Versorgung ist das neue Thema der Finanzierung. In der folgenden Abbildung ist die Versorgung älterer Patienten als Beispiel für die angestrebte Integration der Gesundheitsdienstleister dargestellt. Bislang ist keine goldene Regel für den Einkauf all dieser Leistungen erkennbar, so dass wahrscheinlich vor allem der Wettbewerb die Antwort auf dieses Problem ist.

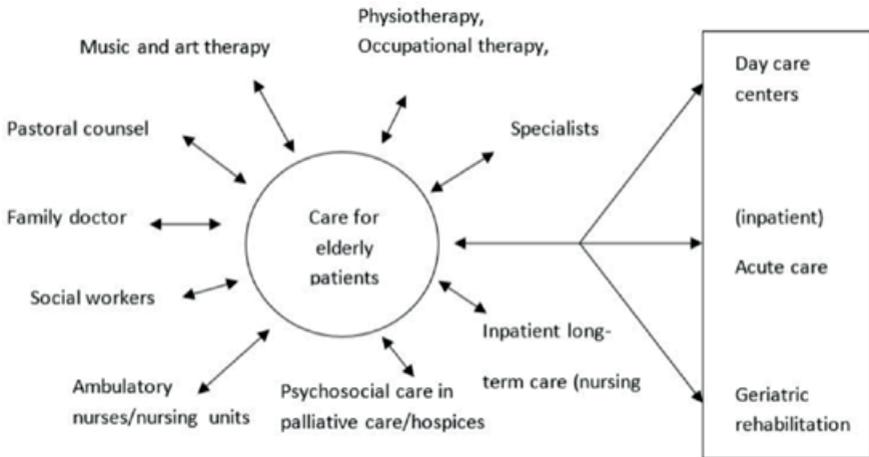


Abbildung 1:
Integration von Gesundheitsdienstleistern in die Gesundheitsversorgung älterer Menschen

Die Integration von Gesundheitsdienstleistern in die Gesundheitsversorgung älterer Menschen wird gefordert (siehe Abbildung 1).

Ein solches Netz vorzuschlagen ist allerdings viel einfacher als es zu verwirklichen. Die Preisgestaltung, der Einkauf (z. B. über DRGs, Referenzpreise oder auf der Grundlage einer Gebührenordnung), die Ausgaben und die Finanzierung (über Steuern, Beiträge, Prämien usw.) von Gesundheitsleistungen stellen für alle Beteiligten ein äußerst komplexes Bild dar. Es wirft mehr Fragen als Antworten auf, und es ist zu hoffen, dass eine sozial begrenzte Petition dazu beitragen kann, die institutionellen Details bei der Bereitstellung, Finanzierung und Beschaffung der erforderlichen Gesundheitsversorgung nicht nur für ältere Menschen, sondern für die gesamte Bevölkerung zu entwickeln.

4. Ist eine rationale Gesundheitspolitik möglich?

Ein funktionaler Ansatz

Veröffentlicht: 18. Juni 2021



Niemand weiß, wie viel eine Gesellschaft für die Gesundheitsversorgung ausgeben sollte.

Die funktionale oder professionelle Rationalität, wie sie in Gesundheitszielen und einem Rechtsrahmen zum Ausdruck kommt, steht oft im Widerspruch zur politischen Rationalität – das Ergebnis ist ein stückweises Social Engineering (Popper) oder ein Durchwursteln mit einem Schritt-für-Schritt-Ansatz in der Wirtschaftspolitik (Lindblom, Tinbergen). Ein funktionaler Ansatz ist in Schaubild 1 zu sehen. Es zeigt die Ressourcenallokation im Gesundheitswesen aus einer makroökonomischen Perspektive “von oben nach unten” und aus einer mikroökonomischen Perspektive “von unten nach oben”.

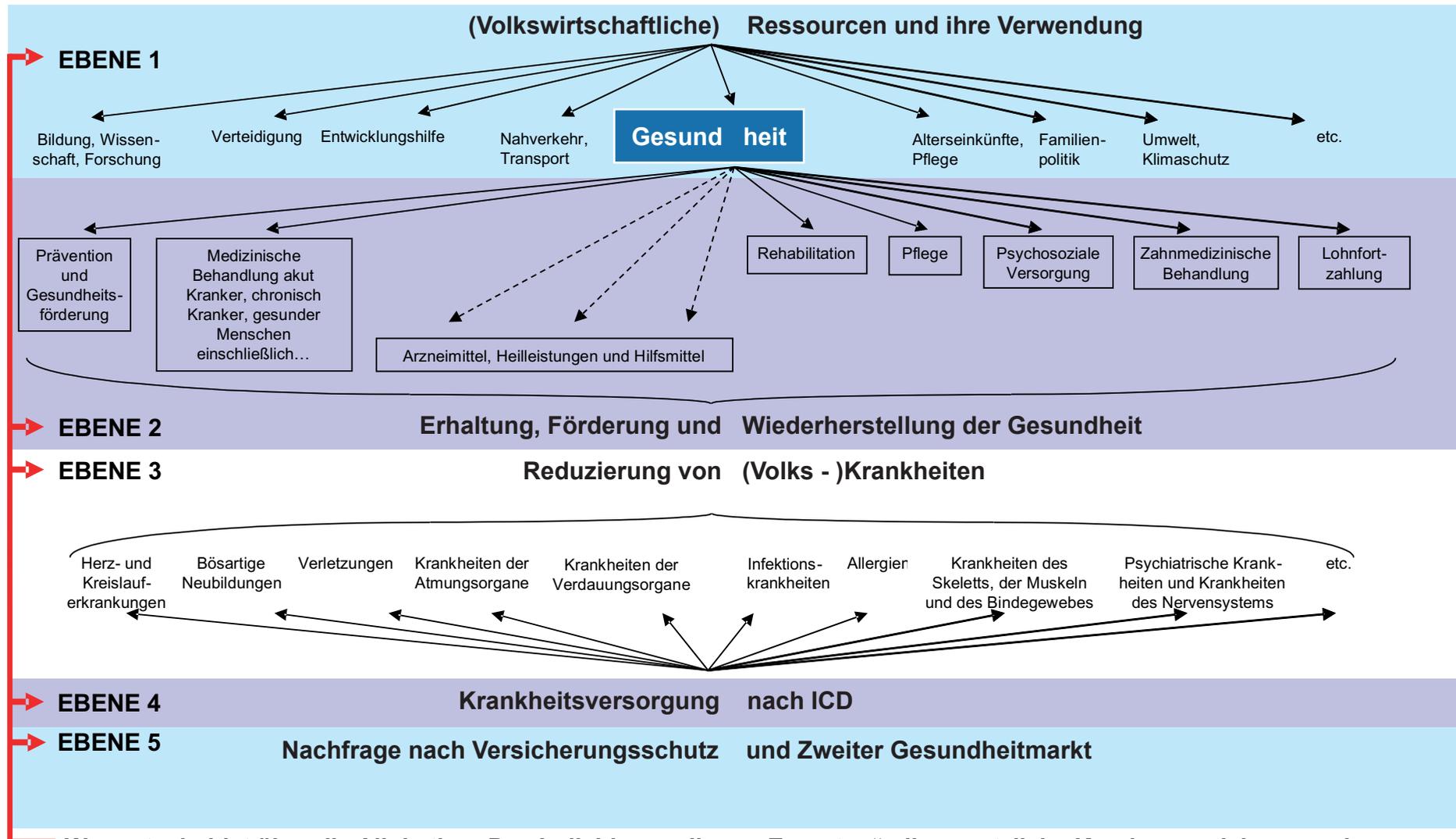
Die funktionale Rationalität oder die optimale Allokation von knappen Ressourcen. Das Ziel des Einsatzes knapper Ressourcen ist entweder die Erhaltung, Förderung oder Wiederherstellung der Gesundheit, wie im oberen

Teil der Abbildung zu sehen ist. Der untere Teil befasst sich mit der Verringerung von (Volks-)Krankheiten einschließlich individueller Gesundheitsvorsorge und Gesundheitsförderung. Die im unteren Teil des Schaubilds dargestellte individuelle Perspektive orientiert sich am internationalen Code der Krankheiten, z. B. Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Verletzungen oder bösartiges Wachstum.

Es gibt immer Kompromisse zwischen Gesundheitsausgaben und Alternativen wie Bildung, Wissenschaft und Forschung, Verteidigung, Entwicklungshilfe, Umwelt, Klimaschutz, Pflege oder Familienpolitik und Kinderbetreuung. Oft haben diese Alternativen selbst einen starken Einfluss auf den Gesundheitsstand der Bevölkerung, z.B. die Bildung. Aus epidemiologischer Sicht sind also vermeidbare Morbidität und vermeidbare Mortalität die obersten Ziele, und die Krankenversorgung und gesundheitliche Betreuung der Bevölkerung gehören zu den wichtigsten Instrumenten.

Innerhalb des Gesundheitssektors beginnt Abbildung 1 auf der linken Seite mit der Prävention und Gesundheitsförderung, der medizinischen Behandlung von Patienten mit akuten und chronischen Krankheiten und von gesunden Personen. Dazu gehören Arzneimittel, Heilmittel und medizinische Geräte. Rehabilitation, Pflege, psychosoziale und palliative Versorgung, zahnärztliche Behandlung und nicht zuletzt das Krankengeld sind die Bereiche, in die die Mittel bzw. Gesundheitsausgaben fließen.

Niemand weiß, wie viel eine Gesellschaft für die Gesundheitsversorgung ausgeben sollte. Es gibt keine optimale Quote der Gesundheitsausgaben, weder im Verhältnis zum BSP noch nach verschiedenen Sektoren oder pro Person. Es gibt bisher keine empirischen Belege für die optimale Höhe der Ausgaben, um die genannten Ziele zu erreichen. Alles, was uns die Ökonomen sagen können, ist, dass das Geld in den Bereichen ausgegeben werden sollte, in denen der Nutzen für die Gesundheit am größten ist, oder um es wissenschaftlicher auszudrücken: Die Ausgabenströme sollen umverteilt werden, solange der Grenznutzen oder die gesundheitlichen Ergebnisse pro Kosteneinheit in allen Sektoren gleich sind.



Wer entscheidet über die Allokation: Das Individuum, die Staat? Mehr Wettbewerb oder mehr zentrale Planung?

„Experten“, die gesetzliche Krankenversicherung, der

Quelle: Henke (2010)

Oder andersherum: Die Ausgaben sollen dort gesenkt werden, wo der Grenznutzen für die Menschen am kleinsten bzw. die Ineffizienz am größten ist (siehe dazu ausführlich Porter, M. E., Teisberg, E.O., *Redefining Health Care - Creating Value- Based Competition on Results*, Boston 2006, 397–411).

Allokationsentscheidungen müssen entweder vom Parlament, von Selbstverwaltungsorganen, durch Marktmechanismen oder durch eine Kombination der drei auf verschiedenen Ebenen getroffen werden. In einer idealen Welt beginnt ein funktionaler Ansatz auf der Grundlage des rechtlichen Hintergrunds mit klaren Zielen für gesundheitliche Verbesserungen, mit Prozess- und Systemzielen. Der nächste Schritt wäre dann die Entwicklung von Strategien für die Umsetzung dieser Ziele auf nationaler, regionaler oder lokaler Ebene durch die Kassen in einem gesetzlichen Krankenversicherungssystem oder durch die politisch bestimmten Beauftragten auf regionaler Basis, z. B. in Großbritannien. Damit stellt sich die Frage, ob es eine optimale Mischung der verschiedenen Instrumente zur Erreichung der Ziele auf den verschiedenen Ebenen gibt.

Aus gesundheitsökonomischer Sicht stellt sich damit die Frage nach dem Modus der Allokation. Kann das Ziel am besten mit Hilfe zentraler Planung, der Selbstverwaltung durch die Sozialversicherungen oder durch Marktmechanismen erreicht werden? Falls ein solches Paket oder eine solche Mischung von Instrumenten existiert oder entwickelt werden kann, kann man fragen, ob es überhaupt eine Institution gibt, die die Verantwortung für die Erreichung der Ziele trägt. Handelt es sich um ein Modell des gesellschaftlich begrenzten bzw. regulierten Wettbewerbs oder ergeben sich die Ergebnisse aus dem Innovationsprozess selbst. Und bei Netzwerkmodellen ist ein klarer rechtlicher Rahmen die Voraussetzung für den Erfolg. Da das System der Allokation von Ressourcen für die Gesundheit in einer Gesellschaft zu komplex ist, finden diese Prozesse in der Praxis nur schrittweise statt, was in vielen Ländern immer mehr Kontroll- und Evaluierungsverfahren einschließt.

Schließlich ist die Management- bzw. Verwaltungseffizienz Teil der spezifischen Programmeffizienz in dem behandelten Sektor. In diesem Zusammenhang erkennen immer mehr Akteure, dass Netzwerke gegenüber Hierarchien oder Silos überlegen sind. (Henke, K.-D. „Wie die Rationalität der Gesundheitspolitik verbessert werden kann“, in: Kaal, W.A., Schmidt, M und A. Schwartze, Hrsg., Festschrift zu Ehren von Christian Kirchner, Tübingen 2014, S.837-848).

Die politische Rationalität oder Gesundheitspolitik als Kunst der Machbarkeit.

Gesundheitspolitik aus einem Guss ist der Traum von Wissenschaftlern, aber in einer parlamentarischen Demokratie mit Verhältniswahlrecht kaum realisierbar. Überträgt man Herbert Gierschs Definition rationaler Wirtschaftspolitik auf Gesundheitsreformen, so müsste rationale Gesundheitspolitik „systemisch auf die Verwirklichung eines umfassenden, differenzierten und ausgewogenen Zielsystems abzielen“ sowie „unter den gegebenen Umständen den höchstmöglichen Erfolg erzielen“. (Giersch, H., Allgemeine Wirtschaftspolitik, Wiesbaden 1961, S. 22). Nach dieser Definition wäre der gegenwärtige Stand der gesundheitspolitischen Reformen rational, wenn wirklich alle Verbesserungsmöglichkeiten ausgeschöpft sind, dann erscheint Gesundheitspolitik als Kunst der Machbarkeit oder, wie Popper es nannte, als „piecemeal social engineering“. Der kleinste gemeinsame Nenner ist also die Grundlage der Reform. Man mag das zu erwartende Ergebnis einen faulen Kompromiss, eine Einigung oder auch nur eine Zwischenlösung nennen. In jedem Fall kann man das zu erwartende Ergebnis des politischen Ringens um die wesentlichen Elemente der Reform als eine Lektion in der „Kunst der Machbarkeit“ bezeichnen. Damit haben Popper, Giersch, Lindblom, Tinbergen und Williamson eine Antwort auf die Frage dieses Essays gegeben.

5. Gesundes Altern

Die Effektivität der Gesundheitswirtschaft

Veröffentlicht: 18. Juli 2021



Gesundes Altern erhöht die Produktivität der Gesellschaft.

Normalerweise assoziiert die Bevölkerung das Gesundheitssystem mit der Bereitstellung von medizinischer Versorgung und Gesundheitsfürsorge für Patienten. Zu diesem Bild gehören stereotyp zu hohe Kosten und die Notwendigkeit, diese einzudämmen. Völlig außer Acht gelassen wird die Tatsache, dass das Gesundheitswesen nicht nur ein Kostenfaktor, sondern auch eine Wachstumsbranche ist.

Seine volkswirtschaftliche Bedeutung zeigt sich eindrucksvoll in seinem Beitrag zu Beschäftigung, Wertschöpfung und Export. 16,9 % des Arbeitsmarktes, 11,9 % der Bruttowertschöpfung und 7,3 % der Exporte in der Gesamtwirtschaft im Jahr 2017 sind schon beeindruckende Zahlen, die andere Branchen nicht aufweisen.

Das Bundesministerium für Wirtschaft und Energie veröffentlicht regelmäßig Zahlen und Fakten zu den Kern- und Erweiterungsbereichen der Gesundheitswirtschaft und den damit verbundenen tariflich und individuell finanzierten Gesundheitsleistungen. Diese verlässlichen Daten liegen nicht nur bundesweit, sondern auch auf regionaler Ebene bis hin zum einzelnen Landkreis vor. So zeigt sich, dass die Gesundheitswirtschaft in Mecklenburg-Vorpommern und in Schleswig-Holstein einen besonderen Beitrag zur regionalen Beschäftigung und Bruttowertschöpfung leistet, während in Süddeutschland die Industriestandorte der Gesundheitswirtschaft im Vordergrund stehen.

Die wirtschaftliche Bedeutung der Gesundheitswirtschaft wird auch dadurch verstärkt, dass gesundes Altern die Produktivität der Bevölkerung erhöht und eine wachsende Nachfrage nach Dienstleistungen und Gütern auslöst. Es zeigt sich, dass die Gesundheitswirtschaft nicht nur ein Kostenfaktor ist, sondern auch ein Wirtschaftszweig, der neben dem Tourismus, dem Bildungssektor, der Energiewirtschaft und der Autoindustrie langfristig einen stabilen Beitrag zum Sozialprodukt und vor allem zur Beschäftigung leistet. Der beschriebene ökonomische Fußabdruck wird noch dadurch verstärkt, dass dieser Wirtschaftszweig aufgrund der geringen Inputquote die nationale Wirtschaftskraft stabilisiert. Schließlich lässt sich zeigen, dass die Branche im Zeitablauf um ein Prozent schneller wächst als die deutsche Wirtschaft insgesamt.

Trotz der regelmäßigen und systematischen statistischen Erfassung der Gesundheitswirtschaft durch das Bundesministerium für Wirtschaft und Energie und das Wirtschaftsforschungsinstitut Wifo gibt es zusätzliche Aspekte, die einer weiteren Untersuchung bedürfen. So stellt sich beispielsweise die Frage, ob eine gesündere Gesellschaft auch Einsparungen mit sich bringt. Zu dieser Annahme gibt es jedoch kaum verlässliche Berechnungen. Es fehlt an aussagekräftigen medizinischen Ergebnissen. Dies erfordert Berechnungen für bestimmte Krankheitsbilder, für verschiedene Bevölkerungsgruppen und möglichst differenziert nach Regionen. Eine häufige Frage bezieht sich daher auf den Gesundheitsnutzen, etwas oberflächlich

auch als „Gesundheitsdividende“ des Gesundheitssystems bezeichnet. In Deutschland sind wir mit der institutionalisierten Nutzenmessung durch das Arzneimittelmarktneuordnungsgesetz (AMG) und den damit verbundenen Instituten für Qualitätssicherung, Wirtschaftlichkeit und Bewertung medizinischer Maßnahmen einen großen Schritt vorangekommen. Dennoch mehrten sich die Klagen über den damit verbundenen Anstieg der Bürokratie in der Selbstverwaltung und damit im Gesundheitswesen generell. Die zunehmende Transparenz scheint die Bürokratisierung noch zu verstärken. Es ist eigentlich schade, dass der Wettbewerb in diesem Zusammenhang bisher kaum eine Rolle spielt.

Die Krankenkassen verwalten sich überwiegend selbst, und das Sozialgesetzbuch (SGB V) erlaubt ihnen nicht, die Gesundheitsversorgung unternehmerisch zu organisieren. Der gesundheitliche Nutzen der Gesundheitswirtschaft wird nicht in gleichem Maße sichtbar, wie dies bei Berechnungen von Wertschöpfung, Beschäftigung und Exporten auf der Basis der standardisierten Volkswirtschaftlichen Gesamtrechnung der Fall ist. Auf dem Weg zu mehr Transparenz, Nachvollziehbarkeit und einer Bewertung des Nutzens der Gesundheitswirtschaft sollte daher exemplarisch nur auf einige ausgewählte und leicht nachvollziehbare Wege hingewiesen werden.

Zu den neuen Aufgaben gehören die Alltagstauglichkeit und die Versorgung älterer Menschen, die als gesundheitspolitische Ziele immer mehr an Bedeutung gewinnen. Zur Gesundheitswirtschaft gehören medizinische Geräte und Prothesen, aber auch Sport- und Fitnessgeräte, Gewichts- und Blutdruckmessung, Hausnotrufsysteme und die Messung von unregelmäßigen Körperzuständen (Digital Health). In diesen eher medizinisch-technischen Bereichen ist angesichts ihres wirtschaftlichen Nutzens hier und da sogar eine Selbstfinanzierung zu erwarten.

Ein anderer Weg ist stärker auf das individuelle körperliche Funktionieren im Bereich der Augenheilkunde ausgerichtet, am Beispiel der äußerst erfolgreichen Kataraktoperationen. Die Gesundheitsbranche trägt in diesem Bereich sehr viel zu einer besseren Lebensqualität bei. Auch Unfälle im Haushalt,

beim Sport oder im Verkehr, also ganz andere Segmente, können im Rahmen der Gesundheitswirtschaft isoliert und auf ihren gesundheitlichen Nutzen hin analysiert werden. Oft wird übersehen, dass in diesen scheinbar kleinen Sektoren eine Vielzahl von mittelständischen Unternehmen angesiedelt ist, die das Gesundheitswesen zu einer Industrie gemacht haben. Mehr als 45 Millionen Brillenträger und mehr als 800.000 Kataraktoperationen müssen auch technisch und organisatorisch bewältigt werden, selbst wenn es zunächst “nur” um das Sehen, Hören oder die Mobilität des Einzelnen geht.

Auch betreutes Wohnen und altersgerechte Hilfstechnologien tragen zu einer besseren Gesundheit oder Alltagstauglichkeit in der vertrauten und nachbarschaftlichen Umgebung bei. Barrierefreie Gesundheit ist nicht nur ein Schlagwort, sondern eine Voraussetzung für den offenen Zugang zu Gesundheitsleistungen. Bei chronischen Krankheiten geht es um neue Technologien, die oft zunächst individuell bezahlt werden, bevor sie als Standardleistungen zum Einsatz kommen. Bei planbaren Eingriffen spielen Spezialkliniken mit ihrer besonders anspruchsvollen medizinischen Ausstattung eine besondere Rolle. Nicht zuletzt ist auf die medizinischen Leistungen und Hilfsmittel, die Medikamente und den rasanten medizinisch-technischen Fortschritt im Allgemeinen und in den Universitätskliniken im Besonderen hinzuweisen. Auch hier wird das Gesundheitswesen in der Öffentlichkeit selten als Wirtschaftszweig sui generis wahrgenommen, dabei ist die Gesundheitswirtschaft eine unverzichtbare Voraussetzung für die Gesundheitsversorgung der Bevölkerung.

Die Leistungen der oben genannten und anderer Behandlungen resultieren aus den Produkten und Dienstleistungen der Gesundheitswirtschaft, die in Art und Umfang millionenfach vorhanden sein müssen. Die gesundheitliche Versorgung der Bevölkerung und ihre gesundheitliche Betreuung gehören somit untrennbar mit der Gesundheitswirtschaft zusammen. Die Förderung der Alltagskompetenz in Verbindung mit den Fähigkeiten und Fertigkeiten älterer Menschen, d.h. das erfolgreiche Altern, bleibt eine ständige Herausforderung in alternden Gesellschaften. Neue Wege in der Gesundheitswirtschaft tragen hierzu wesentlich bei und werden in ihrer Bedeutung für die gesundheitliche Versorgung der alternden Bevölkerung noch immer unterschätzt.

6. Der Corona-Wiederaufbaufonds

Aufbringung der Mittel, Verwendung
der Mittel, Rückzahlung

Veröffentlicht: 18. August 2021



Das NGEU ist die Grundlage für die Finanzierung der durch den Covid-19 verursachten Schäden

Die Coronavirus-Pandemie stürzte Europa in die schwerste wirtschaftliche und soziale Krise seit Jahrzehnten. Die EU reagierte schnell und energisch mit weitreichenden Maßnahmen auf die Krise. Die Fazilität für Konjunkturbelebung und Widerstandsfähigkeit ist das zentrale Instrument des vorläufigen europäischen Konjunkturprogramms.

Bundesministerium der Finanzen, German Recovery and Resilience Plan,
Executive Summary, Berlin April 2021, S.2

Die erforderlichen Mittel werden nicht durch die traditionellen Einnahmen der 27 EU-Länder aufgebracht. Der relativ kleine europäische Haushalt wird derzeit durch eine geringe Anzahl von Zöllen und hauptsächlich durch Beiträge der Mitgliedsstaaten finanziert. Sie werden auf der Grundlage der Mehrwertsteuer (MwSt.) und des Bruttonationaleinkommens (BNE) berechnet und belaufen sich auf etwas mehr als 1 % des gesamten europäischen Volkseinkommens. Für einen Kontinent mit einer Bevölkerung von etwa 447 Millionen Menschen ist das sehr wenig, wenn man bedenkt, dass Mitgliedsländer wie Frankreich, Schweden, Deutschland oder die Niederlande einen Anteil von 35 bis 55% haben.

Der neue EU-Haushalt 2021 bis 2027 ist mit einem Volumen von 1.074 Milliarden Euro dotiert und fortgeschrieben. Neben diesem traditionellen Mehrjahreshaushalt (7 Jahre) mit seinen Verpflichtungen gibt es den Corona-Wiederaufbaufonds (Next Generation EU) mit einem Gesamtvolumen von 750 Milliarden. Der NGEU ist die Grundlage für die Finanzierung der durch den Covid-19 verursachten Schäden. Diese riesige Summe (4 Jahre) fließt in verschiedene Handlungsfelder, wie z.B. Klimawandel mit dem Green Deal (Wissenschaftlicher Beirat beim Bundesministerium der Finanzen, 2021), Asyl und Migration, medizinische Versorgung, digitale Revolution und öffentliche Sicherheit. Im Mittelpunkt steht die Behebung der durch die Corona-Krise verursachten Schäden.

Der Europäische Wiederaufbaufonds wird ab 2021 durch Verschuldung an den Geld- und Kapitalmärkten finanziert. Die Schuldenhoheit der EU, organisiert durch die Europäische Kommission, ist ein historisches Ereignis und verändert die Finanzierungsstruktur der EU in Zukunft erheblich. Zum ersten Mal in der Geschichte ist die EU-Kommission ermächtigt, im Namen der EU-Mittel auf dem weltweiten Kapitalmarkt aufzunehmen. Einige Experten sehen die EU daher nicht mehr als einen Staatenbund, sondern eher als eine neue Fiskalunion. Die Dauer dieser neuen Situation ist jedoch begrenzt. Einige Gruppen wünschen sich jedoch eine unbegrenzte Lösung für die Zukunft.

Und da das Ende derzeit auf 2058 begrenzt ist, bleibt viel Zeit für mögliche politische Veränderungen. Das Thema wird daher mit Sicherheit in den kommenden Jahren auf der akademischen und politischen Tagesordnung bleiben.

Die durch den Verkauf der EU-Anleihen (2021-2026) zur Verfügung stehenden Mittel werden in einem ersten Schritt über Kredite (Darlehen) und über verlorene Zuschüsse in den 27 EU-Ländern mit fast der gleichen Summe investiert. Rechtsgrundlage ist der Next Generation EU-Funding Plan für den Zeitraum Juni-Dezember 2021 auf Basis der Recovery and Resilience Plans in den Mitgliedsstaaten. In diesem zweiten Schritt werden die verfügbaren Mittel in den einzelnen Mitgliedsstaaten nach den Kriterien der EU-Kommission und der einzelnen Länder eingesetzt. Die Verwendung der Mittel wirft unter anderem die Fragen auf, wofür, wie lange und unter welchen Bedingungen die Mittel fließen.

Effektivität und Effizienz stehen bei der Überprüfung durch den Europäischen Rechnungshof, das Europäische Semester und andere Formen der Konditionalität (z.B. Rechtsstaatlichkeit) im Vordergrund. Peer Reviews werden notwendig sein, um die Qualität der in den verschiedenen Bereichen und Ländern geleisteten Arbeit durch unabhängige Richter zu beurteilen. Die Zuordnung von Ressourcen, Ergebnissen und Programmqualität ist eine schwierige Aufgabe. Eine kontinuierliche Überwachung und Bewertung ist jedoch eine unabdingbare Voraussetzung. In diesem Zusammenhang sollte auch das Subsidiaritätsprinzip nicht außer Acht gelassen werden. Europaweite öffentliche Leistungen sind zu trennen von jenen Gütern und Leistungen, die von der dezentralen Ebene in den einzelnen Mitgliedsländern erbracht werden können.

Die Rückzahlung (Amortisation) als dritter Schritt beginnt im Jahr 2028 und wird 2058 abgeschlossen sein. Es gibt verschiedene Alternativen, um

alle Darlehen rechtzeitig zu tilgen. Es stehen jeweils ein oder mehrere Ansätze zur Verfügung:

- eine expansive Finanzpolitik (keynesianische Ökonomie) steht im Mittelpunkt,
- höhere Mitgliedsbeiträge und Ausgabenkürzungen sind immer möglich
- eine Neuverschuldung ist im Zusammenhang mit der ersten Alternative zu erwarten und schließlich:

es könnten europäische Steuern eingeführt werden, wie auf der Sondertagung des Europäischen Rates vom 17. bis 21. Juli 2020 vorgeschlagen. (z. B. auf Plastikmüll, eine Digitalabgabe oder eine Finanztransaktionssteuer (Wissenschaftlicher Beirat beim Bundesministerium der Finanzen, 2020).

Vor diesem Hintergrund sehen viele Experten die EU mit der Schulden- (und Steuer-)souveränität auf dem Weg zu einem Bundesstaat und nicht mehr als bloßen Staatenbund. Zwischen diesen beiden Rechtsrahmen ist vielleicht noch Platz für die bereits erwähnte Fiskalunion. Viele Ökonomen sehen daher die EU auf dem Weg zu einer Haftungs- und Transferrunion. Die verpflichtende Finanzierung verlorener Zuschüsse durch den EU-Haushalt und die gemeinsame Haftung bei Nichtzahlung von Krediten aus einzelnen Ländern sind die Hauptargumente. Vielleicht könnten die Überwachung und Kontrolle der EU-Finanzen durch die EU-Kommission und den Europäischen Rechnungshof dazu beitragen, die Haftung klein zu halten. Vieles hängt von der politischen Entscheidung ab, wie lange die Fiskalkapazität gelten soll. Wird sie dauerhaft sein oder nur befristet, wie derzeit vorgesehen.

Fazit: Neue EU-Aufgaben und Finanzierungskanäle gehören zu den Merkmalen der europäischen Zukunft.

- Europaweite Aufgaben: Pandemiebekämpfung, Klimawandel, Digitalisierung, Asyl- und Migrationspolitik, Sicherheits-/Verteidigungspolitik mit neuen Aufgaben, Menschenrechte, Cybersicherheit und geopolitische Ziele.
- Neue Wege der Finanzierung (Fiskalunion) mit temporärer Schuldenhoheit, einem Budgetrecht für das Europäische Parlament und Steuerhoheit auf sehr lange Sicht?
- Europaweite Zusammenarbeit im Katastrophenschutz, Know-how-Transfer in organisatorischen Fragen, im Tourismus, durch bessere Zusammenarbeit von Polizei, Zoll, Steuerbehörden, Universitäten, im Verkehr, in den Medien, im Sport usw., die von den europäischen Bürgern wahrgenommen werden können.
- Beschlüsse mit qualifizierter Mehrheit (Einschränkung des Vetorechts bei Mehrheitsentscheidungen) sollten ermöglicht werden.

Anhang. Die EU: was sie ist, was sie tut:

Geschichte in Kurzform:

1. Beginn der EWG (1958) mit Belgien, Deutschland, Frankreich, Italien, Luxemburg und den Niederlanden.
2. 2020 Austritt des Vereinigten Königreichs.
3. Status EU (2021): 27 europäische Staaten, Gesamtbevölkerung: 447 Millionen.
4. EU-Aktivitäten in 35 Politikbereichen.
5. Freier Verkehr von Personen, Dienstleistungen, Waren und Kapital.
6. Friedensnobelpreis 2012 für Frieden, Demokratie, Versöhnung und Menschenrechte.
7. Währungsunion, gemeinsame Währungspolitik und nationale Steuerpolitik (Die Europäische Union, 2021).

Neuland für die EU im Angesicht einer globalen Pandemie:

- Zulassung von Impfstoffen für Europa, Patente, Lizenzen;
- Bestellung der Impfstoffe;
- Bezahlung/Subventionierung der Produktionskosten;
- Impfstrategien, Anforderungen an Tests, Impfausweise usw.

Europaweite öffentliche Aufgaben:

- CO₂-Emissionen aus Kohle, Öl, Gas (zu 85 %) vs. Wind, Sonne, Wasser, Kernkraft, Geothermie und Biowärme (zu 15 %), Klimawandel;
- Asyl- und Migrationspolitik, Menschenrechte;
- Geopolitische Ziele, Außenpolitik;
- Cybersicherheit, Verteidigung (Schrötter, Europa, 2020).

Quellenverzeichnis

The European Union (2021). What it is and what it does.

Schrötter, H.J., Europe (2020). The Encyclopedia, 3rd edition, Baden-Baden, 2020.

7. Health Governance: Hype oder Hilfe?

Ein Blick darauf, was eine gute Governance im Gesundheitswesen ausmacht

Veröffentlicht: 18. September 2021



Führt eine gute Regierungsführung zu besseren Gesundheitsergebnissen?

Es gibt viele Kräfte, die das Gesundheitswesen vorantreiben und lenken, wie Patienten, Anbieter von Gesundheitsdienstleistungen, Versicherungssysteme, das Parlament mit seinen Formen der regionalen, und lokalen Governance.

Soziale Medien sind ein wichtiges Instrument dieser treibenden Kräfte, dass es den Nutzern ermöglicht, sich im Internet zu vernetzen (z. B. Fernsehen, Presse, Interessengruppen, Beratungsbüros und Gewerkschaften), während eine nachhaltige Governance einem Unternehmen hilft, Strategien umzusetzen, Zielsetzungs- und Berichterstattungsprozesse zu mana-

gen, die Beziehungen zu externen Partnern zu stärken und eine umfassende Rechenschaftspflicht sicherzustellen. Schließlich dienen Leadership und Stewardship als alternative Steuerungssysteme in diesem Sektor. Schlechte Regierungsführung (Ineffizienz, Bürokratie, Missstände in der Verwaltung, Korruption und Geheimhaltung) und gute Regierungsführung (Rechtsstaatlichkeit, Transparenz, Rechenschaftspflicht und Nachhaltigkeit) gehören alle zu diesem Bild.

Bilden all diese Kräfte zusammen mit dem Wettbewerb, dem Markt und der zentralen Planung mit all ihrer Bürokratie die Grundlage für die Governance im Gesundheitswesen? Ist Governance - einschließlich steuerlicher, selbstbestimmter, wirtschaftlicher, medizinischer und politischer Governance mit all ihren Fragen und Elementen - überall?

Was ist Hype?

Hype Governance wird überall und für viele Zwecke verwendet. Der Begriff „Health Governance“ ist daher nicht notwendig, denn er kann bedeuten, was immer ihm zugeschrieben wird. Es handelt sich um eine Form der Werbung, die ungewöhnlich aggressiv oder spektakulär ist bzw. sein soll. Alle reden von Health Governance, aber niemand weiß wirklich, wie man sie einsetzt. Eine konzertierte Aktion ist daher unverzichtbar für ein allgemein gültiges Verständnis von Health Governance aus unternehmerischer und politischer Perspektive.

Der so genannte Gartner-Hype-Zyklus zeigt die Erfindung, unrealistische Erwartungen, ein Tal der Enttäuschung, realistische Wege und schließlich ein Produktivitätsniveau der neuen Technologie. Er zeigt eine grafische und konzeptionelle Darstellung des Reifegrads neu entstehender Waren und Dienstleistungen in all diesen Phasen zu liefern. Es ist jedoch im Gesundheitswesen bisher nicht angewendet worden.

Governance im Gesundheitswesen.

Die Prämisse, dass eine gute Governance letztlich zu besseren Gesundheitsergebnissen führt, stand im Mittelpunkt der zahlreichen Arbeiten, die in den letzten zehn Jahren in diesem Bereich durchgeführt wurden. Gesundheitscoaching zur Verbesserung gesunder Lebensgewohnheiten ist Teil dieses Ansatzes. Kickbusch/Gleicher (2018) definieren Health Governance als Maßnahmen und Mittel, die eine Gesellschaft einsetzt, um sich zur Förderung und zum Schutz der Gesundheit ihrer Bevölkerung zu organisieren. Allerdings gibt es bisher keine konkreten Vorgaben für diese Maßnahmen und Mittel. So gibt es z.B. keine expliziten Gesundheitsausgabenquoten, optimale Finanzierungsformen und -strukturen oder die optimale Anzahl von Finanzakteuren im Gesundheitswesen.

Bei der Allokation von Ressourcen im Gesundheitswesen unterscheidet sich der Erklärungswert von Governance in den verschiedenen europäischen Gesundheitssystemen erheblich, unabhängig davon, ob sie durch Steuern (Beveridge) oder innerhalb eines Sozialversicherungssystems (Bismarck) finanziert werden. Der WHO zufolge gibt es noch viele weitere Herausforderungen für die Gesundheitspolitik, die im Folgenden aufgeführt sind:

- Sicherstellung eines gerechten Zugangs zu Gesundheitsdiensten
- Betonung der Bedeutung der Befähigung von Bürgern und Patienten
- Effiziente Nutzung der Ressourcen durch Mittel wie die Bewertung von Gesundheitstechnologien
- Überwachung und Bewertung
- Angleichung von Forschungszielen und politischen Erfordernissen
- Verknüpfung von primärer und spezialisierter Versorgung und
- Ausbildung der Humanressourcen, wozu auch die Stärkung der Rolle der Universitäten gehört.

All diese Themen könnten etwas mit dem Begriff „Health Governance“ zu tun haben. Aber sie geben keine Antwort auf die Frage: Was ist Governance für die Gesundheit? Gibt es eine Botschaft zum Mitnehmen?

Ergebnis. Der Begriff „Governance“ wird nicht gebraucht, weil er das bedeuten kann, was ein einzelner Autor darunter versteht, und zwar nicht nur im Gesundheitswesen. Er ist willkürlich, so dass der Erklärungswert von Governance innerhalb der Sektoren und Themen des Gesundheitswesens viel zu sehr variiert. Vielleicht kann zumindest die oben genannte Definition von Kickbusch in einigen Fällen helfen.

Was bleibt?

- Die treibenden Kräfte, die das Gesundheitssystem steuern. Diese sind von großer Bedeutung, insbesondere die sozialen Medien und die Interessengruppen.
- Die Beeinflussung des individuellen Lebensstils und Verhaltens als möglicher Teil einer guten Governance im Gesundheitswesen.
- Gesundheits- und Patienten-Coaching in einem lokalen Umfeld, wie einer Region oder einer bestimmten Stadt, für eine bestimmte Bevölkerungsgruppe und/oder für eine bestimmte Krankheit.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass Pfadabhängigkeiten, Stop-and-Go-Eingriffe und soziales Stückwerk weiterhin im Vordergrund stehen werden.

8. Finanzierung und Einkauf von Gesundheitsleistungen in Europa

Die Komplexität der externen gegenüber der internen Finanzierung

Veröffentlicht: 21. Oktober 2021



Die Prozesse der Finanzierung und des Einkaufs von Gesundheitsleistungen werden in den europäischen Ländern unterschiedlich gehandhabt

Für die externe Finanzierung des Gesundheitswesens ist lediglich ein Budget erforderlich. Steuerfinanzierte Gesundheitssysteme werden aus allgemeinen Einnahmen, hauptsächlich Steuern und Staatsschulden, finanziert. Die Einnahmen (in absoluten Beträgen oder prozentual) für die Gesundheitssysteme stammen aus zweckgebundenen Steuern oder aus einem vom globalen Haushalt finanzierten Budget.

Das Gesundheitsbudget innerhalb des globalen öffentlichen Haushalts wird auf der Grundlage politischer Entscheidungen auf die Regionen übertragen. Diese Regionen, z. B. im Vereinigten Königreich, finanzieren mit

den erhaltenen Geldern die Erbringung von Leistungen bzw. die Leistungserbringer nach bestimmten Regeln, Gebühren- und Zeitplänen. Die Leistungserbringer verwenden das Geld schließlich, um die Leistungen für die Patienten zu ermöglichen, also zum Kauf der Ausrüstung der Praxis und der Bezahlung der Arbeitskräfte (Löhne und Gehälter).

In beitragsfinanzierten Gesundheitssystemen stammen die Einnahmen hauptsächlich aus den Beiträgen, die von den Arbeitgebern und Arbeitnehmern erhoben werden. Die Bemessungsgrundlage besteht in der Regel aus Löhnen und Gehältern. Das Geld wird nach dem Lohnsummensteuersatz gezahlt, z. B. 14 %, je nach der Finanzlage der verschiedenen Krankenkassen. Der Beitragssatz hängt von der wirtschaftlichen Lage eines Landes ab, da die Steuerbemessungsgrundlage schwankt. Der Unterschied in der fiskalischen Nachhaltigkeit zwischen dem lohnsummensteuerfinanzierten System und dem rein steuerfinanzierten System hängt also sowohl von wirtschaftlichen als auch von politischen Faktoren ab.

Risikoorientierte Prämien, wie z. B. in Deutschland und Spanien, sind eher selten. Viele dieser Systeme sind kapitalgedeckt und nicht nach dem Umlageverfahren finanziert. Risikoorientierte Versicherungen hängen hauptsächlich von Alter, Geschlecht, Gesundheitszustand usw. ab.

Der letzte Teil der externen Finanzierung des Gesundheitswesens bezieht sich auf private Zahlungen bzw. auf den Verbrauch. Die wichtigsten Beispiele sind Zuzahlungen für Arzneimittel, d. h. für rezeptfreie Produkte und Dienstleistungen. Es handelt sich um den zweiten Gesundheitsmarkt mit individuellen Ausgaben aus eigener Tasche für Wellness, gesunde Ernährung und dergleichen.

Die externe Finanzierung des Gesundheitswesens und der interne Einkauf von Gesundheitsdienstleistungen führen zu vielen verschiedenen Segmenten.

Die Bezahlung der Anbieter erfolgt:

1. in den Krankenhäusern, z. B. über diagnosebezogene Fallpauschalen,
2. beim niedergelassenen Arzt;
3. bei den Zahnärzten;
4. in Apotheken;
5. für Heilmittel, z. B. Physiotherapie;
6. für Brillen und Hörgeräte;
7. für die Unfallrettung;
8. für Krankentransporte;
9. in Pflegeheimen;
10. in Rehabilitationseinrichtungen;
11. für ambulante Behandlungen in der medizinischen und pflegerischen Versorgung.

Insgesamt kann man sich die Frage stellen, ob die vielen internen Finanzierungssysteme nicht leichter zu klären sind als das externe System mit seiner Komplexität. Zwischen externer und interner Finanzierung brauchen wir Fiskalagenten (“fiscal agents”) oder Fonds, auf deren Grundlage das Geld an die Anbieter verteilt wird. Zu diesem Zweck werden Institutionen oder Agenten benötigt, die das Geld einsammeln und es nach einem bestimmten gesetzlichen Rahmen an diejenigen verteilen, die die Gesundheitsleistungen erbringen. Diese Prozesse der Finanzierung und des Einkaufs von Gesundheitsleistungen werden in den europäischen Ländern unterschiedlich gehandhabt.

Wie viele Fiskalagenten und Budgets sind für ein nachhaltiges System notwendig? Sollten Krankenhausfinanzierung, Gesundheitsausgaben, Langzeitpflege, Rehabilitationszentren und Rentenfonds in einer Hand liegen? Brauchen wir mehr Wettbewerb als Voraussetzung für eine bessere Ge-

sundheitsversorgung?

Vielleicht ist Netzwerk-Budgetierung mit mehr Kooperation zwischen den Anbietern die Antwort. Eine neu gegründete Managementgesellschaft in einem bestimmten rechtlichen Rahmen entwickelt das Netzwerk für mehr Koordination zwischen den verschiedenen Sektoren und Dienstleistungen. Die Finanzierung und der Einkauf von Gesundheitsleistungen werden zunehmend in einer Hand liegen. Netzwerkbudgetierung ist also kein Traum mehr, sondern (zumindest) eine Richtung und ein neuer Ansatz für weitere Projekte, in deren Mittelpunkt die Patienten mit ihren Bedürfnissen stehen.

Zusammenfassend kann man sagen, dass es folgende Optionen und Lösungen für die Finanzierung und den Erwerb von Gesundheitsleistungen gibt:

- externe Finanzierung: steuer- oder beitragsfinanziertes Budget für die Gesundheitsversorgung;
- interne Finanzierung: Bezahlung der Leistungserbringer (aus zweckgebundenen steuerfinanzierten, prämienfinanzierten, zuzahlungspflichtigen oder privaten Mitteln bzw. Konsum;
- Fiskalagenten, die zwischen externer und interner Finanzierung stehen;
- Netzwerk-Budgetierung als Lösung für die Zukunft.

9. Globale Gesundheit: Eine neue Herausforderung

Ein Weg zu Fortschritten in der weltweiten Gesundheit

Veröffentlicht: 18. November 2021



Die globale Gesundheit steht weltweit ganz oben auf der medizinischen, wirtschaftlichen und politischen Tagesordnung, insbesondere seit dem Ausbruch von COVID-19

In letzter Zeit, seit COVID-19, steht die „globale Gesundheit“ weltweit ganz oben auf der medizinischen, wirtschaftlichen und politischen Agenda. Dies wird wahrscheinlich noch lange Zeit so bleiben und die weitere Entwicklung einer Europäischen Gesundheitsunion stärken. Globale Gesundheit wird also mehr und mehr ein zusätzliches Thema für die EU sein.

Es gibt viele Begriffe, die den Definitionen für globale Gesundheit vorangestellt sind. Die unterschiedlichen Charakteristika ergeben sich aus der Perspektive desjenigen, der den Begriff verwendet. Ist es Gesundheit im Sinne der klassischen Definition der WHO (1946), ist es öffentliche Gesundheit, internationale Gesundheit, planetarische Gesundheit, eine

Gesundheit oder ist es globale Gesundheit in einem neuen Rahmen, der auf dem Weltgesundheitsgipfel 2017 festgelegt wurde? Gesundheit wurde auf diesem Gipfel als eine politische Entscheidung und Strategie betrachtet, die durch sechs Schlüsselbereiche der globalen Gesundheit definiert wurde, mit der Verpflichtung zu:

1. Starke und zuverlässige Regierungsführung (Governance)
2. Gewährleistung der globalen Gesundheitssicherheit.
3. Gesunde und widerstandsfähige Städte.
4. Verantwortungsvoller Umgang mit Big Data.
5. Forschung, Innovation und Entwicklung.
6. Innovation und Stärkung der Gesundheitssysteme in Afrika.

Der epidemiologische Hintergrund ist gut bekannt und wird in vielen Statistiken über die Morbidität und Mortalität in den ärmsten Ländern der Welt (Sierra Leone, Niger, Mali, Burundi, um nur einige zu nennen) dargestellt. Die Lebenserwartung und die Alphabetisierungsrate sind unbeschreiblich niedrig, während die Verbreitung von Krankheiten sehr hoch ist (z. B. Malaria, Tuberkulose, Cholera oder Hepatitis). Neben den so genannten armutsbedingten Krankheiten gibt es viele vernachlässigte Krankheiten (NTDs) wie Ebola, Coronavirus und andere Pandemien. Hinzu treten noch zahlreiche Infektionskrankheiten, zum Beispiel die der Atemwege.

Angesichts dieser Ausgangssituation gibt es in den armen Ländern viele Gesundheitsdienste, um den Status quo zu verbessern. Unverzichtbar sind in den meisten dieser Länder: medizinische Grundversorgung, sauberes Wasser, Elektrizität, Toiletten, Verhütungsmittel, Ausbildung (vor allem von Müttern und Hebammen), Krankenschwestern, Schulbildung, Immunisierung, Impfprogramme, Schulbildung, Medikamente, Präventivmaßnahmen und fertige Lebensmittel zur Gesundheitsvorsorge. (Siehe dazu ausführlicher Hans Rosling et al., Factfulness, 4. Auflage 2019.)

Angesichts des Gesundheitszustands und der Gesundheitsleistungen in der westlichen Welt mit ihren vielen überflüssigen Annehmlichkeiten kann man sich für all diese Daten schämen. Schon geringe Gesundheitsausgaben in den Industriestaaten würden Tausenden von Menschen in ärmeren Ländern helfen, zu überleben. Dennoch leisten die Industrieländer einen großen Beitrag zur Verbesserung der globalen Gesundheit der Weltbevölkerung. Zu einer ausgewählten Liste von Institutionen, die den weniger entwickelten Teil der Welt unterstützen, gehören: Entwicklungshilfe der reicheren Länder, WHO und Weltbank, UNICEF, G7, G20, Bill Gates Foundation, Kirchen (Brot für die Welt, Misereor), Ärzte ohne Grenzen, Welternährungsprogramm, Weltgesundheitsgipfel, Globale Allianz für Impfstoffe und Immunisierung Gavi, Official Development Assistance (ODA) und Access to Medicine Foundation.

Da es keine Weltregierung gibt, gehen wir Kontinent für Kontinent und Land für Land vor; insbesondere mit Hilfe der WHO, der Weltbank und des Globalen Fonds zur Bekämpfung von AIDS, Tuberkulose und Malaria. Eine lange Liste der verschiedenen Projekte für arme Länder findet sich in „Globale Gesundheit - Eine Investition in die Zukunft“ des deutschen Entwicklungshilfeministeriums (BMZ) 02/2019.

Globale Gesundheit leidet nicht unter Geldmangel. Nach Einschätzung der in diesen Programmen aktiven Akteure wäre eine bessere Koordinierung ihrer Aktivitäten hilfreich. Da die Mittel je nach Land und Krankheit unterschiedlich sind, steht ihre Verteilung immer wieder zur Diskussion. Das ausgegebene Geld ist oft nicht mit einem positiven Ergebnis verbunden.

Neben den weltweiten Versuchen gibt es Nationen und Regionen mit eher dezentralen Ansätzen. Eine davon ist die Europäische Union mit ihren 27 Mitgliedsstaaten, die mit viel Aufwand durch die EU-Kommission organisiert wird. Die EU4Health 2021 - 2027 - eine Vision für eine gesündere Europäische Union - stammt von der Europäischen Kommission und ist auf

der offiziellen EU-Website vom 12. März 2021 ausführlich beschrieben. Zusammen mit den Konjunkturausgaben (EU der nächsten Generation) kann die EU nun damit beginnen, Mittel im Rahmen der Konjunktur- und Resilienzfazilität bereitzustellen. Dies ist das wichtigste EU-Instrument zur wirtschaftlichen Erholung nach der COVID-19-Pandemie.

Nicht zuletzt muss die wachsende Bevölkerung auf unserem Planeten auf faire und nachhaltige Weise ernährt werden, wie es im Welternährungsübereinkommen 2021 heißt:

Die Produktion von genügend Nahrungsmitteln verursacht neue, andere Probleme, die dem Klima schaden. Hinzu kommt, dass die COVID-19-Pandemie die Sicherheit der Nahrungsmittelproduktion und die Stabilität der Lieferketten gefährdet und die Lebensmittelsicherheit bedroht.

Der Klimawandel wird also zu einer Verschlechterung der Situation führen, vor allem in den armen Ländern, auch wenn sie nicht zur Krise beigetragen haben.

10. Ehrenamtliche Arbeit im Gesundheitssektor

Der Schlüssel zur sozialen und gesundheitlichen Integration mit unschätzbarem Nutzen für die Gesellschaft

Veröffentlicht: 18. November 2021



Freiwilligenarbeit ist eine befriedigende und erfüllende Tätigkeit im Gesundheitswesen und in anderen Bereichen der Gemeinschaft

Ehrenamtliche Tätigkeiten sind breit gefächert. Sie können im Rahmen von Vereinen, Initiativen oder karitativen Einrichtungen ausgeübt werden und reichen laut Wikipedia von der Rettung von Schiffbrüchigen bis zur Telefonseelsorge. Es handelt sich um eine freiwillige, unbezahlte Tätigkeit. Ehrenamtliches Engagement ist nicht nur eine befriedigende, sondern auch eine erfüllende Tätigkeit in vielen verschiedenen Lebensbereichen. Man beteiligt sich an bürgerschaftlichen Aktivitäten, übernimmt Aufgaben, Verantwortung und praktische Tätigkeiten im Interesse des Gemeinwohls und anerkannter ideeller Ziele. Eine solche Tätigkeit begründet kein Arbeitsverhältnis im rechtlichen Sinne. Der Umfang ist von Land zu Land und je nach Art unterschiedlich.

In der Regel informieren die statistischen Ämter der einzelnen Länder über die statistische Situation des Ehrenamts. Statista, das deutsche statistische Bundesamt, veröffentlicht diese Zahlen regelmäßig. Die Zahl der Menschen in Deutschland, die sich ehrenamtlich engagieren, liegt nach Angaben dieses Amtes zwischen 2017 und 2021 zwischen 14,9 und 16,2 Millionen Menschen. (Weitere Zahlen unter kundenservice@statista.com).

Ehrenamtliches Engagement in Gesundheitseinrichtungen ist aus vielen Gründen lohnend. Es hilft, regelmäßig mit anderen Personen in Kontakt zu kommen, was das Wohlbefinden verbessert. Es hält die Teilnehmer geistig und körperlich aktiv und unterstützt oft auch den Gemütszustand der ehrenamtlich tätigen Helfer.

Für Studierende des Gesundheitswesens ist die Freiwilligenarbeit auch eine gute Möglichkeit, neue Fähigkeiten zu erlernen, praktische Erfahrungen zu sammeln und Wege zu finden, wie man seine Leidenschaft, Menschen zu helfen, in eine erfolgreiche Karriere verwandeln kann. Freiwilligenarbeit im Gesundheitswesen macht einen Unterschied ([www.edumed.org/resources/volunteering-in-health care/](http://www.edumed.org/resources/volunteering-in-health-care/)). Darüber hinaus verbessert die Freiwilligentätigkeit die Situation der lokalen und ländlichen Gemeinden, die oft nur begrenzten Zugang zu medizinischer Versorgung haben. Darüber hinaus wird durch die Begegnung mit Menschen aus allen Bereichen des Lebens ein positiver Wandel bewirkt. Die Studenten werden oft in lokalen Krankenhäusern mit minimalen Ressourcen arbeiten. Dies ist nicht nur eine Herausforderung, sondern auch eine lohnende Aufgabe. In einem Krankenhaus können Sie neue Fähigkeiten erwerben, ein innovatives Netzwerk aufbauen und dabei auch Ihre psychische Gesundheit verbessern.

Eine andere Perspektive der Freiwilligenarbeit im Gesundheitswesen bietet der medizinische Freiwilligendienst im Ausland (www.volunteerworld.com/en/volunteer-abroad/healthcare), insbesondere im Rahmen des

National Health Service. Ambulance Trusts im Vereinigten Königreich z. B. haben ein breites Feld für freiwillige Arbeit. Es reicht von der Durchführung von Krankentransporten bis hin zur Unterstützung und Beruhigung von Patienten, während ein Krankenwagen unterwegs ist (www.england.nhs.uk/get-involved/volunteering).

Nicht zuletzt gibt es auch in Entwicklungsländern viele Möglichkeiten der Freiwilligenarbeit. Dabei geht es um die Unterstützung der einheimischen Ärzte und Krankenschwestern bei der Behandlung der Bedürftigsten. Ob Studenten der Medizinischen Fakultät oder der High School, es gibt Programme für jedes Niveau der medizinischen Ausbildung oder Erfahrung (Medical Volunteer Abroad/Healthcare Programs 2021).

Medizinische Freiwilligenprogramme im Ausland bieten eine sehr gute Gelegenheit, die verschiedenen Gesundheitssysteme kennenzulernen. Dazu gehört auch die Industrie in einem Entwicklungsland im Vergleich zur weiter entwickelten Industriewelt (ausführlicher Henke zu „Global Health“ in WSIM am 18. November).

Freiwilligenarbeit im Gesundheitswesen ist ein weiteres Thema (<https://www.publichealth.org/volunteering>). In diesem Zusammenhang spielt die soziale Wirkung eine wichtige Rolle bei der Stärkung unserer Gesellschaft, da sie eine Brücke zwischen sozioökonomischen Unterschieden bildet. Auf lokaler Ebene arbeitet die Organisation, in der man sich engagieren kann, wahrscheinlich in sozialen Netzwerken mit anderen Freiwilligenorganisationen und lokalen Behörden zusammen und bietet Gesundheitsdienste an. Die Johanniter (Johanniter-Unfall-Hilfe e.V.) und die Malteser (Malteser Hilfsdienst e.V.) sind ehrenamtliche Hilfsorganisationen, die bereits seit Jahrhunderten in diesem Bereich tätig sind. Sie sind befugt, den regulären medizinischen Dienst in den verschiedenen Bereichen des Gesundheitswesens zu unterstützen.

Die Schaffung einer globalen Kultur der Freiwilligenarbeit (<https://www.pointsoflight.org>) ist ein weiterer Ansatz für freiwilliges Engagement. In einem Bericht des Points of Light Institute heißt es, dass sich die Löhne von Freiwilligen, die für die von ihnen unentgeltlich geleisteten Dienste bezahlt würden, auf 113 bis 161 Milliarden Dollar pro Jahr belaufen würden. Die wirtschaftlichen Auswirkungen der Freiwilligenarbeit als dritter Sektor zwischen dem Markt und dem öffentlichen Sektor sind also erheblich.

Auch für den Gesundheitssektor liegen Zahlen auf nationaler und regionaler Basis vor. <https://www.nationmaster.com/nmx/sector/healthcare>.

„Die Pflege älterer Menschen sollte nicht nur auf einen Bereich beschränkt sein, sondern am besten in Zusammenarbeit mit der Familie, der Gemeinde und anderen Gesundheitsfachkräften erfolgen. Auf diese Weise können die Pflegekräfte das Fachwissen und die Ressourcen jedes Teams nutzen, um die Lebensqualität der älteren Menschen zu verbessern und zu erhalten“ (Geriatric Nursing Care Plans: 11 Pflegediagnosen für ältere Menschen nurseslabs.com/geriatric-nursing-care-plans/).

Experten argumentieren, dass „der Freiwilligensektor der Schlüssel zur Integration von Gesundheits- und Sozialfürsorge ist, nicht ein optionales Extra“. Angesichts der demografischen Herausforderungen in der nahen Zukunft besteht ein wachsender Bedarf nicht nur an freiwilliger Arbeit im Gesundheitswesen, sondern auch an freiwilligen Aktivitäten in allen Lebensbereichen.

11. Der zweite Gesundheitsmarkt

Welche fiskalischen Auswirkungen werden die technischen und sozialen Entwicklungen im Gesundheitswesen haben?

Veröffentlicht: 18. Januar 2022



Der zweite Gesundheitsmarkt wird ein wachsender Teil der gesamten Gesundheitswirtschaft sein

Der erweiterte Gesundheitssektor ist oft der Vorreiter für neue Gesundheitsgüter und Gesundheitsdienstleistungen. Innovative Arten der Gesundheitsversorgung werden in den offiziellen Statistiken bisher nicht dem Gesundheitssektor zugeordnet. Der zweite Gesundheitsmarkt wird aber ein wachsender Teil der gesamten Gesundheitswirtschaft werden. Es gibt eine Kerngesundheitswirtschaft, die aus öffentlichen und privaten Mitteln finanziert wird, und einen erweiterten Teil der Gesundheitswirtschaft, der durch direkte private Zahlungen finanziert wird. Während die obligatorische Grundversorgung für jedermann zur Verfügung steht, gewinnen der

freiwillige Zusatzschutz und die zusätzliche private Absicherung an Bedeutung. Die Wellness- und Fitness-Revolution ist nicht aufzuhalten. Die Befähigung und das Empowerment der Bevölkerung in Sachen Gesundheit steht ganz oben auf der Agenda und stärkt den zweiten Gesundheitsmarkt.

Elemente der zweiten Gesundheitsvorsorge sind in der Abbildung unten zu sehen und zeigen ein neues Verständnis von Gesundheit. Um nur einige zu nennen: Sportgeräte, rezeptfreie Medikamente (homöopathische und anthroposophische Arzneimittel), Gesundheitstourismus, Smartwatches (einige), Sehhilfen (einige), GPS-Tracking und Bio-Food (Nahrungsergänzungsmittel und Fitness-Doping). Wenn sich die gesundheitlichen Ergebnisse dieser neuen Arten von Gesundheitsdienstleistungen als positiv erweisen, wird die Erstattungsfähigkeit nach einiger Zeit auf einem wettbewerbsorientierten Markt folgen. Ambientes betreutes Wohnen (AAL) wird ein wichtiges Beispiel sein.



Abbildung 1: Ausgewählte Elemente des zweiten Gesundheitsmarktes. Private Absicherung?

Die technische Entwicklung ist in den letzten Jahrzehnten immer weiter vorangeschritten – insbesondere im Bereich der Kommunikation und Datenverarbeitung. E-Health als Sammelbegriff für den Einsatz von Informations- und Kommunikationstechnologie im Gesundheitswesen ist mittlerweile weit verbreitet. Auch im Gesundheitswesen und in der Langzeitpflege gewinnt der Einsatz von Technik an Bedeutung. Bessere Gesundheit durch AAL-Systeme mit assistierten Technologien halten Menschen von öffentlichen Dienstleistungen im herkömmlichen Sinne fern (Professor Uwe Fachinger, Universität Vechta).

Zum einen können Smart Meter einen genauen Überblick über den Verbrauch der Bewohner geben. Sie können den Verbrauch auf Tagesbasis, von einer Woche zur anderen, von Wochenenden zu Wochentagen usw. darstellen und so das Bewusstsein schärfen. Andererseits lässt sich mit ihnen leicht feststellen, dass eine ältere Person spät in der Nacht Wasser, Strom usw. verbraucht hat, am nächsten Morgen aber nicht mehr. Das Aufspüren von Unregelmäßigkeiten und/oder einer fehlenden Nutzung von Gas-, Wasser- und Stromleitungen kann dazu beitragen, eine sich anbahnende Krankheit oder auch nur Beschwerden zu erkennen. Dies könnte langfristig eine Perspektive für den zweiten Gesundheitsmarkt sein.

Natürlich sollte niemand absolut alles über den Tagesablauf eines Bewohners wissen – aber das Heim selbst könnte es wissen, lernen und sich selbst konfigurieren. Das Heim könnte – unter verdächtigen Umständen – Informationen senden. Eine plötzliche Häufung von nächtlichen Aufwachvorgängen könnte vielleicht dazu führen, dass eine Ampel auf gelb umschaltet; wenn es überhaupt keine Lebenszeichen gibt, würde sie auf Rot schalten. Dann könnte jemand die notwendige Pflege einleiten.

Gleichzeitig entwickeln sich neue Therapieberufe, neue Studienrichtungen und Forschungsgebiete. Diese technischen und gesellschaftlichen Entwicklungen führen zu einer besseren Basis für die Finanzierung anderer Wirtschaftsbereiche. Die fiskalischen Auswirkungen des zweiten Gesundheitsmarktes müssen weiter untersucht werden. Vielleicht finanziert AAL bereits den ersten Markt teilweise mit?

Zusammengefasst: Was wir brauchen, ist ein neues Verständnis von Gesundheit und Gesundheitsversorgung. Auf dem Weg zu einer offenen Gesundheitsgesellschaft werden sich neue Formen von Versicherungen und Bezahlssystemen anstelle einer überwiegend öffentlichen Finanzierung entwickeln. Die Gesundheitsversorgung ist mehr als nur ein Kostenfaktor. Ein neues Verständnis wird langfristig zu mehr Arbeitskräften, neuen Karrieremöglichkeiten, zu einer effizienten Investition in Humankapital und gleichzeitig zu höherer Produktivität führen. Anstelle von zu vielen getrennten Silos brauchen wir Gesundheit in allen Lebensbereichen und lebenslang. Und der zweite Gesundheitsmarkt ist ein wichtiger Teil dieser Entwicklung.

12. Vorbeugende Gesundheitsfürsorge

Drei Ebenen der Prävention zur Verbesserung des Wohlbefindens und zur Senkung der medizinischen Kosten

Veröffentlicht: 18. Februar 2022



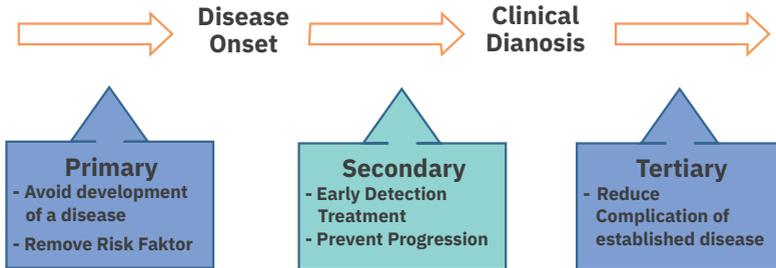
Regelmäßige Bewegung ist ein Beispiel für die Primärprävention

Unter Prävention versteht man Maßnahmen, die darauf abzielen, Risiken oder schädliche Folgen von Katastrophen zu verringern oder andere unerwünschte Situationen abzuschwächen. Die Gesundheitsvorsorge befasst sich mit der Vorbeugung von Krankheiten und kann in allen Phasen des Lebens und entlang eines Krankheitsspektrums angewandt werden, um eine weitere Verschlechterung im Laufe der Zeit zu verhindern. Durch eine frühzeitige Erkennung wird die Notwendigkeit einer medizinischen Behandlung eingeschränkt.

Es gibt drei verschiedene Ebenen der Prävention. Maßnahmen, die den Ausbruch von Krankheiten oder Verletzungen verhindern, gehören zur Primärprävention. Impfungen und regelmäßige Bewegung sind Beispiele dafür. Auf der primären Ebene liegt ein enormes Präventionspotenzial in

der individuellen Lebensweise durch die Änderung von Risikoverhaltensweisen, z.B. Rauchen, Alkoholmissbrauch, Fehlernährung oder unzureichende körperliche Betätigung.

Levels of Prevention Strategies



Quelle: PCORE (k.D.)

Krankheiten im Frühstadium zu erkennen, bevor die Krankheit fortschreitet, ist das Konzept der Sekundärprävention. Frühzeitige Diagnose und sofortige Behandlung, um schwerere Probleme zu verhindern, gehören dazu. Gute Beispiele sind das Screening auf Bluthochdruck (fast die Hälfte der Erwachsenen in vielen Ländern leidet unter einem zu hohen Blutdruck) oder die Selbstuntersuchung auf bestimmte Krankheiten, z. B. Brustkrebs. Die frühzeitige Behandlung von Gesundheitsproblemen in der Bevölkerung ist also wichtig.

Die tertiäre Prävention bezieht sich auf Maßnahmen im Anschluss an eine Krankheit, wie z. B. die Rehabilitation oder die Eindämmung bereits bestehender Krankheiten. Mit professioneller Hilfe können Menschen mit Beeinträchtigungen umgeschult oder umerzogen werden. Auf dieser Ebene ist es wichtig, den Menschen beizubringen, ihre Medikamente richtig einzunehmen, und zwar zum Zeitpunkt der Rehabilitation des einzelnen Patienten, der bereits eine Behinderung hatte. Präventivmedizin und öffentliche Gesundheit verfolgen dieselben Ziele: Förderung der Gesundheit der Bevölkerung, Verhütung von Krankheiten und Verbesserung des gesundheitlichen Umfelds auf der Grundlage epidemiologischer Daten in

Zusammenarbeit mit Zentren für Krankheitsbekämpfung und Prävention. Die Präventivmedizin umfasst Arztbesuche, Vorsorgeuntersuchungen, Zahnreinigungen, Impfungen, Verhütungsmittel usw. Die unzureichende Inanspruchnahme vieler dieser Präventionsdienste ist nach Ansicht von Experten nicht auf ein Informationsdefizit zurückzuführen, sondern vielmehr auf die Umsetzung und mangelnde Gesundheitserziehung.

Eine häufig gestellte Frage lautet: Sparen Präventionsmaßnahmen Geld? Das ist schwer zu sagen; ausgewählte empirische Studien zeigen gemischte Ergebnisse. Sie hängen von der Kosteneffizienz ausgewählter Präventionsmaßnahmen und Behandlungen bestehender Erkrankungen ab. Ein auf der Grundlage von 599 Studien durchgeführter Vergleich zwischen angeleitetem Selbstmanagement und herkömmlicher Behandlung von Asthma ergab beispielsweise, dass weniger als 20% der präventiven Optionen in die kostensparende Kategorie fallen, während 80% mehr medizinische Kosten verursachen als sie einsparen. (Russel, 2012).

Das Präventionspotenzial bei chronischen Krankheiten ist auf lange Sicht besonders positiv. Der individuelle Lebensstil der Bevölkerung kann den Gesundheitszustand erheblich verbessern. Ausgehend von dieser Annahme ergibt sich über einen Zeitraum von 20 Jahren eine deutliche Kostensenkung (Martin und Henke, 2008).

Eine pauschale Antwort ist deshalb so schwierig, weil zwischen Primärprävention einerseits und Sekundär- und Tertiärprävention andererseits unterschieden wird. Da die Primärprävention weniger medizinische Behandlungen umfasst als die beiden anderen Präventionsformen, zeigen die Berechnungen auf der Grundlage der Krankheitskostenstudien Ergebnisse, die von höheren Ausgaben durch Präventionsprogramme bis hin zu niedrigeren Kosten für andere Programme reichen. Die Vermeidung von indirekten Kosten ist also weit weniger wichtig als die Eindämmung der direkten Kosten (Ausgaben). Es wird also am falschen Ende gespart!

Die Gesundheitsfolgenabschätzung (Health Impact Assessment, HIA) könnte ein besserer Ansatz oder zumindest eine Alternative sein. Dabei handelt es sich um eine Art von Studie, die politischen Entscheidungsträgern hilft, die wahrscheinlichen gesundheitlichen Auswirkungen einer Entscheidung in anderen Bereichen zu ermitteln. HIAs können Entscheidungsträgern dabei helfen, unbeabsichtigte Gesundheitsrisiken zu vermeiden, unnötige Kosten zu reduzieren, praktische Lösungen zu finden und Möglichkeiten zur Verbesserung des Wohlbefindens der Gemeinschaft, in der das Projekt oder die Politik vorgeschlagen wird, zu nutzen. Einige Experten nennen dies Makroallokation.

Schließlich kann eine präventionsorientierte Gesellschaft versuchen, zusätzliche gesunde Lebensjahre auf der Grundlage von drei Schlüsselthesen zu gewinnen:

1. Eine gesündere Gesellschaft spart durch Primärprävention Geld für medizinische Behandlungen;
2. gesundes Altern steigert die Nachfrage, indem es die private Nachfrage nach nicht erstattungsfähigen gesundheitsbezogenen Gütern und Dienstleistungen erhöht (zweiter Gesundheitsmarkt);
3. Darüber hinaus steigert ein besserer Gesundheitszustand die Produktivität und wirkt sich somit angebotsseitig positiv auf die Lebensqualität und das Wirtschaftswachstum aus.

Quellenverzeichnis:

PCORE Preventive Services. <https://edblogs.columbia.edu/pcore/prevention/prevention-preventive-services/>

L. Russell (2012). Preventing Chronic diseases: an Import Investment.

But don't count on cost savings Health affairs.

Martin, K., Henke, K.-D., (2008). Gesundheitsökonomische Szenarien zur Prävention, S. 72/73.

Michael E. Porter, Elizabeth Olmsted Teisberg. Redefining Health Care – Creating value-based competition on results. Harvard Business School Press, 2006, Appendix B.

Cohen, J.T. et al. Does preventive care save money? New England Journal of Medicine, February 2008.

Factors determining the knowledge and prevention practice of healthcare workers towards COVID-19 in Amhara region, Ethiopia: a cross-sectional survey, August 2020.

13. Wirtschaftsdaten des Gesundheitssystems

Wie können wir eine Reihe von Gesundheitsdaten nutzen, um bessere Entscheidungen zu treffen?

Veröffentlicht 18. März 2022



Daten und Statistiken zum Gesundheitswesen informieren uns über den Gesundheitszustand, die Qualität der Gesundheitsversorgung und soziale Merkmale

Epidemiologische Daten zur Morbidität und Mortalität

Epidemiologische Daten sind vielleicht die wichtigsten Statistiken für die Bewertung von Gesundheitssystemen. Sie zeigen nicht nur den Gesundheitszustand, sondern geben auch Hinweise darauf, wie Krankheit, Invalidität und vorzeitiger Tod verringert werden könnten. Häufig enthalten diese Daten auch Informationen über die Zufriedenheit der Bevölkerung mit ihren Gesundheitsdiensten und die Qualität der Gesundheitsversorgung.

„Als Epidemiologe sammeln und bewerten wir Daten aus Felduntersuchungen, Überwachungssystemen, Vitalstatistiken oder anderen Quellen“ (Robert E. Fontaine). Auf einer solchen Grundlage ist die Zuweisung von

Ressourcen aus Makro-, Meso- und Mikrosicht möglich. Krankheitskostenstudien zeigen die teuersten Krankheiten (gemessen an den Ausgaben, verlorenen Lebensjahren usw.) und bieten eine Grundlage für die Festlegung von Prioritäten. Mit Hilfe dieser Daten werden wirtschaftliche Fakten und Zahlen ermittelt.

Wirtschaftliche Daten

Wir assoziieren das Gesundheitswesen oft mit hohen Kosten und der Notwendigkeit, diese zu begrenzen. Die Themen beziehen sich vor allem auf die Gesundheitsausgaben, den Anteil der Gesundheitsausgaben am BIP oder pro Kopf, Einnahmedefizite, die Lebenserwartung bei der Geburt oder den Missbrauch bestimmter Leistungen. Auch der Fachkräftemangel während der Pandemie steht ganz oben auf der politischen Agenda der Wirtschaftsdaten.

Dabei wird manchmal übersehen, dass das Gesundheitswesen nicht nur ein Kostenfaktor, sondern auch eine Wachstumsbranche ist. Seine volkswirtschaftliche Bedeutung zeigt sich eindrucksvoll im Beitrag zu Beschäftigung, Wertschöpfung und Export. Diese Zahlen sind teilweise höher als die anderen Branchen (Henke, 2022). Das Bundesministerium für Wirtschaft und Energie veröffentlicht regelmäßig Zahlen und Fakten zu den Kern- und Erweiterungsbereichen der Gesundheitswirtschaft und den damit verbundenen kollektiv und individuell finanzierten Gesundheitsleistungen.

Daten zu Effektivität und Effizienz

Insgesamt gesehen beklagen Patienten und Leistungserbringer häufig einen Mangel an Effizienz in den Gesundheitssystemen. Über- und Unterversorgung werden auf mangelnde Koordination zwischen den Leistungserbringern und fehlenden Wettbewerb auf der Nachfrageseite nach Gesundheitsleistungen zurückgeführt. Eine Antwort auf dieses Problem ist vielleicht die Einführung von mehr Managed Care im System durch hausarztzentrierte Versorgung, Disease-Management-Programme, integrierte Versorgung und medizinische Versorgungszentren.

Sozialdaten (Sozialer Zusammenhalt und Solidarität)

Oft vernachlässigt und nur selten diskutiert werden die sozialen Merkmale der Gesundheitsversorgung. Einer der Gründe dafür ist vielleicht die Schwierigkeit, sie zu quantifizieren. Es ist einfacher, Zahlen und Statistiken zur Finanz- und Beschäftigungssituation zu verwenden als Begriffe wie Gerechtigkeit und sozialer Zusammenhalt (Solidarität), Zugang und Rechte oder Pflichten und Wahlmöglichkeiten im Gesundheitswesen zu quantifizieren. Viele Menschen verbinden mit Gerechtigkeit und Gleichheit ein Grundversorgungsniveau für alle, eine gleiche Verteilung der Lasten und kein Zweiklassensystem.

Auf der Leistungsseite sollten die erforderlichen Gesundheitsdienstleistungen entsprechend der Bedürfnisse der Bevölkerung für alle Bürgerinnen und Bürger unabhängig von ihrem Einkommen, ihrem Wohnort oder ihrem sozialen Status verfügbar sein. Ein Mindestmaß an Leistungen, das sicherstellt, dass kein Bürger unter ein bestimmtes Existenzminimum fällt, d. h. das gleiche Qualitätsniveau der Gesundheitsversorgung sollte für alle gleichermaßen zugänglich sein.

Auf der Finanzierungsseite sollte die Versorgung entsprechend der Zahlungsfähigkeit entweder aus Steuern oder auf der Grundlage eines Sozialversicherungssystems gewährleistet sein. Zweckgebundene, lohnsteuerfinanzierte Lösungen durch Arbeitgeber- und Arbeitnehmerbeiträge (Bismarcksches System) sind typisch für Frankreich, die Niederlande und Deutschland, während steuerfinanzierte Lösungen (Beveridge-System) im Vereinigten Königreich und in den skandinavischen Ländern praktiziert werden.

Daten zu verschiedenen Dimensionen der Wahlfreiheit im Gesundheitswesen

Die Wahlfreiheit in der Gesundheitsversorgung ist mit der freien Wahl der Leistungserbringer im Allgemeinen oder im Rahmen der integrierten Versorgung mit bestimmten von den Krankenkassen angebotenen Disease-Management-Programmen verbunden. Die Tabelle zeigt die Wahlmöglichkeiten in einem Bismarckschen Gesundheitssystem.

Wahlmöglichkeiten in einem bismarckschen Gesundheitssystem



Zwischen den Kassen und den Leistungserbringern findet ein kollektives und selektives Kontrahieren statt.

Aus der Sicht eines Versicherten besteht die Wahl zwischen verschiedenen sozialen und privaten Versicherungsunternehmen. Darüber hinaus gibt es unterschiedliche Leistungspakete innerhalb eines Versicherungsunternehmens, und oft besteht die Wahl zwischen bestimmten Arten von Zuzahlungen für ambulante und stationäre Leistungen.

Daten zu den gesetzlichen Rechten und der Pflicht zu einem gesunden Lebensstil

Als Mitglied eines Sozialversicherungssystems hat man Anspruch auf die notwendigen Gesundheitsleistungen. Der Bürger hat einen Anspruch auf Behandlung, weil er regelmäßig seine Beiträge gezahlt hat. Diese Mitgliedschaft beruht auf einer sozialen Gerichtsbarkeit und Schiedsgerichtsbarkeit. Dieses Recht auf Gesundheit ist, zumindest aus moralischer Sicht, mit der Pflicht verbunden, eine gesunde Lebensweise zu führen. So ist die individuelle Lebensführung und Gesundheitsvorsorge nach moralischen Maßstäben ein lebenslanges Thema.

Quellenverzeichnis:

Robert E. Fontaine (k.D.). Describing Epidemiologic Data, in: The CDC Field Epidemiology manual. Henke, K-D. (2022). The Effectiveness of the Health Economy: A case study of the Federal Republic of Germany. SEEJPH 2022, posted: 21 January 2022. DOI:10.11576/seeeph-5113.

14. Gesundheitswesen und nachhaltige Entwicklung

Mobilisierung von Ressourcen zur Sicherung der finanziellen Nachhaltigkeit von Gesundheitssystemen

Veröffentlicht: 18. April 2022



Ökonomen würden vorschlagen, dass die Ressourcen am besten dort investiert werden, wo die besten Gesundheitsergebnisse pro ausgegebenen Euro erzielt werden.

Wirtschaftswissenschaftler betrachten Ressourcen als Produktionsfaktoren, d. h. Arbeit, Kapital und Unternehmertum. Der Preis, der der Arbeit für ihren Beitrag zum Produktionsprozess gezahlt wird, wird als Lohn bezeichnet. Je höher die Qualität der Arbeit (körperlich und geistig), desto produktiver sind die Arbeitskräfte. Kapital bezieht sich auf Produktionsmittel wie Fabriken und Maschinen, d. h. von Menschen hergestellte Güter, die bei der Produktion anderer Güter eingesetzt werden. Unternehmer sind ein entscheidender Motor des Wirtschaftswachstums, der dazu beiträgt,

einige der größten Firmen sowie einige der kleinen Unternehmen in Ihrer Nachbarschaft aufzubauen. Die Bezahlung, die ein Unternehmer erhält, ist der Gewinn als Belohnung für das Risiko, das er eingeht.

Gesundheitssysteme

Gesundheitssysteme sind für die Erbringung von Dienstleistungen zur Verbesserung, Erhaltung oder Wiederherstellung der Gesundheit von Einzelpersonen und ihren Gemeinschaften verantwortlich. Nach Angaben der WHO gehören dazu die Versorgung durch Krankenhäuser und Hausärzte, aber auch weniger sichtbare Aufgaben wie die Prävention und Bekämpfung übertragbarer Krankheiten, die Gesundheitsförderung, die Planung von Gesundheitspersonal und die Verbesserung der sozialen, wirtschaftlichen und ökologischen Bedingungen, unter denen die Menschen leben.

Finanzielle Nachhaltigkeit

Die fiskalische Nachhaltigkeit im öffentlichen Sektor bezieht sich auf den öffentlichen Haushalt mit seinen Funktionen auf jährlicher Basis, mittelfristiger Planung (2-5 Jahre) und über längere Zeiträume, z. B. mehr als 30 Jahre (OECD). Handelt es sich immer um einen ausgeglichenen Haushalt oder auch um ein Defizit? Wie William Vickrey (Nobelpreis 1996 für Wirtschaftswissenschaften) feststellte: „Defizite werden als sündhafte Verschwendung auf Kosten künftiger Generationen betrachtet, denen ein geringeres investiertes Kapital zur Verfügung steht.“

Nachhaltigkeit im weitesten Sinne bedeutet: die Gewährleistung eines gesunden Lebens und die Förderung des Wohlbefindens für alle und in jedem Alter über einen langen Zeitraum. Sie ist eine wesentliche Voraussetzung für eine nachhaltige Entwicklung. Die sozialen Entwicklungsziele der UN/UNESCO befassen sich in diesem Zusammenhang mit den globalen Herausforderungen, vor denen wir stehen, einschließlich derer, die mit Armut, Klima, Umweltzerstörung, Wohlstand sowie Frieden und Gerechtigkeit zusammenhängen.

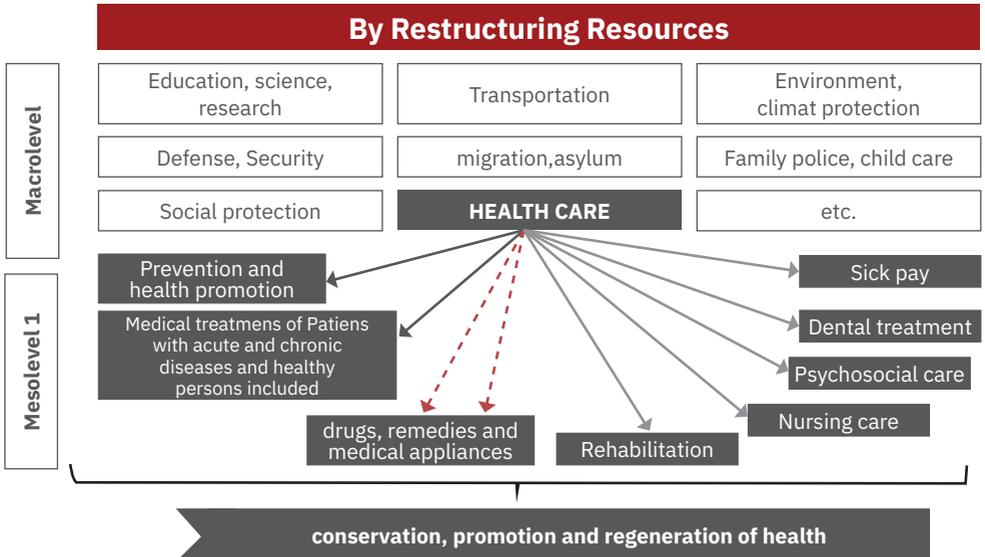
Was bedeutet Nachhaltigkeit in Gesundheitssystemen?

Nach Angaben der Wake Forest University (Winston-Salem, NC) besteht sie aus:

- Bau und Verwaltung von Gesundheitseinrichtungen nach nachhaltigen Praktiken;
- die Gestaltung nachhaltiger Prozesse in der Gesundheitsversorgung;
- die Förderung nachhaltiger Praktiken im Alltag der Mitarbeiter und Abteilungen im Gesundheitswesen.



How to mobilize (more) resources in health care?



Die finanzielle Nachhaltigkeit stützt sich auf verschiedene Einnahmequellen (Steuern, Lohnsummensteuer, Prämien, Ausgaben aus eigener Tasche usw.), die es ihr ermöglichen, ihre laufenden Bemühungen zu unterstützen und neue Initiativen zu ergreifen. Dies bedeutet auch eine gerechte Finanzierung. Die Haushalte sollten auf der Grundlage ihrer Zahlungsfähigkeit zum Gesundheitssystem beitragen. Die finanzielle Absicherung sollte sicherstellen, dass die Kosten für die Versorgung die Menschen nicht in eine finanzielle Katastrophe stürzen. Um die fiskalische Nachhaltigkeit der Gesundheitssysteme zu verbessern, könnte man versuchen, die Ressourcen auf verschiedenen Ebenen umzustrukturieren, wie unten dargestellt. Ressourcenmobilisierung bedeutet eine bessere Nutzung der vorhandenen Produktionsfaktoren.

Im Allgemeinen schlagen Wirtschaftswissenschaftler vor, dass die Ressourcen dort investiert werden sollten, wo der Nutzen für die Gesundheit am größten ist, oder wie M.E. Porter vorschlug: „Wert definiert als die erzielten Gesundheitsergebnisse pro ausgegebene Dollar“. Politiker sollten als empirische Grundlage für ihre politischen Entscheidungen die Ergebnisse der evidenzbasierten Medizin (EBM), der Gesundheitstechnologiebewertung (HTA) und/oder der Gesundheitsbewertung (HA) nutzen.

Leider gibt es keinen Goldstandard für Gesundheitssysteme und keine optimale Quote für die Gesundheitsausgaben, aber es gibt bestimmte Regeln, wie z. B. eine umfassende Versorgung der gesamten Bevölkerung, unabhängig von sozialem Status, Einkommen und Wohnort. Darüber hinaus gibt es häufig Beispiele für bewährte Verfahren in einem bestimmten Land, einer bestimmten Gemeinde oder für eine bestimmte medizinische Behandlung. Gesundheit in allen Lebensbereichen und während des gesamten Lebens ist ebenfalls wichtig, aber sie ist eher ein Ziel als ein System.

Eine Ex-ante-Makroallokation von Ressourcen ist unverzichtbar, aber durch wen innerhalb des Gesundheitswesens und mit welchen Mechanismen und Institutionen? NICE im Vereinigten Königreich (National Institute for Health and Care Excellence), GBA in Deutschland (Gemeinsamer Bundesausschuss der Krankenkassen und Ärzte) oder ähnliche regionale Institutionen, Wettbewerb, Märkte, NGOs, das Parlament, demokratische Prozesse, soziale Medien, Presse, Ministerien und Interessengruppen usw. Schließlich handelt es sich um ein Zusammenspiel von Patienten und Anbietern medizinischer Leistungen im öffentlichen, privaten, halböffentlichen und selbstverwalteten Sektor. Das Gesamtsystem ist hauptsächlich interessengesteuert durch alle Beteiligten.

Die berühmte Brundland-Kommission hat einen konzeptionellen Rahmen vorgelegt, dem viele Nationen zustimmen, aber es war schwierig, diese Konzepte zur Nachhaltigkeit in konkrete Maßnahmen und Programme umzusetzen. Es wurde ein umfassender Aktionsplan entwickelt, der Maßnahmen auf globaler, nationaler und lokaler Ebene vorsieht, um das Leben auf der Erde in Zukunft nachhaltiger zu gestalten. Die Agenda 21 unterstreicht, wie wichtig es ist, Methoden zu finden, die wirtschaftliches Wachstum ermöglichen, ohne die Umwelt zu schädigen. Die Kommission war eine Unterorganisation der UNO, die darauf abzielte, die Länder im Streben nach einer nachhaltigen Entwicklung zu vereinen. Der Brundtland-Bericht sollte auf den Konflikt zwischen globalisiertem Wirtschaftswachstum und beschleunigter Umweltzerstörung reagieren, indem er die „wirtschaftliche Entwicklung“ im Sinne einer „nachhaltigen Entwicklung“ neu definierte.

Ein letzter Hinweis zum nachhaltigen Anbau und der Verarbeitung von Waren und Dienstleistungen am Beispiel Kaffee. Der Kaffeeanbau sollte nicht zur Abholzung von Wäldern oder zur Verringerung der biologischen Vielfalt beitragen; er sollte Boden, Wasser und Luft schützen, die Menschen-, Arbeits- und Landrechte respektieren, und Bauern gut ausbilden, um die Produktivität und Rentabilität zu verbessern usw.

Wir können die Einhaltung wirtschaftlicher, sozialer und ökologischer Kri-

terien für die Kaffeeproduktion und -verarbeitung sicherstellen, um nachhaltige Kaffee-Lieferketten zu schaffen. Es besteht also eine Art funktionaler Äquivalenz zwischen völlig unterschiedlichen Produktionsfunktionen (Kaffee und Gesundheitsdienstleistungen).

OECD Guidebook on Best Practices in Public Health, 2022.

15. Die Rolle des Wettbewerbs im Gesundheitswesen

Sozial gebundener Wettbewerb als Antwort?

Veröffentlicht 17. Mai 2022



Competition is not an end in itself, but an instrument in different areas

Der Wettbewerb im Allgemeinen kann als

- als Prozess disruptiver Innovationen durch Pionierunternehmer (Schumpeter),
- als ein Entdeckungsverfahren (v. Hajek) oder
- als öffentliches Gut, wenn seine Auswirkungen allen zugutekommen, z. B. durch die Verringerung der Pioniergewinne zu Gunsten niedrigerer Preise für die Verbraucher,
- Ein Instrument zur Förderung von Wachstum und Wohlfahrt.

Preise und Kosten, Mengen und Qualität sind die wichtigsten Instrumente. Der Wettbewerb braucht Regeln und einen rechtlichen Rahmen. Seine Ausgestaltung ist Teil der Wirtschaftspolitik. Er soll Freiheit garantieren für die Entwicklung neuer Ideen, Verfahren und Produkte.

Innerhalb des Gesundheitswesens gibt es verschiedene Finanzierungsparameter des Wettbewerbs, insbesondere die Unterschiede in den Beitragsätzen (risikoorientierte Prämien, Zuzahlungen oder Out-of-Pocket-Ausgaben). Je nach Gesundheitssystem (Bismarckscher oder Beveridge-Typ) gibt es einen Markt für öffentliche und private Versicherungen mit einer Auswahl an verschiedenen Gesundheitsleistungen für den einzelnen privaten Haushalt.

Zusätzlich gibt es oft selektive Verträge zwischen Krankenkassen und Gesundheitsdienstleistern; so gibt es z. B. Wahlmöglichkeiten in Bezug auf Kundendienst, Wartezeit, Zugang, oder Bonus-Malus-Anreize. Die Zufriedenheit der Nutzer/Patienten ist ein weiteres wichtiges Kriterium für die Beurteilung der Vor- und Nachteile des Wettbewerbs.

Viele dieser Wettbewerbsformen und -parameter gibt es auch in den verschiedenen Gesundheitssystemen des gemeinsamen Europäischen Marktes. Um Protektionismus, staatliche Monopole und Marktzutrittsschranken zu vermeiden, gibt es ein europäisches Wettbewerbsrecht, und staatliche Wettbewerbsbeschränkungen sind Teil dieser Regeln.

Ungeachtet der erwarteten Vorteile des Wettbewerbs im Gesundheitswesen gibt es auch Risiken, z. B.

- Eine Anarchie der Märkte (K. Marx).
- Ruinöser Wettbewerb führt zu sozialem Chaos.
- Wettbewerb erhöht die Komplexität; die sog. Transaktionskosten steigen.
- Unvollständige und asymmetrische Informationen gewinnen an Bedeutung.
- Jagd nach Subventionen und unproduktives Rent-Seeking.
- Wettbewerb ist kein Selbstzweck, sondern nur ein Instrument.

Angesichts dieser Unterschiede in der Bewertung der Vor- und Nachteile des Wettbewerbs fordern einige Experten einen „sozial begrenzten Wettbewerb“ und kombinieren ihren Vorschlag mit verschiedenen Formen der Integrierten Versorgung (IV). Die Integrierte Versorgung gibt es in vielen verschiedenen Varianten, die alle mit dem Wettbewerb als Kompromiss zwischen Freihandel (Free Trade) und Protektionismus (Protectionism) in Verbindung gebracht werden (siehe Abbildung mit dem untergehenden Schiff und dem dazugehörigen Rettungsboot). Im Einzelnen geht es um

- die Integrierte Versorgung (IC) als ein Konzept, das Inputs, Leistungserbringung, Management und Organisation sowie Gesundheitsförderung zusammenführt.
- IC ist ein Mittel zur Verbesserung von Gesundheitsdienstleistungen und -produkten in Bezug auf Zugang, Qualität, Nutzerzufriedenheit, Effizienz etc.
- Die IV ist ein weltweiter Trend bei Gesundheitsreformen und neuen organisatorischen Arrangements, die sich auf stärker koordinierte und integrierte Formen der Leistungserbringung konzentrieren (siehe oben).
- IV als Antwort auf die fragmentierte Bereitstellung von Gesundheits- und Sozialdiensten, die in vielen Gesundheitssystemen ein anerkanntes Problem darstellt (Silo-effekt) und
- IV soll Über-, Unter- und Fehlversorgung mit Gesundheitsleistungen und -produkten vermeiden.

Zusammengefasst: Wettbewerb ist nicht per se ein Ziel, sondern ein Instrument in verschiedenen Zusammenhängen. Das Gegenteil von Freihandel und Wettbewerb ist mehr Protektionismus und Bürokratie.

In der Architektur der Zuteilung knapper Ressourcen bedeutet dies ein schrittweises Vorgehen. Da es keinen goldenen Standard und kein Allheilmittel gibt, brauchen wir ein flexibles Stop-and-Go-System oder ein „piecemeal social engineering“, wie Popper es nannte.

4 Siehe hierzu Lisac, M., Reimers, L., Henke, K.-D., Schlette, S., (2010), Access and Choice - Wettbewerb unter dem Dach der Solidarität im deutschen Gesundheitswesen, Eine Analyse der gesundheitspolitischen Reformen seit 2004, in: Zeitschrift für Gesundheitsökonomie, -politik und -recht, Vol. 5 pp32 - 52

16. Rückblick und Ausblick

Die erörterten Fragen des Gesundheitswesens stehen überall auf der Welt ganz oben auf der politischen Tagesordnung. Sie sind ein Dauerthema der Gesundheitsökonomie und der Gesundheitspolitik. Die Gründe dafür sind vielfältig.

Erstens: Da es keinen Goldstandard für die Gesundheitsversorgung gibt, stehen die wirtschaftlichen Aspekte der Prioritätensetzung weiterhin im Mittelpunkt der wissenschaftlichen und politischen Diskussion. Finanzierung des Gesundheitswesens, Kostenwirksamkeitsstudien, globale Gesundheit, gesundes Altern, Basisgesundheitspakete und bewährte Verfahren, Wettbewerb und Nachhaltigkeit gehören zu den Herausforderungen, denen sich die Nationen und ihre Regierungen im Gesundheitswesen stellen müssen.

Zweitens: Solange es kein Allheilmittel gibt, wird die Gesellschaft weiterhin mit einer Vielzahl von Problemen im Gesundheitssystem konfrontiert sein. Vermeidbare Sterblichkeit und Morbidität erfordern wichtige medizinische Fortschritte. Zum Beispiel eine bessere Pflege für die alten Menschen von heute und morgen. Seltsamerweise stehen Fortschritte in der zahnmedizinischen Versorgung, wie bereits erwähnt, nicht weit oben auf der Liste, obwohl es sich um eine der teuersten Krankheiten handelt.

Die sozialen Aspekte des Gesundheitswesens werden manchmal vernachlässigt und nur selten diskutiert. Einer der Gründe dafür ist vielleicht die Schwierigkeit, sie zu quantifizieren. Es ist einfacher, Statistiken über die finanzielle Situation und die Beschäftigung im Gesundheitswesen zu diskutieren als Begriffe wie Gerechtigkeit und Gleichheit, sozialer Zusammenhalt oder Solidarität zu quantifizieren. Die meisten Experten assoziiere-

ren jedoch Gleichheit mit einem Grundversorgungsniveau für alle Bürger, unabhängig von ihrem Einkommen, ihrem Wohnort oder ihrem sozialen Status.

Einig sind sich viele Experten auch in dem, was sie einen „sozial begrenzten Wettbewerb“ mit verschiedenen Formen der integrierten Versorgung nennen. Ein solcher Ansatz umfasst die Zusammenführung von Inputs, Bereitstellung, Management, Gesundheitsförderung, Zugang und Solidarität. Einerseits kann dies zu „freiem Handel und Wettbewerb“ führen. Andererseits kann es auch zu „Protektionismus und Bürokratie“ führen. Fragt man einen Wirtschaftswissenschaftler nach seinem Standpunkt zur Verbesserung der medizinischen Versorgung und der Gesundheitspolitik, so lautet die Antwort häufig: eine bessere Gesundheitspolitik durch eine stärker evidenzbasierte Umsetzung.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die Gesamtarchitektur und die Schwierigkeit, knappe Ressourcen für die Gesundheitssysteme zuzuweisen, zu einem flexiblen Stop-and-Go-System oder, wie Popper es nannte, zu einem „piecemeal social engineering“ führen. Daher ist und bleibt die Gesundheitsversorgung ein zentrales Thema für die Gesellschaft.

Impressum

© MetaForum – Innovation für mehr Gesundheit e. V. 2022

Redaktion: Dr. Albrecht Kloepfer

Satz und Druck: Union Sozialer Einrichtungen gGmbH

Wir danken unseren Sponsoren



und Kooperationspartnern

