

Nicht kopieren, aber studieren:

Von internationalen Vergleichen lernen

Gesundheitssysteme zeichnen sich wie kaum ein anderer Bereich des Gemeinwesens durch große Komplexität und eine hohe Pfadabhängigkeit aus. Damit geht allerdings nicht nur eine inhärente Veränderungsträgheit einher, sondern auch die Gefahr, dass die beteiligten Akteure über Jahrzehnte hinweg in eingeleisteten Denkmustern verhaftet bleiben. Vielfach herrscht eine Mentalität vor, die vor allem einem Motto verpflichtet ist: Es muss so sein, weil es schon immer so war. Das zeigen auch die enormen Anstrengungen, die nötig sind, um die historisch gewachsenen Sektorengrenzen zu überwinden.

Geschuldet ist diese Haltung auch der Tatsache, dass das große Ganze mit seiner Vielzahl von Stellschrauben für den Einzelnen kaum mehr zu erfassen ist. So erscheint es leichter, im Status quo zu verharren, statt sich an große Veränderungen zu wagen, die unabsehbare Folgen nach sich ziehen. Im Ergebnis stehen wir mit dieser Haltung jedoch vor der Situation, die extrem fortgeschrittene Medizin von heute in die Strukturen des letzten Jahrhunderts pressen zu müssen.

Um diesem systemimmanenten Tunnelblick aktiv und selbstkritisch entgegenzuwirken, lohnt es sich, über die nationalen Grenzen hinauszuschauen. Dabei geht es zum einen um die grundsätzliche Konstruktion von Systemen (Bismarck vs. Beveridge). Das Beispiel Großbritannien stellt in diesem Zusammenhang eine durchaus beeindruckende Langzeitstudie dar: Dort hat man das Gesundheitssystem in den letzten Jahrzehnten extrem innovativ modernisiert. Doch aktuell zeigen sich die Schattenseiten eines Beveridge-Systems, das unmittelbar von den Staatsfinanzen abhängig ist. Im Zuge dringend notwendiger Haushaltseinsparungen muss vieles, was im Rahmen der Reformierung aufgebaut wurde, nun einigermaßen sozialverträglich wieder abgebaut werden.

Zum anderen geht es um die – sicherlich noch interessantere – Frage, wie ein Gesundheitswesen unabhängig vom gewählten System in der Praxis ausgestaltet sein muss, um sich angesichts demografischer, ökonomischer, und technologischer Veränderungen zu bewähren. Drei große Felder sind hier für eine internationale Betrachtung interessant:

Ebene der internationalen Organisationen: Internationale Organisationen wie die WHO betrachten übergreifende Entwicklungen und sind in diesem Sinne auch globale Trendforscher für Gesundheits- und Versorgungsfragen. So hat beispielsweise die WHO Europe in ihrer Roadmap „Coordinated/Integrated Health Care Delivery“ (CIHCD), die in diesem Heft ausführlich beschrieben wird, die Integrierte Versorgung als notwendigen, wenn nicht entscheidenden Reformschritt für ein zukunftsfähiges Gesundheitssystem identifiziert. Von besonderer Bedeutung

ist dabei, dass die WHO Europe stark auf das Thema Leadership abzielt. Im Zentrum stehen also weniger die Inhalte, die integriert werden müssen, sondern vielmehr geht es darum, *wie* Integration erfolgreich und nachhaltig umgesetzt werden kann.

Ebene der einzelnen Länder: Über die Betrachtung der Gesundheitssysteme in den einzelnen Ländern lassen sich ebenfalls interessante Erkenntnisse und Impulse für das deutsche Gesundheitssystem ableiten. Zwar dürfen wir keine kopierbaren Best-practice-Modelle erwarten, wir finden aber immerhin einige adaptierbare Best-practice-Module vor. Gerade für die deutsche Diskussion können wir wesentlich profitieren, wenn wir zu folgenden Fragenkomplexen die Denkrichtungen und Argumentationsmuster aus anderen Ländern in Betracht ziehen:

- Wie schaffen wir es, eine funktierende, basisnahe primärärztliche Versorgung aufzubauen, die in den Sozialsystemen verankert ist?
- Welche Leistungen müssen tatsächlich unter ärztlichem Vorbehalt stehen?
- Wie muss eine sinnvolle Bedarfsplanung aussehen, die die demografische Entwicklung und die unterschiedlichen regionalen Gegebenheiten berücksichtigt?
- Welche Strategien funktionieren bei der Umsetzung einer einheitlichen IT-Anbindung, bei der Etablierung neuer Distributionswege (Stichwort: Versandapotheken) sowie bei der Nutzung von eHealth- und mHealth-Anwendungen?

Ebene der Reformstrategien: Auch die Erfahrungen anderer Länder mit Reformvorhaben bieten erhebliches Erkenntnispotenzial. Bestes Studienobjekt ist sicherlich das Projekt „Obamacare“, das drei zentrale Fragen aufwirft: Wie viel Komplexität verträgt eine Gesundheitsreform? Wie umfangreich darf sie sein? Und nicht zuletzt: Sind wir besser beraten, das System aufgrund seines hohen Regulierungsbedarfs alle vier Jahre im Rahmen kleinerer Reformen anzupassen oder lassen sich durch große Reformen in größeren zeitlichen Abständen insgesamt größere Veränderungen realisieren? Ein Vorwurf in der deutschen Diskussion geht dahin, dass wir uns hierzulande zu sehr im „Klein-Klein“ der Reformen verlieren. Die Zwischenbilanz aus den USA lässt gleichwohl Zweifel daran aufkommen, dass der große Wurf überhaupt gelingen kann, weil damit der Kampf an zu vielen Fronten gleichzeitig eröffnet wird. Zudem lehren die Erfahrungen mit „Obamacare“, dass es immer auch darum geht, zum richtigen Zeitpunkt die richtigen Mitstreiter zu finden und Koalitionen zu bilden. Streng genommen ist „Obamacare“ ein Konzept der Republikaner, das nur deshalb noch nicht verabschiedet wurde, weil es aus der „falschen“ politischen Ecke kommt.

Betrachtet man die in diesem Heft versammelten Beiträge in ihrer Gesamtheit, verdeutlichen sie vor allem eines: Es ist ein wesentlich höheres Maß an Veränderung möglich, als gemeinhin angenommen wird. Dabei geht es keineswegs darum, Systeme oder Reformen zu kopieren. Doch in einem Umfeld mit erheblicher Beharrungstendenz kann der Blick über den deutschen Tellerrand das eigene Denken wieder öffnen und eingefahrenen Diskussionen neue Impulse verleihen. In diesem Sinne ist das vorliegende Heft auch als Plädoyer für mehr Experimentierfreude im Gesundheitswesen zu verstehen. Der Innovationsfonds könnte dafür eine sinnvolle Basis darstellen, wenn er nicht als Reformbremse von den etablierten Akteuren missbraucht wird.

Die Herausgeber