

Muddling Through oder Cold Turkey – Braucht es radikalere Entscheidungen im Gesundheitswesen?

PROF DR. VOLKER E. AMELUNG,
DR. MALTE HARING

Prof. Volker E. Amelung ist Professor für internationale Gesundheitssystemforschung an der Medizinischen Hochschule Hannover sowie Geschäftsführer des inav Instituts für angewandte Versorgungsforschung. Seine Forschungsschwerpunkte liegen in den Bereichen integrierte Versorgung, Managed Care sowie in der Beratung von Stakeholdern im Gesundheitswesen

Dr. Malte Haring ist Geschäftsführer des inav Instituts für angewandte Versorgungsforschung und Leiter der Regionalinitiative Mitte/Ost des Bundesverbandes Managed Care. Seine Expertise liegt in der digitalen Transformation sowie in der Konzeption, Implementierung und Evaluation von Innovationen im Gesundheitswesen.

Deutschland fehlt es nicht an Geld im Gesundheitssystem, sondern an schlanken Prozessen, Effizienz und Vergütungsmodellen, die Ergebnisse statt Menge honorieren. Andere Länder zeigen, wie man mit weniger Input zu besseren Outcomes kommen kann. Ist es möglich, die Großbaustellen des Systems mit inkrementellen Reformen zu beseitigen oder brauchen wir einen echten Reset?

1. Eine gute und eine schlechte Nachricht

Die Debatten um das deutsche Gesundheitswesen klingen wie eine Dauerschleife: demografischer Wandel, medizinisch-technologischer Fortschritt, Digitalisierungsrückstau, Fachkräftemangel – und über allem schwebend: der Kostendruck! Der Gesundheitsökonom Hartmut Reiners hat diese Katastrophenszenarien schon vor mehr als zwei Jahrzehnten als Mythen entlarvt (Braun, Kühn & Reiners 1998; Reiners 2009). Vieles von dem, was Reiners beschreibt, ist noch immer aktuell: Die tatsächlichen Herausforderungen sind vielschichtiger als die Mythen, die sich darum herumspinnen. Gleichzeitig sind sie aber lösbar, würde man den Hebel an der richtigen Stelle ansetzen.

Sicherlich ist das leichter gesagt als getan. Forderungen nach radikalen Reformen aufzustellen, hat im deutschen Gesundheitswesen eine lange Tradition. Ihre Umsetzung stellt dagegen eine hochkomplexe Managementaufgabe dar. Entsprechend will sich der vorliegende Beitrag keineswegs in die Riege der Lamentierer einreihen, sondern Impulse geben, welche Strategien im Hinblick auf die drängendsten Herausforderungen sinnvoll sein können.

Die gute Nachricht ist, dass die vielbeschworene Kostenexplosion im Gesundheitswesen bisher ausgeblieben ist. Angemessener ist es, von kontinuierlichen Kostensteigerungen zu sprechen

und allenfalls von Sondereffekten, wie sie beispielsweise durch die Corona-Pandemie temporär ausgelöst wurden. Dass die Einnahmensteigerungen seit 2015 nicht mit den Kostensteigerungen mithalten konnten, ist problematisch. Dieses Defizit den Versicherten in Form von Beitragssatzerhöhungen bzw. Zusatzbeiträgen aufzubürden, wäre aber zu kurz gesprungen.

Die schlechte Nachricht lautet nämlich: In Deutschland bekommen die Versicherten erheblich weniger für ihr Geld als in anderen Ländern. Im internationalen OECD-Vergleich liegen wir mit knapp 8.000 USD pro Kopf weit über dem Mittelwert von etwa 5.000 USD (OECD 2023) (Abb. 1).

Diese hohen Pro-Kopf-Ausgaben spiegeln sich aber weder in der Leistungsfähigkeit unseres Gesundheitssystems noch im Gesundheitszustand der Bevölkerung wider. In einer internationalen Vergleichsstudie des Commonwealth Fund zur Leistungsfähigkeit von Gesundheitssystemen lagen wir im Jahr 2021 noch auf Platz 5 unter den elf verglichenen Industrienationen (Commonwealth Fund 2021). 2024 mussten wir uns gar mit Platz 9 zufriedengeben (Commonwealth Fund 2024). Zur Messung wurden Indikatoren aus den Bereichen Zugang zur Gesundheitsversorgung, Versorgungsprozess, Verwaltungseffizienz, Gerechtigkeit und Ergebnisse der Gesundheitsversorgung (Outcomes) herangezogen. Bei der Lebenserwartung liegen wir mit 83 Jahren

Abbildung 1: Gesundheitsausgaben, erwartete gesunde Lebensjahre von 65-Jährigen und Lebenserwartung bei der Geburt: Ausgewählte europäische Länder im Vergleich.

	Gesundheitsausgaben		Erwartete gesunde Lebensjahre bei 65-Jährigen	Lebenserwartung bei der Geburt
	Pro Kopf in US-Dollar*	Prozent des BIP		
	OECD Ø 4.986	OECD Ø 9,2	EU Ø 9,4	EU Ø 81,7
Deutschland	8.011	12,7	8,7	83
Niederlande	6.729	10,2	9,1	83,4
Frankreich	6.630	12,1	11,3	85,9
Schweden	6.438	10,7	13,9	85,6
Dänemark	6.280	9,5	9,9	84,2
Finnland	5.599	10,0	0,4	85

Quelle: Eigene Darstellung auf Basis von OECD (2023), Eurostat (2025) und Eurostat (2025a)

* Beträge auf Basis von Kaufkraftparitäten

unter den Werten von Nachbarländern wie den Niederlanden, Frankreich oder Dänemark. (Eurostat 2025). Dasselbe gilt im Hinblick auf die Morbidität: Wir verzeichnen mehr Todesfälle durch Krebs als der OECD-Durchschnitt (OECD 2023) und weniger erwartete gesunde Lebensjahre bei 65-Jährigen als der EU-Durchschnitt (Eurostat 2025a).

2. Muddling through oder Cold Turkey?

All diese Zahlen legen den Schluss nahe, dass noch mehr Geld im System nicht zu besseren Ergebnissen führen wird. Schaut man sich die Erfahrungen aus mehreren hundert Innovationsfondsprojekten an, wird deutlich, dass wir es vielmehr mit vollkommen überalterten Systemstrukturen zu tun haben.

So fehlt es erstens nicht am Geld im System, sondern an schlanken Prozessen, Effizienz, regulatorischen Rahmenbedingungen (Stichwort: Selbstverwaltung), digitaler Infrastruktur (Stichwort: ePA), zeitgemäßen Rollen und Zuständigkeiten bei den Gesundheitsberufen und nicht zuletzt an einer ganzheitlichen Perspektive auf das Thema Gesundheit (Stichworte: Prävention und Health in All Policies).

Und zweitens haben wir keinen Mangel an Erkenntnissen, wie man es besser machen könnte. Was wir brauchen, ist vielmehr ein definierter Pfad für den Transfer von Struktur- und Prozessinnovationen in die Versorgung. Mehr als 30 Projekte im Innovationsfonds haben beispielsweise gezeigt, inwiefern Lotsen die Versorgung verbessern können – sei

es in Bezug auf den Zugang zu Gesundheitsleistungen, die Versorgungskoordination, die Adhärenz, das Schließen von Versorgungslücken oder die Prävention. Trotzdem sind Lotsenkonzepte kein fester Bestandteil der Regelversorgung – auch weil die Vergütungslogik im Gesundheitssystem extrem unflexibel und vom Grundsatz her stark arztzentriert ist.

Angesichts der Tatsache, dass die Probleme des Systems lange bekannt und trotzdem weitgehend ungelöst geblieben sind, muss die Frage erlaubt sein: Wurschteln wir uns weiter durch mit kleinen schrittweisen Reformen und Kompromissen (Muddling through) – oder wagen wir es, einen radikalen Schnitt zu machen (Cold Turkey) und grundsätzliche Mechanismen des Gesundheitssystems ganz neu aufzusetzen?

Ein echter Reset würde insbesondere in folgenden Bereichen eine große Hebelwirkung entfalten:

1. Leistungsmengen bzw. Inanspruchnahmen, beispielsweise bei den Arztbesuchen und bei den Krankenhausaufenthalten. Bei den Arztbesuchen pro Person pro Jahr liegen wir nämlich mit durchschnittlich 9,7 ebenfalls deutlich über dem OECD-Durchschnitt von 6,5 (OECD 2025). Dasselbe gilt für Krankenhausaufenthalte (gemessen an der Anzahl der Krankenhausesentlassungen): Während der OECD-Durchschnitt 2023

bei 128 pro 1.000 Einwohner lag, verzeichnete Deutschland mit 202 Entlassungen pro 1.000 Einwohner die zweithöchste Rate unter den 36 verglichenen Ländern (OECD 2025).

2. Konsequente Patientensteuerung nach dem Leitmotiv „digital vor ambulant vor stationär“: Auf diese Weise lässt sich Versorgung systematisch an Bedarfsgerechtigkeit, Effizienz und Patientensicherheit ausrichten. Digitale Angebote ermöglichen einen frühzeitigen, niedrigschwelligen Zugang zur Versorgung, unterstützen Triage, Selbstmanagement und Verlaufskontrolle und vermeiden unnötige physische Kontakte. Ambulante Versorgung ist – wo medizinisch vertretbar – der stationären Behandlung vorzuziehen, da sie patientennäher, risikoärmer und kosteneffizienter ist und zugleich die knappen stationären Kapazitäten für komplexe und akute Fälle freihält. Internationale Erfahrungen zeigen, dass Länder mit klarer Patientensteuerung dieses Prinzip bereits konsequenter umsetzen: In Dänemark und Estland sind digitale Erstkontakte, elektronische Überweisungen und zentrale Patientenakten fest etabliert; die Niederlande

Gleichwohl gelingt es Value-based Care besser als Konzepten wie Managed Care oder Integrierte Versorgung zu kommunizieren, worum es in der Gesundheitsversorgung grundsätzlich gehen muss: um den Wert der Gesundheit für den einzelnen Patienten.

und Großbritannien setzen stark auf hausärztliche Gatekeeping-Modelle mit digital unterstützter Triage, wodurch der direkte Zugang zur stationären Versorgung systematisch begrenzt wird.

3. Delegation und Substitution: Eine radikale Neuordnung von Rollen und Zuständigkeiten der Gesundheitsberufe birgt mehrere Chancen: Ärztliche Kapazitäten werden für die Tätigkeiten freigehalten, für die tatsächlich ärztliche Expertise notwendig ist. Ein breiteres und zugleich differenzierte-

res Tätigkeits- und Rollenspektrum nicht-ärztlicher Gesundheitsberufe wertet diese auf und macht sie attraktiver. Bei gleichzeitigem Einsatz digitaler Tools würde das gesamte Gesundheitspersonal entlastet, was sich ebenfalls positiv auf die Motivation und die Gesundheit der im Gesundheitswesen Tätigen auswirkt. Rollen wie Nurse Practitioners, Advanced Nurse Practitioners und Physician Assistants sind in zahlreichen Ländern, darunter die Niederlande, Großbritannien, Kanada und die USA, bereits fest etabliert. Die deutsche Zurückhaltung bei dieser Thematik ist sachlich kaum begründbar, sondern vielmehr den Interessenlagen innerhalb der Selbstverwaltung geschuldet.

3. Value-based Care – oder das fehlende Geschäftsmodell für Qualität

Ein wesentliches Problem des deutschen Gesundheitssystems besteht darin, dass wir vorrangig Menge honorieren statt Qualität. Auf den Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM), der das dominante Vergütungsmodell für den ambulanten Bereich darstellt, trifft dies ohnehin zu. Aber auch die Diagnosis Related Groups (DRG), die im stationären Bereich eine Pauschalvergütung pro Fall vorsehen, stellen nicht den Qualitätsgedanken in den Vordergrund, sondern zielen in erster Linie auf Effizienz und Kostenkontrolle ab. De facto hat die Einführung von DRGs allerdings weder zu einer Verkürzung der durchschnittlichen Verweildauer noch zu Kosteneinsparungen geführt (Messerle & Schreyögg 2024). Als kleines positives Beispiel ist dagegen die Einführung von Selektivverträgen zu nennen, die sowohl qualitäts- als auch effizienzorientierte Vergütungskomponenten beinhalten können. Allerdings machen Selektivverträge nur einen Anteil von geschätzt zwei Prozent der Gesamtausgaben in der GKV aus. Was wir brauchen, ist also ein echter Paradigmenwechsel in der Finanzierungslogik des Systems (Arnold et al. 2020).

Das Konzept Value-based Care (VBC) könnte als strategischer Ansatz dienen, um dieses Vorhaben voranzubringen (Porter & Teisberg 2006). Anstatt Leistungsmengen (Output)

zu vergüten, richtet es den Fokus auf Behandlungsergebnisse (Outcomes). Value wird dabei definiert als Patientennutzen, der aus dem Verhältnis von Outcomes geteilt durch Kosten ermittelt wird. Lassen wir uns von dieser einfach klingenden Formel aber nicht täuschen: Value so zu beziffern, wie Porter und Teisberg es skizzieren – auf Patientenebene über den gesamten Zyklus einer Erkrankung – wäre ein extrem anspruchsvolles Unterfangen, insbesondere vor dem Hintergrund einer wachsenden Zahl von Menschen mit multimorbiden Krankheitsbildern. Gleichwohl gelingt es Value-based Care besser als Konzepten wie Managed Care oder Integrierte Versorgung zu kommunizieren, worum es in der Gesundheitsversorgung grundsätzlich gehen muss: um den Wert der Gesundheit für den einzelnen Patienten. Patientinnen und Patienten möchten weder „gemanagt“ noch „integriert versorgt“ werden. Sie möchten ein Gesundheitswesen, in dem sie nicht „das Knie“, „die Hüfte“ oder „der Diabetes-Fall“ sind, sondern ein Mensch mit dem Bedürfnis nach bestmöglicher Versorgung.

In einem System, das lange Zeit von einer gewissen Wagenburg-Mentalität geprägt war, ist das Mindset hinter Value-based Care zeitgemäß und die Agenda ist richtig gesetzt. Was die Finanzierungslogik betrifft, erfinden VBC-Programme das Rad aber keineswegs neu, sondern sie greifen auf Vergütungsmodelle zurück, die bereits existierten und sich grob unter dem Begriff Bundled Payments bzw. Fallpauschalen fassen lassen. Einige exemplarische Beispiele aus dem internationalen Umfeld zeigen, wie eine solche qualitätsorientierte Vergütung aussehen kann:

- In Taiwan konnte für einen Bundled-Payment-Ansatz bei Brustkrebsbehandlungen in einer Studie mit 17.000 Patientinnen aufgezeigt werden, dass die Fünf-Jahres-Überlebensquoten höher waren und die Behandlungskosten stabil blieben, während sie im Fee-for-Service-Modell stiegen (Wang et al. 2016).
- Im Rahmen des Programms „Bundled Payments for Care Improvement“ (BPCI) der US Medicare/Medicaid konnte die Cleveland Clinic eine ganzheitliche Versorgung bei Knie- bzw. Hüftgelenkersatz realisieren. Der

Ansatz führte u. a. zu kürzeren Krankenhausaufenthalten und Kosteneinsparungen bei leicht verbesserten Outcomes und gleichbleibender Patientenzufriedenheit. (Mouille 2016)

- Ein Scoping Review zu Bundled Payments im Bereich der orthopädischen Chirurgie ergab, dass diese zu Kosteneinsparungen führen ohne Einbußen im Hinblick auf die klinischen Ergebnisse (Hider et al. 2023).

Dem Konzept Value-based Care liegt zudem die Annahme zugrunde, dass schlanke Prozesse und gute Organisation eher zu besseren Ergebnissen führen als umständliche Prozesse und schlechte Organisation. Somit liefert eine Outcome-orientierte Vergütung gleichzeitig Anreize für Effizienzsteigerungen. Weiterhin gehört interdisziplinäre, berufsgruppenübergreifende Zusammenarbeit zu den Erfolgsfaktoren von Value-based Care. Aber auch in diesem Bereich hinkt Deutschland hinterher.

4. Ressource Personal – Was macht Deutschland falsch?

Der Fachkräftemangel gehört sicherlich zu den meistdiskutierten Entwicklungen der letzten Jahre. Insbesondere im Gesundheitswesen wird schon jetzt vielfach der Notstand ausgerufen. Tatsächlich befindet sich Deutschland aber in einer vergleichsweise komfortablen Situation: Mit 4,5 praktizierenden Ärztinnen und Ärzten pro 1.000 Einwohner belegen wir Platz 5 unter den 37 OECD-Ländern (Durchschnitt: 3,7). Ebenso liegen wir mit zwölf Pflegekräften pro 1.000 Einwohner deutlich über dem OECD-Durchschnitt von 9,2. (OECD 2023).

Diese Zahlen bedeuten keineswegs, dass sich in deutschen Krankenhäusern irgendjemand auf einem übererfüllten Personalschlüssel ausruhen könnte. Sie zeigen lediglich einmal mehr, dass es uns nicht gelingt, effizient mit der Ressource Personal umzugehen. So bescheinigt etwa das Gutachten 2024 des Sachverständigenrats Gesundheit & Pflege dem deutschen Gesundheitswesen „strukturelle Defizite“, die zu einer „Über-, Unter- und Fehlallokation vorhandener Fachkräfte“ führen (Sachverständigenrat Gesundheit & Pflege 2024).

Eine Ursache dürfte in der Aufgabenverteilung liegen: In unserem arztzentrierten Gesundheitssystem werden viele

Aufgaben, die auch von Pflegefachkräften oder Medizinischen Fachangestellten (MFA) erledigt werden könnten, nach wie vor von Ärztinnen und Ärzten durchgeführt. Das bindet zum einen wertvolle ärztliche Ressourcen. Zum anderen verbleiben Chancen, die auf die Attraktivität nicht-ärztlicher Gesundheitsberufe einzahlen würden – von einem breiteren Tätigkeitsspektrum über verantwortungsvollere Aufgaben bis hin zu mehr interdisziplinärer Zusammenarbeit. International zeigen Teammodelle, dass Aufgaben sinnvoll delegiert, Zufriedenheit gesteigert und Versorgung effizienter gestaltet werden können – und zwar ohne

Das Ergebnis ist ein permanentes „Leben von der Hand in den Mund“, das strategische Entwicklung verhindert und ein Denken in Business Cases systematisch ausbremst.

Einbußen in der Versorgungsqualität (Chukwu et al. 2023). Daran gekoppelt ist auch eine stärkere Differenzierung bei den Gesundheitsberufen, etwa in Form von Advanced Practice Nurses, Physician Assistants oder Spezialisierungen in Bereichen wie Mental Health oder Palliativmedizin. Mehr Vielfalt bei den Gesundheitsberufen ermöglicht interessante Karrierepfade und trägt zu einer höheren Attraktivität der Branche bei. Deutschland steht hier erst am Anfang einer Entwicklung, die beispielsweise in Großbritannien bereits weit fortgeschritten ist und auf eine lange Tradition zurückblicken kann.

Zudem könnte der konsequente Einsatz digitaler Anwendungen sämtliche Gesundheitsberufe entlasten, sei es in Form von automatischen Dokumentationen, Spracherkennungssystemen, Pflegerobotik oder Medikationsunterstützung. In den Niederlanden nutzen mittlerweile zahlreiche Krankenhäuser die KI Dragon Copilot (Microsoft Cloud for Healthcare) zur Dokumentation, während in Deutschland weiterhin über Datenschutz diskutiert wird, statt in großem Stil in Digitalisierung zu investieren.

Nicht zuletzt agieren viele Arbeitgeber an den Bedürfnissen der Mitarbeitenden vorbei. Verschiedene Umfragen zeigen,

dass neben einer attraktiven Vergütung die Vereinbarkeit von Familie und Beruf, verlässliche Arbeitszeiten und ein partizipativer Führungsstil zu den wichtigsten Aspekten für einen Verbleib im Beruf zählen (Bundesministerium für Gesundheit 2023). Eine Studie der Arbeitnehmerkammer Bremen ermittelte ein Potenzial von zusätzlichen 300.000 Vollzeit-Pflegefachkräften, wenn die Arbeitsbedingungen in der Pflege verbessert würden. Diese Zahl ergibt sich aus Pflegefachkräften in Teilzeit, die unter besseren Bedingungen ihre Arbeitszeit aufstocken würden, sowie aus verschiedenen Pflegefachkräften, die dann bereit wären, in ihren Beruf zurückzukehren. (Auffenberg et al. 2022).

In Bezug auf die Ressource Personal bleibt überdies zu hoffen, dass die Zeit zugunsten einer „automatischen“ Systemtransformation spielt. Zum einen geht mit der Generation der sog. Boomer eine relevante Anzahl männlicher Ärzte in den nächsten Jahren in den Ruhestand. Zum anderen hat sich der Anteil der Frauen an den Medizinstudierenden in den letzten zwei Jahrzehnten kontinuierlich erhöht. Im Jahr 2023 betrug er mit 63 Prozent deutlich mehr als die Hälfte. Zahlreiche Studien belegen, dass Frauen in Führungspositionen einen stärker partizipativen, team- und konsensorientierten Führungsstil pflegen als Männer (van Engen & Willemsen 2004; Amelung et al. 2020). Vor diesem Hintergrund dürften sich (noch immer) extrem hierarchisch organisierte Einrichtungen wie Krankenhäuser stärker öffnen in Bezug auf Aspekte wie Kollaboration, Wertschätzung und die Vereinbarkeit von Familie und Beruf. Aber auch regulatorische Themen, die traditionell mit der Souveränität der ärztlichen Tätigkeit verknüpft werden, können in diesem Zuge neuen Schub bekommen. Dazu gehören etwa Delegation und Substitution, die interdisziplinäre und sektorenübergreifende Versorgung und die bereits angesprochene Flexibilisierung der Berufsbilder.

Denn seien wir ehrlich: Unser Gesundheitssystem, wie es heute funktioniert, wurde vorrangig von den vielzitierten „alten weißen Männern“ gestaltet, die ihre Positionen in den Selbstverwaltungsgremien, Verbänden, Körperschaften

und Fachgesellschaften teilweise seit Jahrzehnten innehaben.

Ein konsequentes Hinterfragen der Selbstverwaltungsstrukturen könnte ebenfalls zu Effizienzgewinnen im System beitragen.

5. Investieren statt Verwalten – Warum dem System der lange Atem fehlt

Ein weiteres bislang unterschätztes Strukturproblem des deutschen Gesundheitssystems liegt in seinem ausgeprägt kameralistischen Denken. Die Logik des Systems ist stark auf kurzfristige Haushaltsausgleiche ausgerichtet: Der Zeithorizont endet faktisch am Jahresende. Investitionen, deren Nutzen sich erst mittel- bis langfristig entfaltet, haben es unter diesen Bedingungen schwer. Das Ergebnis ist ein permanentes „Leben von der Hand in den Mund“, das strategische Entwicklung verhindert und ein Denken in Business Cases systematisch ausbremst.

Besonders deutlich wird dies in der seit Jahrzehnten geführten Präventionsdebatte. Obwohl der Zusammenhang zwischen präventiven Maßnahmen, besserer Gesundheit und langfristiger Kostenstabilisierung gut belegt ist (van der Vliet et al. 2020), führt der Bereich der Prävention ein Schattendasein, sowohl in der gesundheitspolitischen Debatte als auch beim Ausgabenvolumen (ca. 4 %). Der Grund ist nicht mangelnde Evidenz, sondern ein fehlender Investitionshorizont: Prävention rechnet sich selten innerhalb einer Legislaturperiode oder eines Haushaltsjahres. Hinzu kommt, dass Prävention die Grenzen der Sozialgesetzbücher herausfordert: Ob es um die Förderung von Gesundheitskompetenz, gesunde Ernährung in Kitas und Schulen oder Social-Media-Restriktionen für Kinder und Jugendliche unter 16 Jahren geht, wie sie beispielsweise in Australien eingeführt wurden – die Bandbreite der Themen kann nicht allein im Verantwortungsbereich der Krankenkassen liegen.

Aber auch zentrale Transformationsfelder wie Digitalisierung oder die Reform der Krankenhauslandschaft erfordern ein längerfristiges Denken. Der Aufbau interoperabler digitaler Infrastrukturen, die Modernisierung klinischer Prozesse oder der gezielte Abbau von Überkapazitäten sind klassische In-

vestitionsthemen. Gleichwohl werden sie im politischen Diskurs häufig wie konsumtive Ausgaben behandelt.

Selbst der Innovationsfonds, der als eine Art Forschungs- und Entwicklungsbudget des Gesundheitssystems fungiert, verdeutlicht die strukturelle Zurückhaltung gegenüber Investitionen. Mit einem Volumen von rund 200 Millionen Euro jährlich entspricht er weniger als 0,1 Prozent der GKV-Gesamtausgaben. Angesichts der Größe und Komplexität des Systems ist dies ein bemerkenswert geringer Betrag – und selbst der wird immer wieder infrage gestellt.

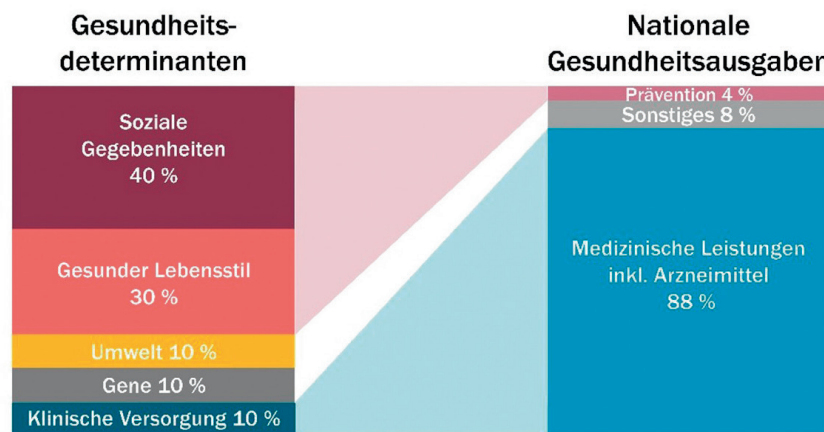
Die größte Baustelle bleibt jedoch die Vergütung. Die bestehenden Vergütungssysteme prägen die Logik des gesamten Systems und fördern ein Denken in kleinsten Einheiten, Leistungen und Mengen. Sie sind nicht darauf ausgelegt, Wert, Qualität oder nachhaltige Ergebnisse zu honorieren, sondern ausschließlich Output. Diese Logik trägt erheblich zur Demotivation vieler Akteure bei und konterkariert Reformbemühungen an anderer Stelle. Eine radikale Reform der Vergütungssysteme ist ohne Frage hochkomplex – sie erfordert einen übergeordneten Masterplan, eine klare Vision für das deutsche Gesundheitssystem und die Bereitschaft, Zeit in konzeptionelle Tiefe zu investieren.

Kleinteiliger Aktionismus und permanentes Nachjustieren werden aber nicht zum Erfolg führen. Stattdessen braucht es einen strategischen Rahmen, der Akteure mitnimmt, Investitionen ermöglicht und den Mut hat, größer zu denken. Andernfalls bleibt das System im Modus des Durchwurschtelns gefangen.

6. Population Health: Vom Reparaturbetrieb zum Gesunderhaltungssystem

Mutig wäre es, in diesem Zusammenhang nicht nur die System- und Vergütungsstrukturen, sondern unsere Sichtweise auf das Gesundheitssystem insgesamt einmal auf den Prüfstand zu stellen. Wir wissen seit Langem, dass Gesundheit in hohem Maße von verschiedenen sozialen Determinanten beeinflusst wird (Marmot & Wilkinson 2003). Dazu gehören beispielsweise Bildung, Geschlecht, Ethnizität, sozio-ökonomischer Status, Arbeitsbedingungen, politische Verhältnisse sowie soziale und kulturelle Normen. Ein gesunder

Abbildung 2: Soziale Determinanten der Gesundheit vs. nationale Gesundheitsausgaben.



Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Tarlov (1999) und OECD (2014)

Lebensstil, Umwelteinflüsse und Gene sind weitere Faktoren, die sich auf unsere Gesundheit auswirken (Tarlov 1999). Die unmittelbare medizinisch-pflegerische Behandlung hat in diesem Einflussmix einen verhältnismäßig geringen Anteil von zehn Prozent – aber es fließen 88 Prozent der Gesundheitsausgaben hinein (OECD 2014)!

Abbildung 2 verdeutlicht das Missverhältnis: Wenn soziale Gegebenheiten und ein gesunder Lebensstil 70 Prozent unserer Gesundheit determinieren, kann es nicht richtig sein, dass nur 4 Prozent unserer Gesundheitsausgaben für Prävention verwendet werden. Aktuell gleicht unser Gesundheitssystem einem Reparaturbetrieb: Gehandelt wird in der Regel erst, wenn Krankheit sich bereits manifestiert hat. Ein Grundsatz aus der Kybernetik besagt, dass es weniger aufwendig ist, Störungen zu antizipieren und zu vermeiden, als Schäden im Nachhinein zu korrigieren (Forrester 1961) – oder wie es die WHO (2008) formuliert: „Prevention is better than cure.“ (Vorbeugen ist besser als Heilen.) Ein System, das gesundheitsorientiert statt krankheitsorientiert agiert, ist nicht nur mit mehr Lebensqualität für die Betroffenen verbunden, sondern würde auch erhebliche Kapazitäten aufseiten des Gesundheitspersonals freisetzen. Mit anderen Worten: Wir müssen die Prävention aus der „Mottenecke“ holen, ihr einen höheren Stellenwert verschaffen und alle verfügbaren Instrumente einsetzen – von Online-Kampagnen über Schulunterricht bis hin zu Predictive Modelling und personalisierter Prävention.

Natürlich ruft das den Widerstand derjenigen auf den Plan, die sich im jetzigen System gut eingerichtet haben. Aber abgesehen davon, dass den Behandelnden sicher nicht so bald die Patientinnen und Patienten ausgehen werden, kann ein präventives System ohnehin nicht allein auf den Schultern des Gesundheitsressorts lasten.

Dem Umstand, dass es zahlreiche Berührungspunkte es zwischen gesundheitlicher und sozialer Versorgung gibt, wird mittlerweile an einigen Orten Rechnung getragen: Lokale Gesundheitszentren, wie sie beispielsweise von der Robert Bosch Stiftung gefördert werden, decken ein breites Leistungsspektrum ab, das von primärmedizinischen Leistungen bis hin zu Sozialberatung und Gemeinwesenarbeit reicht. Umfassende Prävention geht aber noch weit darüber hinaus: Im Sinne von Health in All Policies (Gesundheit in allen Politikbereichen) wird Gesundheit zu einer Querschnittsaufgabe, an der zahlreiche Sektoren wie Bildung, Arbeit, Umwelt, Landwirtschaft, Stadtentwicklung, Energie, Forschung, Verkehr und Wirtschaft mitwirken. Die große Herausforderung besteht darin, Verantwortlichkeiten für Maßnahmen und deren Finanzierung zu orchestrieren.

7. Lernen von anderen – Warum Kopieren kein Makel ist

Eine der paradoxesten Eigenheiten des deutschen Gesundheitssystems besteht darin, dass nahezu jede Reform so behandelt wird, als müsse sie vollständig

neu erfunden werden. Internationale Erfahrungen werden zwar zur Kenntnis genommen, aber selten systematisch genutzt. Dabei ist das Kopieren und Anpassen bewährter Versorgungskonzepte kein Ausdruck von Ideenarmut, sondern von strategischer Reife.

Zahlreiche Länder stehen vor vergleichbaren demografischen, finanziellen und personellen Herausforderungen – und haben zum Teil deutlich früher reagiert. In Großbritannien, Kanada oder den nordischen Ländern sind erweiterte Kompetenzen für Pflegeberufe seit Jahren etabliert (WHO 2020). Telemedizin ist beispielsweise in Estland oder Dänemark kein Nischenphänomen, sondern integraler Bestandteil der Regelversorgung (Tiik 2021, Vrangbaek 2024).

Auch in Deutschland lassen sich erste Schritte in diese Richtung beobachten. Das Projekt „Parkinson Aktiv“ greift internationale Konzepte der interdisziplinären, bewegungsorientierten Versorgung auf und überträgt sie in den deutschen Kontext. Ebenso stützt sich das Primärversorgungsmodell HÄPPI des Hausärztesverbandes auf internationale Vorbilder. Diese Beispiele zeigen: Der Transfer funktioniert – wenn man ihn zulässt.

Umso schwerer nachvollziehbar ist, warum zentrale Infrastrukturprojekte wie die elektronische Patientenakte über Jahre hinweg einen nahezu singulären Sonderweg eingeschlagen haben. Anstatt auf international etablierte Standards und Erfahrungen zurückzugreifen, wurde versucht, eine spezifisch deutsche Lösung zu entwickeln – mit den bekannten Verzögerungen und Akzeptanzproblemen (Bertelsmann Stiftung 2023).

Ein systematischer Blick über den Tellerrand, das Identifizieren von Best Practices und deren strukturierte Anpassung an nationale Rahmenbedingungen könnten Reformprozesse erheblich beschleunigen. Gerade in einem System, das unter hohem Veränderungsdruck steht, ist Zeit ein kritischer Faktor. Internationale Erfahrungen sind daher kein Nice-to-have, sondern eine strategische Ressource.

8. Erfolg messen: Ohne Evaluation keine Entwicklung

Die Wege zu einem effizienteren, gesundheitsorientierten System sind vielfältig. Doch wo immer wir auch ansetzen, ist

es unerlässlich das Messen der jeweiligen Maßnahme von vornherein mitzudenken. Entwicklung wird nur sichtbar, wenn wir markieren, von wo aus wir gestartet sind, und Erfolge können wir nur feiern, wenn wir vorab ein messbares Ziel formulieren.

Wissenschaftliche Evaluationen zeigen anhand von validen Zahlen auf, welche Effekte eine Maßnahme hervorgebracht hat. Sie schaffen Transparenz darüber, ob die Ressourcen aller beteiligten Akteure sinnvoll und zielführend eingesetzt wurden. Nicht zuletzt liefern sie eine Orientierungshilfe für Verbesserungsmöglichkeiten und stellen somit einen wichtigen Baustein der Qualitätssicherung dar.

Auch die Politik hat mittlerweile den Nutzen von Evaluationen erkannt. Begleitstudien zu Gesetzesreformen, wie sie beispielsweise im Rahmen des Krankenhauszukunftsgesetzes mit dem DigitalRadar Krankenhaus durchgeführt werden, sind ein wertvolles Instrument zur Politikfolgenabschätzung. Die Bedeutung einer kritischen Überprüfung der eigenen politischen Entscheidungen wird vor dem Hintergrund angespannter Haushaltslagen vermutlich zukünftig weiter zunehmen.

9. Fazit – Mut zur Transformation

Dass wir am deutschen Gesundheitssystem etwas ändern müssen, liegt auf der Hand. Das ungünstige Verhältnis zwischen Gesundheitsausgaben (Input) und Ergebnissen (Outcomes), wie sie eingangs dargestellt wurden, ist für ein Land, das sich über Jahrzehnte hinweg für die Leistungsfähigkeit seines Gesundheitssystems rühmen konnte, nicht akzeptabel. Unser institutioneller „Code“ im Hinblick auf Sektorengrenzen, Vergütungslogiken oder Berufsbilder ist veraltet. Neue Komponenten wie die stärkere Verzahnung von Health Care und Social Care sowie substanzielle Investitionen in Prävention sind längst überfällig.

Doch Mut allein wird nicht ausreichen. Es braucht auch ein höheres Maß an Radikalität. Dazu gehört die Bereitschaft, gewachsene Partikularinteressen infrage zu stellen. Viele internationale Beispiele zeigen, dass erweiterte Kom-

petenzen für Pflegeberufe, Impfungen in Apotheken oder der breite Einsatz von Telemedizin weder die Versorgungsqualität gefährden noch die ärztliche Tätigkeit entwerten – im Gegenteil: Sie erhöhen Zugänglichkeit, Effizienz und Patientenzufriedenheit.

Ebenso lohnt sich der konsequente Blick ins Ausland, um zu verstehen, was anderswo bereits funktioniert. Andere Gesundheitssysteme haben vorgemacht, dass Transformation möglich ist, wenn politische Führung, klare Zielbilder und

Wir dürfen nicht gegen die Kräfte im System agieren, sondern gemeinsam mit ihnen – ohne dass wir uns am Ende mit einem Kompromiss auf dem kleinsten gemeinsamen Nenner zufriedengeben.

langfristiges Investitionsdenken zusammenkommen. Deutschland muss nicht alles selbst erfinden – aber es muss endlich den Mut haben, bewährte Lösungen zu übernehmen und an die eigenen Rahmenbedingungen anzupassen.

Aktuell geben wir uns mit zu wenig zufrieden: Das viele Geld im System muss zu besseren Outcomes führen. Die hohe Kunst wird darin bestehen, eine positive Stimmung für Veränderung zu schaffen. Das wird nur gelingen, wenn wir Allianzen schmieden und die Akteure auf dem Weg mitnehmen, und zwar insbesondere diejenigen, die eine hohe Versorgungslast tragen, allen voran Ärztinnen und Ärzte in der Primärversorgung sowie Pflegekräfte. Wir dürfen nicht gegen die Kräfte im System agieren, sondern gemeinsam mit ihnen – ohne dass wir uns am Ende mit einem Kompromiss auf dem kleinsten gemeinsamen Nenner zufriedengeben.

Wer die Funktionsweise des Systems kennt, weiß, dass eine vollständige Neuprogrammierung nicht über Nacht möglich ist. Aber ohne klare Vision, ohne strategische Prioritäten und ohne die Bereitschaft zu tiefgreifenden Eingriffen wird das System weiter an Leistungsfähigkeit verlieren. Expertise, Ressourcen und Wissen sind vorhanden. All das gilt es, in eine echte Transformation zu übersetzen.

Literatur

- Amelung, V. E.; Eble, S.; Sjuts, R.; Ballast, T.; Hildebrandt, H.; Knieps, F.; Lägell, R.; Ex, P. (Hrsg.) (2020).** Die Zukunft der Arbeit im Gesundheitswesen. Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft
- Amelung, V. E.; Stein, V.; Suter, E.; Goodwin, N.; Nolte, E.; Balicer, R. (Hrsg.) (2021).** Handbook Integrated Care. 2nd ed. Springer
- Arnold, M.; Klähn, A. K.; Dubois, C.; Walter, D.; Walker, J.; Amelung, V. E. (2020)** How Would Bundled Payment Look Like in Germany? A Simulation for the Case of Heart Disease. *Value in Health* 23, Suppl. 2
- Auffenberg, J.; Becka, D.; Evans, M.; Kokott, N.; Schleicher, S.; Braun, E. (2022)** „Ich pflege wieder, wenn ...“ Potenzialanalyse zur Berufsrückkehr und Arbeitsplatzaufstockung von Pflegefachkräften. Hrsg. Arbeitnehmerkammer Bremen
- Bertelsmann Stiftung (2023)** SmartHealthSystems – Deutschland: Digital Health im europäischen Vergleich. <https://www.bertelsmann-stiftung.de/de/publikationen/publikation/did/smarthealthsystems>
- Braun, B.; Kühn, H.; Reiners, H. (1998)** Das Märchen von der Kostenexplosion: Populäre Irrtümer zur Gesundheitspolitik. Fischer
- Bundesministerium für Gesundheit (2023)** Pflegearbeitsplatz mit Zukunft. Die Ergebnisse der Studie zur Arbeitsplatzsituation in der Akut- und Langzeitpflege auf einen Blick. Broschüre
- Chukwu, O. A., Nnogo, C. C. & Essue, B. (2023).** Task shifting to nonphysician health workers for improving access to care and treatment for cancer in low- and middle-income countries—a systematic review. *Research in Social And Administrative Pharmacy*, 19(12), 1511–1519. <https://doi.org/10.1016/j.sapharm.2023.08.010>
- Commonwealth Fund (2021)** Mirror, Mirror 2021: Reflecting Poorly: Health Care in the U.S. Compared to Other High-Income Countries. Commonwealth Fund. <https://www.commonwealthfund.org/publications/fund-reports/2021/aug/mirror-mirror-2021-reflecting-poorly>
- Commonwealth Fund (2024)** Mirror, Mirror 2024: A Portrait of the Failing U.S. Health System. Commonwealth Fund. *Mirror, Mirror 2024: A Portrait of the Failing U.S. Health System – Comparing Performance in 10 Nations*
- van Engen, M. L.; Willemssen, T. M. (2004).** Sex and leadership styles: A meta-analysis of Research Published in the 1990s. *Psychological Reports*, 94(1), 3–18. <https://doi.org/10.2466/PRO.94.1.3-18>
- Eurostat (2025)** Europäische Union: Lebenserwartung bei der Geburt in den Mitgliedstaaten im Jahr 2023. <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/954/umfrage/lebenserwartung-bei-geburt-in-ausgewaehlten-laendern-der-europaeischen-region/>
- Eurostat (2025a)** Gesunde Lebensjahre im Alter von 65 Jahren, nach Geschlecht. https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/tepsr_sp320/default/table?lang=de
- Forrester, J. W. (1961) *Industrial Dynamics*. MIT Press
- Hager, L.; Hahn, U.; Knieps, F.; Klapper, B.; Lutz, B.; Simon, B.; Nüsken, J. (Hrsg.) (2024)** Gemeinschaftsprojekt Gesundheit. Wie Value-Based Care das Gesundheitswesen neu erfindet. Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft
- Hider, A. M.; Gomez-Rexrode, A. E.; Agius, J.; MacEachern, M. P.; Ibrahim, A. M.; Regenbogen, S. E; Berlin, N. L. (2023).** Association of bundled payments with spending, utilization, and quality for surgical conditions: A scoping review. *The American Journal Of Surgery*, 229, 83–91. <https://doi.org/10.1016/j.amjsurg.2023.12.009>
- Marmot, M.; Wilkinson, R. (Hrsg.) (2003)** Social Determinants of Health. The Solid Facts. WHO, 2. Aufl. Regional Office for Europe. <https://iris.who.int/handle/10665/326568>
- Messerle, R. & Schreyögg, J. (2023).** Country-level effects of diagnosis-related groups: evidence from Germany’s comprehensive reform of hospital payments. *The European Journal Of Health Economics*, 25(6), 1013–1030. <https://doi.org/10.1007/s10198-023-01645-z>
- Mouille, B.; Higuera, C.; Woicovich, L.; Deadwiler, M. (2016)** How to Succeed in Bundled Payments for Total Joint Replacement. *NEJM Catalyst*, October 24, 2016. <https://catalyst.nejm.org/doi/full/10.1056/CAT.16.0596>
- OECD (2014)** Health at a Glance: Europe 2014. OECD Publishing
- OECD (2023)** Health at a Glance 2023: OECD Indicators. OECD Publishing
- Porter, M. E., Teisberg, E. O. (2006)** Redefining Health Care: Creating Value-Based Competition on Results. Harvard Business School Press
- Reiners, H. (2009)** Mythen der Gesundheitspolitik. Hans Huber
- Sachverständigenrat Gesundheit & Pflege (2024)** Fachkräfte im Gesundheitswesen. Nachhaltiger Einsatz einer knappen Ressource. <https://www.svr-gesundheit.de>
- Tiik, M (2021)** The Road to eHealth in Estonia: Lessons Learned and Future Opportunities and Challenges. *European Journal of Public Health*, 31(Supplement_3). <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckab164.431>
- van der Vliet, N., Suijkerbuijk, A. W. M., de Blaeij, A. T., de Wit, G. A., van Gils, P. F., Staatsen, B. A. M., Maas, R., & Polder, J. J. (2020).** Ranking preventive interventions from different policy domains: What are the most cost-effective ways to improve public health? *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(6), 2160. <https://doi.org/10.3390/ijerph17062160>
- Vrangbaek, K (2024)** Monitoring the digital healthcare transition in Denmark: Challenges, achievements and future. *European Journal of Public Health*, 34(Supplement_3). <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckae144.075>
- Wang, C. J.; Cheng, S. H.; Wu, J.; Lin, Y.; Kao, W.; Lin, C.; Chen, Y.; Tsai, S.; Kao, F.; Huang, A. T. (2016)** Association of a Bundled-Payment Program With Cost and Outcomes in Full-Cycle Breast Cancer Care. *JAMA Oncology*, 3(3), 327. <https://doi.org/10.1001/jamaoncol.2016.4549>
- WHO (2008)** Closing the gap in a generation: Health equity through action on the social determinants of health. Commission on Social Determinants of Health. <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-IER-CSDH-08.1>
- WHO (2020)** State of the world’s nursing 2020: Investing in education, jobs and leadership. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240003279>
- WHO (2022)** The role of pharmacists in public health. WHO Regional Office for Europe.