

1 Gesundheitssysteme: Ein internationaler Überblick

Andreas Ochs und David Matusiewicz

Weltweit verfügen fast alle Staaten über ein Gesundheitssystem in der einen oder anderen Form, um eine Gesundheitsversorgung der Bevölkerung in einem bestimmten Maß bereitzustellen. Wie diese Staaten dabei ihre Gesundheitssysteme organisieren, ist individuell sehr unterschiedlich. Dennoch lassen sich gewisse grundlegende Organisationsprinzipien erkennen und typisieren. Diese werden im vorliegenden Kapitel in einführender und abstrakter Form beschrieben, wobei von der Darstellung von Gesundheitssystemen einzelner Länder (mit Ausnahme von kurzen Praxisbeispielen) abgesehen wird.

Im ersten Abschnitt wird ein Verständnis des Begriffes „Gesundheitssystem“ erarbeitet und anschließend die Frage diskutiert, welchen Beitrag ein Gesundheitssystem zur Gesundheit der Bevölkerung leistet. Der zweite Abschnitt beschreibt

in kurzer Form die zentralen und nahezu universellen gesundheitspolitischen Ziele und wie die Gesundheitssysteme sie weltweit verfolgen. Der dritte Abschnitt setzt sich mit der Frage auseinander, ob sich Gesundheitssysteme in einer bestimmten Art und Weise typisieren lassen und stellt anschließend die zentralen Organisationsmöglichkeiten bezüglich Finanzierung, Leistungserbringung und Vergütung von Leistungen überblicksartig dar. Die beiden nächsten Abschnitte stellen die Praxis eines Gesundheitssystemvergleichs knapp vor. Das Vorgehen bei einem Gesundheitssystemvergleich wird beschrieben, dann folgt ein Überblick über bekannte Gesundheitssystemvergleiche. Im sechsten und letzten Abschnitt wird das Kapitel zusammengefasst und ein Ausblick auf mögliche zukünftige Entwicklungen gegeben.

Akteure, die Forschung und Beratung durch Makroanalysen des Gesundheitssystems leisten

Europäisches Observatorium für Gesundheitssysteme und Gesundheitspolitik

Forschungsministerien sowie Ressortforschung anderer Ministerien

Commonwealth Fund

Wissenschaftliche Institute parteinaher Stiftungen

Robert Koch-Institut (RKI)

Weltbank

gematik – Gesellschaft für Telematikanwendungen der Gesundheitskarte

Statistisches Bundesamt, Statistische Landesämter

Medizinische Dienste der Krankenversicherung (MDKs) / Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (MDS)

Wissenschaftliche Dienste des Bundestages

Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung (SVR-Wirtschaft)

Deutsches Institut für medizinische Dokumentation und Information (DIMDI)

Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD)

Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR-Gesundheit)

Weltgesundheitsorganisation (WHO)

1.1 Einführung

“If systems can be described as a set of relationships between a set of things, then [health care systems are] about the set of things which together constitute the health sector in advanced industrial societies, and about the ways in which they interact.” (Freeman 2000)

Bevor eine Diskussion über Gesundheitssysteme erfolgen kann, bedarf es eines gemeinsamen Verständnisses dessen, was der Begriff „Gesundheitssystem“ beschreibt. Während den meisten Definitionsversuchen, die in der einschlägigen Literatur zu finden sind, gemein ist, dass ein Gesundheitssystem solche auf unterschiedlichste Weise organisierten Aktivitäten beinhaltet, die dazu dienen, Gesundheit zu schützen, zu erhalten oder wiederherzustellen, definieren verschiedene Autoren den Begriff im Detail doch unterschiedlich. Eine allgemeingültige Definition, was ein Gesundheitssystem ist, scheint nicht gegeben zu sein. Innerhalb dieser verschiedenen Definitionen erscheint jedoch eine Unterscheidung in ein breiteres und ein engeres Verständnis von „Gesundheitssystem“ sinnvoll. Der primäre Fokus dieses Kapitels und auch des übrigen Lehrbuchs soll auf dem engeren Verständnis liegen.

Folgt man dem engeren Verständnis von Gesundheitssystem, und damit dem, was in der englischsprachigen Literatur meist als „health care system“ beschrieben wird, sind darin solche Aktivitäten eingeschlossen, die der Finanzierung und Erbringung von Maßnahmen dienen, die einen direkten Einfluss auf die Gesundheit der Bevölkerung haben. Dies umschließt etwa die Gesundheitsdienstleistungen durch Ärzte, die Pflege von kranken Menschen oder die Versorgung der Bevölkerung mit Medikamenten genauso wie die Palliativversorgung oder Handlungen der öffentlichen Gesundheitspflege (vgl. Blank u. Burau 2010).

Folgt man hingegen dem breiteren Verständnis von Gesundheitssystemen, sind auch solche Aktivitäten und Regelungen eingeschlossen, die Auswirkungen auf die Gesundheit von Menschen haben, aber nicht primär durch die oben beschriebenen Aktivitäten des „care systems“ verursacht werden. Dazu lassen sich z.B. Aktivitäten der Wirtschafts- und Sozialpolitik, Erziehung und Maßnahmen des Arbeitsschutzes genauso zählen wie die Verkehrssicherheit (vgl. World Health Organization 2000).

Wenn Staaten weltweit Gesundheitssysteme organisieren, kann man davon ausgehen, dass damit ein Nutzen für die Gesundheit der Bevölkerung intendiert ist. Die Frage nach dem Nutzen wird aber unter Wissenschaftlern und politischen Entscheidungsträgern, insbesondere in Nordamerika, teils kontrovers diskutiert. Eine der einflussreichsten Thesen wurde Mitte des zwanzigsten Jahrhunderts vom britischen Mediziner und Historiker Thomas McKeown (1976) aufgestellt. McKeown argumentierte, dass der Bevölkerungsanstieg, der seit dem späten 18. Jahrhundert zu verzeichnen war, nicht die Folge von Fortschritten in der Medizin und der Verbesserung öffentlicher Gesundheitspflege war, sondern auf die allgemeine Steigerung des Lebensstandards (insbesondere durch bessere Ernährung und Hygiene) als Folge des wirtschaftlichen Fortschritts und der Veränderung von sozialen Bedingungen zurückzuführen war. Da McKeown dem öffentlichen Gesundheitssystem nur eine marginale Rolle beim Anstieg der Bevölkerungszahlen zusprach, stellte er die Mittelverwendung für kurative Medizin und Maßnahmen der öffentlichen Gesundheitspflege als fehlgeleitete Investitionen infrage. In der jüngeren Zeit wird verstärkt diskutiert, welchen Beitrag die Medizin in den letzten Jahrzehnten zur Verbesserung von Lebensdauer und Lebensqualität beigetragen hat (vgl. Häussler 2016).

Um diese Debatten auf einer wissenschaftlichen Basis zu führen, gehen bis heute weltweit Forscher mit einem empirischen Fokus der Frage nach, ob Gesundheitssysteme die Gesundheit der Bevölkerung verbessern. Eine der ersten Studien zur Untersuchung dieser Frage stellt das bis heute einflussreiche Health Insurance Experiment der RAND (Research and Development) Cooperation dar (Newhouse 1993). In diese zwischen 1971 und 1982 durchgeführte Studie wurden knapp 8.000 Menschen aus den USA eingeschlossen und in fünf Untersuchungsgruppen randomisiert, die sich in der Höhe der Selbstbeteiligung bei ihrem Krankenversicherungsschutz für medizinische Leistungen unterschieden. Dabei erhielt eine Untersuchungsgruppe alle Leistungen kostenlos, die restlichen Gruppen hatten jeweils eine Selbstbeteiligung von 25, 50 oder 95% der Kosten für medizinische Leistungen zu tragen. Um die Auswirkungen der unterschiedlichen Krankenversicherungen auf die Gesundheit festzustellen, wurden die Teilnehmer zu Beginn und Ende der Studie befragt und medizinisch untersucht. Während sich für die Gesamtpopulation keine signifikanten Unterschiede zwischen den Untersuchungsgruppen zeigten, profitierten insbesondere kranke Teilnehmer und solche mit

1.1 Einführung

geringem Einkommen von der kostenlosen medizinischen Versorgung. So zeigte sich, dass beispielsweise arme Teilnehmer mit Bluthochdruck, die eine kostenlose Versorgung erhielten, bessere Ergebnisse in der Senkung des Blutdrucks erzielten als solche mit Selbstbeteiligung.

Eine aktuellere Studie ist das Oregon Health Insurance Experiment (Finkelstein et al. 2011), bei dem 2008 nicht krankenversicherte Erwachsene im US-Bundesstaat Oregon per Zufall ausgewählt wurden, um Krankenversicherungsschutz zu erhalten. Ein Jahr nach Beginn der Studie zeigten erste Ergebnisse, dass die nun krankenversicherten Erwachsenen ihre psychische und physische Gesundheit signifikant besser einschätzten als nicht versicherte Erwachsene. Während diese Studie erst am Anfang steht, deuten die Ergebnisse doch auf einen positiven Effekt von Krankenversicherung auf die Gesundheit der Bevölkerung hin.

Auf eine andere Weise gingen die Wissenschaftler Ellen Nolte und Martin McKee (2008, 2011) der Frage nach, wie sich Gesundheitsdienstleistungen auf die Gesundheit der Bevölkerung auswirken. Sie untersuchten in internationalen Vergleichen die Höhe der sogenannten vermeidbaren Mortalität. Das Konzept der vermeidbaren Mortalität (engl. *amenable mortality*) beschreibt die vorzeitigen Todesfälle durch Erkrankungen, die in der Präsenz der bestmöglichen Gesundheitsversorgung nicht auftreten würden. Anders ausgedrückt: Im besten vorstellbaren Gesundheitssystem würde kein Mensch vorzeitig an einer dieser Erkrankungen sterben. Die ausgewählten Indikationen schließen Tod durch Tuberkulose, Masern, Leukämie, Diabetes, Lungen- oder Blinddarmentzündung ein. Die beiden Autoren untersuchten die Ausmaße und Veränderungen der vermeidbaren Mortalität zwischen den Jahren 1997 und 2006 in 16 hoch entwickelten Staaten mit hohem Einkommen, darunter auch Deutschland, Frankreich und die USA. Die Ergebnisse der Analysen zeigten, dass die Zahl der vermeidbaren Todesfälle in den USA fast doppelt so hoch ist wie in Frankreich, dem Land mit der niedrigsten Mortalität, und dass sich das Ausmaß der vermeidbaren Mortalität in den USA wesentlich langsamer verringert als in den restlichen Untersuchungsländern. Die Wissenschaftler stellten deshalb die These auf, dass die hohe Zahl und langsame Reduktion vermeidbarer Todesfälle in den USA unter anderem auf die vergleichsweise hohe Anzahl nicht versicherter Bürger und den damit verbundenen schlechten Zugang zu Gesundheitsdienstleistungen im Gesundheitssystem zurückzuführen ist.

Die beiden Literaturübersichten von Levy und Meltzer (2008) und McWilliams (2009) fassen weitere Studien zusammen, die die Auswirkungen von Gesundheitssystemen auf die Gesundheit der Bevölkerung untersuchen. Während die Evidenzlage nicht ganz einheitlich ist, erscheint die Mehrheit insbesondere der Studien, die den Sachverhalt valide messen, dafür zu sprechen, dass Gesundheitssysteme positive Auswirkungen auf die Bevölkerung und deren Gesundheit haben und besonders für die Bevölkerungsteile, die von Armut und Krankheit betroffen sind, von besonderer Bedeutung sind, da sich hier durchgehend positive Effekte messen lassen.

Die Einführung einer universellen Krankenversicherung und ihre Effekte: Das Beispiel Taiwan

Ab und zu können Wissenschaftler die Frage nach dem Nutzen von Gesundheitssystemen in natürlichen Experimenten studieren. Das ist immer dann der Fall, wenn Staaten ihre Systeme dahingehend reformieren, dass größere Teile der Bevölkerung Zugang zum Gesundheitssystem erhalten. Besonders viel Aufmerksamkeit in der Literatur hat die historische Einführung von Medicare in den USA 1965 erzeugt, bei der quasi über Nacht Millionen von über 65-jährigen US-Amerikanern Zugang zum Gesundheitssystem erhielten. Ein ähnliches natürliches Experiment fand 1995 mit der Einführung der National Health Insurance in Taiwan statt. Bis 1995 wurden in Taiwan Gesundheitsdienstleistungen über eine von 13 berufsabhängigen Krankenversicherungen finanziert, die nur bestimmte Teile der Bevölkerung abdeckten. So waren etwa nur 14% der unter 20-jährigen, 77% der 20–64-jährigen und 57% der über 65-jährigen Taiwaner in einer der Krankenkassen versichert. Gut 40% der Bevölkerung verfügten über keinen Krankenversicherungsschutz. Unter großem politischem Druck und nach sechsjähriger Planungszeit wurde dieses System reformiert und eine einheitliche, für alle Bevölkerungsgruppen gleichermaßen zugängliche Krankenversicherung wurde eingeführt. Diese bot allen Versicherten ein einheitliches Leistungspaket und wurde sowohl über allgemeine Steuern als auch durch einkommensabhängige Beiträge finanziert. Innerhalb eines Jahres stieg der Anteil der versicherten Bevölkerung auf 92%. Inzwischen sind mehr als 98% der Taiwaner krankenversichert (Chiang 1997).

Diese Reform bietet Gesundheitswissenschaftlern die Möglichkeit, die Auswirkungen von Gesundheitssystemen auf die Gesundheit der Bevölkerung zu untersuchen, da ein Großteil der Bevölkerung, der vor der Reform keinen Zugang zum Gesundheitssystem hatte, diesen mit der Einführung der National Health Insurance erhält. Diese Chance nutzten unter anderem Lee und Kollegen (2010) zu einer Studie, in der dargelegt wurde, dass die Auswirkungen der Reform auf die Gesundheit der

Bevölkerung dadurch gemessen werden können, dass es einen Bruch im Trend der vermeidbaren Mortalität gibt, während sich die übrigen Mortalitätsraten nicht signifikant durch die Einführung der Krankenversicherung verändern. Die Autoren nehmen ebenso an, dass die Effekte auf die vermeidbare Mortalität in den Bevölkerungsgruppen besonders stark sind, die vor der Reform nicht versichert waren.

Um diese Thesen zu untersuchen, analysierten die Autoren die Entwicklung von Mortalitätsraten zwischen 1981 und 2005 in verschiedenen Subgruppen und verwendeten das oben beschriebene Konzept der vermeidbaren Mortalität von Nolte und McKee (2008) ergänzt um Todesfälle von ischämischen Herzkrankheiten. Lee und Kollegen berichteten, dass Mortalitätsraten, die nicht den Effekten des Gesundheitssystems zugewiesen werden (nicht-vermeidbare Mortalität), gleichmäßig über den gesamten Studienzeitraum abnehmen, während die vermeidbare Mortalität nach der Einführung der National Health Insurance bis 1999 in wesentlich stärkerem Maß als vor der Reform abnimmt. Getrennt nach Krankheitsgruppen konnte nach der Reform eine besonders starke Reduktion der Mortalität von behandelbaren Krebsarten gemessen werden, während keine signifikanten Veränderungen bei Infektionskrankheiten oder Todesfällen von Erkrankungen der Atemwege zu verzeichnen waren. Eine Unterteilung nach Bevölkerungsgruppen ergab, dass die Effekte auf die vermeidbare Mortalität bei den unter 20-jährigen und den über 65-jährigen besonders stark waren. Dies ließ darauf schließen, dass die Effekte der Reform insbesondere in den vormals größtenteils nicht versicherten Bevölkerungsgruppen zu verzeichnen waren, während die Effekte der Reform in den bereits vor der Reform größtenteils versicherten Bevölkerungsgruppen nicht so stark ausfielen. Die Autoren sehen in diesen Ergebnissen einen Beleg für die Auswirkungen der Krankenversicherung, und damit des Zugangs zur Gesundheitsversorgung, auf die Gesundheit der Bevölkerung und folgern, dass funktionierende Gesundheitssysteme positive Auswirkungen auf die Gesundheit der Bevölkerung haben.

1.2 Ziele von Gesundheitssystemen

Wie bereits erwähnt, kann angenommen werden, dass das primäre Ziel eines jeden Gesundheitssystems die Verbesserung der Gesundheit der Bevölkerung ist. Verschiedene Forschungsinstitute, Wissenschaftler und internationale Organisationen beschreiben im Zusammenhang mit dieser Grundausrichtung mehrere Teilziele. Blank und Burau (2010) konstatieren, dass ein ideales Gesundheitssystem allen Bürgern qualitativ hochwertige Gesundheitsversorgung in gleichem Maß zur Verfügung stellt. Gleichzeitig sollte diese Versorgung effizient sein.

Also möglichst wenig Verluste und Duplikationen in allen Versorgungssektoren zulassen. Die Autoren stellen somit die Qualität der Versorgung, die gleichen Zugangsmöglichkeiten aller Bürger zu Gesundheitsleistungen und die Effizienz der Versorgung als wesentliche Ziele von Gesundheitssystemen heraus. Im Folgenden werden diese drei zentralen Ziele kurz skizziert.

1.2.1 Gerechter Zugang zu Gesundheitsleistungen

Das Ziel eines gerechten Zugangs zu Gesundheitsleistungen lässt sich in die beiden Unterziele des finanziellen und des physischen/geografischen Zugangs unterteilen. Dabei beschreibt „gerechter finanzieller Zugang“ einen Zugang zu Gesundheitsdienstleistungen, der unabhängig von der finanziellen Leistungsfähigkeit des Einzelnen und allein von den medizinischen Erfordernissen abhängig ist. Dieses Ziel erscheint dann als erreicht, wenn alle Bürger Zugang zu medizinischen Leistungen erhalten. Dies wird dadurch gesichert, dass das Preisausschlussprinzip durch kollektive Finanzierung außer Kraft gesetzt wird und die Leistungen etwa steuerfinanziert, durch gesetzliche Pflichtversicherung oder durch staatlich gesteuerte, privat organisierte Versicherung mit Absicherung für die Bürger, die sich eine private Versicherung nicht leisten können, zur Verfügung gestellt werden.

Dieses gesundheitspolitische Ziel hatte in den Jahrzehnten nach dem zweiten Weltkrieg in den meisten westlichen Ländern Priorität und wurde von den meisten Ländern auch erreicht. Mit Einführung des National Health Service (NHS) in Großbritannien, dessen Hauptprinzip „free at the point of delivery“ (engl. für „kostenlos zum Zeitpunkt der Erbringung“) dieses Ziel bis heute verkörpert, wurde sogar ein neues System dafür aufgebaut. Hingegen hatte das Ziel des gerechten finanziellen Zugangs zu Gesundheitsleistungen in den USA, wo bislang kein einheitliches gesetzliches Versicherungssystem geschaffen wurde, bis zum von der Obama-Administration initiierten „Affordable Care Act“ (engl. für „Gesetz zur bezahlbaren Krankenversicherung“), der allen Amerikanern den Zugang zu Krankenversicherung gewähren soll, für eine Mehrheit der Bevölkerung keine große Priorität.

Das Unterziel des gerechten physischen/geografischen Zugangs beschreibt einheitliche Zugangsmöglichkeiten aller Bürger zu Gesundheitsdienstleistungen unabhängig von ihrem Wohnort. Während ins-

1.2 Ziele von Gesundheitssystemen

besondere in westlichen Ländern die medizinische Grundversorgung auch in ländlichen Gegenden sichergestellt ist, stellt dieses Ziel nach wie vor eine Herausforderung insbesondere für hochspezialisierte und kapitalintensive Leistungen dar, da sich diese vornehmlich in urbanen Gebieten konzentrieren, während ländliche Gebiete meist diesbezüglich unterversorgt sind. Gesundheitspolitische Entscheidungsträger versuchen hier gegenzusteuern, indem sie den „natürlichen“ Verteilungen von medizinischem Personal und Leistungen durch Anreizsysteme entgegenwirken, mit denen z.B. die Niederlassung in ländlichen Gebieten für Ärzte attraktiver werden soll.

1.2.2 Qualität der Versorgung

Das Erreichen von hoher Qualität in der medizinischen Versorgung ist ein ebenso klassisches wie aktuelles Ziel von Gesundheitssystemen weltweit. Während Klarheit darüber besteht, dass medizinische Versorgung die bestmögliche Qualität haben sollte, besteht wenig Einigkeit darüber, was Qualität der Versorgung eigentlich ist. In seiner wegweisenden Veröffentlichung über Qualität in der medizinischen Versorgung schreibt Donabedian (1966), dass der Terminus der Qualität in der medizinischen Versorgung ausgesprochen schwer zu definieren sei. Er behauptet weiter, dass eine solche Definition fast alles sein könne, was man sich wünsche. Gleichzeitig würde das, was unter Qualität verstanden würde, die Werte und Ziele, die zu diesem Zeitpunkt im Gesundheitssystem und der Gesellschaft vorherrschen, widerspiegeln. Während zahlreiche Autoren immer neue Konzepte zur Messung von Versorgungsqualität entwickeln, erscheint die klassische – von Donabedian (1966) vorgeschlagene – „Trias“ der Qualität mit Unterteilung in die Bereiche Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität zur Erfassung von Qualitätsmerkmalen einer Gesundheitsdienstleistung immer noch sehr gut geeignet.

! Trias der Qualität nach Donabedian (1966)

- **Strukturqualität:** Unter Strukturqualität versteht man nicht die Qualität der eigentlichen Leistung, sondern die für die Erstellung dieser Leistung notwendigen Ressourcen, die eine Organisation hat, etwa die technische Ausstattung, die Qualifikationen der medizinischen Mitarbeiter und deren Organisation. Es wird angenommen, dass sich diese Elemente positiv auf die Erbringung der Leistung auswirken.

- **Prozessqualität:** Bei der Prozessqualität wird untersucht, ob das, was als „gute Versorgungsmaßnahmen“ verstanden wird, zur Anwendung kommt. Mögliche Indikatoren für die Prozessqualität können unter anderem die Art und Weise von Untersuchungen, Anamneseerhebung, Wartezeiten, Verhalten gegenüber den Patienten und die Frage sein, ob alle notwendigen Untersuchungen und Interventionen durchgeführt werden.
- **Ergebnisqualität:** Die Dimension Ergebnisqualität beschreibt das Ergebnis des Behandlungsprozesses und ist der wohl am häufigsten verwendete Indikator für Versorgungsqualität. Parameter wie Genesung, Wiederherstellung von Funktionen und Überleben erfreuen sich großer Beliebtheit zur Bestimmung der Ausprägung dieser Qualitätsdimension, denn diese Elemente sind vergleichsweise konkret und durch ihre hohe Validität – besonders im Bereich „Überleben“ – selten Kritik ausgesetzt.

1.2.3 Effizienz der Versorgung

Mit den Ölkrisen der 1970er-Jahre wurde das Wirtschaftswachstum der meisten westlichen Länder gebremst und damit auch das Wachstum der für Gesundheit zur Verfügung stehenden Mittel der jeweiligen Volkswirtschaften. Die Ziele der Ausweitung des Zugangs zu Gesundheitsdienstleistungen und der Steigerung der Versorgungsqualität, die zumeist mit einem Ausgabenwachstum für das Gesundheitswesen verbunden sind, geraten zugunsten von Zielen, die auf die Dämpfung des Ausgabenwachstums und die Steigerung der Effizienz und Produktivität ausgerichtet sind, in den Hintergrund. Durch die drohenden Kostensteigerungen aufgrund des demografischen Wandels und des technologischen Fortschritts bleiben diese neuen Ziele wohl auch weiterhin zentral für Gesundheitssysteme weltweit. Die Dämpfung von Gesundheitsausgaben durch Effizienzsteigerungen findet in den einzelnen Ländern allerdings in einem unterschiedlichen Ausmaß und mit vielfältigen Instrumenten statt. Die Bemühungen lassen sich danach unterscheiden, ob sie sich an die Angebots- oder die Nachfrageseite richten.

Ansätze, die sich an die Nachfrageseite richten, zielen darauf ab, die Nachfrage der Versicherten zu reduzieren, indem ihnen die Kosten für bestimmte Gesundheitsleistungen bewusst gemacht werden. Das wichtigste Instrument hierzu sind Kostenbeteiligungen in Form von Zuzahlungen. Diese können auf verschiedene Güter und Dienstleistungen des Gesundheitssystems erhoben werden. So gibt es

Zuzahlungen zu Medikamenten, Zuzahlungen zu Hausarztbesuchen oder spezialfachärztlichen Behandlungen genauso wie Beiträge zu Krankenhausaufenthalten. Während Instrumente, die auf die Senkung der Nachfrage zielen, einen beabsichtigten direkten Einfluss auf die Inanspruchnahme von Dienstleistungen haben, bewirken sie aber auch negative Nebeneffekte auf die Chancengleichheit und stellen sie insbesondere für sozial benachteiligte Bevölkerungsgruppen eine finanzielle Belastung dar.

Angebotsseitige Instrumente haben das Ziel, die Bereitstellung von Gesundheitsdienstleistungen und Gütern zu regulieren. Ein klassisches Instrument sind dabei prospektiv gesetzte globale Budgets, die den Leistungserbringern als Vergütung für die Erbringung von Leistungen zur Verfügung stehen. Dabei ist die Höhe der Vergütung unabhängig von den erbrachten Leistungen oder deren Menge. So reformierten in den letzten Jahren zahlreiche Länder, darunter die Niederlande, Taiwan und Singapur, ihre Vergütungssysteme von Tagespauschalen für Krankenhäuser zu globalen Budgets. Ein weiteres angebotsseitiges Instrument ist die explizite Begrenzung von erbrachten Gesundheitsdienstleistungen, etwa durch Beschränkung der Kapazität von Krankenhäusern.

Wieder andere hingegen, so wohl am ausgeprägtesten die USA, überlassen diese Aufgabe weitgehend privaten Versicherungen. Eine kleine Gruppe (vornehmlich südostasiatischer) Staaten verpflichten ihre Bürger gesetzlich dazu, gewisse Summen selbst zu sparen, die sie dann für Gesundheitsdienstleistungen einsetzen können. Ebenso unterscheiden sich Gesundheitssysteme in der *Leistungserbringung*. So organisieren einzelne Staaten die Gesundheitsversorgung ausschließlich, oder fast ausschließlich, staatlich, während andere sich auf private Organisationen der Leistungserbringung verlassen und wieder andere einen Mix aus verschiedenen Trägerschaften anstreben. Außerdem unterscheiden sich Gesundheitssysteme in der Art und Weise, wie sie die erbrachten Leistungen *vergüten*. Die Möglichkeiten reichen hier von der Vergütung jeder einzelnen erbrachten Leistung bis zu globalen Budgets, die alle Leistungen abdecken sollen. Wissenschaftler versuchen seit einigen Jahrzehnten und mit steigendem Interesse, diese unterschiedlichen Ausprägungen verschiedener Elemente von Gesundheitssystemen zu typisieren. Einige der zentralen Klassifizierungsansätze werden im nächsten Abschnitt kurz dargestellt, bevor deren Nutzen diskutiert wird.

1.3 Typisierung und Möglichkeiten der Organisation von Gesundheitssystemen

Auch wenn fast alle Staaten weltweit Gesundheitssysteme einrichten und damit der Bevölkerung Zugang zu Gesundheitsdienstleistungen verschaffen, sind diese Systeme zum Teil erheblich unterschiedlich organisiert. So lassen sich etwa Unterschiede hinsichtlich der Finanzierung, Leistungserbringung oder Vergütung von Gesundheitsleistungen feststellen. Während einzelne Staaten, so etwa Deutschland, diese Gesundheitsdienstleistungen über die eine oder die andere Form der Sozialversicherung finanzieren, generieren andere Staaten, so etwa Großbritannien, Einnahmen über allgemeine Steuern.

1.3.1 Typisierungsansätze

Die älteste, bekannteste und wohl bis heute am häufigsten genutzte Typisierung für Gesundheitssysteme ist die von der Organisation für Kooperation und wirtschaftliche Zusammenarbeit (OECD) 1987 vorgestellte Typologie, die zwischen den beiden Extremen „Patientensouveränität und freier Markt“ auf der einen Seite und „soziale Gleichheit und Staatsmonopol“ auf der anderen Seite drei Idealtypen von Gesundheitssystemen, basierend auf deren Finanzierungsmechanismen, definiert (s. Abb. 1).

Den Idealtyp auf der Seite des freien Marktes stellt die private Krankenversicherung dar. Das Kernelement dieses Typs ist, dass die Krankenversicherung von Individuen oder einzelnen Arbeitgebern erworben wird. Der Staat ist nicht in die Finanzierung von

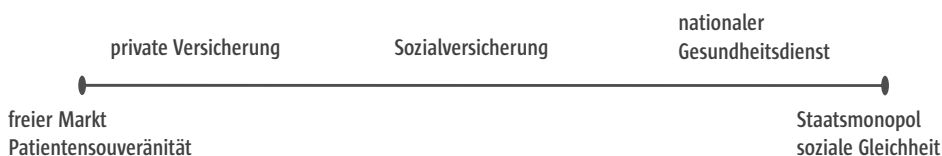


Abb. 1 Typen von Gesundheitssystemen (modifiziert nach Organisation for Economic Co-operation and Development 1987)

Wasem J | Matusiewicz D | Neumann A | Noweski M: Medizinmanagement, 2. Auflage.
ISBN 978-3-95466-477-1, urheberrechtlich geschützt © 2019

MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG

Gesundheitsleistungen involviert und macht dabei auch keine Vorgaben über den Erwerb oder die Ausgestaltung einer Versicherung. Die Einwohner können souverän entscheiden, ob und welche Krankenversicherung sie erwerben. Die Beiträge zur Versicherung sind dabei risikoorientiert. Das heißt, die Beiträge sind im Allgemeinen höher für Versicherte mit höherem Risiko (etwa abhängig von ihrem Alter oder Geschlecht bzw. vorhandenen Vorerkrankungen) und unabhängig von der finanziellen Leistungsfähigkeit des Einzelnen. Ebenso wenig wie in die Finanzierung von Gesundheitsleistungen ist der Staat in diesem Ideal des Gesundheitssystems in die Erbringung der Dienstleistungen involviert. Die Leistungserbringer und deren Produktionsfaktoren sind in privater Hand, koordiniert durch for-profit und not-for-profit Organisationen. Die Grundannahme dieses Modells ist also, dass Finanzierung und Erbringung von Gesundheitsdienstleistungen am besten funktionieren, wenn sie dem Markt überlassen werden. In einem Vergleich westlicher Industrienationen kommt die empirische Wirklichkeit des Gesundheitssystems der USA diesem skizzierten Prototypen am nächsten.

Das andere Extrem stellt der Typ des nationalen Gesundheitsdienstes dar, der oft auch nach seinem Begründer, dem britischen Ökonomen William Beveridge, als Beveridgemodell bezeichnet wird. Dieses Modell zeichnet sich im Ideal dadurch aus, dass alle Ressourcen für die Finanzierung von Gesundheitsleistungen staatlich über Steuern für alle Bürger generiert werden. Dies bedeutet auch, dass die Bürger nicht selbst in der Verantwortung stehen, eine Krankenversicherung zu erwerben, sondern durch ihre Steuerzahlung – unabhängig von medizinischem Risiko und finanzieller Leistungsfähigkeit – grundsätzlich unendlichen Zugang zu Gesundheitsleistungen haben. Der Zugang basiert dabei auf medizinischen Bedürfnissen des Einzelnen. Ebenso wie die Finanzierung von Gesundheitsleistungen liegt auch die Leistungserbringung bei diesem Modell in staatlicher Hand. Der Staat überwacht die Leistungserbringer, die entweder ihm gehören oder unter seiner Kontrolle stehen. Diesem Idealtypus kommen die Gesundheitssysteme Großbritanniens, Neuseelands und Schwedens am nächsten.

Zwischen beiden Extremen ist der Typ der Sozialversicherung, nach dessen Begründer auch Bismarckmodell genannt, definiert. Dieses Modell basiert in seiner Grundannahme auf dem Konzept der Solidarität und wird im Ideal über Beiträge zu einer verpflichtenden Krankenversicherung als Teil eines größeren Sozialversicherungsnetzwerks finanziert. Dabei richtet sich der Beitrag nicht nach dem persön-

lichen Gesundheitsrisiko des Versicherten oder seiner finanziellen Leistungsfähigkeit, sondern ergibt sich als Anteil des Einkommens, der vom Versicherten und seinem Arbeitgeber gemeinsam an den nicht gewinnorientierten Krankenversicherer abgeführt wird. Aus dem Beitrag zur Krankenversicherung ergeben sich Leistungsansprüche bei medizinischem Bedarf. Die Leistungserbringung wird in diesem Modell meist von privaten Organisationen erbracht, wobei aber auch die Erbringung von Gesundheitsdienstleistungen aus öffentlicher Hand möglich ist. Diesem Idealtyp sehr nahe kommen etwa die Gesundheitssysteme Deutschlands, Frankreichs und Japans.

Anders als die Typisierung der OECD, die ihren Fokus auf die Generierung von finanziellen Ressourcen für die Erbringung von Gesundheitsdienstleistungen legt, bietet die Typisierung von Michael Moran (2000) nicht nur einen neueren, sondern auch umfassenderen, politisch orientierten Ansatz zur Typisierung von Gesundheitssystemen. Moran argumentiert, dass eine Typisierung von Gesundheitssystemen, die sich ausschließlich auf die Finanzierungsmethoden und den damit verbundenen Zugang zu Gesundheitsleistungen beschränkt, wichtige weitere Aspekte der Steuerung von Gesundheitssystemen vernachlässigt. Er schlägt daher eine Typisierung aufgrund von *drei politischen Ebenen* vor, und leitet daraus vier Familien von Gesundheitssystemen ab.

Auf der *ersten Ebene* sind solche Institutionen und Mechanismen zu finden, die den Zugang der einzelnen Patienten zu Gesundheitsdienstleistungen regeln, darüber hinaus aber auch solche, die beschreiben, wie viele der finanziellen Ressourcen einer Volkswirtschaft insgesamt für Gesundheitsdienstleistungen zur Verfügung stehen sollen. Moran argumentiert, dass sich auf dieser Ebene verschiedene Institutionen etabliert haben, die den Zugang zum Konsum von Gesundheitsdienstleistungen über Steuern für alle Bürger (wie in Großbritannien) oder Beiträge zu Sozialversicherungen (wie in Deutschland) ermöglichen, also z.B. der Staat oder gesetzliche Krankenversicherungen.

Während diese Ebene der oben beschriebenen Typisierung der OECD (1987) sehr ähnlich ist, beschreibt Moran in seinem Ansatz darüber hinaus die beiden weiteren Ebenen der Steuerung von Versorgung und Technologie.

Dabei umfasst die *zweite Ebene*, die Steuerungsebene der Versorgung mit Gesundheitsdienstleistungen, zum einen Institutionen und Mechanismen zur Regulierung von allen Leistungserbringern im Gesundheitssystem und den Mix verschiedener Eigentümerschaften von Dienstleistern und deren Produktions-

faktoren, etwa privater oder öffentlicher Besitz von Krankenhäusern. Zum anderen umfasst diese Steuerungsebene auch Regulierungen für Ärzte, etwa den Zugang zur Ausübung des ärztlichen Berufs, aber auch das Abhängigkeitsverhältnis der Ärzte von der Organisation des Gesundheitssystems. Moran argumentiert, dass die OECD-Typisierung auch diese Elemente teilweise abbilden kann, aber dass die Finanzierung von Dienstleistungen unabhängig von der Leistungserbringung ist, und dass eine staatliche Organisation der Finanzierung nicht zwangsläufig, wie in der OECD-Typisierung immanent, mit einer öffentlichen Leistungserbringung verbunden ist.

Die *dritte Ebene* beschreibt die Steuerung von Innovationen. Moran argumentiert, dass Innovationen zugleich Herausforderung und Chance für Gesundheitssysteme sind, da sie zum einen die Kosten für die Gesundheitsversorgung ansteigen lassen, aber gleichzeitig auch die Möglichkeit der besseren Versorgung der Bürger bieten und einen wirtschaftlichen Faktor darstellen. Somit haben Staaten Interesse daran, Innovationen zu steuern. Wie sie dies tun, ist nicht in den anderen beiden Ebenen abgebildet.

Insgesamt können die Staaten die Institutionen dieser drei Ebenen unterschiedlich ausgestalten, während gewisse Zusammenhänge zwischen den Ebenen gegeben sind. Daraus entwickelt Moran vier „Familien“ von Gesundheitssystemen, die im Folgenden kurz beschrieben werden sollen.

Eine „Familie“ stellt die der *Angebotsstaaten* (engl. *Supply states*) dar, zu der insbesondere die USA gehören. In dieser „Familie“ dominieren sowohl Anbieter von Leistungen als auch von Innovationen das politische Geschehen, während der Zugang von Konsumenten zu Dienstleistungen in den Hintergrund des Interesses gerückt ist. Staatliche Aktivitäten zielen hier auf die Unterstützung der Ausweitung von Angeboten, etwa durch Finanzierung von Krankenhäusern oder der medizinischen Forschung und damit verbunden von Innovationen ab, während die Aktivitäten im Bereich des Zugangs, etwa durch Schaffung von Regelungen zur Krankenversicherung, keine große Bedeutung haben.

Die zweite „Familie“ stellen die *korporatistischen Staaten* (engl. *Corporatist states*) dar, bei denen insgesamt die Staatsmacht gering ist und die Schlüsselaufgaben von Netzwerken öffentlicher Institutionen übernommen werden. Dabei sind die Ebene des Zugangs zu Leistungen, insbesondere der Finanzierung, genauso wie große Teile der Leistungserbringung hauptsächlich durch öffentlich-rechtliche Organisationen geregelt und wahrgenommen. Die Steuerung von Innovationen ist ru-

dimentär und stark durch die jeweilige Industrie dominiert, was sich in der späten und bislang geringen Ausprägung des Health Technology Assessment (HTA) widerspiegelt. Das Idealbild dieser Familie ist das deutsche Gesundheitssystem.

Letztlich beschreibt Moran die beiden „Familien“ *etablierte und unsichere Kontroll- und Kommandostaaten* (engl. *Control and Command states*). Beiden Formen gemein ist, dass auf allen drei Ebenen der Staat der absolut dominierende Akteur ist. Finanzen werden über die Staatsmacht durch ein Steuersystem generiert und durch Verwaltungsmechanismen verteilt. Viele der Leistungserbringer sind in öffentlichem Besitz, und die Freiheit der Ärzte ist durch klare und enge Regeln eingeschränkt. Weil in diesen Staaten Innovationen meist aus privat organisierten Institutionen kommen, können die Staaten nur in geringem Maß die Produktion von Innovationen beeinflussen, dennoch haben sie über die Zeit effektive Mechanismen entwickelt, um die Diffusion von Innovationen in das Gesundheitssystem zu begrenzen. Die beiden Formen dieser „Familien“ unterscheiden sich darin, dass in der ersten Form Kontroll- und Kommandomechanismen eine lange Geschichte und öffentlichen Rückhalt haben, so etwa in Großbritannien oder den skandinavischen Ländern, und in der zweiten Form diese Mechanismen zwar existieren, sich aber noch nicht durchgesetzt haben und andere Systeme weiter existieren, so etwa in Griechenland, wo neben dem eigentlichen staatlichen Kontroll- und Kommandosystem weiterhin ein privates Versicherungssystem ohne staatlichen Einfluss besteht. Insgesamt gehören zu dieser Gruppe die südlichen Länder der Europäischen Union (Griechenland, Italien, Portugal und Spanien).

Neben den beiden hier beschriebenen Typisierungsansätzen gibt es noch eine ganze Bandbreite weiterer und vielfältiger Ansätze, Gesundheitssysteme zu typisieren. Jourdain et al. (2010) haben einen Ansatz vorgeschlagen, bei dem sechs Gruppen von Gesundheitssystemen identifiziert werden, unter anderem aufgrund der Ausprägung des Vertrauens auf Marktmechanismen in der Leistungserbringung und Finanzierung, des Umfangs des Versicherungsschutzes sowie des Vorhandenseins von Gate-Keeping-Mechanismen (dabei reguliert der Hausarzt den Zugang des einzelnen Patienten zu sekundären Gesundheitsdienstleistungen, wie etwa Fachärzten und Krankenhausbehandlungen). Ein Ansatz von Wendt (2009) unterscheidet drei Gesundheitssystemcluster basierend auf verschiedenen Indikatoren zu Gesundheitsausgaben, Finanzierung, Leistungserbringung und weiterer institutioneller Charakteristika.

Allen in diesem Kapitel beschriebenen Ansätzen ist gemein, dass sie jeweils nur eine Vereinfachung der Realität mit einem speziellen Fokus auf einen oder mehrere bestimmte, eng gefasste Aspekte von Gesundheitssystemen darstellen. Diese starke Vereinfachung bzw. Komplexitätsreduktion führt dazu, dass die Modelle oft beträchtlich von Gesundheitssystemen in der realen Welt abweichen. So finanzierte etwa die USA, das Ideal des „freien Markt“-Modells, im Jahr 2015 rund 49% ihrer Gesundheitsausgaben durch staatliche Mittel für die Sicherheitsnetze Veteran Affairs (das System für ehemalige Soldaten), Medicaid (das System für arme Bürger) und Medicare (das System für ältere Bürger). Ebenso finanzieren die beiden Idealtypen des Sozialversicherungsmodells, Deutschland und Japan, nur jeweils knapp 70% der Ausgaben tatsächlich über Beiträge zu Sozialversicherungen, während die restlichen rund 30% aus privaten oder staatlichen Mitteln finanziert werden. Insgesamt generieren fast alle Länder ihre Mittel für das Gesundheitssystem aus einem Mix aus verschiedenen Kostenträgern. Für einen Überblick der Gesundheitsausgaben verschiedener Länder nach Kostenträgern siehe Tabelle 1.

Tab. 1 Verteilung der Kostenträger in ausgewählten Ländern, 2015 (modifiziert nach Organisation for Economic Co-operation and Development 2017)

Kostenträger/ Land	staatliche Ausgaben, ohne Sozial- versicherung	Sozial- versicherung	private Ausgaben
Australien	67,4	0,0	32,6
Kanada	69,0	1,4	29,6
Deutschland	6,6	77,9	15,5
Japan	8,7	75,4	15,9
Niederlande	9,3	71,4	19,3
Neuseeland	70,6	9,1	20,3
Portugal	65,0	1,2	33,8
Spanien	66,3	4,7	29,0
Schweden	83,7	0,0	16,3
Schweiz	22,3	41,7	36,0
Großbritannien	79,5	0,1	20,3
USA	26,6	22,8	50,6

Ähnlich sieht es auch hinsichtlich der Leistungserbringung aus. Großbritannien, der Idealtyp der staatlichen Organisation und Kontrolle über die Leistungserbringung, lässt zunehmend die Gesundheitsversorgung im Rahmen der öffentlichen Finanzierung durch privatwirtschaftlich organisierte, sogenannte „Independent Sector Healthcare Providers“, zu und wendet sich somit von einem rein staatlich organisierten Erbringungssystem teilweise ab. Genauso halten in England durch Einführung von Wettbewerb zwischen Krankenhäusern und zwischen Hausärzten (Kernelement des „freien Markt“-Modells) Marktelemente Einzug in ein bislang staatlich organisiertes System der Leistungserbringung ohne Marktwettbewerb. Es kommt somit zunehmend zu einer Vermischung verschiedener Systemtypen. Ein besonderes, praktisches Beispiel bietet die Reform des Gesundheitssystems in Taiwan (s. Kap. 1.1), bei der ein neues System mit Einflüssen aus rund 20 Ländern entstand. Es wird somit ersichtlich, dass Gesundheitssysteme durch kontinuierliche Reformbemühungen zwangsläufig und zunehmend von den Idealtypen abweichen. Zwar bieten Typisierungen von Gesundheitssystemen einen guten Ausgangspunkt für die vergleichende Analyse, doch bedarf es gewisser Vorsicht bei der Interpretation der Ergebnisse, die auf Vergleichen verschiedener Idealtypen basieren. Für das restliche Kapitel wird daher von der Zuweisung einzelner Länder und deren Gesundheitssystemen zu einzelnen Typen abgesehen; vielmehr werden einzelne Organisationsmerkmale von Gesundheitssystemen näher beschrieben und diskutiert.

1.3.2 Organisation von Gesundheitssystemen

Gesundheitssysteme sind als komplexe Systeme zu verstehen, die, wie im vorigen Abschnitt beschrieben wurde, in verschiedenen Ländern unterschiedlich organisiert sind. Die Bemühungen, Gesundheitssysteme zu typisieren, haben gezeigt, dass sich Gemeinsamkeiten aber auch Unterschiede zwischen den Systemen finden lassen. Dieser Gedanke soll in diesem Abschnitt wieder aufgegriffen werden, indem argumentiert wird, dass alle Gesundheitssysteme gleichermaßen über drei Subsysteme verfügen, die Institutionen und Mechanismen für die *Finanzierung*, die *Ressourcenallokation* und die *Leistungserbringung* bieten, deren individuelle Ausgestaltung sich aber von System zu System unterscheidet. Dieser Abschnitt soll daher die wichtigsten Möglichkeiten zur

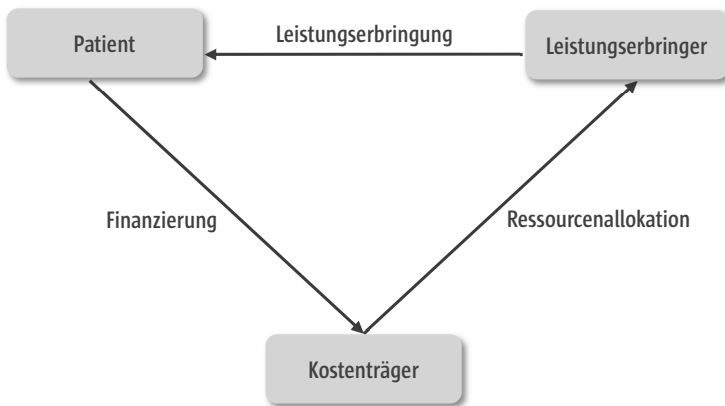


Abb. 2 Gesundheitswirtschaftliches Dreieck

Organisation der drei Subsysteme darstellen und zentrale Mechanismen diskutieren.

Dabei beschreibt das Subsystem der *Finanzierung* die Beschaffung und Generierung von finanziellen Ressourcen, mit denen Gesundheitsdienstleistungen bezahlt werden können. Das Subsystem der *Ressourcenallokation* beschreibt Möglichkeiten, mit denen die gesammelten finanziellen Ressourcen an die Leistungserbringer als Gegenwert für die erbrachte Gesundheitsdienstleistung verteilt werden. Das Subsystem der *Leistungserbringung* beschreibt letztlich die Art und Weise, wie Gesundheitsdienstleistungen von Leistungserbringern, etwa Krankenhäusern, Haus- oder Fachärzten, am Patienten erbracht werden. Abbildung 2 stellt die Zusammenhänge grafisch dar.

Finanzierung und Dimensionen der Absicherung

Das Subsystem der *Finanzierung* dient dazu, ausreichend finanzielle Ressourcen für die Erbringung von Gesundheitsdienstleistungen zu generieren.

Wie dies geschieht, lässt sich danach unterscheiden, wer welche Art von Zahlungen wie leistet. Leisten können Zahlungen entweder Einzelpersonen, gewerbliche Organisationen oder der Staat. In Entwicklungsländern spielen auch Zahlungen, die von anderen Staaten (in Form von Entwicklungshilfe) oder von Nicht-Regierungsorganisationen, (zumeist als Spenden) geleistet werden, eine Rolle. Zahlungsarten können direkte und indirekte Steuern, Pflichtbeiträge zu Sozialversicherungen, freiwillige Beiträge zu privaten Versicherungen, Zahlungen an Medi-

cal Savings Accounts (auch Health Saving Accounts genannt), Out-of-Pocket Zahlungen oder auch Spenden oder Kredite von Staaten oder Nicht-Regierungsorganisationen sein. Gesammelt werden können die Zahlungen letztlich von zentralen, regionalen oder örtlichen Regierungsstellen, unabhängigen öffentlich-rechtlichen Einrichtungen, privat-rechtlich organisierten for-profit oder not-for-profit Versicherungsorganisationen oder den Leistungserbringern selbst (s. Abb. 3).

Soll durch das Subsystem der Finanzierung eine wirksame finanzielle Absicherung des Einzelnen erreicht werden, müssen die generierten finanziellen Ressourcen gepoolt werden. Das heißt, dass eine gemeinsame Akkumulation von im Voraus bezahlten Einnahmen für die Gesundheitsversorgung der in das Absicherungssystem einbezogenen Personen erfolgt. Anders ausgedrückt zahlen Menschen einer bestimmten Population, bevor sie erkranken, in einen gemeinsamen Pool ein, aus dem sie dann, im Krankheitsfall, Leistungen erhalten. Sind Beiträge zum Pool freiwillig, tritt das Problem der Adversen Selektion (engl. *Adverse selection*) auf. Da Individuen besser über ihren Gesundheitszustand und den potenziellen Bedarf an Gesundheitsversorgung Bescheid wissen als die Versicherer und da diejenigen Individuen, die erwarten, Leistungen in Anspruch nehmen zu müssen, mehr Interesse an einer Versicherung haben, als die Individuen, die sich als gesünder einschätzen, weisen Individuen die bei Freiwilligkeit des Versicherungsabschlusses Versicherungsschutz erwerben, meist ein höheres Morbiditätsrisiko auf. Aus Sicht des Versicherungsunternehmens sind zur Deckung der Kosten bei diesen freiwillig Versicherten höhere Prämien notwendig,