

Internationale Vergleiche von Gesundheitssystemen und die Neubestimmung des Leistungskatalogs in der gesetzlichen Krankenversicherung

Was bringt ein Blick über die Grenzen?

Von Axel Olaf Kern und Stephan Dieter Kupsch

Zusammenfassung

In nahezu allen industrialisierten Ländern besteht der Anspruch, der gesamten Bevölkerung oder zumindest den Mitgliedern der Sozialversicherung alle medizinischen Leistungen zugänglich zu machen, die am Markt verfügbar sind. Dabei müssen die Länder nicht nur Kosten für medizinische Leistungen und neue Entwicklungen in der Medizin finanzieren, sondern auch die Ausgabensteigerungen im Gesundheitswesen auf Grund einer absolut und relativ wachsenden Zahl älterer Menschen bewältigen. Die Ausgaben für Gesundheitsleistungen liegen in den meisten der entwickelten Länder an der Schwelle von 10% des Sozialprodukts. In vielen Ländern stellt sich deshalb die Frage, ob in Zukunft der Großteil der Gesundheitsausgaben wie in einem Sozialversicherungssystem weitgehend öffentlich finanziert werden soll oder von den Bürgern in höherem Maße privat zu finanzieren ist auch mittels privaten Krankenversicherungsschutzes. Ebenso ist festzulegen, inwieweit die Leistungserbringung privat oder öffentlich erfolgen soll. Die Finanzierung und Bereitstellung von Gesundheitsleistungen hat sich in den Gesundheitssystemen unterschiedlich entwickelt. Langfristige Auswirkungen von Veränderungen in der Finanzierung und Bereitstellung sind oftmals schwer abzusehen und häufig unzureichend untersucht. Deshalb gewinnt es an Bedeutung, Entwicklungen im Gesundheitswesen in anderen Ländern daraufhin zu prüfen, welche Elemente der Versorgung für das eigene System nutzbar ist und inwieweit Erfahrungen sowie Teile und Teilbereiche des Systems vor dem Hintergrund historischer Entwicklungen und kultureller Unterschiede übertragen werden können.

Abstract

Health care systems in developed countries worldwide are not only faced with costs of new medical technologies but they are also faced with growing proportions of elderly people who by far induce largest demands of health services. Spending on health care is now up to 10% or more of gross national product in some countries. This causes concern whether the most part of expenditure is publicly financed under social insurance or mainly financed by private non compulsory insurance. The same questions concern the provision of health services either more private or more public. Countries have drifted into different ways of providing and financing health services. Long run consequences are

often not foreseen. Therefore it becomes important what is to be learned from the experience of countries with similar or different health care systems. And is the experience valuable and transferable regarding historical developments of health care systems and cultural differences between the nations?

Key words: health service provision, health service financing, healthcare-system, health care, public health, social policy

JEL classification: E 62, G 22, H 40, H 51, I 18

Anschriften der Verfasser:

Axel Olaf Kern, Dipl.-Volksw., Dipl.-Betriebsw. (BA), Universität Augsburg, Wirtschaftswissenschaftliche Fakultät, 86135 Augsburg

☎ 0821/598-4206, ✉ axel.olaf.kern@wiso.uni-augsburg.de

Stephan Dieter Kupsch, M.D., MRCP, Arzt für Allgemeinmedizin
Medizinischer Dienst der Krankenversicherung Schleswig Holstein
Katharinenstraße 11a, 23554 Lübeck

☎ 0451/4803-115, ✉ stephan.kupsch@mdk-sh.de

Inhaltsverzeichnis

1. Problemstellung	1
2. Ausgaben für Gesundheit	2
3. Staatliche Eingriffe im Gesundheitswesen	6
4. Definition eines Gesundheitssystems	7
5. Typisierung von Gesundheitssystemen	8
6. Bedeutung von Gesundheitssystemen	9
7. Reformbestrebungen	11
8. Leistungsangebot	13
9. Kostenbeteiligung der Patienten	14
10. Versorgungssituation	15
11. Qualitätssicherung, Prävention und Patientenrechte	17
12. Fazit	18
Literatur	20

Internationale Vergleiche von Gesundheitssystemen und die Neubestimmung des Leistungskatalogs in der gesetzlichen Krankenversicherung

Was bringt ein Blick über die Grenzen?

Von Axel Olaf Kern und Stephan Dieter Kupsch

1. Problemstellung

In jeder Gesellschaft gilt es stets, das Probleme zu lösen, die Bevölkerung mit Gesundheitsgütern und –dienstleistungen trotz knapper Ressourcen ausreichend zu versorgen. Knappheit ergibt sich allgemein aus der Diskrepanz zwischen den unbegrenzten Bedürfnissen und Wünschen des Menschen und den zu ihrer Befriedigung nur begrenzt vorhandenen Gütern und/oder finanziellen Mitteln. Die Knappheit der Mittel verlangt insbesondere im Bereich Gesundheit nach rationalem d.h. wirtschaftlichem Handeln, da die Finanzierung in allen Ländern überwiegend oder zu Teilen aus öffentlichen Mitteln erfolgt. Bezogen auf den Einsatz der knappen Mittel haben die Wirtschaftswissenschaften Optimierungsstrategien entwickelt: entweder mit den gegebenen knappen Mitteln ein Maximum an Nutzen (Maximalprinzip) oder ein vorgegebenes Nutzenniveau mit minimalem Mitteleinsatz (Minimalprinzip) zu erreichen. Sowohl Minimal- als auch Maximalprinzip beinhalten eine Prioritätensetzung und den Ausschluss unwirtschaftlicher Maßnahmen. Wirtschaftliches Handeln bedeutet somit immer Prioritätensetzung und damit auch Rationierung. Würden die Gesundheitsleistungen rein marktlich zugeteilt und damit über den Preis rationiert, so wären lediglich Zahlungsbereitschaft und Zahlungsfähigkeit der Individuen von Bedeutung.¹

Wird von der rein marktliche Zuteilung von Gesundheitsleistungen abgewichen, so sind Organisation und Management eines Systems erforderlich zur „optimalen Moderation“ der Knappheit in Bezug auf ein gesellschaftlich zu definierendes Optimum. Das volkswirtschaftliche Optimum muss sich nicht automatisch aus der Summe der individuellen Optima ergeben. Bildlich erläutert: wenn in einem Fußballstadion ein Zuschauer aufsteht, verbessert sich sein individuelles Sichtfeld, nicht jedoch die Sichtfelder der anderen Zuschauer - im Gegenteil. Aus diesem Grund kommt dann der Koordination der einzelwirtschaftlichen Handlungen eine zentrale volkswirtschaftliche Bedeutung zu (Neubauer und Rowy, 2000).

Vereinfacht bestehen drei Möglichkeiten oder ihre Kombinationen, der Knappheit finanzieller Mittel im Gesundheitswesen zu begegnen:

¹ Dies würde jedoch dem Solidaritätsziel (equity im Sprachgebrauch der Weltgesundheitsorganisation (WHO)) entgegen stehen.

1. Mehr finanzielle Mittel ins System, auch zu Lasten anderer Bereiche. Dies kann auch durch eine Ausweitung der Finanzierungsbasis in Ländern geschehen, in denen nicht alle Bevölkerungsgruppen an der öffentlichen Finanzierung von Gesundheitsleistungen beteiligt sind. In wirtschaftlich weniger entwickelten Ländern kann die Knappheit finanzieller Mittel für Gesundheitsleistungen bedeuten, dass überhaupt erst finanzielle Mittel gefunden werden müssen, um grundlegende medizinische Leistungen bereitzustellen zu können. In wirtschaftlich entwickelten Ländern stellt sich auch die Frage des Zusatz- oder Marginalnutzens bei schon bestehendem hohem Angebot- und/oder Nachfrageniveau im Gesundheitssektor.
2. Kontrolle der Nachfrage und des Angebots sowohl hinsichtlich der Menge, der Qualität und der Preise.
3. Verringerung des Umfangs garantierter Leistungen für die Anspruchsberechtigten/Versicherten bis die verfügbaren finanziellen Mittel wieder ausreichen.

Es gibt keine zwei Gesundheitssysteme, deren Organisation, Finanzierung und Leistungsangebot gleich wären. Ansprüche auf und Ausgestaltung der Versorgungsleistungen, Finanzierung, Kostenübernahme sowie Selbstbeteiligungen der Patienten variieren nicht nur zwischen den Ländern erheblich, sondern sind in einem Land auch im Zeitablauf verschieden. Deshalb sind Vergleiche zwischen Ländern nur schwer möglich. Dennoch bieten Erfahrungen anderer Länder immer einen Referenzpunkt, eigene Strukturen zu überdenken und zu verbessern sowie erprobte Konzepte zu übernehmen. Länderbesonderheiten sind zu berücksichtigen.

2. Ausgaben für Gesundheit

Bezogen auf das Bruttoinlandsprodukt (BIP), die Messgröße für die wirtschaftliche Leistungsfähigkeit eines Landes, sind die Ausgaben für Gesundheitsleistungen in EU-Staaten und in einigen Vergleichsländern durchaus verschieden. Die Unterschiede werden deutlicher, wenn die Lebenserwartung bei Geburt in diesen Ländern als Indikator für die Leistungsfähigkeit eines Systems gegenüber gestellt wird.

Tabelle 1: Ausgaben für öffentliche und private Gesundheitsleistungen nach absteigendem Anteil der Gesundheitsausgaben am BIP und Lebenserwartung in industrialisierten Ländern (1997)

Land	Ausgaben für Gesundheitsleistungen in % des BIP	Lebenserwartung bei Geburt in Jahren
USA	13,7	70,0
Deutschland	10,5	70,4
Schweiz	10,1	72,5
Frankreich	9,8	73,1
Italien	9,3	72,7
Schweden	9,2	73,0
Österreich	9,0	71,6
Niederlande	8,8	72,0
Canada	8,6	72,0
Neuseeland	8,2	69,2
Portugal	8,2	69,3
Belgien	8,0	71,6
Dänemark	8,0	69,4
Griechenland	8,0	72,5
Spanien	8,0	72,8
Australien	7,8	73,2
Finnland	7,6	70,5
Japan	7,1	74,5
Norwegen	6,5	71,7
Vereinigtes Königreich	5,8	71,7

Quelle: WHO Health for all Database, 2000

Aus Tabelle 1 wird deutlich, dass trotz gleich hoher Aufwendungen für Gesundheitsleistungen gemessen an der Wirtschaftskraft der Länder Belgien, Dänemark, Griechenland und Spanien die Lebenserwartung bei Geburt deutlich variiert. So ist die Lebenserwartung in Spanien 3,4 Jahre höher als in Dänemark. Für alle aufgeführten Länder ist erkennbar, dass sich die länderspezifischen Lebenserwartungen weniger stark als die Aufwendungen für Gesundheitsleistungen unterscheiden. In den USA und in Deutschland sind die auf das BIP bezogenen Gesundheitsausgaben fast doppelt so hoch wie in Norwegen und im Vereinigten Königreich bei sogar etwas geringerer Lebenserwartung in den erstgenannten Ländern. Dieser geringe Zusammenhang zwischen Ausga-

ben für Gesundheit mit Gesundheitsindikatoren (hier Lebenserwartung) in industrialisierten Ländern muss nicht überraschen, da andere Faktoren den Gesundheitsstatus einer Bevölkerung ebenfalls beeinflussen. In Deutschland und den USA kann dies bedeuten, dass ein ungesunder Lebensstil gepflegt wird, die Belastungen des Arbeitslebens und der Umwelt groß sind, die individuelle Inanspruchnahme von Gesundheitsdiensten hoch ist oder auch Finanzierung und Bereitstellung von Gesundheitsleistungen nicht effizient erfolgen (Osterkamp, 2001). Das niedrige Ausgabenniveau im Vereinigten Königreichs kann am ehesten durch strikte Budgetvorgaben und eine niedrige Dichte der Leistungsanbieter, vor allem bei Ärzten, erklärt werden. Die Gründe für Unterschiede in den Gesundheitsausgaben sind somit sicherlich multifaktoriell und können aus unterschiedlicher Morbidität, unterschiedlichem Gesundheits- und Krankheitsempfinden sowie verschiedenen Konsumgewohnheiten der Bevölkerung, historisch gewachsenen Strukturen der Gesundheitsversorgung, gesellschaftlichen Präferenzen und politischen Entscheidungen resultieren.

In Tabelle 2 sind für ausgewählte Länder neben den finanziellen Aufwendungen und der Lebenserwartung auch die grundlegenden organisatorischen Merkmale des Gesundheitssystems aufgeführt.

Tabelle 2: Ausgaben für Gesundheit, Lebenserwartung und Organisation des Gesundheitssystems, 1997

Land	Anteil der Gesundheitsausgaben am BIP in %	Lebenserwartung bei Geburt	Kurzcharakteristik (Leistungserbringung bezieht sich, wenn nicht anders genannt, auf den ambulanten Bereich)
Dänemark (DK)	8,0	69,4	Steuerfinanzierte Versorgung, teils öffentliche teils private Leistungserbringung, staatlich gesteuert
Deutschland (D)	10,5	70,4	Sozialversicherungsmodell, Mischung aus staatlicher Steuerung, korporatistischen Elementen (Selbstverwaltung) und Wettbewerb, private Leistungserbringung im niedergelassenen Bereich, teils öffentliche teils private Leistungserbringung im Krankenhaussektor
Finnland (SF)	7,6	70,5	Steuerfinanzierte, überwiegend öffentliche Versorgung
Canada (C)	8,6	72,0	Steuerfinanzierte Versorgung, überwiegend private Leistungserbringung, teils staatlich gesteuert
Niederlande (NL)	8,8	72,0	Sozialversicherungsmodell, private Leistungserbringung, starke staatliche Steuerung
Schweiz (CH)	10,1	72,5	Sozialversicherungsmodell, private Leistungserbringung, reglementierter Wettbewerb
USA	13,7	70,0	Privatversicherung, Sozialversicherung für bestimmte Bevölkerungsgruppen, private Leistungserbringung, Wettbewerb, wenig Reglementierung
Vereinigtes Königreich (UK)	5,8	71,7	Steuerfinanzierte Versorgung, überwiegend private Leistungserbringung, staatlich gesteuert

Quelle: Eigene Darstellung nach Böcken et al., 2000; WHO Health for all Database, 2000; Osterkamp, 2001

Aus Tabelle 2 kann abgeleitet werden, dass in Ländern mit stärkerer staatlicher Beteiligung an der Finanzierung und Organisation des Gesundheitswesens (DK, SF, C, NL, UK) die auf das BIP bezogenen Gesundheitsausgaben geringer sind als in Ländern mit einem relativ schwächeren Einfluß des Staates (D, CH, USA).

3. Staatliche Eingriffe im Gesundheitswesen

Gesundheit gilt insbesondere in industrialisierten Ländern als Gut, dessen Angebot und Nachfrage und damit auch die Inanspruchnahme nicht alleine den Kräften des Marktes überlassen werden sollen. Staatliche Eingriffe oder staatliche Einflussnahme auf die Gesundheitsversorgung werden vor allem durch die Zielvorstellungen von Solidarität, Gerechtigkeit und Effizienz begründet (WHO, 2000). „Die Erfahrungen der meisten Länder sprechen für eine grundlegende Beteiligung von Regierungen an der Finanzierung von Gesundheit durch Regulation, Mandate oder direkte Subventionen. Obwohl bedeutende private Ressourcen verfügbar sind, werden diese Ressourcen ohne effektive Gesundheitspolitik oft für ineffektive Gesundheitsdienstleistungen vergeudet“² (World Bank, 1997). Als Beispiele werden die Erfahrungen von Chile mit der Förderung privater Krankenversicherungen und von Kolumbien durch die Einführung einer allgemeinen und bindenden Versicherungspflicht angeführt. In Chile habe „opportunistisches Verhalten“ von privaten Krankenversicherungen dazu geführt, dass der öffentliche Sektor zunehmend den Bevölkerungsteil mit hohen und kostenintensiven Gesundheitsrisiken abzusichern hat.

Für eine öffentliche Finanzierung von Gesundheit und staatliche Eingriffe wird in erster Linie auf das Versagen privater Märkte mit Informationsasymmetrien und -lücken sowie unbekanntem Risiken hingewiesen. Inwieweit der Staat umfassend an der Bereitstellung von medizinischen Leistungen beteiligt werden soll, ist auch von der Ausgangsposition, den individuellen Gesundheitsmaßnahmen und anderen Faktoren, u. a. auch kulturellen Wertvorstellungen abhängig. So ist eine hierarchische, streng koordinierte Organisationsform bei der Bekämpfung von Seuchen vorteilhaft, wie in der Nachkriegsperiode in Bosnien-Herzegowina. Andererseits besteht in hierarchischen Organisationen eine über die Zeit zunehmende Tendenz zur Rigidität. In der Folge werden Bedürfnisse und Erwartungen der Bevölkerung oder von Individuen unzureichend berücksichtigt (WHO, 2000).³

Die WHO (2000) beschreibt die Funktion von Regierungen für das Gesundheitswesen als „stewardship“ unter dem Leitsatz „row less and steer more“. Die Regierung übernimmt die Verantwortung für die Wohlfahrt seiner Bevölkerung und berücksichtigt Wünsche und Rechte von Bürgern und Patienten. Dies erfordert eine zielorientierte Gesundheitspolitik, eine staatliche Einflussnahme im Sinne effektiver Regulierung sowie Beschaffung und Verbreitung von Informa-

² „The experience of most ... countries suggests that governments must play a major role in health financing through regulations, mandate or direct subsidies. Although considerable private resource may be available, these resources are often wasted on ineffective care without effective government policies.“

³ Der WHO Gesundheitsbericht (2000) macht darauf aufmerksam, dass subjektive Bedürfnisse (demand) oder Patientenpräferenzen gegenüber einem angenommenen objektiveren Bedarf (need) bei früheren Reformbemühungen in den Gesundheitssystemen unzureichend berücksichtigt wurden.

tionen über Angebot und Qualität von Gesundheitsleistungen. Insbesondere die Informationsverbreitung soll eigen- und mitverantwortliche Entscheidungen des Bürgers oder Patienten in der Nachfrage nach Gesundheitsdienstleistungen ermöglichen und fördern.

4. Definition eines Gesundheitssystems

Als Gesundheitssystem gelten alle Aktivitäten, die dazu dienen Gesundheit zu fördern, wiederherzustellen oder aufrecht zu erhalten (WHO, 2000). Diese Definition folgt dem sehr umfassenden Anspruch der Weltgesundheitsorganisation (WHO) an Gesundheit, die als „... state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity“ beschrieben wird. Formale Gesundheitsdienste, wie die individuelle medizinische Leistungserbringung, oder klassische Public-Health-Aktivitäten, wie Gesundheitsförderung und Krankheitsverhütung, erfüllen die Kriterien dieser Definition ebenso wie Leistungen traditioneller Heiler oder die häusliche Versorgung von chronisch und akut Erkrankten. Auch andere direkt der Gesundheit dienliche Maßnahmen, z.B. Verkehrssicherheit, Umweltschutz oder Müll- und Abwasserentsorgung können als Leistungen im Rahmen eines Gesundheitssystems aufgefasst werden. Nicht in die WHO-Definition von Gesundheitssystemen fallen solche Aktivitäten, deren primärer Zweck nicht dem Ziel von Gesundheit dient. Hierzu zählen allgemeine Bildungsmaßnahmen, wobei diesen indirekt ein maßgeblicher Einfluss auf Gesundheit zukommt.

Die Hauptziele moderner Gesundheitssysteme werden von der WHO wie folgt gefasst:

- Verbesserung und Aufrechterhaltung der Gesundheit der Bevölkerung;
- Berücksichtigung der Erwartungen der Bürger;
- Finanzielle Absicherung im Krankheitsfall.

Insbesondere die Verbesserung und Aufrechterhaltung der Gesundheit wird häufig als wichtigstes Ziel von Gesundheitssystemen angesehen. Die Berücksichtigung von „Nicht-Gesundheitszielen“, wie eine gerechte Verteilung der Finanzierungslasten von Gesundheitsleistungen, so dass Einzelne im Krankheitsfall keinen großen finanziellen Risiken ausgesetzt sind, oder das explizite Eingehen auf die Erwartungen und Wünsche von Patienten bei deren Behandlung, können als Zusatzleistung oder gar Luxus angesehen werden. Solche Dimensionen werden zumeist erst in Gesellschaften mit einem höheren Wohlstand und einem besseren Gesundheitsniveau realisiert. Allerdings müssen weder die Berücksichtigung von Patientenpräferenzen noch die generelle finanzielle Absicherung von Krankheitsrisiken einer Bevölkerung zwingend zu höheren Kosten in einem Gesundheitssystem führen.

5. Typisierung von Gesundheitssystemen

Gesundheitssysteme werden im wesentlichen folgenden Gesundheitssystemmodellen zugeordnet:

- *Beveridge-Modell* eines Nationalen Gesundheitsdienstes, überwiegend staatliche Finanzierung und häufig staatliche Produktion/ Bereitstellung⁴ von Gesundheitsleistungen (z.B. Dänemark, Großbritannien, Irland, Spanien, Portugal, Finnland, Schweden, Norwegen, Italien). Länder Mittel- und Ost-europas hatten ihre Wurzeln zumeist in einem staatlichen Gesundheitssystem des Semashko⁵-Typs mit vollständiger staatlicher Lenkung, Finanzierung und Organisation.
- *Bismarck-Modell* eines Sozialversicherungssystems, das weitgehend durch einkommensabhängige Pflichtbeiträge von Arbeitnehmern und/oder Arbeitgebern⁶ finanziert wird und dessen Gesundheitsleistungen unter staatlicher Aufsicht meist privat erbracht werden (z.B. Deutschland, Frankreich, Österreich, Belgien, Niederlande, Luxemburg, Schweiz, Japan).
- *Markt-Modell* mit überwiegend privater Finanzierung und privater Bereitstellung von Gesundheitsleistungen und relativ wenigen staatlichen Eingriffen oder Kontrollen (Vereinigte Staaten von Amerika).

Alle Gesundheitssysteme werden demnach in traditioneller Sichtweise auf dem Kontinuum zwischen einem "privaten" oder "marktlichen" System wie in den USA und einem "öffentlichen" oder "staatlichen" System wie im Vereinigten Königreich eingeordnet (Cullies und West, 1991). Allen Systemen ist gemeinsam, dass sie, wenn auch quantitativ unterschiedlich, unzureichend Gerechtigkeit herstellen. Marktorientierten Systeme verlieren möglicherweise eher die Kontrolle über die Ausgaben. Die Patientenorientierung kann vielleicht insbesondere in staatlich gesteuerten Systemen vernachlässigt werden, da individuelle Präferenzen bei kollektiven Regelungen nur unvollständig abgebildet werden. Die Effizienz der Produktion und Bereitstellung von Leistungen kann wohl in allen Systemen als verbesserungsfähig betrachtet werden. Im Sinne der Solidarität wird in keinem industrialisierten Land die Gesundheitsversorgung vollständig dem Markt überlassen.⁷

⁴ Staatliche Bereitstellung bedeutet, dass die Leistungserbringer wie Ärzte und Apotheker sowie medizinische Hilfsberufe in einem Beschäftigungsverhältnis mit Arbeitgebern der öffentlichen Hand stehen.

⁵ N. A. Semashko war der erste Gesundheitsminister der Sowjetunion.

⁶ Die Unterscheidung der Finanzierung nach Arbeitnehmer- und Arbeitgeberbeiträgen ist im volkswirtschaftlichen Sinn wenig zielführend, da Arbeitnehmer auch den Arbeitgeberanteil durch ihre Leistung miterwirtschaften müssen.

⁷ Dieses Nicht-überlassen ist unterschiedlich stark ausgeprägt. Es kann angeführt werden, dass es keiner dritten Partei, dem Staat oder den Krankenkassen bedürfe, um die Leistungen der Anbieter von Gesundheitsleistungen (zweite Partei) mit der Nachfrage der Patienten (erste Partei) zu verbinden. Ohne Berücksichtigung des Ziels „Solidarität“ ist dieser Vor-

6. Bedeutung von Gesundheitssystemen

Gesundheitssysteme existieren, seitdem Menschen versuchen, ihre Gesundheit zu schützen und Krankheiten zu behandeln. Überall in der Welt bot die traditionelle Medizin, basierend auf Heilpflanzen oft in Verbindung mit spirituellen Angeboten, präventive und kurative Leistungen an. Solche Angebote existieren noch heute - oft neben oder gemeinsam mit der modernen Medizin. Organisierte Gesundheitssysteme im modernen Sinn, die der gesamten Bevölkerung zur Verfügung stehen, gibt es jedoch erst seit rund einhundert Jahren und flächendeckend überwiegend nur in industrialisierten Ländern. Länder mit einer Bevölkerung, die der unteren und der mittleren Einkommensklasse zuzurechnen sind, tragen nur zu 18 Prozent des weltweiten Einkommens und nur zu 11 Prozent der globalen Gesundheitsausgaben bei. Demgegenüber leben 84 Prozent der weltweiten Bevölkerung in diesen Ländern und tragen 94 Prozent der globalen Krankheitslast (WHO, 2000).

Der Beitrag von Gesundheitssystemen für die Gesundheit des Einzelnen und der Bevölkerung ist mit unterschiedlichen, teils widersprüchlichen Ergebnissen untersucht worden. Für Länder mit geringer Wirtschaftskraft gilt, dass deutliche Verbesserungen des Gesundheitsstatus sowohl auf Individual- als auch auf Bevölkerungsebene mit verhältnismäßig geringem Mitteleinsatz möglich sind. So wurde 1990 für entwickelnde Länder geschätzt, dass ein Einsatz von US\$ 12 pro Person die Krankheitslast um ein Drittel reduzieren könnte (World Development Report, 1993). Ähnlich führte ein Vergleich der unterschiedlichen Mortalitätsraten in westeuropäischen und osteuropäischen, ehemals kommunistischen Ländern rund 25% der unterschiedlichen Lebenserwartung bei Männern und fast 40% bei Frauen auf die Verfügbarkeit moderner medizinischer Versorgung zurück (Velkova et al., 1997).

Demgegenüber ergaben vergleichende Querschnittsuntersuchungen auf Länderebene wenig oder keine Evidenz für einen positiven Einfluss von Gesundheitssystemen auf den Gesundheitsstatus einer Bevölkerung. Die Vergleiche zeigen zwar eine deutliche Korrelation zwischen dem Pro-Kopf-Einkommen und ausgewählten Gesundheitsparametern. Ähnliche Zusammenhänge wurden allerdings auch für Unterschiede im Bildungsniveau von Frauen, in der Höhe von Einkommensunterschieden und bei anderen kulturellen Merkmalen festgestellt (WHO, 2000). Andererseits konnte kein eindeutiger Zusammenhang zwischen den Indikatoren

- Zahl der Ärzte oder Zahl von Krankenhausbetten (Cochrane et al., 1978),
- Gesamtausgaben für Gesundheit (Musgrove, 1996),

schlag berechtigt, z.B. über eine Finanzierung analog einer Kraftfahrzeugversicherung mit risikoäquivalenten Beiträgen. Eine solche Finanzierung für Gesundheitsdienstleistungen könnte beispielsweise für Behinderte oder Personen mit erhöhten Gesundheitsrisiken – wie auch immer definiert – höhere Finanzierungsbeiträge bedeuten.

- Ausgaben für die Behandlung von Krankheiten, für die erfolgversprechende Therapien zur Verfügung stehen (Mackenbach, 1991)
- oder den öffentlichen Ausgaben für Gesundheit (Filmer und Pritchett, 1999)

und dem Gesundheitsstatus der Bevölkerung nachgewiesen werden.

Nur schwache Zusammenhänge erscheinen für wirtschaftlich stärkere Länder wenig überraschend, da in vielen entwickelten Ländern die durch ein Gesundheitssystem beeinflussbaren Ursachen von Tod und Behinderung bekannt sind und weitgehend kontrolliert werden. Die verfügbaren Ressourcen werden auf vielfältige Art und Weise genutzt, woraus variierende Effekte auf den Gesundheitsstatus resultieren können. Jedoch fehlt bisweilen selbst für wirtschaftlich schwächere Länder der Nachweis, dass erhöhte Gesundheitsausgaben, wie beispielsweise auf die Sterberate von Kindern, die angestrebten positiven Wirkungen haben (WHO, 2000). Der Erklärungsanteil der in einem Gesundheitssystem verfügbaren medizinischen Leistungen (das Gesundheitswesen im engeren Sinn) an der Veränderung der Lebenserwartung beträgt nach nationalen und internationalen Studien lediglich 10 bis 40 Prozent (SVRKAiG, 2000/2001).

Zudem ereignen sich in Gesundheitssystemen auf Grund organisatorischer Mängel oder wissenschaftlicher Unzulänglichkeiten mitunter Fehler nicht nur mit ökonomischen sondern sogar fatalen Konsequenzen. So wird die Zahl der durch medizinische Behandlungsfehler verursachten Todesfälle in den USA auf jährlich 44 000 geschätzt. Hinzu kommen 7 000 Todesfälle durch fehlerhafte Verschreibungen oder Nutzung von Arzneimitteln. Dies bedeutet, dass in den USA mehr Menschen durch Behandlungsfehler ums Leben kommen als durch Autounfälle, Brustkrebs oder AIDS (Kohn et al., 1999). Die ökonomischen Folgekosten werden auf mindestens US\$ 17 Milliarden beziffert, die Hälfte davon stehen in direktem Zusammenhang mit Gesundheit. Darüber hinaus infizieren sich Patienten auch ohne Behandlungsfehler z.B. während eines Krankenhausaufenthalts und der weitverbreitete Einsatz von Antibiotika fördert die Resistenzentwicklung von Krankheitserregern. Somit wird ein Teil des Krankheitsgeschehens durch Anstrengungen verursacht, die eigentlich im Sinne der Förderung von Gesundheit erfolgen.

Anreize und insbesondere Vergütungsanreize für Anbieter von Gesundheitsdienstleistungen werden besondere Bedeutung für die unterschiedlichen Niveaus der Gesundheitsausgaben in einzelnen Ländern zugeschrieben. Erfahrungen aus Ländern unterschiedlicher Wirtschaftskraft deuten darauf hin, dass retrospektive Zahlungen, z.B. Einzelleistungsvergütungen, insbesondere in Verbindung mit Zahlungen über Versicherung oder staatliche Institutionen (third party payment) zu hohen Ausgaben für Arzneimittel, Diagnostik und Therapie führen (Medici et al., 1997; Yang, 1997; Hsiao, 1995). In Kalifornien habe

der Wechsel von der Einzelleistungsvergütung hin zu Kopfpauschalen dagegen die Kosteneskalation innerhalb weniger Jahre gestoppt (WHO, 1999).

Auf Grund der hohen Produktivität und der damit verbundenen Anforderungen an die Beschäftigten in industrialisierten Ländern können psychische und physische Belastungen vermutet werden, die Krankheiten und damit Ausgaben für Gesundheitsleistungen erst verursachen. Umgekehrt könnte formuliert werden, dass eine Reduktion der Gesundheitsausgaben dazu führt, dass sich die Lebenserwartung und möglicherweise auch die Lebensqualität in industrialisierten Ländern sogar verschlechtert. Die Aufwendungen für Gesundheit wären dann als Preis für Fortschritt und Wohlstand zu interpretieren. Die Kosten, die beispielsweise für die medikamentöse Behandlung von Diabetes, Bluthochdruck oder Herzkrankheiten anfallen, versetzten viele Menschen erst in die Lage, erwerbstätig und damit im engeren Sinne produktiv zu bleiben. Ein Teil des Anstiegs der Gesundheitsausgaben kann daher durchaus als - methodisch noch nicht quantifizierbare - Transferleistung angesehen werden, die wirtschaftlichen Schaden durch Krankheit oder frühes Versterben verhindert (WHO, 2000).

Diese widersprüchlichen Ergebnisse der Bedeutung von Gesundheitssystemen auf die Gesundheit der Bevölkerung lassen sich so zusammenfassen:

- Gesundheitssysteme sind am Fortschritt von Gesundheit beteiligt; jedoch ist der Fortschritt in den einzelnen Ländern selbst bei vergleichbaren Volkseinkommen und Gesundheitsausgaben uneinheitlich.
- Systemmängel und falsche Steuerungsanreize mindern die positiven Effekte von modernen Gesundheitssystemen, verhindern sie jedoch nicht.

Die Defizite in Gesundheitssystemen beruhen häufig nicht auf fehlendem Wissen sondern an der fehlenden Umsetzung von vorhandenem Wissen in die Versorgungswirklichkeit. Für medizinische Behandlungsfehler wird etwa vorgeschlagen, dass die Lösung des Problems in einer Systemverbesserung liegen solle - beispielsweise bei der Verabreichung von Arzneimitteln in der Krebsheilkunde - und nicht in der Schuldzuweisung nach Schadenseintritt (Berwick, 2001).

7. Reformbestrebungen

In allen Gesundheitssystemen industrialisierter Länder zählen Ausgabenkontrolle, effiziente Leistungserbringung, Zufriedenheit von Nachfragern und Anbietern, gerechte⁸ Finanzierung und Leistungsgewährung sowie Qualitätssicherung und Qualitätsverbesserung medizinischer und pflegerischer Leistungen zu den weitgehend identischen Zielen der Gesundheitspolitik. Zur Erreichung

⁸ „fair“ im englischen Sprachgebrauch der WHO

dieser Ziele wurden in den neunziger Jahren in vielen industrialisierten Ländern marktorientierte und wettbewerbsfördernde Maßnahmen hinsichtlich Finanzierung und Organisation des Gesundheitswesens ergriffen (EHMA, 2000). Vier Entwicklungen waren maßgeblich für Reformbestrebungen hin zu mehr Markt und mehr Wettbewerb:

- **Kostenkontrolle.** Insbesondere aufgrund der Globalisierung besteht eine Tendenz zu niedrigen Steuern und Ausgaben, damit Länder und Unternehmen konkurrenzfähig bleiben oder werden. Im Vordergrund steht somit die Perspektive der Kostendämpfung, d.h. zumindest den Ausgabenanstieg zu reduzieren oder mehr noch, das Niveau der Ausgaben zu senken. Technischer Fortschritt aufgrund neuer Therapien oder innovativer Arzneimittel gilt neben der zunehmenden Alterung der Industriegesellschaften als Hauptursache für steigende Ausgaben im Gesundheitswesen. Kostenkontrolle kann sich auf die Makroebene als Teil der Kontrolle der öffentlichen Ausgaben insgesamt beziehen⁹ oder auf Effizienzmaßnahmen auf der Mikroebene, um die Produktivität innerhalb des Gesundheitssystems zu erhöhen.
- **Verbrauchersouveränität.** Steigende Ansprüche von Seiten der Nachfrager, der Patienten, sind mit Maßnahmen der Kostendämpfung in Einklang zu bringen. Wenn öffentliche Gesundheitssysteme weiterhin Solidarität, oder gar Gleichheit (equity), in der Gesundheitsversorgung erreichen sollen, dann erscheint es erforderlich, dass auch Nachfrager mit höheren Einkommen mit dem Angebot eines öffentlichen Gesundheitswesens zufrieden sind, zu dessen Finanzierung sie beitragen (sollen).
- **Klinische Qualität.** Aus der zunehmenden Verbrauchersouveränität ergeben sich Fragen zur klinischen Versorgungsqualität und dem Einfluß von Interessengruppen innerhalb von Gesundheitssystemen. Die im angelsächsischen Raum stark vorangetriebene Evidenz-basierte Medizin (EBM) fasst nicht nur Ergebnisse aus klinischen Studien sondern auch Resultate der Versorgungsforschung zu Diagnose- und Therapieverfahren zusammen und bewertet sie anhand der Qualität der verfügbaren Studien. Es wird angestrebt bislang weitgehend auf Experten- und Expertenmeinung basierende Diagnose- und Therapieverfahren zu systematisieren und evaluieren. In einem Health Technology Assessment (HTA) werden neue Diagnose- und Behandlungsverfahren zusätzlich zu Kriterien der EBM auch auf ihren wirtschaftlichen Nutzen untersucht. Im Vereinigten Königreich wurde zu diesem Zweck das National Institute for Clinical Excellence (NICE) gegründet. Auch in den Niederlanden, Australien und Kanada haben neue medizinische

⁹ Im Gesundheitswesen werden überwiegend die Sektoren dargestellt, die unter öffentlicher Regie, d.h. staatlich oder über eine Sozialversicherung, finanziert und/ oder organisiert werden. Der weite Bereich der privaten Güter und Dienstleistungen für Gesundheit wird meist nur unvollständig berücksichtigt.

Methoden, pharmazeutische Produkte und technische Entwicklungen ein u.a. nach ökonomischen Kriterien gestaltetes, rigides Genehmigungsverfahren zu bestehen. In Deutschland übernimmt der Bundesausschuß der Ärzte und Krankenkassen eine analoge Funktion. Auch von den medizinischwissenschaftlichen Fachgesellschaften werden zunehmend Evidenzbasierte Leitlinien für Diagnose und Therapie entwickelt.

- **Management.** Gestärkte Positionen von Managern und anderen klinischen Berufen gegenüber Vertretern des medizinischen Berufsstands werden in vielen Ländern der Europäischen Union als eine treibende Kraft für die Reformbestrebungen in den Gesundheitssystemen betrachtet. Stärker betriebswirtschaftlich orientiertes Verhalten führt parallel zu Evidenz-basiertem Handeln dazu, dass tradiertes Vorgehen und tradierte Verfahren hinsichtlich Effektivität und Effizienz überprüft werden.

Erhoffte Einsparungen waren jedoch nicht nachweisbar (EHMA, 2000). Eine unzureichende Datenlage und ein nicht hinreichend entwickeltes methodisches Instrumentarium sind hierfür mitverantwortlich. Die zur Verfügung stehenden Daten erlauben es kaum, Veränderungen hinsichtlich Leistung, Effektivität oder Qualität eines Gesundheitssystems verlässlich zu beurteilen, dass beispielsweise eine Trennung zwischen Käufern und Erbringern von Gesundheitsleistungen (im UK) oder die Wahlfreiheit von Krankenkassen für Versicherte (in D) vorteilhaft sind.

8. Leistungsangebot

Die weitaus meisten industrialisierten Länder, ausgenommen die USA, haben sich für eine umfassende Grundversorgung für den weitaus größten Teil der Bevölkerung entschieden. Der Umfang der Grundversorgung ist allerdings nicht explizit formuliert. So übernimmt in der Schweiz die obligatorische Krankenversicherung „die Kosten für die Leistungen, die der Diagnose oder Behandlung einer Krankheit und ihrer Folgen dienen“. Wie auch in Deutschland müssen diese Leistungen „wirksam“, „zweckmäßig“ und „wirtschaftlich“ sein. Was dies konkret bedeutet, ist nicht definiert. In der Folge wird die Grundversorgung stärker durch die Praxis bestimmt. Die Forderung, zwischen einem unverzichtbaren Kern und dem Wünschbaren bei Gesundheitsleistungen zu unterscheiden, und letzteres privater Finanzierung zu überlassen, scheitert in der Umsetzung an einer Medizin, die überwiegend nicht in der Lage ist, Wirksamkeit, Zweckmäßigkeit und Wirtschaftlichkeit nachzuweisen oder einen Konsens darüber herzustellen (Böcken et al., 2000). Was als Bestandteil der Grundversorgung gilt, ist in den Ländern historisch gewachsen und wird in der Regel nicht periodisch überprüft.

Aus einem Vergleich von einzelnen medizinischen Leistungen in 14 europäischen Ländern wird deutlich, dass grundlegende Unterschiede in der Ausge-

staltung des Leistungsangebots auf der Mikroebene, der Ebene des Arzt-Patienten-Verhältnisses, bestehen. So ist es beispielsweise in verschiedenen Ländern sehr unterschiedlich geregelt, wie viele persönliche Konsultationen und Ultraschalluntersuchungen im Rahmen der normalen Schwangerschaftsvorsorge erfolgen sollen und wer diese erbringt (Kupsch et. al., 2000). In den Niederlanden und in Dänemark werden für eine normale Schwangerschaft keine Ultraschalluntersuchungen empfohlen, in Ungarn dagegen vier. Länder mit einer stärkeren Beteiligung von Fachärzten an der Erbringung von Gesundheitsdiensten empfehlen mehr technische Untersuchungen, z.B. Ultraschall bei Nicht-Risikoschwangerschaften, als Länder, in denen Hebammen und Krankenschwestern einen großen Teil der Vorsorgeuntersuchungen wahrnehmen. So werden in Finnland mit einer starken Beteiligung der letztgenannten Berufsgruppen in der Präventivmedizin mehr Konsultationen während der Schwangerschaft und im Kindesalter empfohlen und durchgeführt als in Ländern mit einer dominanteren Facharztbeteiligung. Dass von der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit eines Landes nicht generell auf den Umfang des Leistungsangebots geschlossen werden kann, zeigt sich auch daran, dass Wartezeiten auf Bypassoperationen in der Slowakei, Tschechien und Ungarn kürzer sind als in Ländern wie Schweden oder dem Vereinigten Königreich. Diese und andere Variationen können als Beleg für einen starken Einfluss kultureller Faktoren bei der medizinischen Leistungserbringung und für die umstrittene Evidenz der Wirksamkeit und Nutzenbewertung vieler Gesundheitsleistungen gewertet werden (Kupsch et. al., 2000).

9. Kostenbeteiligung der Patienten

Neben dem Ausschluss von Leistungssegmenten ist die Höhe von Zuzahlungen bedeutsam, auch weil sie den Gedanken einer Grundversorgung unterhöhlen können. Fast alle in den Tabellen 1 und 2 berücksichtigten Länder führten in den vergangenen 10 bis 15 Jahren Zuzahlungen ein (Kern et al., 1997). In offiziellen Begründungen überwiegen Argumente für eine Lenkungswirkung: Arztbesuche bei geringfügigen Gesundheitsstörungen sollen vermieden und ein sorgsamer Umgang mit Arzneimitteln gefördert werden. Tatsächlich ist die Lenkungswirkung umstritten, häufiger die Erschließung von Finanzmitteln beabsichtigt. Die Gesamthöhe der Zuzahlungen pro Jahr ist fast immer beschränkt, Befreiungen für chronisch Kranke oder Arme existieren regelhaft (Böcken et. al., 2000).

Damit die Bedeutung und auch die Belastungen durch Kostenbeteiligungen zwischen den Systemen überhaupt verglichen werden können, sind auch die Kaufkraft, die Höhe der Versicherungsbeiträge, die individuelle Steuerbelastung ebenso wie ergänzende private Krankenzusatzversicherungen zu berücksichtigen (Kern et al., 1997).

Von einer höheren finanziellen Beteiligung der anspruchsberechtigten Bevölkerung an den Krankheitskosten wird ein kostenbewusstes Verhalten erwartet. Wissenschaftliche Studien haben allerdings ergeben, dass Kosteneinsparungen infolge veränderten Konsums nur bei einer sehr hohen jährlichen Selbstbeteiligung von gegenwärtig rund US\$ 2000 zu erwarten sind. Es wird erwartet, dass die zwangsweise Einführung einer solchen jährlichen Selbstbeteiligung in Deutschland und anderen europäischen Ländern politisch nicht durchsetzbar wäre. Die Wirksamkeit der Selbstbeteiligung hängt auch von der Arzt-Patienten-Beziehung ab. In dieser gegenwärtig noch von Autorität und Expertentum gekennzeichneten Beziehung haben Patienten wenig Einfluss auf Behandlungsauswahl und -verlauf (Böcken et. al., 2000).

10. Versorgungssituation

Zur gesundheitlichen Organisation der Versorgung zählen Steuerung, Integration von Versorgungsbereichen und Vergütungsformen.

Steuerung. In keinem der in Tabelle 2 aufgeführten Länder wird die gesundheitliche Versorgung allein dem Markt überlassen. Selbst in den USA, das als Beispiel für "unregulierten" Wettbewerb gilt, gibt es für ausgewählte Bevölkerungsgruppen staatliche Programme, die den Zugang zur Gesundheitsversorgung sichern.

Als Maßnahmen, die überwiegend einer staatlichen Steuerung zugeordnet werden, gelten:

- Staatliche Festlegung eines Budgets über eine Zeitperiode, ggf. mit Delegation auf eine ausführende Institution, z.B. Krankenkasse oder Gebietskörperschaft.
- Staatliche Angebotsplanung, beispielsweise im niedergelassenen Bereich über Zahl und Fachrichtung der ambulant tätigen Ärzte oder im stationären Bereich über Zahl und Funktion der Krankenhäuser bzw. Betten. Über die Angebotsplanung definiert der Staat zumindest in groben Zügen den Grundleistungskatalog.
- Die Vergütung der Anbieter erfolgt über Budgets oder über eine fixe bzw. planbare Honorierung mittels Gehälter oder Kopfpauschalen.
- Bei Arzneimitteln bestehen zumeist Preiskontrollen und restriktive Zulassungsverfahren.

In Reinkultur ist ein solches System in keinem der in Tabelle 2 genannten Ländern (mehr) vorhanden. Finnland, Dänemark, Großbritannien, Kanada und im wesentlichen auch die Niederlande sind - wenn auch mit Unterschieden - diesem Steuerungstyp zuzuordnen.

Als Kernelemente eines marktwirtschaftlich orientierten Systems können angeführt werden:

- Die Krankenversicherungen organisieren den Markt, sie verstehen sich als Mittler zwischen Angebot und Nachfrage. Sie verhandeln mit den Leistungserbringern den Preis und die Angebotsorganisation.
- Die Versicherten können zwischen verschiedenen Krankenkassen und Versicherungsoptionen wählen.
- Der Staat setzt Rahmenbedingungen, die folgendes beinhalten können: obligatorisches Grundversorgungspaket, Gewährleistung der Wahlfreiheit und Sicherheit für die Bürger durch Kontrahierungszwang der Versicherungsträger, Verhinderung der Risikoselektion bzw. Ausgleich von deren Folgen wie im Risikostrukturausgleich in der GKV, Verpflichtung zur Einhaltung von Mindeststandards des Angebots insbesondere hinsichtlich Menge und Qualität.

In reiner Form ist auch ein solches System in keinem der in Tabelle 2 aufgeführten Länder vorhanden.

Vergütung. Honorierungssysteme setzen Anreize. Allgemein wird Kopfpauschalen und Gehältern eine Tendenz zu Qualitätsmängeln insbesondere zur Unterversorgung unterstellt, bei Einzelleistungsabrechnung eine Tendenz zur Mengenausweitung und zur Optimierung von Punktzahlen anstelle einer Optimierung der Behandlung. Dies mag eine Vorliebe für Misch-Systeme erklären. Insbesondere in Systemen mit Einzelleistungsabrechnungen wurden die steigenden Kosten durch Budgets begrenzt.

Auch die Vergütung im Krankenhausbereich ist fast überall im Umbruch. Sie folgt im wesentlichen drei Linien:

- von der Kostenerstattung, inkl. Defizitgarantie, zur Festlegung fixer prospektiver Budgets;
- von der historischen Budgetierung (zu Grunde gelegt wurden die Honorierungsvolumina vergangener Jahre) hin zur leistungs- oder funktionsorientierten Budgetierung;
- von der pauschalen Abgeltung für Pfl egetage zur differenzierten Vergütung in Form von Fallpauschalen (die Einführung von Diagnosis Related Groups (DRG) ist für Deutschland ab 2007 für alle Fachgebiete außer der Psychiatrie vorgesehen).

Integration. Die Frage der Integration der verschiedenen Segmente der Gesundheitsdienste ist nicht grundsätzlich mit der staatlichen oder marktorientierten Ausrichtung eines Gesundheitssystems verknüpft. Integration der gesundheitlichen Versorgung bedeutet im Idealfall, dass alle für die Betreuung eines Patienten benötigten Dienste aufeinander abgestimmt sind und ein bruchloser Übergang in das jeweils bestgeeignete Versorgungssegment möglich ist (Böcken et al., 2000). Allerdings ist häufig gar nicht bekannt, welches Versorgungssegment für individuelle Patienten und Krankheiten das am besten geeig-

nete ist, z.B. für ambulante oder stationäre Rehabilitation. Als integrationsfördernd gelten:

- Angebote unter einem Dach, die eine ganzheitliche Problemsicht und reibungslose Übergänge ermöglichen.
- gate keeping soll Doppeluntersuchungen vermeiden und dazu führen, alle Informationen in einer Hand zusammenlaufen zu lassen;
- die Finanzierung aus einer Hand soll Abstimmung und Übergänge erleichtern.

In den USA hat die Leistungserbringung und finanzielle Budgetverantwortung in einer Hand durch Managed-Care-Organisationen zu Kostendämpfungen beigetragen. In Europa hat insbesondere die Schweiz Managed-Care-Modelle eingeführt (Baumberger, 2000). Managed-Care-Versorgungsangebote wurden aufgrund ihres eingeschränkten Leistungskatalogs sowie fehlendem Kontrahierungszwang (kein Zwang für Krankenversicherer, Bewerber mit schlechten Gesundheitsrisiken aufzunehmen) und einer zu deutlichen Profitorientierung, letzteres vor allem in den USA, kritisiert. Es ist abzuwarten, ob in der Schweiz diese möglichen Fehlentwicklungen durch gesetzliche Rahmenbedingungen vermieden werden können (Böcken et al., 2000).

11. Qualitätssicherung, Prävention und Patientenrechte

Qualitätssicherung hat zumindest verbal in den letzten Jahren einen hohen Stellenwert in allen industrialisierten Ländern erhalten. Sowohl hinsichtlich der Strukturqualität (z.B. Ärztefortbildung) als auch der Prozessqualität (z.B. Leitlinien) und der Ergebnisqualität (z.B. Erfolgsmessung anhand von Patientenbefragungen) wurden Initiativen entwickelt und staatliche Programme aufgelegt. Jedoch ist die Transparenz häufig gering, z.B. beim Vergleich von Krankenhäusern und/oder ambulanten Leistungserbringern oder bei der Erstellung und Anwendung von Leitlinien, oder es mangelt an der Umsetzung (Böcken et al., 2000).

Maßnahmen der *Prävention* werden von allen in Tabelle 2 angeführten Ländern angeboten. Hierzu gehören:

- Primär- und Sekundärprävention wie Impfungen und Früherkennung: In Ländern der Europäischen Union sind diese Leistungen im Grundleistungskatalog enthalten (Kupsch et al., 2000), aber nicht in den USA;
- Spezielle Gesundheitsinitiativen z.B. bei Herz-Kreislauf-Krankheiten oder bei AIDS;
- Gesundheitsförderung und -erziehung z.B. Ernährung, Bewegung, Rauchen;
- Umweltgesundheit/öffentliche Gesundheit z.B. Schadstoffe oder Wohnen.

Es kann kaum beurteilt werden, ob einzelne Länder vorbildliche Präventionsprogramme durchführen, da eine Evaluation meist nicht erfolgt (Kupsch et al., 2000). Nur punktuell lassen sich die Schwangeren-, Geburts- und Kleinkindervorsorge in Finnland und die Zahnprophylaxe in der Schweiz als beispielhafte Programme anführen, da sie auch mit guten Ergebnissen verbunden sind, mit einer niedrigen Säuglingssterblichkeit in Finnland und einer geringen Kariesfrequenz in der Schweiz (Böcken et al., 2000).

Patienteninteressen können durch verbesserte Informationsweitergabe, Stärkung der Patientenrechte bis zur Integration der Patientensichtweise in die ärztliche Ausbildung gestärkt werden. Erst wenn Patienten zum Mitgestalten befähigt werden, kann eine größere Qualität und Effizienz im Gesundheitswesen erreicht werden. Erste Ansätze für eine organisatorische Einbindung von Patienteninteressen in ein Gesundheitssystem werden aus den Niederlanden und Finnland berichtet. In den Niederlanden enthalten alle veröffentlichten Leitlinien einen Teil, der für medizinische Laien übersetzt wurde. In Finnland stellt das Versicherungsgesetz bei Patientenschäden auf den eingetreten Schaden und nicht den Verursacher ab (Böcken et al., 2000).

12. Fazit

Im internationalen Vergleich wird deutlich, dass alle Länder einem steigenden Ausgabendruck in den regulierten Gesundheitssystemen auf Grund demographischer Alterung, wachsender Ansprüche und medizinischem sowie medizintechnischem Fortschritt gegenüberstehen. Effizienzsteigerung und Erhöhung der Transparenz des Leistungsgeschehens ist überall gefordert, wenn eine gute Gesundheitsversorgung für alle sichergestellt werden soll. Die Strukturen sind in den Ländern historisch gewachsen. Je nach Ausgangslage haben Reformen in verschiedenen Ländern unterschiedliche Ansatzpunkte. Es wird jedoch angestrebt, Maßnahmen nicht nur punktuell zu ergreifen. Grundlegende Reformen benötigen einen langen Atem, der auch Regierungswechsel übersteht.

Für die Neudefinition des Leistungskatalogs in der gesetzlichen Krankenversicherung wird aus internationalen Vergleichen deutlich, dass es keinen einheitlichen Mindeststandard zu geben scheint. Trotz weltweit zugänglicher medizinischer Erkenntnisse scheinen die Leistungskataloge mehr durch nationale Besonderheiten der Länder die Definition des Leistungsanspruchs der Bevölkerung zu bestimmen. Auch die Frage der Vergütung ärztlicher und medizinischer Leistungen hat einen Einfluss auf den Umfang der angebotenen Gesundheitsleistungen.

Inwieweit Elemente anderer Länder vor dem Hintergrund kultureller, historischer und sonstiger Gegebenheiten eines Landes erfolgreich transferiert werden können, bleibt dennoch einem „trial-and-error“-Verfahren unterworfen. Dennoch

bieten Beispiele der Finanzierung und der Organisation gesundheitlicher Versorgung anderer Länder willkommene Anregungen, die Richtung und Beschaffenheit des eigenen Weges zu überprüfen und gegebenenfalls zu verändern. Es bleibt allerdings abzuwarten, ob die von der Europäischen Union vorgegebene Prämisse, dass Gesundheitsversorgung in den Verantwortungsbereichen der einzelnen Länder bleibt, vor dem Hintergrund einer wachsenden grenzüberschreitenden Nachfrage nach Gesundheitsleistungen langfristig bestehen bleiben kann. Darüberhinaus wird die europäische Entwicklung auch maßgeblich die Definition der Leistungsansprüche in den Ländern beeinflussen.

Literatur:

- Baumberger J: So funktioniert Managed Care, Stuttgart – New York, 2000
- Berwick DM: Not again! Preventing errors lies in redesign – not exhortation. *BMJ*, 322: 247-248, 2001
- Böcken J, M Butzlaff, A Esche (Hrsg): Reformen im Gesundheitswesen – Ergebnisse der internationalen Recherche. Verlag Bertelsmann Stiftung Gütersloh 2000
- Cochrane AL, AS Leger, F Moore: Health service “input” and mortality “output” in developed countries. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 1978, 32(3): 200-205; zitiert aus WHO Report 2000
- Cullis JG, PA West: *The Economics of Health*, Chippenham, 1991
- Devlin N, A Maynard, N Mays: New Zealand's new health sector reforms: back to the future? *BMJ* 2001, 322: 1171-1174
- European Health Management Association (EHMA): *The Impact of Market Forces on Health Systems*. Dublin, 2000
- Filmer D, I Pritchett: The impact of public spending on health: does money matter? *Social Science and Medicine*, 1999, 49(10):1309-1323, zitiert aus WHO Report 2000
- Hsiao WC: The Chinese health care system: Lessons for other nations. *Social science and medicine*, 1995, 41(8): 1047-1055; zitiert aus WHO Report 1999
- Jakubowski E, R Busse: *Health Care Systems in the EU – a comparative study*. Working Paper for the Directorate General for Research of the European Parliament, SACO 101 EN, 1998
- Kern AO, F Beske, S Kupsch, JF Hallauer: Zur Neubestimmung des Leistungsumfangs der gesetzlichen Krankenversicherung – Gesundheitsziele, Leistungskatalog und Selbstbeteiligung. Band 61 der Schriftenreihe des Instituts für Gesundheits-SystemForschung Kiel, 1997
- Kohn L, J Corrigan, M Donaldson (Hrsg): *To err is human: building a safer health system*. Washington DC, Institute of Medicine, National Academy of Sciences, 1999; zitiert aus WHO Report 2000
- Kupsch S, AO Kern et al.: *Health Service Provision on a Microcosmic Level – An International Comparison – Results of a WHO/IGSF Survey in 15 European Countries*. Band 74 der Schriftenreihe des Instituts für Gesundheits-System-Forschung Kiel, 2000
- Mackenbach JP: Health care expenditure and mortality from amenable conditions in the European Community. *Health Policy*, 1991, 19: 245-255; zitiert aus WHO Report 2000
- Medici AC et al: *Managed care and managed competition in Latin America und the Caribbean*. in: Schiefer G (Hrsg): *Innovation in health and financing*. Washington DC, The World Bank, 1997 (World Bank discussion paper No. 365); zitiert aus WHO Report 1999

- Musgrove P: Public and private roles in health: theory and financing patterns. Washington DC, The World Bank 1996 (World Bank discussion paper No. 339); zitiert aus WHO Report 2000
- Neubauer G und R Rowy: Ökonomische Aspekte von Rehabilitation. in: Bengel J und Koch U (Hrsg): Grundlagen der Rehabilitationswissenschaften, Springer Verlag Berlin 2000
- Organization for Economic Cooperation and Development: Health Care Systems in Transition: The Search for Efficiency, Paris, 1990
- Osterkamp R: Das deutsche Gesundheitssystem im internationalen Vergleich. Ifo-Schnelldienst 54, 10, 9-16
- Pfaff M, U Scheja: Gesundheitssysteme im internationalen Vergleich, in: G. Gäfgen (Hrsg.): Ökonomie des Gesundheitswesens, Berlin, 1986, 145-60
- Ried W, E Wille: Methodische Aspekte der Bewertung von Gesundheitsleistungen. Betriebswirtschaftliche Forschung und Praxis, 1997, 2: 123-142
- Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (SVRKAiG): Zielbildung, Prävention, Nutzerorientierung und Partizipation, Gutachten 2000/2001 Band 1;
www.svr-gesundheit.de/gutacht/gutalt/sg00.htm
- Velkova A, JH Wolleswinkel-van den Bosch, JP Mackenbach: The East-West life expectancy gap: differences in mortality from conditions amenable to medical intervention. International Journal of Epidemiology, 1997, 26(1): 75-84; zitiert aus WHO Report 2000
- The World Bank: World development report 1997 – The state in a changing world. The World Bank Washington DC, 1997
- World Development Report 1993- Investing in health. New Yorck, Oxford University Press for the World Bank, 1993: Table 5.3; zitiert aus WHO Report 2000
- The World Health Report 1999: Making a difference. World Health Organization (WHO), Genf, 1999
- The World Health Report 2000: Helth Systems: Improving Performance. World Health Organization (WHO), Genf, 2000
- Yang BM: The role of health insurance in the growth of the private health sector in Korea. in: Newbrander W (Hrsg): Private health sector growth in Asia: Issues and implications. Chichester, John Wiley & Sons Ltd, 1997; zitiert aus WHO Report 1999