



University of Applied Sciences

**APOLLON** Hochschule  
der Gesundheitswirtschaft

## Aufbau der Gesundheitssysteme

**GEWIH04**



---

Das Studienheft und seine Teile sind urheberrechtlich geschützt. Jede Nutzung in anderen als den gesetzlich zugelassenen Fällen ist nicht erlaubt und bedarf der vorherigen schriftlichen Zustimmung des Rechteinhabers. Dies gilt insbesondere für das öffentliche Zugänglichmachen via Internet, die Vervielfältigung und Weitergabe. Zulässig ist das Speichern (und Ausdrucken) des Studienhefts für persönliche Zwecke.

---



University of Applied Sciences

**APOLLON** Hochschule  
der Gesundheitswirtschaft

**Benno Neukirch**

**Aufbau der  
Gesundheitssysteme**

**GEWIH04**



**Prof. Dr. med. Benno Neukirch**

(geb. 1960) hat Medizin an der RWTH Aachen studiert. Nach Abschluss des Studiums und Erlangung der Approbation 1989 war er an verschiedenen Kliniken in Abteilungen für Allgemeine Innere Medizin tätig. 1995 erfolgte die Anerkennung als Facharzt für Innere Medizin durch die Ärztekammer Nordrhein. Sein wissenschaftliches Interesse richtete sich zunächst auf das Gebiet der Immunpharmakologie. Er beschäftigte sich mit der Wirkung antiallergischer Pharmaka auf humane Mastzellen. Besondere Schwerpunkte der klinischen Tätigkeit waren die Gastroenterologie, die Diabetologie und die Rheumatologie. Nach der klinischen Tätigkeit arbeitete Benno Neukirch mehrere Jahre selbstständig in einer

internistischen Facharztpraxis. Durch die Betreuung multimorbider Patienten (Hepatitis C, Diabetiker mit Insulinpumpe) wurde es erforderlich, ständig Analysen der Verordnungsstruktur für Kostenträger zu erstellen.

Seit März 2000 hat er eine Professur für „Medizin und Pflege, Betriebswirtschaftliche Belange im Gesundheitswesen“ an der Hochschule Niederrhein. Das wissenschaftliche Interesse richtet sich vor allem auf die Analyse von Versorgungsprozessen mit der Verzahnung des ambulanten und stationären Sektors. So beschäftigt er sich mit der Evaluation von Verträgen nach § 149 f. SGB V und der Auswertung von telemedizinischen Projekten. Ein weiteres Arbeitsfeld sind entscheidungsanalytische Modellrechnungen zu Kosteneffekten für neue Interventionen, aber auch die Auswirkungen von Gesundheitseinschränkungen auf die Arbeitsproduktivität.

---

Falls wir in unseren Studienheften auf Seiten im Internet verweisen/verlinken, haben wir diese nach sorgfältigen Erwägungen ausgewählt. Auf Inhalt und Gestaltung haben wir jedoch keinen Einfluss. Wir distanzieren uns daher ausdrücklich von diesen Seiten, soweit darin rechtswidrige, insbesondere jugendgefährdende oder verfassungsfeindliche Inhalte zutage treten sollten.

---

# Aufbau der Gesundheitssysteme

## Inhaltsverzeichnis

Einleitung .....	1
<b>Kapitel 1</b>	
1 Strukturelemente von Gesundheitssystemen .....	3
1.1 Bekannte Typen von Gesundheitssystemen .....	3
1.2 Strukturmerkmale der Gesundheitssysteme.....	4
1.2.1 Strukturmerkmal 1: Das Finanzierungsverfahren .....	4
1.2.2 Strukturmerkmal 2: Das Allokationsverfahren .....	4
1.2.3 Strukturmerkmal 3: Die Eigentumsstruktur.....	5
1.2.4 Strukturmerkmal 4: Die Organisationsstruktur.....	6
1.2.5 Strukturmerkmal 5: Das Vergütungssystem .....	7
1.2.6 Strukturmerkmal 6: Die Kapazitäten .....	8
1.2.7 Strukturmerkmal 7: Die Machtverteilung .....	8
Zusammenfassung .....	9
Aufgabe zur Selbstüberprüfung .....	11
<b>Kapitel 2</b>	
2 Blick der Wissenschaften auf Gesundheitssysteme.....	12
2.1 Was ist ein Gesundheitssystem?.....	12
2.2 Gesundheitssystem: Das traditionelle Konzept.....	13
2.3 Erweiterung des traditionellen Konzepts .....	15
2.4 Modelle der Gesundheitssystemforschung.....	17
2.5 Bewertung der verschiedenen Modelle .....	22
Zusammenfassung .....	22
Aufgaben zur Selbstüberprüfung .....	23
<b>Kapitel 3</b>	
3 Gesundheit und Politik – Gesundheit und Ökonomie.....	24
3.1 Begriffe zur Gesundheitspolitik.....	24
3.2 Die Entwicklung der gesellschaftlichen Ordnung: national – europäisch – international .....	26
3.2.1 Die Rahmenbedingungen .....	27
3.2.2 Der Wohlfahrtsstaat auf nationaler Ebene.....	30
3.2.3 Die Europäische Union.....	32
3.2.4 Die globale Ebene.....	33

3.3	Für und Wider den freien Markt: Kräfte – Argumente – Effekte.....	35
3.3.1	Befürworter und Gegner .....	35
3.3.2	Die Argumente .....	38
3.3.3	Die Effekte.....	42
	Zusammenfassung.....	46
	Aufgaben zur Selbstüberprüfung .....	48

## Kapitel 4

4	Trends und Entwicklungen der Gesundheitssysteme .....	51
4.1	Einführung .....	51
4.2	Gibt es einen Markt für die Gesundheitsversorgung?.....	51
4.3	Dynamik in der Gesundheitsversorgung.....	60
4.3.1	Die medizinische Kultur und die Dynamik.....	62
4.3.2	Wissenschaft, Technologie und die Dynamik .....	63
4.3.3	Organisationsform, Politik, Ökonomie und die Dynamik.....	65
4.4	Der Einfluss der Europäischen Union .....	66
4.5	Gesundheitsreformen .....	71
4.5.1	Stärkung der Verantwortlichkeit.....	72
4.5.2	Reformen in den Organisationen .....	73
4.5.3	Rationierung und Priorisierung.....	75
4.5.4	Kostenbegrenzung.....	78
	Zusammenfassung.....	81
	Aufgaben zur Selbstüberprüfung .....	84

	Schlussbetrachtung.....	85
--	-------------------------	----

## Anhang

A.	Bearbeitungshinweise zu den Übungen .....	88
B.	Lösungen der Aufgaben zur Selbstüberprüfung .....	92
C.	Glossar .....	95
D.	Literaturverzeichnis .....	100
E.	Abbildungsverzeichnis.....	102
F.	Sachwortverzeichnis .....	103
G.	Einsendeaufgabe.....	105

## Einleitung

Warum soll man sich mit den internationalen Gesundheitssystemen beschäftigen? Ihnen fallen dazu bestimmt einige Gründe ein, meist in Form von Beispielen aus der Tagespresse. Einige davon möchte ich beispielhaft hier anführen:

„Bundestag bremst bei Harmonisierung der Gesundheitssysteme“, so titelte die Ärztezeitung am 16.06.2008 (Ärztezeitung, 2008). Der Deutsche Bundestag fürchte ein Ausufern der gesundheitspolitischen Kompetenzen der EU. Die Abgeordneten sprachen sich in ihrer Mehrheit dafür aus, grenzüberschreitend zusammenzuarbeiten bei der Bekämpfung von Infektionskrankheiten oder bei Maßnahmen gegen ungesunden Lebensstil der Bürger. Die Absicht der Kommission, künftig gesundheitspolitische Prioritäten zu setzen, Leitlinien oder Empfehlungen zu formulieren ging den Mitgliedern des Deutschen Bundestages allerdings zu weit. Genau darauf hatten sich aber die EU-Kommission und die EU-Gesundheitsminister verständigt.

„Der Weg über die Grenze ist kompliziert“ (Ärztezeitung, 2007): Unter dieser Überschrift berichtete die Ärztezeitung am 04.05.2007 von einem Deutschen, der seit 32 Jahren im niederländischen Vaals wohnte, vor den Toren Aachens. Der Betroffene arbeitete in Deutschland und war auch hier krankenversichert. Nun wurde er aufgefordert, in die niederländische Bürgerversicherung zu wechseln. Nach anfänglicher Aufregung hatte sich schnell alles wieder beruhigt. Als Mitglied der niederländischen Bürgerversicherung kann er weiterhin in Deutschland zum Arzt gehen. Im Grenzgebiet gibt es einige Bewegungen. So haben die großen Krankenkassen mit der beliebten holländischen Region Zeeland Verträge abgeschlossen, sodass deutsche Patienten dort zu gleichen Bedingungen wie in Deutschland behandelt werden können – ohne zusätzliche Kosten. Die stärkste Patientenwanderung sieht man aber von den Niederlanden nach Deutschland und nach Belgien, weil es in den Nachbarländern keine Wartezeiten gibt. Belgier gehen häufig nach Aachen wegen des größeren Angebots, Deutsche gehen aber am liebsten in Deutschland zum Arzt, ganz gleich wo sie wohnen.

„Urlaub in Deutschland und ein Check-up beim Facharzt“ (Ärztezeitung, 2008): In einem Bericht vom 11.01.2008 berichtet die Ärztezeitung darüber, dass die Zahl ausländischer Patienten in Deutschland von 50 683 im Jahr 2004 auf 54 058 im Jahr 2005 angestiegen ist. Die meisten Patienten kommen aus den Vereinigten Arabischen Emiraten, Kuwait, Russland und Saudi-Arabien. Der größte Teil wird in Kliniken behandelt, einige aber auch bei niedergelassenen Ärzten. Etwa 40 000 Patienten waren Besucher, die sich ungeplant während ihres Aufenthaltes in Deutschland behandeln lassen mussten, die übrigen sind gezielt zur Behandlung angereist. In Berlin etwa haben die Meoclinic und die angeschlossenen 19 Meo-Privatpraxen dieses Geschäftsmodell für sich entdeckt. Dort sind zwischen 20 und 30 Prozent der behandelten Patienten aus dem Ausland. Entsprechender Service, z. B. muttersprachliche Betreuung oder heimatliche Küche, gehören dazu.

In diesem Studienheft möchte ich Sie mit den wichtigsten Strukturmerkmalen eines Gesundheitswesens vertraut machen. Neben den typischen Gesundheitssystemen, die Ihnen meist bekannt sind, sehen wir uns auch verschiedene andere Ansätze an. Sie sollen die Unterschiede kennenlernen und schließlich selbst in der Lage sein, für Gesundheitssysteme, die Ihnen bislang unbekannt waren, strukturelle Merkmale herauszuarbeiten. Daher gibt es für jedes Strukturmerkmal eine kleine Übungsaufgabe. Danach widmen wir uns kurz anderen wissenschaftlichen Herangehensweisen an die Gesundheitssysteme. Wie Ihnen bekannt ist, gibt es kaum ein Gesundheitssystem, das nicht mit bestimmten Problemen kämpft. Man bemüht sich international durch Reformen, die Systeme weiter zu entwickeln. Daher kommen in einem letzten Schritt Trends und Entwicklungen der Gesundheitssysteme zur Sprache. Hier liegt der Fokus auf den europäischen Gesundheitssystemen.



## Kapitel 1

# 1 Strukturelemente von Gesundheitssystemen

*In diesem Kapitel lernen Sie grundsätzliche Typen verschiedener Gesundheitssysteme und auch deren Strukturmerkmale kennen. Sie lernen auch, welche konkreten Ausgestaltungen es gibt. Am Ende des Kapitels sollen Sie ein fremdes Gesundheitssystem auf seine Strukturelemente hin analysieren können.*

## 1.1 Bekannte Typen von Gesundheitssystemen

Im Allgemeinen wissen Sie, dass wir in Deutschland ein sogenanntes **Sozialversicherungsmodell** haben. Es geht zurück auf die Einführung einer Krankenversicherung durch Otto von Bismarck (1815–1898) und wird auch in der internationalen Literatur **Bismarck-Modell** genannt. Der Sozialversicherung liegt zunächst der Gedanke der Subsidiarität zugrunde. Das bedeutet ein Einspringen in Notlagen, wenn der Einzelne und seine Familie eine solche Notlage nicht tragen können. Darüber hinaus ist jedoch der Gedanke der Solidarität wichtig geworden. Dahinter steckt die Idee, dass in einer Gemeinschaft, einer Region oder einem Staat gesunde und kranke, alte und junge Menschen leben. Im Voraus weiß niemand, ob und ggf. wann er eine schwere Erkrankung erleben wird. Daher haben alle ein in etwa gleiches Interesse daran, zusammen das Risiko einer schweren Erkrankung zu tragen. Die Sozialversicherung erhebt Beiträge, um die Gesundheitsversorgung zu finanzieren. Zwischen den Sozialversicherungen gibt es einen finanziellen Risikoausgleich. Preise und Qualität werden über Verträge meist kollektiv zwischen Kassen und Leistungsanbietern vereinbart. Ähnliche Systeme gibt es in den Niederlanden und in Österreich. Auch in Frankreich kann man von einem Sozialversicherungssystem sprechen, wobei dieses jedoch die komplette Bevölkerung erfasst.

Im Gegensatz dazu stehen sogenannte staatliche Gesundheitssysteme. Dabei denken die meisten zu recht an das System in Großbritannien. Es wird als **Beveridge-Modell** bezeichnet und wurde von Sir William Beveridge (1879–1963) begründet. Er entwickelte den National Health Service (NHS), ein Gesundheitssystem, bei dem der britische Staat über Steuern das System finanziert und auch betreibt. Ärzte und andere Leistungserbringer sollten Angestellte des Staates oder einer nationalen Gesundheitseinrichtung sein. Staatliche Institutionen legen einen standardisierten Leistungskatalog fest, bestimmen Preise, planen das Angebot und sorgen für ein bestimmtes Qualitätsniveau. Durch vorgegebene Budgets werden die Ausgaben begrenzt. Wahlfreiheit für Patienten gibt es demnach nicht. Ähnliche Systeme finden wir in Kanada, Neuseeland, aber auch in den skandinavischen Ländern.

Ein drittes System finden wir in den USA. Dort gibt es ein sogenanntes **Marktmodell**. Sowohl der Versicherungsmarkt als auch der Markt der Leistungserbringer unterliegen den Gesetzen von Angebot und Nachfrage, staatliche Einflüsse sind nur begrenzt vorhanden. Man verlässt sich weitgehend auf die Entscheidungs-

fähigkeit und -bereitschaft des Einzelnen. Dies gilt für die Vorsorge gegen Krankheitsrisiken und auch für die Auswahl und den Umfang von Gesundheitsleistungen. Die Vorsorge erfolgt auf freiwilliger Basis durch Versicherungen. Diese haben risikospezifische Prämien. Angebotsvielfalt, Wahlfreiheit und Konkurrenz kennzeichnen diesen Gesundheitsmarkt. Da die USA weltweit der größte Gesundheitsmarkt sind und auch im internationalen Vergleich die meisten Gesundheitsausgaben haben, werden wir auch dieses System später genauer ansehen.

## 1.2 Strukturmerkmale der Gesundheitssysteme

Mit diesen drei Grundtypen können wir uns an die Analyse der ersten Strukturelemente heranwagen.

### 1.2.1 Strukturmerkmal 1: Das Finanzierungsverfahren

Die drei Grundtypen unterscheiden sich zum einen darin, auf welche Weise die Gesundheitsversorgung finanziert wird. Das Finanzierungsverfahren ist also ein wesentliches Merkmal eines jeden Gesundheitssystems. Man kann ein System über **Steuern** finanzieren, über **Beiträge zu Sozialversicherungen** oder über die **direkte Bezahlung** der Leistungserbringer durch die Patienten, die wiederum Krankenversicherungen abschließen müssen. Die Versicherungsprämien sind dann vom individuellen Risiko abhängig.



#### Übung 1.1:

Überlegen Sie, welche Vorteile und welche Nachteile die drei Finanzierungsformen haben! Machen Sie eine Tabelle und schreiben Sie zu jedem Finanzierungsverfahren, wer unter Umständen davon profitiert und wer evtl. benachteiligt wird.

Wenn Sie genau aufgepasst haben, hat der britische Ansatz noch eine zweite Feststellung getroffen: Die Leistungserbringer sollen staatliche Angestellte sein. Es geht um die Frage, auf welche Weise das Leistungsangebot bereitgestellt wird. Dies bezeichnet man als Allokation.

### 1.2.2 Strukturmerkmal 2: Das Allokationsverfahren

Darunter versteht man die Art der Bereitstellung von Gesundheitsleistungen. Die Gesundheitssystemforschung unterscheidet zwischen staatlicher Planung und Regulierung auf der einen Seite und einer dezentralen marktwirtschaftlichen Steuerung auf der anderen Seite. In Deutschland kennen wir noch einen weiteren Weg der Allokation. Bei uns nehmen Verbände wesentliche Steuerungsfunktionen wahr. Denken Sie hier an den Spitzenverband Bund der gesetzlichen Krankenkassen, die Kassenärztliche Bundesvereinigung, auch die Kassenzahnärztliche

Bundesvereinigung und die Deutsche Krankenhausgesellschaft. Diese Verbände haben ihre Legitimation im SGB V und schließen z. B. Kollektivverträge ab. Allerdings haben auch andere Gruppen Anhörungsrechte: Patientenverbände oder Fachgesellschaften oder etwa der Bundesverband deutscher Privatkliniken. Diese Form der Allokation nennt man auch korporatistisch.

Eine **staatliche zentrale Planung** und Regulierung finden Sie im britischen NHS verwirklicht. Staatliche Planung gilt als schwerfällig, bürokratisch und sorgt bei den Leistungserbringern für wenig Eigeninitiative, sondern fördert hier eine abwartende Haltung. Leistungserbringer neigen dazu, das auszuführen, was von der zentralen Planung verlangt wird. Die Bedürfnisse der Bevölkerung können dabei von der Planung berücksichtigt werden, müssen es aber nicht.

Bei reinen **marktlichen Steuerungsmechanismen** hingegen wie in den USA geht die Initiative von den Leistungserbringern und von den Patienten aus. Beide Partner treffen sich, gleichsam wie Angebot und Nachfrage, auf dem Markt. Dabei spielt die Finanzierbarkeit eine große Rolle und das Problem der asymmetrischen Information. Man muss damit rechnen, dass Gesundheitsleistungen ohne eindeutig positive Wirkungen, dennoch für einen hohen Preis auf dem Markt angeboten werden. Andererseits wird es in sozial schwachen Schichten Personen geben, die sich keine Gesundheitsversorgung leisten können.

Das **korporatistische System** hat von beiden Elementen etwas. Die im vorigen Absatz genannten Schwierigkeiten bei der Bereitstellung werden durch kollektive Entscheidungen gemildert, was einen identischen Zugang aller zu Gesundheitsleistungen zur Folge hat. Andererseits können Leistungserbringer zwar nicht direkt, aber über Verbände Initiative entwickeln.

### Übung 1.2:

Recherchieren Sie, welche Allokationsstruktur sich in Estland durchgesetzt hat.



### 1.2.3 Strukturmerkmal 3: Die Eigentumsstruktur

Auch hier hat das Beveridge-Modell eine eindeutige Aussage gemacht. Leistungserbringer sollen Angestellte des Staates sein. Das impliziert, dass der Staat Eigentümer von Krankenhäusern und ambulanten Versorgungseinrichtungen ist. Unter Eigentumsstruktur versteht man auch die konkreten Verfügungsrechte vor Ort. Denkbar sind als Eigentümer neben dem Staat auch öffentliche oder gemeinnützige Organisationen (Not-for-Profit-Organisations) sowie private oder juristische Personen. Eigentum und Verfügungsrechte üben zusammen mit der Allokationsstruktur Anreizeffekte auf die Akteure aus und bestimmen so die Leistungsfähigkeit eines Gesundheitssystems. Denken Sie etwa an den Umgang mit einem alten Laserdrucker. In einer Arztpraxis entscheidet der Inhaber als Besitzer, diesen durch einen neueren zu ersetzen, und berücksichtigt dabei auch, dass der neuere weniger

Platz braucht, schneller und sparsamer ist. In einer öffentlichen Institution ist es dagegen so, dass vielleicht niemand wirklich „zuständig“ ist, sich aber alle über das langsame alte Modell aufregen.

Häufig findet man die Meinung, dass staatliche Systeme weniger effizient seien als marktwirtschaftliche. Dies lässt sich aber empirisch nicht belegen. Auch die geäußerte konträre Position ist ebenso wenig beweisbar.



### Übung 1.3:

Stellen Sie zusammen, welche Eigentumsstrukturen im deutschen Gesundheitssystem anzutreffen sind. Welche Anreize gehen davon aus?

## 1.2.4 Strukturmerkmal 4: Die Organisationsstruktur

Was die Organisationsstruktur anbelangt, kann man zwischen zwei Polen unterscheiden. Auf der einen Seite viele einzelne Leistungserbringer, die z. T. sehr spezialisiert ein schmales Leistungsspektrum haben, aber nebeneinander existieren und untereinander allenfalls informelle Bezüge haben. Auf der anderen Seite gibt es größere Organisationen, die unter einem Dach viele verschiedene Leistungserbringer vereinen und über verbindliche Prozesse die Zusammenarbeit gestalten. Alle Stufen zwischen diesen Polen sind denkbar. Wenn Sie die letzten Jahre im Gesundheitswesen betrachten, dann haben Sie längst bemerkt, dass die Entwicklung eindeutig hin zu mehr Integration geht. In Deutschland haben bis Ende der 1980er-Jahre Einzelpraxen das Bild dominiert. Die Trennung zwischen ambulant und stationär war auffallend scharf und tief. Mittlerweile gibt es, auch angeregt über eine entsprechende Gesetzgebung, medizinische Versorgungszentren, die integrierte Versorgung und die Möglichkeit für Ärzte, sowohl im Krankenhaus als auch in einem MVZ zu arbeiten. Ziel dieser Entwicklung ist die Gestaltung und Optimierung von Prozessen, die Patienten mit definierten Gesundheitsproblemen im Blick haben. Natürlich liegt die Vermutung nahe, dass integrierte Prozesse schneller und effektiver ablaufen, also die gesellschaftlichen Ressourcen schonen. Man darf aber dabei nicht vergessen, dass ein entscheidender Schrittmacher die Entwicklung der Informationstechnologie war, ohne die man wesentliche Integrationselemente nicht hätte darstellen können. Damit einher ging auch die Weiterentwicklung im medizinisch-wissenschaftlichen Gebiet. Bei der neoadjuvanten Therapie des Rektumkarzinoms zum Beispiel sehen die Leitlinien der Fachgesellschaften heute eine engmaschige, kurzfristige Zusammenarbeit zwischen Onkologen, Strahlentherapeuten und Viszeralchirurgen vor. Dies ist ohne feste Prozessorganisation nicht leistbar. Ähnliche Betrachtungen lassen sich auch für die Seite der Krankenkassen anstellen.

**Übung 1.4:**

Identifizieren Sie wesentliche Organisationsstrukturen des Gesundheitssystems in Estland.



**1.2.5 Strukturmerkmal 5: Das Vergütungssystem**

Zusammen mit der Allokationsstruktur und der Eigentumsstruktur übt die Art und Weise, in der Gesundheitsleistungen vergütet werden, einen erheblichen Anreiz auf das Verhalten der Leistungserbringer im Gesundheitswesen aus. Das Vergütungssystem steuert die Kosten und die Qualität der Versorgung.

Vergütungen können einerseits im Nachhinein abgewickelt werden, etwa nach dem Prinzip der Kostenerstattung oder der Bezahlung nach Abrechnung von Gebührenordnungspositionen. Solche retrospektiven Systeme eignen sich weniger gut zur Steuerung und gelten als Ausgaben fördernd.

Andererseits besteht die Möglichkeit im Voraus die Bezahlung zu verabreden. Dann werden Preise und Budgets, also Preis-Mengen-Gerüste, vereinbart, prospektiv für einen bestimmten Zeitraum, ein Quartal oder ein Jahr. Damit hat man die Ausgaben besser im Griff, muss jedoch dafür sorgen, dass weder die Leistungsmenge noch die Qualität unterlaufen werden. Eine Idealform der Vergütung gibt es also nicht. Dies bedeutet, dass wir praktisch in jedem Gesundheitssystem eine Kombination verschiedener Vergütungselemente haben.

**Übung 1.5:**

Hier sehen Sie eine Matrix mit verschiedenen Vergütungsformen in den Zeilen und möglichen Anreizeffekten in den Spalten. Bitte vermerken Sie für jede Vergütungsform, ob sie einen positiven oder negativen Anreiz haben wird.



	Mehr Patienten	Mehr Fälle (Ein Patient kann auch zwei Fälle auslösen!)	Mehr Konsultationen	Mehr Leistungen
Festes Entgelt				
Kopfpauschale (Geld pro Patient)				
Fallpauschale (Geld pro Fall)				
Einzelleistungs- vergütung				

### 1.2.6 Strukturmerkmal 6: Die Kapazitäten

In allen Ländern gibt es Regularien, nach denen die Leistungserbringer zugelassen werden. Das beginnt bei der Berufserlaubnis für den einzelnen Arzt und endet bei der Zulassung ganzer Krankenhäuser. In Abhängigkeit vom jeweils vorherrschenden Allokationsverfahren können staatliche Behörden also Kapazitäten beschränken und über diesen Weg die Verwendung der Ressourcen steuern.

In Ländern mit wettbewerblichen Gesundheitssystemen wird nicht über Kapazitätsbeschränkung gesteuert, dies überlässt man dem Markt. Hier achten die Behörden nur auf die Einhaltung von Standards. In staatlichen Systemen sind die Kapazitäten in öffentlichem Eigentum und von daher beschränkt. Aber auch in korporatistischen Systemen werden nach bestimmten Regeln Kapazitätsbeschränkungen verabredet.



#### Übung 1.6:

Recherchieren Sie, wie die Kapazitäten in der tschechischen Republik derzeit verteilt sind und welche Veränderungen angestrebt werden.

### 1.2.7 Strukturmerkmal 7: Die Machtverteilung

Nicht zuletzt entscheidet die Verteilung der Macht zwischen den verschiedenen Gruppen im Gesundheitssystem, den Patienten, den Leistungserbringern und den Regulatoren, darüber, wie sich die Leistungsfähigkeit eines Gesundheitssystems entwickelt.

Dominieren die Anbieter ein Gesundheitssystem, so ist dies förderlich für Innovationen, jedoch gleichbedeutend mit der Tendenz zur Ausgabensteigerung. Wenn die Regulatoren ein System beherrschen, geht man davon aus, dass die Kontrolle der Ausgaben und die Verteilungsgerechtigkeit besser gelingen. Wie die Macht konkret verteilt ist, liegt am Organisationsgrad – etwa der Leistungsanbieter – und am Grad der Zentralisierung der politischen Steuerung im Gesundheitswesen.

**Beispiel 1.1:**

In Deutschland haben wir eine regionale Gliederung. Auf politischer Ebene sind die Bundesländer z. B. für die Krankenhausplanung verantwortlich. Im ambulanten Sektor handeln die Kassenärztlichen Vereinigungen der Länder Verträge mit den Krankenkassen aus. In Frankreich, einem Zentralstaat, haben wir eine starke Stellung der nationalen Strukturen. Dort handeln Ärztegewerkschaften mit den Krankenkassen die Verträge aus. Das geht nicht immer friedlich zu. Nach jahrelangen Diskussionen ist es den französischen Ärztevereinigungen gelungen, ab 2002 eine kräftige Erhöhung der hausärztliche Honorare zu erreichen, jedoch erst nach einem sehr harten Streik.

**Übung 1.7:**

Durch das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz, das am 01.04.2007 in Kraft trat, wurde die Organisation des Gemeinsamen Bundesausschusses zum 01.01.2008 geändert. Bislang gab es jeweils Beschlussgremien für vertragsärztliche, vertragszahnärztliche usw. Angelegenheiten. Dabei saßen dann neben den drei Unparteiischen von jeder Seite, Krankenkassen und Vertragsärzten, Vertragszahnärzten usw. sich neun Vertreter gegenüber. Jetzt gibt es nur noch ein einziges Gremium. Dort sitzen neben den drei Unparteiischen fünf Vertreter der Krankenkassen, zwei Vertreter der Deutschen Krankenhaus Gesellschaft (DKG), zwei Vertreter der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) und ein Vertreter der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung (KZBV). Überlegen Sie, wie sich dadurch die Machtverhältnisse verschoben haben.

**Zusammenfassung**

Wenn man Gesundheitssysteme untersucht, ist es hilfreich, sich an Strukturmerkmalen zu orientieren. Als Strukturmerkmale haben Sie zuerst die **Finanzierungsverfahren** kennengelernt: Ein Gesundheitssystem kann sich über Steuern, über Beiträge zu Sozialversicherungen oder über private, risikobehaftete Krankenversicherungen finanzieren. Ein weiteres strukturelles Merkmal ist das **Allokationsverfahren**, d. h. die Art und Weise, nach der die Mittel im Gesundheitswesen verteilt werden. Auf der einen Seite ist eine komplette staatliche Planung vorstellbar, auf der anderen Seite eine komplette Steuerung über den Markt und über Wettbewerb. Die Realität wird meist dazwischen liegen. Als weiteren Weg haben Sie noch die Kollektivverhandlungen kennengelernt, und zwar im korporatistischen System. Die **Eigentumsstruktur der Ressourcen** war das nächste Strukturmerkmal. Krankenhäuser, Praxen usw. können in Privatbesitz sein, aber auch in staatlichem Besitz. Daneben gibt es noch gemeinnützige Organisationen, die Gesundheitseinrichtungen besitzen. Heute sehr wichtig geworden ist das Struktur-

merkmal der **Organisationsstruktur**. Mit diesem Merkmal benennen wir den Grad des Zusammenwirkens der verschiedenen Leistungserbringer. Die Entwicklung geht weg von der fragmentierten Struktur mit einer eher lockeren, informellen, ggf. zufälligen Zusammenarbeit zu einer Integration der Versorgungsebenen in Form der festen Prozessorganisation.

Ein weiteres strukturelles Element ist die **Vergütungsstruktur**. Man kann im Voraus Vergütungen als Budget vereinbaren oder im Nachhinein einzelne Leistungen oder Komplexe bezahlen. Meist werden beide Elemente verknüpft, um ganz bestimmte Anreize zu setzen. Um ein Gesundheitssystem zu verstehen, muss man sich auch mit der **Verteilung der Kapazitäten** beschäftigen. Jedes System bevorzugt leicht unterschiedliche Herangehensweisen an die Fragen, wie viele Krankenhäuser, wie viele Ärzte oder wie viele Pflegekräfte man denn braucht. Zuletzt wird die Struktur der **Machtverteilung** analysiert. Dabei kommt es darauf an, wer Entscheidungen herbeiführen oder etwa auch verhindern kann. Können sich die Anbieter frei entfalten, so entsteht ein innovationsfreundliches Klima, bei dem die Ausgaben tendenziell jedoch steigen werden. Haben die Regulatoren mehr Einfluss, stabilisiert das die Gesamtausgaben und verhindert eher die Benachteiligung von Randgruppen. In der folgenden Matrix sind alle Eigenschaften zusammengefasst.

<b>Finanzierungsverfahren</b>	Steuern	Beiträge zur Sozialversicherung	Versicherungsprämien, Eigenbeteiligung
<b>Allokationsverfahren</b>	Planung, Regulierung	Kollektivverhandlungen (korporatistisch)	Markt, Wettbewerb
<b>Eigentumsstruktur der Ressourcen</b>	staatlich	gemeinnützig (Not-for-profit)	privatwirtschaftlich
<b>Organisationsstruktur</b>	integriert	↔	fragmentiert
<b>Vergütungsstruktur</b>	prospektiv, budgetiert	↔	retrospektiv, nach Einzelleistung
<b>Kapazitäten</b>	Ärztedichte, Krankenhausedichte, Gerätedichte ...		
<b>Machtverteilung</b>	anbieterdominiert	↔	regulatorendominiert

Abb. 1.1: Strukturmerkmale von Gesundheitssystemen (vgl. Hajen; Paetow; Schumacher, 2008, S. 243)



## Aufgabe zur Selbstüberprüfung

- 1.1 Bitte nehmen Sie sich die oben stehende Matrix und untersuchen Sie das tschechische Gesundheitssystem auf alle Merkmale. Benutzen Sie dazu das Dokument „HiT summary: Czech Republic, 2005“, das Sie auf der Website des European Observers finden (vgl. <http://www.euro.who.int/Document/E86823.pdf>, 10.08.2008). Wenn Sie alle Übungsaufgaben durchgearbeitet haben, kennen Sie das Dokument bereits.