

Europäische Gesundheitssysteme – Grundfragen und Vergleich

In Europa lassen sich im Wesentlichen zwei Modelle von Gesundheitssystemen unterscheiden: Das Beveridge-Modell, das sich in der Finanzierung primär auf Steuern stützt, ist in den nordeuropäischen Ländern sowie in Irland und dem Vereinigten Königreich anzutreffen. Auch südeuropäische Länder wie Spanien, Portugal und Griechenland sind seit den Achtzigerjahren eher dieser Gruppe zuzurechnen. Das Bismarck-Modell mit der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) ist hingegen in fast allen mitteleuropäischen und seit etwa zehn Jahren auch in nahezu allen osteuropäischen Ländern verbreitet.



Innerhalb der europäischen Gesundheitssysteme kann grob zwischen steuerbasierten Systemen und Systemen mit gesetzlicher Krankenversicherung unterschieden werden. Beide Typen haben sich in den letzten Jahrzehnten stark weiterentwickelt und differenziert.

Bild: Keystone

Was zeichnet Gesundheitssysteme aus?

Gesundheitssysteme sind hochkomplexe Gebilde. Um sie vereinfachend, aber hinreichend korrekt beschreiben können, verwenden wir ein Dreieck (siehe *Grafik 1*). Auf der Unterseite des Dreiecks befinden sich die zwei zentralen Teilnehmer am System: die Bevölkerung und die Leistungserbringer. Hinzu kommen die *Third Party Payers* oder die Drittzahler, welche einen Grossteil der Finanzierung abwickeln. In der Mitte des Dreiecks sind, wie sie die Weltgesundheitsorganisation (WHO) nennt, die Stewards oder die Regulatoren des Gesamtsystems.

Zentrale Fragen und ihre Beschreibungskriterien

Zentrale Fragen und Beschreibungskriterien von Gesundheitssystemen kann man um dieses Dreieck anordnen. Links unten stehen die Fragen nach dem Versicherungsschutz: Ist die Bevölkerung universell oder nur teilweise gegen das Risiko von Krankheiten versichert («Wer ist versichert?»). Und wie sieht der versicherte Leistungsumfang aus («Was ist versichert?»). Hinzu kommen Fragen nach der Art der Ressourcenmobilisierung und nach Art

und Umfang des *Pooling* der finanziellen Ressourcen. Praktisch kein *Pooling* gibt es in Singapur, wo jeder Bürger sein eigenes Medizin-Sparbuch hat; er sammelt individuell sein Geld, das er für die Gesundheitsleistungen verwendet. Das andere Extrem ist ein nationaler Pool, in den die gesamte Bevölkerung ein-zahlt. Ein Beispiel einer Zwischenlösung sind Krankenkassen ohne Risikoausgleich, die jeweils das Finanzpooling nur für ihre Mitglieder betreiben.

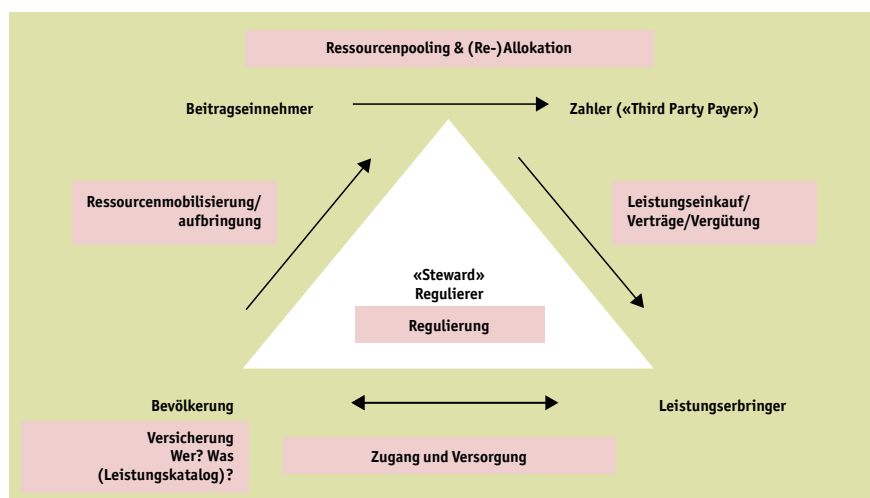
Eine weitere zentrale Frage betrifft die Allokation bzw. Reallokation an die Zahler – und damit den Risikoausgleich. Fragen des Risiko-(struktur-)ausgleichs stellen sich auch in nicht wettbewerbsorientierten Systemen, wenn es darum geht, wie etwa der nationale Pool auf die Regionen verteilt werden soll, ob die angemessene Finanzierungshöhe vorab oder nachträglich festgestellt wird oder ob neben allgemeinen demografischen Variablen (wie Alter und Geschlecht) auch Indikatoren für die Morbidität der Personen berücksichtigt werden sollen. Die eigentlichen Zahler machen den Leistungseinkauf durch Verträge mit und Vergütung von den Leistungserbringern. Für das Gesundheitssystem zentral sind auch die Fragen von Zugang und Versorgung auf der Ebene zwischen Bevölkerung und Leistungs-



Prof. Dr. med. Reinhard Busse
 Fachgebiet Management
 im Gesundheitswesen,
 Institut für Gesundheits-
 wissenschaften, Tech-
 nische Universität Berlin

Grafik 1

Wesentliche Akteure und Funktionen in Gesundheitssystemen



Quelle: Busse / Die Volkswirtschaft

erbringern sowie der Regulierung bzw. Steuerung des Gesamtsystems.

Die Unterscheidung zwischen steuerbasierten Systemen und den Systemen mit gesetzlicher Krankenversicherung (GKV) lässt sich empirisch nicht in jedem Fall machen: So hat Belgien zwar einen hohen Grad an Steuerfinanzierung. Aber weil es auch Krankenkassen gibt, ordnen wir Belgien den GKV-Systemen zu.

Steuerfinanzierte Systeme und die Reformentwicklung

Steuerfinanzierte Systeme (*Beveridge-Modell*) haben sich in den letzten Jahren deutlich diversifiziert. Noch vor 15 Jahren waren etwa die *Third Party Payer* und die Leistungserbringer häufig identisch. Der Bürger sah sich nur einer Organisation gegenüber, dem Staat, dem er die Steuern bezahlt hat und der ihm einen – oftmals beschränkten – Zugang zu Gesundheitsleistungen gegeben hat. Dieses System gewährleistete die vertikale Integration zwischen Zahlern und Leistungserbringern.

Die erste wichtige Reformentwicklung in den Beveridge-Ländern (Nordeuropa, Grossbritannien, Irland und später auch Südeuropa) gab, war der sog. *Purchaser Provider Split*. Das bedeutete, dass zwar alles staatlich blieb, aber die Organisation in zwei Hälften geteilt wurde. Die eine hatte das Geld und kaufte bei der anderen die Leistungen ein. Teile der anderen Hälfte – die Krankenhäuser, Rettungsdienste usw. – wurden autonom; d.h. sie bleiben in staatlicher Hand, wurden aber finanziell unabhängig und erhielten ein eigenständiges Management. Die Manager beider Seiten verhandelten nun auch über Verträge, ähnlich wie in GKV-Ländern. Sichtbarstes Zeichen

der Umstellung für viele Angestellte in den Organisationen war, dass sie ihr Gehalt nicht mehr vom Gesundheitsministerium erhielten, sondern von ihrem Krankenhaus, welches dieses aus der erwirtschafteten Vergütung bestreiten musste.

Die zweite Reformentwicklung ist eng mit obiger Entwicklung verknüpft: Der Bevölkerung wurde eine grössere Wahlfreiheit des Leistungserbringers eingeräumt. Das Geld wurde nicht mehr vorab zugeteilt, sondern an die Nutzung des Gesundheitssystems geknüpft.

Die dritte Reformentwicklung betrifft die Dezentralisierung der Systeme in den Ländern. Wo sie ursprünglich zentral geregelt waren – wie etwa in Grossbritannien, Spanien oder Italien –, wurden sie oftmals regionalisiert und regionale Gesundheitsdienste geschaffen. Dabei blieben oft wichtige Fragen wie etwa die Finanzierung umstritten. Soll das System also über regionale Steuern finanziert werden, oder bleibt es bei nationalen Steuern, die dann heruntergebrochen werden müssen? Existiert ein einheitlicher Leistungskatalog? Gibt es eine einheitliche Angebotsplanung und Qualitätssicherung in allen Regionen? Wie gross ist der Entscheidungsspielraum der Regionalregierungen? Hier besteht ein bedeutendes Spannungsfeld zwischen den zentralen und den regionalen Behörden.

Mit der vierten Reformentwicklung verbunden ist, dass die Verträge nun erlaubten, nicht mehr nur die vorher eigenen staatlichen Leistungserbringer zu kontrahieren, sondern auch nicht staatliche, also *private oder frei gemeinnützige Leistungserbringer*.

Systeme mit gesetzlicher Krankenversicherung (GKV-Systeme)

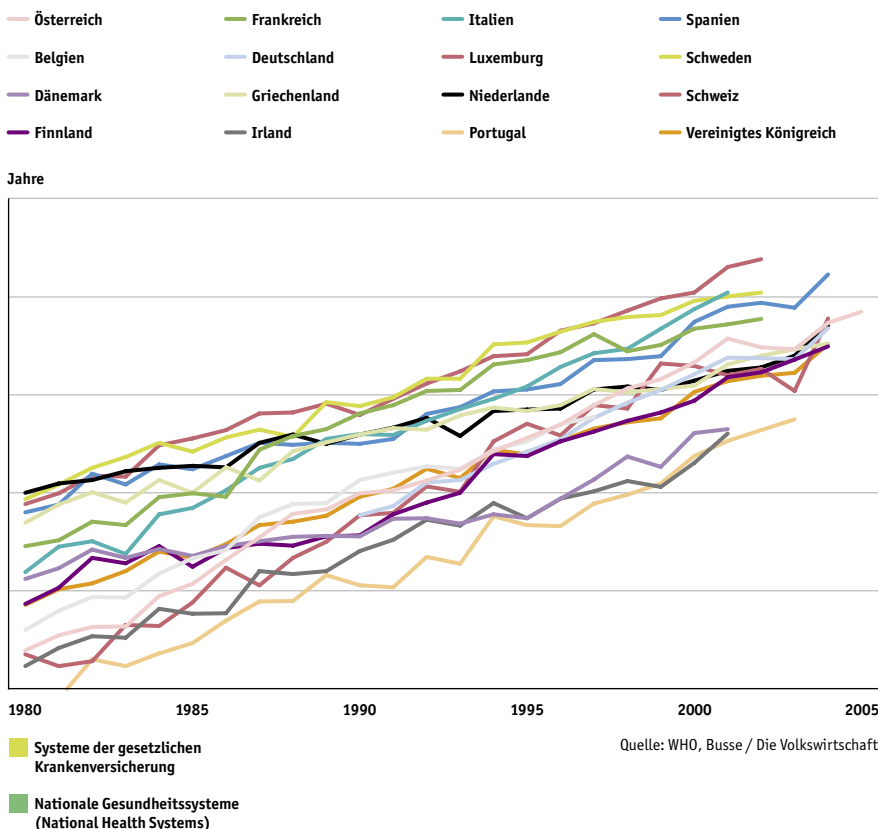
Wenn wir die Länder mit Sozialversicherungssystemen – international auch *Bismarck-Länder* genannt – betrachten, stellen wir Folgendes fest:

Bindung an das Arbeitsverhältnis und ihre Folgen

In diesen Ländern war das Versicherungsverhältnis klassischerweise an das Arbeitsverhältnis geknüpft. Lange gab es nur eine Versicherung für Arbeiter und später für Angestellte. Erst danach wurde das Sozialversicherungssystem ausgeweitet: auf Familienangehörige, Arbeitslose und Rentner. Ein universeller Versicherungsschutz ist in diesen Ländern ein neues Phänomen. Mit Ausnahme der Niederlande, die 1968 eine bevölkerungsweite Versicherung für die erweiterte Pflegeversicherung eingeführt haben, wurde diese erst Ende der Neunzigerjahre eingeführt: zuerst in der Schweiz (1996), dann in Belgien

Grafik 2

Entwicklung der Lebenserwartung bei Geburt in den EU-15-Ländern und der Schweiz, 1980–2005



(1998) und zuletzt in Frankreich (1999). Seit 2006 gibt es in den Niederlanden auch für den akutmedizinischen Bereich einen allgemeinen Versicherungsschutz. In einigen dieser Länder – Belgien, Deutschland, Niederlande, Schweiz – existiert eine Krankenkassenwahl-freiheit. Andere Länder – wie Österreich, Frankreich und Luxemburg – schreiben hingegen vor, wer bei welcher Kasse versichert sein muss. Deutschland hat seit 2006 eine Sonderposition, indem es nunmehr das einzige Land ist, das für bestimmte Personen eine Wahl zwischen GKV und PKV erlaubt.

Beim Verhältnis Beitragseinnahmer – Zahler ziehen die meisten Länder die Beiträge zentral ein: manchmal durch den Staat, wie etwa in Belgien oder Frankreich, und manchmal durch den Krankenkassenverband, wie in Luxemburg. Die Kassen erhalten das Geld aus dem grossen Topf auf der Basis einer Risikostrukturformel zugeteilt.

Alle Länder kämpfen mit der Frage, wie die chronisch Kranken, die sehr hohe Kosten auslösen, in diesen Allokationsmechanismus einbezogen werden können.

Erschwerte Kostendämpfung

Die klassische Beziehung von GKV-Systemen ist die Beziehung zwischen Zahlern und Leistungserbringern, die durch Verträge geregelt ist. Dadurch wird die Kostendämpfung erschwert. In Deutschland etwa, wo Hunderte von Kassen und Zehntausende von Leistungs-

erbringern existieren, entstehen enorm hohe Transaktionskosten. Der klassische Ansatz für die Kostenminimierung ist hier der so genannte Kollektivvertrag: Es besteht nur ein Vertrag pro Sektor und Region, egal, wie viele Akteure es auf beiden Seiten sind.

Neuere Entwicklungen

Ein neuer Ansatz, der am ausgeprägtesten in Frankreich und in Österreich anzutreffen ist, besteht darin, den Kassen das Recht abzuschöpfen, Verträge für bestimmte Leistungs-sektoren zu schliessen. Der Staat bestimmt, dass die Kassen insbesondere für die stationäre Versorgung das Geld in einen gemeinsamen Topf einzahlen. Die so finanzierten regionalen Agenturen für stationäre Versorgung schliessen dann die Verträge für alle Versicherten aller Kassen mit den Krankenhäusern ab. 2004 wollte die damalige österreichische Regierung sogar regionalen Gesundheitsagenturen die alleinige Zahlerrolle übertragen, d.h. die Kassen zu reinen Beitragseinnehmern machen. Einen interessanten Ansatz kennen die Niederlande: Im ambulanten Bereich sind Kollektivverträge untersagt; hier werden die Leistungen ausschliesslich über Selektivverträge geregelt.

Was GKV-Systeme noch auszeichnet

Ein klassisches Merkmal der GKV-Systeme ist, dass die Versicherten *die freie Arztwahl* haben. Wir wissen aus Untersuchungen, dass ein gesteuerter Zugang über *Gatekeeping*, wo die Versicherten erst zum Hausarzt gehen, kostengünstiger wäre. Wir wissen aber auch, dass diese Regelung nicht sehr beliebt ist. Deutschland, Frankreich und die Schweiz versuchen, mit mehr oder weniger freiwilligem Gatekeeping kostendämpfend zu wirken.

Welche Systeme sind «besser»?

Wodurch unterscheidet sich ein besseres von einem schlechteren Gesundheitssystem? Der Grad der Zielerreichung kann nur gemessen werden, wenn auch die Ziele definiert sind. Die häufigsten international genannten Ziele sind: Die Gewährleistung einer zugänglichen, (qualitativ) angemessenen und bedarfsgerechten, zugleich aber auch notwendigen und wirtschaftlichen Gesundheitsversorgung sowie die finanzielle Absicherung im Krankheitsfall. In der internationalen Literatur sind Qualität, Zugang, Gleichheit, Kostenbegrenzung und Kosteneffektivität die am häufigsten genannten Ziele.

Welche Ziele sollen erreicht werden?

Die WHO hat in ihrem Weltgesundheitsbericht 2000 einen ersten Beitrag zur Definition und Quantifizierung geleistet. Unter Einbeziehung weiterer Zielkataloge, etwa der

Tabelle 1

Anteil privater Ausgaben und Verteilungsgerechtigkeit finanzieller Belastungen – europäische Länder im Vergleich
(Sortiert nach der Höhe des Anteils privater Ausgaben 2002)

	Anteil privater Ausgaben in % der Gesamt- gesundheitsausgaben		Finanzielle Verteilungs- Gerechtigkeit (max. 1,00)	Anteil der Haushalte in %, die über 40% ihres Einkommens für Gesundheitsausgaben aufwenden	Anteil der Haushalte in %, die über 40% ihres Einkommens für Zuzahlungen ausgeben («out-of-pocket»)
	2002	1990			
Griechenland	47,1	46,3	0,858	3,29	2,17
Schweiz	42,1	47,6	0,875	3,03	0,57
Österreich	30,1	26,5	n.v.	n.v.	n.v.
Portugal	29,5	34,5	0,845	4,01	2,71
Belgien	28,8	n.v.	0,903	0,23	0,09
Spanien	28,6	21,3	0,899	0,89	0,48
Polen	27,6	8,3	n.v.	n.v.	n.v.
Niederlande	26,7	32,9	n.v.	n.v.	n.v.
Italien	24,4	20,7	n.v.	n.v.	n.v.
Finnland	24,3	19,1	0,901	1,36	0,44
Frankreich	24,0	23,4	0,889	0,68	0,01
Deutschland	21,5	23,8	0,913	0,54	0,03
Dänemark	16,9	17,3	0,920	0,38	0,07
Grossbritannien	16,6	16,4	0,921	0,33	0,04
Norwegen	14,7	17,2	0,888	1,22	0,28
Schweden	14,7	10,1	0,920	0,39	0,18

n.v. = nicht verfügbar.

Quelle: OECD Health Data 2004, WHO Health for All Databank 2004, Murray & Evans 2003 / Die Volkswirtschaft

OECD, spricht man heute von vier bis sechs Zielbündeln: Gesundheit, Zugang zu bedarfsgerechten Technologien und Versorgung, Bevölkerungs- und Patientenorientierung (*Responsiveness*) sowie faire und nachhaltige Finanzierung. Dazu kommen Verteilungsgesichtspunkte bei Gesundheit, Zugang (*Equity*) sowie Effizienz. Nicht alle Ziele können gleich effektiv verfolgt werden. Sind etwa Mindestmengen an diagnostischen Massnahmen oder Operationen pro Institution oder Arzt zum Zwecke der Qualitätssteigerung vorgeschrieben, so müssen Nachteile im Zugang zu diesen Leistungen – z.B. für die ländliche Bevölkerung – in Kauf genommen werden.

Grenzen des WHO-Ansatzes

Wissenschaftlich unumstritten ist heute auch, dass der Versuch der WHO, alle diese verschiedenen Ziele in einem gewichteten Index zu vereinigen, mit dessen Hilfe alle Gesundheitssysteme mit einander verglichen werden können, (noch) nicht funktioniert. Deshalb seien hier auch nur für zwei der Zielbündel exemplarische Ergebnisse demonstriert:

Bezüglich der Dimension «Gesundheit» ist die Lebenserwartung immer noch der am leichtesten verfügbare Indikator, auch wenn er nicht unbedingt der spezifischste ist; andere Faktoren bestimmen die Gesundheitserwartung mit. Besser sind Berechnungen, die sich auf die vom Gesundheitssystem beeinflussbaren Todesursachen konzentrieren (*amenable*

mortality). Punkto Lebenserwartung bei Geburt zeigt sich sowohl für steuerfinanzierte als auch für GKV-Länder ein praktisch kontinuierlicher Anstieg, der allerdings in Letzteren – insbesondere in Österreich und der Schweiz – deutlicher ausfällt (vgl. *Grafik 2*).

Ein zweites Beispiel ist die Fairness der Finanzierung. Diese kann anhand des Konstruktes «Verteilungsgerechtigkeit» bestimmt werden; der optimale Wert 1,0 bedeutet, dass jeder den gleichen Anteil seines Einkommens zur Finanzierung beiträgt. Eine andere Möglichkeit der Berechnung besteht darin, die Fairness der Finanzierung anhand des Anteils an Haushalten zu bestimmen, die einen inakzeptabel hohen Teil ihres Einkommens für Gesundheit aufbringen müssen (siehe *Tabelle 1*). Die steuerfinanzierten Länder Grossbritannien, Dänemark und Schweden schneiden bei der Verteilungsgerechtigkeit am besten ab, allerdings dicht gefolgt von den GKV-Ländern Deutschland und Belgien, während die Schweiz vor Griechenland und Portugal hinten liegt. Die gleichen drei Länder bilden auch das Schlusslicht bei den Prozentsätzen an Haushalten, die über 40% ihres Einkommens für Gesundheit aufwenden – mit dem Unterschied, dass in Griechenland und Portugal überwiegend *Out-of-pocket-Zahlungen*, in der Schweiz jedoch die Prämien hierfür verantwortlich sind. Insgesamt ergibt sich über alle Länder hinweg eine sehr enge Korrelation zum Anteil privater Ausgaben an den gesamten Gesundheitsausgaben.