

Claus Wendt

Krankenversicherung oder
Gesundheitsversorgung?

Claus Wendt

Krankenversicherung oder Gesundheitsversorgung?

Gesundheitssysteme im Vergleich

Springer Fachmedien Wiesbaden GmbH

Bibliografische Information Der Deutschen Bibliothek
Die Deutsche Bibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie;
detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <<http://dnb.ddb.de>> abrufbar.

Dissertation an der Fakultät für Wirtschafts- und Sozialwissenschaften der Universität Heidelberg

1. Auflage Juni 2003

Alle Rechte vorbehalten

© Springer Fachmedien Wiesbaden 2003

Ursprünglich erschienen bei Westdeutscher Verlag/GWV Fachverlage GmbH, Wiesbaden 2003

Lektorat: Frank Engelhardt

www.westdeutscher-verlag.de



Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Die Wiedergabe von Gebrauchsnamen, Handelsnamen, Warenbezeichnungen usw. in diesem Werk berechtigt auch ohne besondere Kennzeichnung nicht zu der Annahme, dass solche Namen im Sinne der Warenzeichen- und Markenschutz-Gesetzgebung als frei zu betrachten wären und daher von jedermann benutzt werden dürften.

Umschlaggestaltung: Horst Dieter Bürkle, Darmstadt

Gedruckt auf säurefreiem und chlorfrei gebleichtem Papier

ISBN 978-3-531-14062-9

ISBN 978-3-663-10557-2 (eBook)

DOI 10.1007/978-3-663-10557-2

Mit Dank an Anneliese Körner
und
im Gedenken an Elisabeth Wedemeyer

Danksagung

Mein Interesse an einem historisch angeleiteten Gesundheitssystemvergleich wurde bereits während eines Studienaufenthalts in Leicester durch Sydney Holloway geweckt und im Rahmen einer Tätigkeit für die Weltgesundheitsorganisation in Kopenhagen bei Assia Brandrup-Lukanow intensiviert. Im Frühjahr 2003 wurde die auf diesen frühen Erfahrungen aufbauende vergleichende Analyse von Gesundheitssystemen von der Fakultät für Wirtschafts- und Sozialwissenschaften der Universität Heidelberg als Dissertation angenommen.

Der Einstieg in dieses Vorhaben wurde durch ein Stipendium in dem von Peter Flora geleiteten und von der Europäischen Kommission finanzierten Training and Mobility Programme for Young Researchers (TMR): ‚Family and Welfare State in Europe‘ ermöglicht. Insbesondere während der darin enthaltenen Forschungsaufenthalte an der Universität Roskilde und der Österreichischen Akademie der Wissenschaften konnte ich vielfältige intellektuelle Anregungen und wichtige Kenntnisse sammeln. Beigetragen haben dazu auch die zahlreichen Diskussionen mit den weiteren TMR-Teilnehmerinnen und Teilnehmern. Besonderen Dank möchte ich neben dem Projektleiter den beiden Koordinatoren Thomas Bahle und Astrid Pfenning aussprechen sowie Peter Abrahamson und Bent Greve, die mir beim Start in Dänemark hilfreich zur Seite standen. Durch das EUSSIRF-Programm der Europäischen Kommission wurden außerdem Recherchen zum Gesundheitssystem Großbritanniens an der London School of Economics and Political Science finanziert.

Viele Institutionen, Kollegen und Freunde haben ihren positiven Anteil an der Fertigstellung der Arbeit. Bedanken möchte ich mich bei den Gutachtern Jürgen Kohl und Thomas Klein für hilfreiche und kritische Hinweise, die ich in zukünftigen Forschungsvorhaben umzusetzen versuche. Jürgen Kohl, dem Betreuer der Dissertation, danke ich darüber hinaus für die freundschaftliche Zusammenarbeit und für wertvolle Diskussionen am Institut für Soziologie der Universität Heidelberg. Die beiden weiteren Mitglieder der Prüfungskommission, M. Rainer Lepsius und Manfred G. Schmidt, haben bei mir ihre Spuren in den Feldern der Institutionentheorie und der Wohlfahrtsstaatsanalyse schon während meines Studiums in Heidelberg hinterlassen.

Überaus anregend waren außerdem Gespräche mit Ursula Filipic, Mathias Maucher, Katja Koschate, Sabine Kubesch und Silke von Sichart – unverzichtbar ihre Durchsicht des Manuskripts. Herzlichen Dank dafür!

Heidelberg, im April 2003

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung	17
2	Institutionentheorie und Wohlfahrtsstaatsanalyse	27
2.1	Institutionentheoretische Grundlagen	29
2.1.1	Institutionen und Ideen	31
2.1.2	Rationalitätskriterien	33
2.1.3	Handlungskontext	34
2.1.4	Soziale Differenzierung	35
2.1.5	Wechselwirkungen zwischen Markt und Wohlfahrtsstaat	37
2.2	Leitideen der Gesundheitsversorgung	41
2.2.1	Gesundheit als besonderes Gut	44
2.2.2	Soziale Gerechtigkeit	45
2.2.3	Solidaritätsprinzip	46
2.2.4	Subsidiaritätsprinzip	48
2.2.5	Gesundheitsversorgung als Staatsbürgerrecht vs. Versicherung gegen Krankheitsfolgen	49
2.3	Vom Fürsorgeprinzip zum Versicherungs- und Versorgungsprinzip	53
2.3.1	Fürsorge	59
2.3.2	Versicherung	60
2.3.3	Versorgung	62
2.4	Vertrauen in Institutionen	63
2.4.1	Bezugspunkte von Institutionenvertrauen	64
2.4.2	Vertrauen und die Stabilität von Institutionen	66
3	Ansätze und Fragen der vergleichenden Forschung	70
3.1	Entwicklungslinien der vergleichenden Wohlfahrtsstaatsforschung	71
3.2	Fall-orientierte vs. variablen-orientierte vergleichende Analysen	73
3.3	Wohlfahrtsstaats-Typologien	75
3.4	Dimensionen für den Vergleich von Gesundheitssystemen	80

4	Gesundheitssysteme im Vergleich	97
4.1	Charakterisierung der Gesundheitssysteme	97
4.1.1	Deutschland: Löst das älteste System heutige Probleme?	98
4.1.2	Österreich: Auf dem deutschen gesundheitspolitischen Pfad oder auf eigenen Wegen?	111
4.1.3	Großbritannien: Vorbild nach außen und im Inneren reformbedürftig?	120
4.1.4	Dänemark: Ist das jüngste Gesundheitssystem auch das modernste?	131
4.1.5	Diskussion	141
4.2	Inklusion und Exklusion: Wer ist abgesichert?	143
4.2.1	Deckungsgrad der Standardsysteme	143
4.2.2	Deckungsgrad der privaten Krankenversicherung	150
4.2.3	Zielgruppenspezifische und regionale Ungleichheit	153
4.2.4	Diskussion	159
4.3	Finanzierung: Umverteilungsmechanismen unterschiedlicher Finanzierungsmodelle	160
4.3.1	Steuerfinanzierung	165
4.3.2	Sozialversicherungsbeiträge	169
4.3.3	Private Krankenversicherungsbeiträge	178
4.3.4	Private Selbst- oder Zuzahlungen	182
4.3.5	Diskussion	190
4.4	Gesundheitsausgaben: Rationierung oder effizienter Einsatz gegebener Mittel?	193
4.4.1	Ausgaben für stationäre Versorgung	202
4.4.2	Ausgaben für ambulante Versorgung	211
4.4.3	Ausgaben für Arzneimittel	218
4.4.4	Diskussion	224
4.5	Gesundheitsleistungen	228
4.5.1	Stationäre Versorgung	232
4.5.2	Ambulante Versorgung	243
4.5.3	Arzneimittelversorgung	255
4.5.4	Gesundheitsleistungen für Kinder	259
4.5.5	Diskussion	269
4.6	Organisation und Steuerung der Gesundheitsversorgung	277
4.6.1	Organisationsebenen der Gesundheitsversorgung	280
4.6.2	Wettbewerb vs. staatliche Steuerung: Anreize für eine effiziente Gesundheitsversorgung	293
4.6.3	Freie Arztwahl vs. Hausarztprinzip: Selbstbestimmung oder Kontrolle und Leitung	303
4.6.4	Diskussion	308

5	Vertrauen in Gesundheitssysteme	313
5.1	Vertrauen in die Funktionsfähigkeit von Gesundheitssystemen	314
5.2	Vertrauen, Transparenz, Partizipation	324
6	Sozial- und gesundheitspolitische Schlussfolgerungen	328
7	Literatur	355

Verzeichnis der Schaubilder, Tabellen und Abkürzungen

Verzeichnis der Schaubilder

<i>Schaubild 1</i>	Prozesse der Institutionalisierung	32
<i>Schaubild 2</i>	Vertrauen in Institutionen	65
<i>Schaubild 3</i>	Dimensionen für den Vergleich von Gesundheitssystemen	83
<i>Schaubild 4</i>	Annahmen über Umverteilungseffekte unterschiedlicher Finanzierungsmodelle	87
<i>Schaubild 5</i>	Annahmen über Wirkungen von Honorierungsverfahren	92
<i>Schaubild 6</i>	Annahmen über die Auswirkungen struktureller Vorgaben für die fachärztliche Versorgung	93
<i>Schaubild 7</i>	Annahmen über Wirkungen von Hausarztprinzip und freier Arztwahl	95
<i>Schaubild 8</i>	Entwicklung der Gesundheitsausgaben in Deutschland in % des BIP	105
<i>Schaubild 9</i>	Personal im deutschen Gesundheitssystem je 1.000 Einwohner	107
<i>Schaubild 10</i>	Organisationsstruktur des deutschen Gesundheitssystems	108
<i>Schaubild 11</i>	Entwicklung der Gesundheitsausgaben in Österreich in % des BIP	115
<i>Schaubild 12</i>	Personal im österreichischen Gesundheitssystem je 1.000 Einwohner	116
<i>Schaubild 13</i>	Organisationsstruktur des österreichischen Gesundheitssystems	118
<i>Schaubild 14</i>	Entwicklung der Gesundheitsausgaben in Großbritannien in % des BIP	126
<i>Schaubild 15</i>	Personal im britischen Gesundheitssystem je 1.000 Einwohner	127
<i>Schaubild 16</i>	Organisationsstruktur des britischen Gesundheitssystems	128
<i>Schaubild 17</i>	Entwicklung der Gesundheitsausgaben in Dänemark in % des BIP	135
<i>Schaubild 18</i>	Personal im dänischen Gesundheitssystem je 1.000 Einwohner	137
<i>Schaubild 19</i>	Organisationsstruktur des dänischen Gesundheitssystems	139
<i>Schaubild 20</i>	Deckungsgrad der Standardsysteme	144
<i>Schaubild 21</i>	Deckungsgrad und Finanzierungsanteil der privaten Krankenversicherung, 1997/98	151
<i>Schaubild 22</i>	Steuer- und Abgabenquoten, 1999	161
<i>Schaubild 23</i>	Finanzierungsformen in Gesundheitssystemen, 1995	163
<i>Schaubild 24</i>	Anteil der Steuerfinanzierung	166
<i>Schaubild 25</i>	Finanzierungsanteil der Sozialversicherung	170
<i>Schaubild 26</i>	Entwicklung der Beitragssätze in Deutschland und in Österreich	171
<i>Schaubild 27</i>	Finanzierungsanteil der privaten Krankenversicherung	178
<i>Schaubild 28</i>	Finanzierung durch eine private Krankenversicherung in Euro pro Einwohner	179
<i>Schaubild 29</i>	Finanzierungsanteil der privaten Selbst- oder Zuzahlungen	183
<i>Schaubild 30</i>	Private Selbst- oder Zuzahlungen in Euro pro Einwohner	184
<i>Schaubild 31</i>	Gesundheitsausgaben in Euro pro Einwohner	193
<i>Schaubild 32</i>	Bevölkerungsanteil der über 64-Jährigen	194
<i>Schaubild 33</i>	Gesundheitsausgaben in % des BIP	198
<i>Schaubild 34</i>	Ausgaben für stationäre Versorgung in Euro pro Einwohner	202
<i>Schaubild 35</i>	Ausgaben für stationäre Versorgung in % der Gesamtausgaben	203
<i>Schaubild 36</i>	Ausgaben für ambulante Versorgung in Euro pro Einwohner	212
<i>Schaubild 37</i>	Ausgaben für ambulante Versorgung in % der Gesamtausgaben	213
<i>Schaubild 38</i>	Ausgaben für Arzneimittel in Euro pro Einwohner	218
<i>Schaubild 39</i>	Ausgaben für Arzneimittel in % der Gesamtausgaben	219
<i>Schaubild 40</i>	Ärztteeinkommen in Relation zum Durchschnittseinkommen, 1992-96	227
<i>Schaubild 41</i>	Beschäftigte im Gesundheitssystem je 1.000 Einwohner	229
<i>Schaubild 42</i>	Praktizierende Ärzte je 1.000 Einwohner	231
<i>Schaubild 43</i>	Krankenhauspersonal je 1.000 Einwohner	236
<i>Schaubild 44</i>	Krankenhausbetten je 1.000 Einwohner	237
<i>Schaubild 45</i>	Mittlere Krankenhausverweildauer in Tagen, akute Versorgung	238
<i>Schaubild 46</i>	Personal pro Bett, akute Versorgung	239

<i>Schaubild 47</i>	Krankenhauseinweisungsquote	242
<i>Schaubild 48</i>	Allgemeinärzte je 1.000 Einwohner	245
<i>Schaubild 49</i>	Arzt-Patienten-Kontakte pro Jahr	252
<i>Schaubild 50</i>	Arzneimittel: Packungen je Einwohner und Jahr	255
<i>Schaubild 51</i>	Zahngesundheitszustand bei 12-Jährigen	267
<i>Schaubild 52</i>	Zuständigkeit und Durchführung von Gesundheitsleistungen für Kinder	268
<i>Schaubild 53</i>	Kindersterblichkeit je 1.000 Lebendgeborene	276
<i>Schaubild 54</i>	Freiheit bei der Wahl von Finanzierern und Anbietern in Gesundheitssystemen	295
<i>Schaubild 55</i>	Zufriedenheit der Bevölkerung mit der Gesundheitsversorgung in Prozent, 1996	315
<i>Schaubild 56</i>	Einstellungen der Bevölkerung zur Funktionsfähigkeit und der Notwendigkeit von Reformen im Gesundheitssystem in Prozent, 1996	318
<i>Schaubild 57</i>	Einstellungen der Bevölkerung zu der Höhe der Gesundheitsausgaben in Prozent, 1996	319
<i>Schaubild 58</i>	Einstellungen der Bevölkerung zur Aufbringung der finanziellen Mittel für eine mögliche Erhöhung der Gesundheitsausgaben in Prozent, 1996	319
<i>Schaubild 59</i>	Bruttoinlandsprodukt und Gesundheitsausgaben im EU-Vergleich, 1996	342
<i>Schaubild 60</i>	Personalverteilung und Gesundheitsausgaben im EU-Vergleich, 1992	343
<i>Schaubild 61</i>	Personal pro Bett und mittlere Krankenhausverweildauer im EU-Vergleich, akute Versorgung, 1995	346

Verzeichnis der Tabellen

<i>Tabelle 1</i>	Deckungsgrad und Finanzierungsanteil der privaten Krankenversicherungen, 1997/98	179
<i>Tabelle 2</i>	Private Selbst- oder Zuzahlungen, 1997/98	188
<i>Tabelle 3</i>	Leistungsanbieter von Gesundheitsleistungen für Kinder je 100.000 Einwohner, 1994	261
<i>Tabelle 4</i>	Verteilung der Ärzte nach Regionen und Abweichungen von der mittleren Ärztedichte in Prozent, 1996/97	271
<i>Tabelle 5</i>	Einstellungen zum Gesundheitssystem in Prozent, 1996	321

Verzeichnis der Abkürzungen

ASVG	Allgemeines Sozialversicherungsgesetz
BMA	British Medical Association
DH	Department of Health
DHA	District Health Authority
EBM	Einheitlicher Bewertungsmaßstab
FHSA	Family Health Service Authority
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GP	General Practitioner
GRG	Gesundheitsreformgesetz
GSG	Gesundheitsstrukturgesetz
KRAZAF	Krankenanstaltenzusammenarbeitsfonds
NHS	National Health Service
NOMESCO	Nordic Medico Statistical Committee
NOSOSCO	Nordic Social-Statistical Committee
OECD	Organization of Economic Cooperation and Development
ÖGD	Öffentlicher Gesundheitsdienst
PCG	Primary Care Group
PCT	Primary Care Trust
RHA	Regional Health Authority
RVO	Reichsversicherungsordnung
SGB V	Sozialgesetzbuch V
WHO	World Health Organization

Vorwort

Die vorliegende Studie von *Claus Wendt* zum Vergleich von Gesundheitssystemen kommt zur rechten Zeit. Die Reform des deutschen Gesundheitswesens steht obenan auf der sozialpolitischen Tagesordnung, und Interessenverbände, politische Parteien und Sachverständigenkommissionen legen ihre Vorschläge dazu vor.

Auch dies ist durchaus eine Studie in praktischer, d.h. sozialpolitischer Absicht. Doch ist sie alles andere als ein tagespolitisch motivierter „Schnellschuss“, der Patentrezepte zur Lösung der vielfältigen Strukturprobleme unseres Gesundheitswesens anpreist. Sie ist vielmehr das Ergebnis einer mehrjährigen intensiven Beschäftigung mit den Gesundheitssystemen von vier westeuropäischen Ländern, von denen zwei (Deutschland, Österreich) am Modell einer *Krankenversicherung* im Rahmen eines Sozialversicherungssystems, die beiden anderen (Großbritannien, Dänemark) am Modell einer nationalen *Gesundheitsversorgung* orientiert sind. Systematisch und umfassend untersucht sie zum einen die institutionellen Gestaltungsmerkmale der verschiedenen Systeme, zum anderen ihre sozialpolitische Leistungsfähigkeit und Angemessenheit. Sie sucht also Institutionen- und Wirkungsanalyse miteinander zu verbinden.

Die Studie leistet ferner einen innovativen Beitrag zur komparativen Wohlfahrtsstaatsforschung und demonstriert in mehrerlei Hinsicht deren Nutzen und Vorteile. Sie macht zunächst einmal deutlich, dass die Gesundheitssysteme der Untersuchungsländer sich mit ähnlichen Strukturproblemen konfrontiert sehen (wie der demographischen Alterung oder dem Kostendruck infolge des hohen Anteils personenbezogener Dienstleistungen), aber entsprechend ihrer institutionellen Gestaltung in unterschiedlicher Weise auf diesen Problemdruck reagieren. Der systemvergleichende Ansatz öffnet damit den Blick für andere institutionelle Gestaltungsmöglichkeiten jenseits der eingefahrenen (und oft geradezu tabuisierten) Strukturen des eigenen nationalen Systems. Die systematische Wirkungsanalyse im Hinblick auf verschiedene Zieldimensionen macht darüber hinaus deutlich, dass es bei der Reform des Gesundheitswesens um mehr geht als um Finanzierungsfragen und die Bewältigung des Kostendrucks, nämlich u.a. um

- die Gewährleistung eines breiten, finanziell erschwinglichen Zugangs für alle Bevölkerungsgruppen zu den Leistungen des Gesundheitssystems,
- die Organisation und Steuerung des Gesundheitssystems, durch welche die finanziellen und personellen Ressourcen in (mehr oder weniger bedarfsgerechte) Leistungen für die Bürger / Patienten transformiert werden, und
- nicht zuletzt um „die subjektive Seite der sozialen Sicherheit“, wie sie etwa in der Zufriedenheit der Bürger mit den Leistungen des Gesundheitssystems und ihrem Vertrauen in die gesundheitspolitischen Institutionen zum Ausdruck kommt.

Mit ihren zahlreichen nüchtern-empirischen Befunden und ihrer sachlich reflektierten Argumentation steuert die Studie wesentliche Perspektiven und Anregungen zu einer rationalen gesundheitspolitischen Reformdiskussion bei. Ich wünsche der Studie von *Claus Wendt* daher eine weite Verbreitung und viele aufmerksame und kritische Leser.

Heidelberg, im April 2003

Jürgen Kohl