|  |
| --- |
|  |
| Internationale Gesundheitssysteme |
|  |

# Übergeordnete Lernziele

Wenn sich Gesundheitssysteme auf ein gemeinsames Mission Statement verständigen würden, würde dieses wahrscheinlich lauten: “Wir bieten allgemeinen Zugang zu hochwertiger Gesundheitsversorgung auf der Grundlage von Bedürftigkeit, unabhängig von der individuellen Zahlungsfähigkeit.” Heute wird dieses Statement in aller Welt weitgehend akzeptiert – es wirft aber die spannende Frage auf, wie diese Mission verwirklicht wird.

Ein wesentlicher Ausgangspunkt ist das Verständnis der Ziele und Prinzipien, auf denen die Gesundheitssysteme aufbauen. Welches sind die typischen Bausteine und werden die Systeme vor dem Hintergrund verwaltet, stets auf Bedarfsänderungen reagieren zu können? Inwiefern werden Verantwortliche zur Rechenschaft gezogen, wenn sie den Bedürfnissen nicht gerecht werden? Der zweite Lernzyklus über **Internationale Gesundheitssysteme** betrachtet die Gesundheitssysteme vom Standpunkt der Leistungserbringung: Nach welchen Prinzipien werden die Primärversorgung, die fachärztliche Betreuung, die stationäre Versorgung und der pharmazeutische Sektor organisiert? Ausgehend von dieser Basis werden daraufhin allgemeine Entwicklungen bezüglich der medizinischen Fachkräfte analysiert. Dieses Thema reicht von der medizinischen Ausbildung bis zur Verteilung der medizinischen Fachkräfte in einem bestimmten Gebiet. Als Nächstes werden die Gesichtspunkte Effizienz und soziale Gleichheit auf den Prüfstand gestellt. Wenn das Gesundheitswesen mit anderen politischen Schwerpunktthemen wie Wohnungsbau, Verkehr und Verteidigung um Ressourcen konkurriert, bekommen Fragen nach der Effizienz der Gesundheitsausgaben mehr Gewicht. Sind Ländervergleiche zur Effizienz verschiedener Gesundheitssysteme sinnvoll? Wenn ja, unter welchen Bedingungen?

Im gesamten Studienskript gibt es immer wieder Rückbezüge zu den nationalen Gesundheitssystemen und ihren Strategien, um Begriffe wie soziale Gerechtigkeit, Effizienz und Organisation von Dienstleistungen anschaulich zu machen. Die eigentliche Darstellung der nationalen Gesundheitssysteme ist jedoch dem letzten Teil dieses Kurses vorbehalten. Es werden drei Modelle für Gesundheitswesen in ihrem nationalen Kontext vorgestellt: das deutsche Sozialversicherungsmodell (“Bismarck”-Modell), der britische National Health Service oder “Beveridge”-Modell und das mehr marktbasierte Gesundheitssystem der Vereinigten Staaten. Das Studienskript schließt mit einem kurzen Überblick über die Gesundheitssysteme in Schwellenländern ab.

# Lektion 1 – Gesundheitssysteme auf internationaler Ebene: Politik, Wirtschaft und politisches Handeln?

**Lernziele**

Nach Abschluss dieser Lektion werden Sie in der Lage sein, …

… die Ziele und Prinzipien von Gesundheitssystemen zu verstehen.

… die wichtigsten Bestandteile von Gesundheitssystemen zu identifizieren.

… zu untersuchen, wie Gesundheitssysteme geregelt werden.

… kontextuelle Faktoren zu beschreiben, die sich auf Gesundheitssysteme auswirken

# 1. Gesundheitssysteme auf internationaler Ebene: Politik, Wirtschaft und politisches Handeln?

## Einführung

Für Gesundheitsbedürfnisse zu sorgen ist Teil des Menschseins. Seit den ersten Anfängen der Menschheit war es unerlässlich, organisierte oder ritualisierte Weisen des Gesundheitserhalts zu entwickeln. Die meisten modernen Gesundheitssysteme bauen auf dem Prinzip eines allgemeinen Zugangs zur Gesundheitsversorgung auf, der auf Bedürftigkeit, nicht auf Zahlungsfähigkeit gründet. Sie erbringen modernste medizinische Dienstleistungen, denen ein wissenschaftlicher und mechanistischer Begriff von menschlicher Gesundheit zugrunde liegt, was zu einer hohen Spezialisierung der medizinischen Dienstleistungen führt.

Für einen vergleichenden Blick auf die Gesundheitssysteme ist es hilfreich, eine klare Beschreibung typischer Bestandteile von Gesundheitssystemen zugrunde zu legen. Abstrakt formuliert, verwalten Gesundheitssysteme Ressourcen (Arbeitskräfte, Kapital und Technologie), um Dienstleistungen für die Bevölkerung zu erbringen. Diese Komponenten werden von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) als Grundpfeiler bezeichnet ([Weltgesundheitsorganisation, 2010](#_ENREF_48" \o "World Health Organization, 2010 #53)).

Gesundheitssysteme sind außerdem in einen kulturellen und sozialen Kontext eingebettet, der Gestalt und Prioritäten des Systems bestimmt. Sozio-ökonomische Determinanten begrenzen auch die Fähigkeit eines Gesundheitssystems, einen vollkommenen Zustand der Gesundheit und des Wohlbefindens für jeden Bürger zu erreichen. Die Berücksichtigung dieser Determinanten hat zu einem *Health in all Policies* (HiAP)-Ansatz geführt, der den Wohnungsbau, den Arbeitsmarkt, die Verkehrspolitik und vieles andere integriert.

Zum Abschluss dieser Lektion wird die Steuerung von Gesundheitssystemen thematisiert. Wie werden politische Prioritäten in der Gesundheitspolitik umgesetzt? Ein nützliches Analyseinstrument ist der Policy-Zyklus, der dabei hilft, zu verstehen, wie eine Strategie in eine politische Maßnahme umgesetzt, evaluiert und schließlich revidiert wird.

## 1.1 Ziele und Prinzipien von Gesundheitssystemen

Moderne Gesundheitssysteme müssen den konkurrierenden Anforderungen von Kosten, Qualität und Zugang gerecht werden und gleichzeitig ihrer Verpflichtung, die Bevölkerung mit Gesundheitsdiensten zu versorgen, treu bleiben. Für die Betrachtung der aktuellen Herausforderungen von Gesundheitssysteme ist es wichtig, die historischen Wurzeln der Gesundheitssysteme und die vielfältigen Aspekte von Gesundheit zu verstehen.

### Die Ursprünge von Gesundheitssystemen

Gesundheitssysteme haben eine lange Geschichte. So gab es in alten Zivilisationen wie Mesopotamien und Ägypten Vorschriften zur Erbringung von Gesundheitsdienstleistungen. In Europa führte die Verbreitung des Christentums und die Entstehung von Klöstern zu frühen Formen der institutionalisierten Gesundheitsversorgung und später zu krankenhauszentrierter Versorgung ([Mills, 2018](#_ENREF_29" \o "Mills, 2018 #44)). Auch die Zünfte bildeten eine wichtige Grundlage für die Solidarität in Gemeinschaften. Sie organisierten Gesundheitsversorgung für ihre Mitglieder. So wurde die öffentliche deutsche Knappschaftsversicherung von einer mittelalterlichen Vereinigung von Bergleuten gegründet. Die ersten Spuren eines von ihnen getragenen Krankenhauses gehen bis ins späte 13. Jahrhundert zurück ([Knappschaft Bahn-See, 2022](#_ENREF_25" \o "Knappschaft Bahn-See, 2022 #119)).

Auch die Definitionen und Modelle von Gesundheit haben sich im Laufe der Zeit verändert. Adinolfi (2014) beschreibt prämoderne Vorstellungen von Gesundheitsversorgung und Heilung als theurgische und magische Modelle. Sie betont, dass die Verbindung des Menschen mit übernatürlichen Kräften und nicht etwa eine rationale Methode im Zentrum des medizinischen Denkens stand. Folgerichtig heilten die Heiler „nicht aufgrund von wissenschaftlichem Denken, sondern dank einer auf übernatürliche Weise verliehenen Gabe. Sie waren also nicht in der Heilkunst ausgebildet, sondern wurden von Geistheilern im Sinne ihrer Vorfahren geweiht“ ([Adinolfi, 2014, S. 226](#_ENREF_1" \o "Adinolfi, 2014 #49)).

Da ein „Heilen“ im eigentlichen Sinne in den historischen Modellen nicht vorkam, wird deutlich, dass das Ziel dieser Modelle nicht die Wiederherstellung der vollkommenen Gesundheit im heutigen Sinne sein konnte. Vielmehr waren die Gesundheitssysteme der Vergangenheit selbstorganisierte Solidargemeinschaften (im Sinne der bereits erwähnten Knappschaft), die danach strebten, wirtschaftlichen Ruin von Arbeitskräften abzuwenden.

### Gesundheit und Gesundheitsversorgung

Es scheint geradezu eine Binsenweisheit zu sein, dass ein Gesundheitssystem zum Ziel hat, einen guten Gesundheitszustand zu ermöglichen. Es stellt sich jedoch die Frage, ob dies auch ein geigneter Ansatzpunkt zur Untersuchung von Gesundheitssystemen ist. Ein Blick auf die Gesundheitsdefinition der Weltgesundheitsorganisation aus der Präambel ihrer Verfassung von 1946 als “Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlergehens und nicht nur das Fehlen von Krankheit oder Gebrechen“ ([S. 1](#_ENREF_45" \o "World Health Organization, 1946 #87)) wirft mehr Fragen auf als er beantwortet. Was sind die Voraussetzungen für einen solchen idealen Gesundheitszustand? Sind es das Verhalten des Einzelnen, die Umwelt, Genetik und soziale Interaktionen? Ist es realistisch, zu erwarten, dass ein Gesundheitssystem all diese Voraussetzungen schaffen oder wenigstens beeinflussen kann? Internationale Gesundheitssysteme sind nicht für eine solche Mission ausgelegt und können dies auch nicht leisten. Dagegen lautet eine weithin akzeptierte WHO-Definition, Zweck eines Gesundheitssystems sei es, die Gesundheit zu verbessern. Die Verbesserung der Gesundheit hängt vom Zugang zu Gesundheitsdiensten ab. Ob und wie diese genutzt werden, wird von organisatorischen und individuellen Faktoren bestimmt. Ein nützliches Konzept ist die „**Ko-produktion von Gesundheit**“. Sie stellt ein Kontinuum dar, an dessen einem Ende das Individuum in seiner Rolle als Bürger:in steht, wo Lebensweise und Präventionsmaßnahmen gesundheitsbestimmend sind, während am anderen Ende telemedizinisch betreute Patient:innen stehen, die im Krankenhaus versorgt werden ([Kalra et al., 2014, S. 185](#_ENREF_24" \o "Kalra, 2014 #50)). Dabei zeigt sich deutlich, dass das Gesundheitssystem auf diesem Kontinuum nur eine kleine Rolle in der „Herstellung von Gesundheit“ spielt.

**Ko-Produktion von Gesundheit**

Ein Individuum kann seinen Gesundheitszustand ko-produzieren, indem es zusätzlich zur Inanspruchnahme von Gesundheitsdiensten einen gesunden Lebensstil pflegt.

to seeking care.

Im Sinne der Idee von einer Verbesserung der Gesundheit konzentrieren sich Gesundheitssysteme eher auf ein Kontinuum von Maßnahmen, die von Krankheitsprävention über die Krankheitsbehandlung bis zur Rehabilitation reichen. Das angestrebte Ziel ist die Verhinderung des Auftretens oder der Verschlimmerung von Krankheiten, die Behandlung aufgetretener Krankheiten und das Eindämmen der Folgen von Gebrechlichkeit. Bis heute aber ist die Dimension der Prävention die am wenigsten entwickelte. Das liegt daran, dass verschiedene Faktoren notwendig sind, die zur Gesundheit beitragen: eine saubere Umwelt, persönliche Hygiene, eine ausgewogene Ernährung, körperliche Betätigung, Bildung und Wohlstand.

So ist es wenig überraschend, dass die Infrastruktur von Gesundheitssystemen, Arztpraxen, Krankenhäusern, Apotheken und Reha-Kliniken, sich alle auf die Behandlung von Krankheiten und die Rehabilitation konzentrieren. Dafür gibt es vielerlei historische Gründe. Ein Hauptbeweggrund für die Einführung des sozialen Krankenversicherungsmodells in Deutschland unter Reichskanzler Otto von Bismarck (1815-1898) in den 1880er Jahren war, der zunehmenden sozialen Verelendung der Industriearbeiter entgegenzuwirken ([Greve, 2006, S. 23](#_ENREF_20" \o "Greve, 2006 #109)). Die verheerenden Auswirkungen von Arbeitsunfällen und Invalidität während der deutschen Industrierevolution hatten eine Arbeiterbewegung von politischer Schlagkraft hervorgebracht, die den politischen *Status quo* bedrohte. Man kann somit durchaus sagen, dass Bismarcks Krankenversicherungsmodell darauf abzielte, die Fähigkeit von Einzelpersonen zu erhalten, zu arbeiten und für ihre Familien zu sorgen. Daher wurde ein Finanzierungssystem eingeführt, bei dem sowohl Arbeitgeber als auch Arbeitnehmer Pflichtversicherungsbeiträge entrichteten. Hinzu kamen bald eine Unfall- und eine Rentenversicherung ([Blümel et al., 2021, S. 14-15](#_ENREF_5" \o "Blümel, 2021 #110)).

### Zugangskosten und Qualität als Benchmarks

Ein Gesundheitssystem, das die Gesundheit durch eine Reihe von Gesundheitsdienstleistungen verbessert, lässt sich nach drei Dimensionen analysieren, deren Prinzipien in der Einleitung abgeleitet wurden ([Johnson et al., 2017](#_ENREF_22" \o "Johnson, 2017 #45)):

1. Zugang und Absicherung
2. Kosten und Erschwinglichkeit
3. Qualität

In der Zugangs- und Absicherungsdimension geht es um die Zugänglichkeit der Gesundheitsdienste. Daran kann sich eine organisatorische und eine finanzielle Dimension anschließen. In Krankenversicherungssystemen gelten Zugang und Absicherung für Bevölkerungsgruppen, die über eine Krankenversicherung verfügen. Ist der Zugang auf die arbeitende Bevölkerung begrenzt, die Versicherungsbeiträge zahlt? Wie steht es um Sondergruppen der Bevölkerung, etwa Obdachlose, Gefängnisinsass:innen, Militärpersonal oder Beschäftigte des Öffentlichen Dienstes? In vielen Ländern gelten für bestimmte Bevölkerungsgruppen besondere Zugangs- und Absicherungsbestimmungen. Steuerfinanzierte Systeme arbeiten meist nach dem Grundsatz einer universellen Absicherung für alle Bevölkerungsgruppen, wobei die Dienstleistungen am Versorgungsort (*point of care*) kostenlos erbracht werden. Selbst wenn der Zugang finanziell gesichert ist, kann der Zugang zur Versorgung noch eine sozio-ökonomische und organisatorische Dimension haben. Auf dieser analytischen Ebene befasst sich die Gesundheitssystemforschung mit der Verteilung von Gesundheitsressourcen über ein Territorium und mit Zugangsbarrieren aufgrund von Gesundheitskompetenzproblemen und sozio-ökonomischer Benachteiligung. Die nachstehende Tabelle fasst die typischen Indikatoren zur Messung von Zugang und Absicherung sowohl von der Angebots- als auch der Nachfrageseite her zusammen.

Indikatoren für Zugang und Absicherung

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Zugangsindikatoren | Absicherungsindikatoren |
| Angebotsseite | Verfügbarkeit von Gesundheitsressourcen (z. B. Allgemeinmediziner:innen], Fachärzt:innen, Pflegepersonal und Medizinprodukte)  Geografische Verteilung (z. B. Erreichbarkeit von Krankenhäusern binnen 30 min Autofahrt, Allgemeinärzt:innen, oder Apotheken mit öffentlichen Verkehrsmitteln erreichbar) | Vorhandensein eines Krankenversicherungssystems (öffentlich oder privat)  Anteil der Zuzahlungen oder Out-of-Pocket Zahlungen und Rolle der Selbstbeteiligungen  Bestehen einer Absicherung durch die Pflichtversicherung |
| Nachfrageseite | Verständnis der Bürger:innen für ihre eigenen Gesundheitsprobleme und ihre Fähigkeit, sich bei Bedarf Zugang zur Versorgung zu verschaffen. | Anteil von freiwillig aus der Versicherung ausscheidenden Personen (in den meisten Ländern wegen der Gesetzgebung zur Pflichtabsicherung nicht relevant) |

### Fragen zur Selbstkontrolle

1. Bitte kennzeichnen Sie alle Aussagen, die auf die Beziehung zwischen Gesundheitssystemen und Gesundheit zutreffen.

Gesundheitssysteme garantieren dem Einzelnen vollkommene Gesundheit.

*Gesundheitssysteme bieten Zugang zu Gesundheitsleistungen.*

Gesundheitssysteme sind eine moderne Erfindung.

1. Für welche Art von Indikatoren ist der Indikator “Anzahl der Allgemeinärzt:innen pro 100.000 Einwohner” ein Beispiel?

* Ein Absicherungsindikator
* *Ein Zugangsindikator*
* Ein Nachfrageindikator

1. Bitte vervollständigen Sie den folgenden Satz:

Zugang, Kosten und *Qualität* sind Benchmarks für die Leistungsfähigkeit (*Performance*) eines Gesundheitssystems.