

Strukturen und ethische Aspekte unseres Gesundheitssystems

Teil II der Serie „Ethik, Gesundheitsversorgung und Ökonomie“

Univ.-Prof. (Trier) Dr. med. habil. Andreas J. W. Goldschmidt

„Da ist was faul in unserem System“ – diese Redensart mag vielen mit Blick auf unser Gesundheitssystem durch den Kopf gehen. Ursprünglich ließ William Shakespeare Marcellus im ersten Aufzug der Tragödie „Hamlet“ sinngemäß sagen: „Something is rotten in the state of Denmark“ [1]. Aber dort scheint mittlerweile doch einiges besser zu laufen als bei uns. Und in der Tat besteht an vielen Stellen bei uns aktuell und immer wieder Verbesserungsbedarf.

Die Frage ist: Was können wir von anderen lernen? Auf der Suche nach einem idealen Gesundheitssystem können auf der ganzen Welt vorbildhafte Einzelaspekte entdeckt werden, die auch medizinethisch interessant sind. Einige davon sollen hier vorgestellt werden. Dabei ist es nützlich,

zunächst unser eigenes „System“ zu strukturieren. Dessen Aufbau und Struktur sind nämlich äußerst komplex. Daher haben wir es gedanklich frei nach Hermann Hesses Glasperlenspiel vereinfacht [2]: „Jede Wissenschaft ist, unter anderem, ein Ordnen, ein Vereinfachen, ein Verdauulichmachen des Unverdaulichen für den Geist.“

Aufbau und Struktur der Gesundheitsversorgung in Deutschland

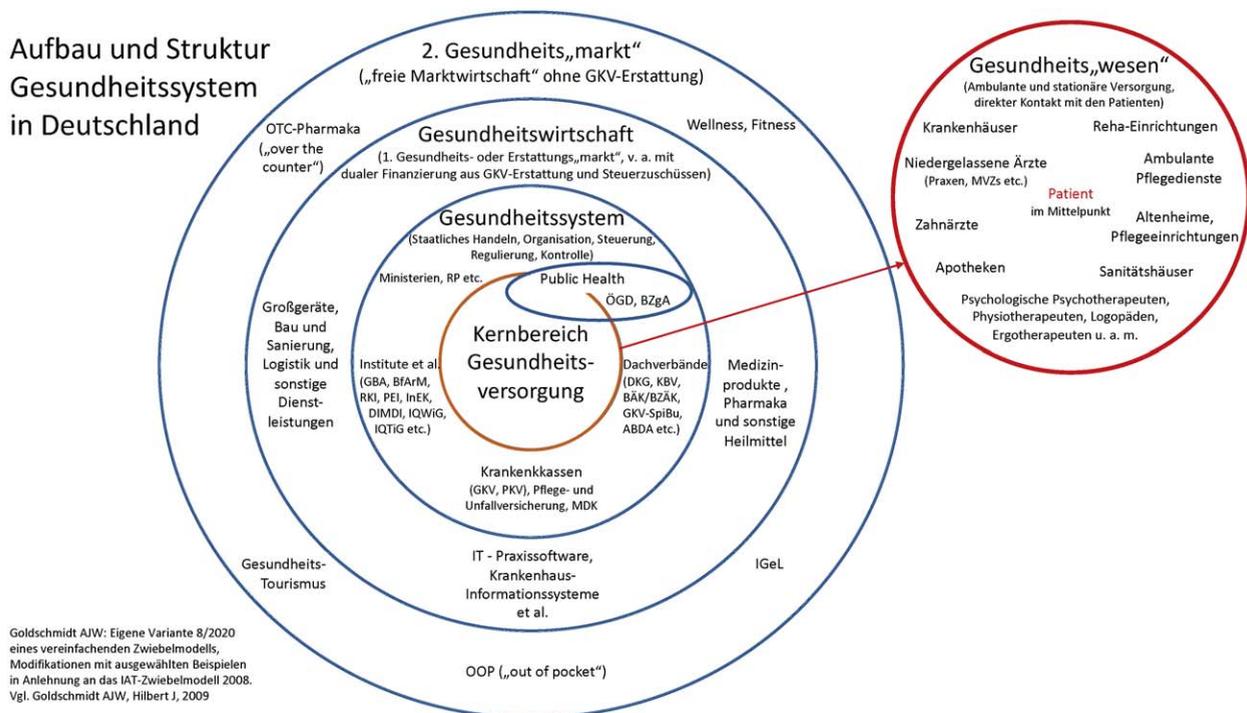
Als wesentliche drei Entscheidungsebenen für die Abdeckung durch ein Gesundheitssystem können zunächst die „Breite“ der gesicherten Bevölkerung (z. B. mehr als 70 % der Population), die „Tiefe“ der Gesundheitsdienstleistungen

(Leistungsumfang) und die „Höhe“ aller Gesundheitsausgaben gelten [3]. Hier wird daher zunächst zur Darstellung von Aufbau und Struktur eine eigene Variante des sogenannten IAT-Zwiebelmodells [4] gemäß Abb. 1 verwendet.

Kernbereich Gesundheitsversorgung („Gesundheitswesen“)

Das Gesundheitswesen bzw. die „klassische“ Gesundheitsversorgung wird größtenteils durch gesetzliche Krankenversicherungen und zu einem kleineren Teil durch Steuerzuschüsse, private Krankenversicherungen und Eigenleistungen der Patientinnen und Patienten etc. getragen. Im Kern befinden sich – orientierend am Wohl der Patientinnen und Patienten –

Aufbau und Struktur Gesundheitssystem in Deutschland



Goldschmidt AJW: Eigene Variante 8/2020 eines vereinfachten Zwiebelmodells. Modifikationen mit ausgewählten Beispielen in Anlehnung an das IAT-Zwiebelmodell 2008. Vgl. Goldschmidt AJW, Hilbert J, 2009.

Abb. 1: Der Kernbereich „Gesundheitswesen“ für die Gesundheitsversorgung umgeben von Politik, Krankenkassen, Verwaltung, Dienstleistungen und den produzierenden und sonstigen Bereichen der Gesundheitswirtschaft. In Anlehnung an das IAT-Zwiebelmodell; vgl. Goldschmidt AJW, Hilbert J, 2009, [4].

zum einen die Leistungserbringer der direkten medizinisch-pflegerischen Versorgung, das heißt Gesundheitseinrichtungen (Krankenhäuser, Reha, Seniorenzentren et al.) mit den darin tätigen Ärztinnen und Ärzten sowie Pflegefachkräften und niedergelassenen Vertragsärzten und sonstigen Heilberufen. Darüber hinaus gehören u. a. die Träger der jeweiligen Gesundheitseinrichtungen, die Apotheken, die freiberuflich tätigen psychologischen Psychotherapeuten, Physiotherapeuten, Masseur, Logopäden, Zahntechniker etc. zu diesem Kernbereich. Nicht zu vergessen sind natürlich die Patienten, um die sich dies alles gruppiert.

Steuerung, Kontrolle und Finanzierung – „Gesundheitssystem“

Darum herum gruppieren sich die Politik mit ihren Institutionen, die Krankenkassen et al., der Öffentliche Gesundheitsdienst, die Interessenvertreter aller Leistungserbringer, hier vor allem die Krankenhausgesellschaften, Kassenärztliche und -zahnärztliche Vereinigungen sowie Heilberufekammern, und nicht zuletzt die jeweiligen Fachgesellschaften und Berufsverbände. Das entscheidende Regulativ ist die Politik, die vor allem durch die gesetzlichen Krankenkassen über die notwendigen Hebel verfügt.

Gesundheitswirtschaft

Für die steigende wirtschaftliche Bedeutung gesundheitsbezogener Produkte sorgen nicht zuletzt die industriellen Marktteilnehmer um diese zentralen Bereiche herum. Dies sind in erster Linie die Pharma- und Medizinprodukte-Industrie, die Hersteller von Großgeräten, die Anbieter von medizinischer Informationstechnologie, die Dienstleister für Logistik und für sonstige Mehrwertleistungen. Dies ist der Bereich, dessen Produkte und Dienstleistungen durch die Sozialversicherungen erstattet oder vergütet und/oder durch Steuerzuschüsse finanziert bzw. gefördert werden.

Der „zweite Gesundheitsmarkt“

In dem äußeren Bereich wird häufig von einem sogenannten zweiten Gesundheits-

markt gesprochen, der alle privat finanzierten Produkte und Dienstleistungen rund um die Gesundheit bezeichnet. Das Angebotsspektrum reicht von probiotischem Joghurt bis zu selbst finanzierten Vorsorgeuntersuchungen und sonstigen IGeL-Leistungen, von frei verkäuflichen Arzneimitteln über die Mitgliedschaft im Fitnessstudio bis hin zu gesundheitsorientierten Urlaubsreisen.

Schwächen unseres Gesundheitssystems

Ein solch komplex aufgebautes System ist nur sehr schwer steuerbar und bietet an vielerlei Stellen fast zwangsläufig offene Flanken für dessen Missbrauch und das Setzen von Fehlanreizen. Von zunehmender Bedeutung ist konsequent auch in Deutschland der in den angloamerikanischen Ländern längst überdimensionierte Anteil des Rechtsbereichs im Gesundheitswesen.

Überbordende Regulierung und Kontrolle

Unser Gesundheitssystem hat also einen spezifischen Aufbau mit vielerlei Strukturen und einer sehr detailorientierten Steuerung und – vor allem – einer überbordenden Regulierung und Kontrolle. Diese Feinheiten treffen in abgewandelter Form auch auf jedes andere Gesundheitssystem zu, was es so schwierig macht, sie untereinander zu vergleichen und zu bewerten. Jedes untersuchte Gesundheitssystem hat Stärken und Schwächen.

Ruinöser Wettbewerb

Eines der herausragenden Merkmale im deutschen Gesundheitssystem ist das Ergebnis des seit etwa 20 Jahren gesetzlich gewollt intensivierten Wettbewerbs. Positiv betrachtet steckt dahinter die Vorstellung, dass dadurch die qualitativ beste Dienstleistung für die Patienten erbracht würde. Kritisch betrachtet geht es aber nicht primär um das Patientenwohl, sondern um möglichst große Marktanteile, Gewinnmaximierung und die Ausschaltung von Konkurrenten.

Viel stärker als der Rückgang der Krankenhäuser ist dabei die Anzahl an gesetzli-

chen Krankenversicherungen (GKV) geschrumpft: Von 1.815 im Jahre 1970 auf 109 in 2019 laut Angaben des GKV-Spitzenverbandes auf Statista (elf AOK, sechs Ersatzkassen, sechs Innungs-, 84 BKK und zwei sonstige).

Um einigermaßen gleiche Wettbewerbsbedingungen wegen unterschiedlicher Versichertenmerkmale wie Alter, Geschlecht, Morbidität, Gehalt und beitragsfrei Mitversicherte herzustellen, wurde der finanzielle Risikostrukturausgleich (RSA) zwischen den Krankenkassen bereits 1994 eingeführt und seitdem mehrfach erweitert. Darüber schimpfen vor allem diejenigen, die mehr Transfergelder zahlen wie beispielsweise die TK, während andere sich eher darüber freuen, zum Beispiel die AOK. Weitere Reformen des RSA sowie die Vermeidung von Fehlanreizen sind erforderlich.

Gerechtigkeitslücken GKV versus PKV

Eine weitere Besonderheit im deutschen Gesundheitssystem ist die Möglichkeit einer vollen und nicht nur zusätzlichen Privaten Krankenversicherung (PKV) ab einer bestimmten Einkommensgrenze und grundsätzlich bzw. unabhängig von der Besoldungshöhe für alle Beamte. Mit etwa 8 % aller Versicherten ist deren Anteil zwar relativ klein, in Klinik und Praxis gelten sie aber als wichtig zur Quersubventionierung GKV bedingter, defizitärer Bereiche.

Das Gerechtigkeitsprinzip wurde seit den 1970er Jahren Gegenstand des medizinethischen Diskurses. Im Hintergrund standen Fragen der gerechten Zuteilung von neu entwickelten therapeutischen Möglichkeiten. Gerechtigkeit ist ein schwer zu definierender Begriff. Grob lässt sich zwischen Tauschgerechtigkeit und Verteilungsgerechtigkeit unterscheiden. In der Medizinethik spielt in erster Linie die Verteilungsgerechtigkeit eine Rolle.

Die entscheidende Gerechtigkeitslücke zwischen GKV und PKV entsteht dadurch, dass die GKV jeden Patienten, ob mit guten oder schlechten Risiken, in eine solidarische Versichertengemeinschaft aufnehmen muss und ihre Prämien nicht nach Gutdünken festlegen kann (Kontrahierungszwang).

Während die PKV eine aktive Risikoselektion bei relativ freier Vertrags- und Prämiengestaltung durchführen kann, also bis hin zur Ablehnung eines Vertragsabschlusses zum Beispiel für bestimmte Risikopatienten. Dadurch entsteht ein starkes Ungleichgewicht zwischen den beiden: Der gesetzlich gewollte Wettbewerb wird aus wirtschafts- und medizinethischer Sicht klar konterkariert, denn es geht nicht um die Gewinnung von Patienten per se als Versicherte, sondern nur um die möglichst Gesunden mit den höheren Einkommen oder diejenigen mit staatlicher Beihilfe.

Eine weitere Gerechtigkeitslücke entsteht konsequent aus Patientensicht: Ausgerechnet ein Teil der besser verdienenden oder verbeamteten Bevölkerung kann sich der Solidargemeinschaft entziehen; hinzu kommt deren in vielen Fällen mutmaßlich bevorzugte (kürzere Wartezeiten) und mutmaßlich oft bessere Behandlung unter Ausschöpfung neuester Innovationen und Medikamente, die GKV-Patienten nicht erstattet bekämen.

Erster Blick über den Tellerrand

Eines der wichtigsten Rankings in Europa bildet seit 2005 der „Euro Health Consumer Index (EHCI)“. Der Score gewichtet und bewertet dabei 48 Indikatoren in 35 Ländern:

- Zugang zu Gesundheitsleistungen (Hausarztmodell, freie Arztwahl und anderes mehr),
- die Ergebnisqualität (Kindersterblichkeit, MRSA-Infektionen, Überleben nach Krebserkrankung und anderes),
- den Umfang und die Erreichbarkeit aller Gesundheitsdienstleistungen,
- Patientenrechte und -information (Aufklärung, Zweitmeinung, IT-Services, Zugang zur Patientenakte etc.)
- Präventionsmaßnahmen und deren Auswirkungen,
- Pharmakotherapie (Zugang zu neuester Krebsmedikation, Antibiotikaverbrauch etc.).

Reformen 2006 in Holland

Beim Gesamtindex katapultierten die niederländischen Gesundheitsreformen ab 2006 das Land innerhalb von zehn Jahren

auf Platz 1 des EHCI in Europa (EHCI 2016 total scores) [5].

Diese Reformen veränderten das ursprünglich unserem sehr ähnliche Gesundheitssystem radikal an mehreren entscheidenden Stellen. Zum einen wurde in Holland das wie bei uns parallele GKV- und PKV-System radikal abgeschafft, nachdem auf seinem Höhepunkt im Jahr 2000 bereits 36,9 % aller Gesundheitsausgaben durch überwiegend voll privat Versicherte finanziert worden waren.

Im Ergebnis steht heute, also nach der Einführung einer allgemeinen GKV-Pflicht mit nur noch optionaler privater Zusatzversicherung, allen Leistungserbringern deutlich mehr Geld zur Verfügung – sowohl was das gesamte Budget als auch die Ausgaben pro Kopf betrifft.

Also das Gegenteil von dem, was wir in Diskussionen und „Talk-Shows“ in Deutschland zur Abschreckung der Einführung einer „GKV-Pflicht für alle“ immer wieder hören. Hier die Hintergründe dafür:

Seit den 2006 eingeleiteten Reformen sind dort alle Bürgerinnen und Bürger wie in den anderen beiden Benelux-Staaten in der GKV bzw. Zorgverzekeringswet (ZVW) pflichtversichert (mit einer einheitlichen Prämie, Arbeitgeberbeteiligung, gesetzlichem Basispaket und Risikostrukturausgleich) und können sich auf Wunsch nur noch „zusätzlich“, aber nicht mehr voll privat versichern. Hinzu kommt, ähnlich wie bei uns die Pflegeversicherung, eine Versicherung für Langzeitpflege (= Wet Langdurige Zorg, WLZ).

Nach Angaben von Kronemann et al. für die WHO stieg der Anteil aller Gesundheitsausgaben in den Niederlanden – zeitgleich wie in fast allen OECD-Ländern – vor der Reform (2005) von 10,9 % innerhalb von acht Jahren auf 12,9 % des Bruttoinlandsproduktes (BIP). Bis 2017 sank er wieder auf 10,1 % (Deutschland 11,3 %). Zunächst einmal kosteten die Reformen also sehr viel Geld, so wie dies aktuell auch in Dänemark zu beobachten ist. Bemerkenswert ist aber, dass der relative Anteil der zusätzlichen privaten Ausgaben an allen Versicherungsausgaben zwischen dem Jahr 2000 und 2013 gleichzeitig zunächst um ca. zwei Drittel auf nur noch 12,9 % sank.

Parallel sank das, was obendrein noch zusätzlich aus der eigenen Tasche als Eigenleistung gezahlt werden musste (OOP = „out of pocket“) von 9 % auf 5,4 % [6]. Um Wartezeiten zu verringern und mehr als die GKV-Leistungen zu erhalten, versichert sich allerdings mittlerweile fast jeder in Holland (ca. 95 %), der sich das irgendwie leisten kann, zusätzlich privat und/oder über optionale GKV-Zusatzangebote. Die hinzubuchbaren Leistungen der privaten Zusatzversicherung sind ansonsten mit unseren vergleichbar [7].

Krankenhausschließungen nach Qualitätsevaluierungen in Holland

Holland hat ein Primärarztssystem, der Hausarzt fungiert als Lotse, es gibt Kopfpauschalen und Honorärärzte rechnen direkt mit den Krankenkassen ab, eine fachärztliche Behandlung gibt es fast nur im Krankenhaus, die Krankenhäuser haben zunehmend eine Trägerschaft als Stiftungen [7].

Das Gesundheitsministerium in Holland leitete die Reformen mit der Strategie ein: „Redesigning health care services: the future of ‚value-for-money‘ strategies:

- 1) Substitution of care: towards primary care, towards medicine, e-health etc.,
- 2) Optimizing medical quality: patient logistics, safety procedures, reducing complications and errors,
- 3) Reducing (variety in) preference and supply-sensitive care: shared decision-making and new ‚certificate of need‘ policies“.

Dabei wurde die unter 2) genannte „Medizinische Qualität“ in den folgenden Jahren zum entscheidenden Kriterium zur Schließung zahlreicher kleinerer Gesundheitseinrichtungen vor allem im ländlichen Bereich und für vielerlei Fusionen [8].

Ergebnis: Die große Mehrheit der Holländer erreicht ihren Hausarzt laut eigenen Angaben heute mit dem Auto innerhalb von sieben Minuten und innerhalb von 25 Minuten ein öffentliches Krankenhaus. Stand 2015 sind 122 Allgemeinmedizinische Zentren außerhalb der Bürozeiten geöffnet (Huisartsenpost, HAP) und 91 Krankenhäuser bieten 24/7-Notfalldienste. Mit dem Rettungswagen können 99 % der Bevölkerung innerhalb von 45 Minuten die Notfallambulanz erreichen

Gesundheitspolitik

(<https://www.volksgezondheidenzorg.info>, [9]).

Fehlerhaft aus Australien übernommenes DRG-Vorbild

Nach jahrelanger Suche im internationalen Umfeld entschied sich Deutschland Anfang des Jahrtausends zur Übernahme der australischen „Diagnosis Related Groups“ (DRG) zur Abrechnung von Krankenhausleistungen mit der GKV. Dabei wurde jedoch nicht beachtet, dass die DRG in Australien nicht der Abrechnung einzelner Krankheitsfälle dienen, sondern primär ein Instrument zur Verteilung der Krankenhausbudgets darstellen [10, 11].

Mittlerweile wurde auch in Deutschland erkannt, dass die DRG-Vollfinanzierung kein geeignetes Instrument darstellt. Die fehlenden Investitionsmittel der Länder führten und führen dazu, dass Investitionen aus den dafür nicht vorgesehenen DRG-Erlösen erwirtschaftet werden (müssen), was nur allzu oft durch Personaleinsparung insbesondere in der Pflege erfolgte. Um dies zu stoppen, wurden die Pflegekosten jetzt aus den DRG herausgenommen und Pflegepersonaluntergrenzen eingeführt. Verständlicherweise fordert nun auch der ärztliche Dienst entsprechende Personaluntergrenzen bzw. Mindestbesetzungen. Dieses Beispiel zeigt einmal mehr, wie komplex und eben auch anfällig für Fehlanreize ein derartiges System ist.

Ausblick: Medizin- und Wirtschaftsethik sind nicht dasselbe

Im dritten Teil dieser Reihe werden die Ursprünge, Vor- und Nachteile der bei-

den Gesundheitssysteme aus Deutschland (Bismarck) und England (Beveridge) einander gegenübergestellt und warum sich viele Länder der Erde an diesen bis heute orientieren.

Wie haben sich die vor allem für die Gesundheitsversorgung ethisch interessanten Gesundheitsindikatoren etabliert? Warum, wie und mit welcher Bewertung haben sich private Wettbewerbselemente und das Streben nach Gewinnmaximierung in die Gesundheitssysteme eingeschlichen? —

**Univ.-Prof. (Trier) Dr. med. habil.
Andreas J. W. Goldschmidt**



© Fotostudio Pfeiffer

Biografisches zum

Autor: Sprecher Gesundheit & Soziales der gemeinnützigen FOM Hochschule für Ökonomie & Management Essen

und Frankfurt/M. seit 2012, Gastwissenschaftler am IASU der Goethe-Universität seit 2018, Mitglied der Sozial-, Rechts- und Wirtschaftswissenschaften der Europäischen Akademie der Wissenschaften und Künste seit 2012, Aufsichtsrat des Klinikums Darmstadt (seit 2013) und der Universitätskliniken des Saarlandes (2016–2019). C4-Univ.-Professor für Gesundheitsmanagement sowie IHCI-Geschäftsführer der Universität Trier 2003–2017, davor Vorstand eines MDAX-Unternehmens und Univ.-Professor in Bonn 1998–2003.

Teil I siehe Ausgabe 02/2020, S. 90ff. Die Literaturhinweise finden Sie auf unserer Website www.laekh.de unter der Rubrik „Hessisches Ärzteblatt“, Ausgabe 09/2020.

Schreiben Sie uns!

Die Redaktion freut sich über Anregungen, Kommentare, Lob oder auch Kritik. Leserbriefe geben die Meinung des Autors, nicht die der Redaktion wieder. Grundsätzlich behält sich die Redaktion Kürzungen jedoch vor. E-Mails richten Sie bitte an: haebl@

laekh.de;
Briefe an das
Hessische
Ärzteblatt,
Hanauer
Landstraße 152, 60314 Frankfurt.



Foto: © Werner Hilpert – stock.adobe.com

Literatur zum Artikel:

Strukturen und ethische Aspekte unseres Gesundheitssystems

– Teil II der Serie „Ethik, Gesundheitsversorgung und Ökonomie“

von Univ.-Prof. (Trier) Dr. med. habil. Andreas J. W. Goldschmidt

- [1] Dudenredaktion (Hrsg.): Duden, Redewendungen. Wörterbuch der deutschen Idiomatik. In: Der Duden in 12 Bänden. Band 11, Mannheim/Leipzig/Wien/Zürich 2002: S. 210
- [2] Hesse H: Das Glasperlenspiel. Zum Beispiel: Suhrkamp, Frankfurt/Main, 1. Auflage 1972: S. 179 (Copyright 1943 by Fretz & Wasmuth, Zürich. Renewal Copyright 1971 Heiner Hesse, Küsnacht, Suhrkamp Taschenbuch Verlag. ISBN 3518365797)
- [3] Busse R, Schreyögg J, Gericke C: The Three Dimensions of Coverage Decisions. Abbildung in: Analysing changes in health financing arrangements in high-income countries: A comprehensive framework approach. Health, Nutrition and Population Discussion Paper. Washington DC World Bank, 2007: S. 1 – URL: <https://openknowledge.worldbank.org/bitstream/handle/10986/13711/399130Analyzing0Changes01PUBLIC1.pdf?sequence=1&isAllowed=y> – Abruf: 31.7.2020, 14:31 Uhr
- [4] Goldschmidt A, Hilbert J.: Von der Last zur Chance – Der Paradigmenwechsel vom Gesundheitswesen zur Gesundheitswirtschaft. In: Goldschmidt A. und Hilbert J (Hrsg.): Gesundheitswirtschaft in Deutschland: die Zukunftsbranche; Schriftenreihe Gesundheitswirtschaft und Management, Wikom (Thieme), Wegscheid 2009: S. 20–40 (ISBN 9783981264609)
- [5] Björnberg A: Euro Health Consumer Index 2016. Report. Health Consumer Powerhouse, Marseille (Frankreich), 2016: S. 28, (ISBN 978919806875)
- [6] Kroneman M, Boerma W, Berg van den M, Groenewegen P, Jong de J, Ginneken van E: Netherlands. Health system review. European Observatory on Health Systems and Policies, hosted by WHO 2016.
- [7] Henningen D, Fejzovic A, Dinges V, Klotz A, Stiller A: Gesundheitssystem des Königsreichs der Niederlande. Vortrag, Hochschule Rhein-Main, Wiesbaden 15.5.2028
- [8] Hurts H: The Dutch efforts towards sustainable healthcare through effective competition. Presentation. The Director Hugo Hurts of Pharmaceutical Affairs and Medical Technology, Ministry of Health, Welfare and Sport. The Netherlands, Amsterdam, 14. Nov. 2012
- [9] Netherlands – Health system review. In: Health System in Translation. Vol. 18 Nr. 2016
- [10] Günster C: AR-DRGs. Australian Refined Diagnosis Related Groups (AR-DRGs). WIdO – Wissenschaftliches Institut der AOK Berlin, 07.08.2000 (geringfügige Aktualisierung 01.02.2001) – URL: https://www.wido.de/fileadmin/Dateien/Dokumente/Publikationsdatenbank/wido_kra_hs_ar-drgs_0800.pdf, Abruf: 2.8.2020, 13:03 Uhr
- [11] Müller M: Die Australian Refined Diagnosis Related Groups (AR-DRGs). URL: <http://www.thorsten-karinnmueller.de/Lektuere/AR-DRG.htm>, Abruf: 2.8.2020, 12:58 Uhr