

sorgungseinheiten sympathischer als die Einzelpraxis. Medizinische Versorgungszentren sind auch wegen ihrer Reformen in der Humanmedizin auf dem Vormarsch. Kann und will die FDP diesen Trend umkehren?

Leutheusser-Schnarrenberger: Entscheidend ist der Aspekt der Freiberuflichkeit der Ärzte. Das heißt, dass die Mehrheitsverhältnisse bei Medizinischen Versorgungszentren in der Hand von Ärzten, also Freiberuflern, liegen müssen. Medizinische Versorgungszentren dürfen nicht ausschließlich von großen Kapitalgesellschaften geführt werden. Der Arzt muss die Behandlung des Patienten in erster Linie nach medizinischen und nicht nach betriebswirtschaftlichen Kriterien treffen können. Unter diesen Voraussetzungen können Medizinische Versorgungszentren aber durchaus sinnvoll sein. Besonders in unterversorgten Gebieten können sie zu einer Verbesserung der medizinischen Versorgung beitragen.

Gleau: *Zwischen FDP und CSU tobt ein heftiger Streit um die Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung. Belasten die Berliner Konflikte auch das Klima in der bayerischen Regierungskoalition?*

Leutheusser-Schnarrenberger: Das Klima in der bayerischen Regierungskoalition basiert auf einer

konstruktiven Zusammenarbeit. Die Versuche der CSU, in Berlin mitzuregieren und gleichzeitig Opposition zu spielen, erleichtern die Arbeit nicht. Die CSU-Landesgruppe im Bundestag hat sich in der Vergangenheit am meisten über ihre Parteifreunde in München geärgert. Im Interesse einer erfolgreichen Regierungsarbeit hoffe ich, dass sich nun alle an die Koalitionsvereinbarung als Arbeitsgrundlage halten werden.

Gleau: *Derzeit schalten die Herren Seehofer und Söder auf stur. Glauben Sie, dass es am Ende einen Kompromiss in Sachen Gesundheitsprämie geben wird?*

Leutheusser-Schnarrenberger: Die Reform des Gesundheitswesens ist eine der größten Herausforderungen unseres Sozialstaats. Ziel ist es, ein verlässliches, nachhaltiges und solidarisches Gesundheitssystem zu schaffen, das zugleich für alle bezahlbar bleibt. Sobald die CSU eine konstruktivere Rolle einnimmt, und nicht ständig versucht unsere gemeinsame Berliner Regierungsarbeit von Bayern aus zu torpedieren, bin ich zuversichtlich, dass wir auch diese Herausforderung gemeinsam meistern werden.

Gleau: *Frau Ministerin, herzlichen Dank für das Interview.*

Gleiche Ziele – unterschiedliche Wege

Gesundheitssysteme von Industriestaaten im Vergleich

Die Finanzierung und die Effizienz der Gesundheitssysteme von 20 Industrieländern untersucht eine neue Studie der Bertelsmann-Stiftung. Gerade weil sich die Probleme ähneln – Stichwort medizinisch-technischer Fortschritt und demografischer Wandel – lohnt der Vergleich der Lösungsansätze. Eine detaillierte Übersicht über die zahnmedizinische Versorgung in anderen Gesundheitssystemen liefert zudem die jüngste Beske-Studie, über die wir bereits im letzten BZB berichteten.

Woher kommt das Geld? Das ist die Gretchenfrage, die die Autoren der Bertelsmann-Studie stellen. So beschäftigt sich ein ganzes Kapitel mit der Frage: Wer zahlt was und warum? Bereits im Vorwort räumen die Autoren aber ein, dass die Finanzierungs-

fragen „wohl nie abschließend beantwortet werden können“. Zu komplex sei das System, zu agil die Akteure. Einigkeit herrsche lediglich über die Ziele, die die Gesundheitspolitik verfolgen müsse. Fünf Kernziele nennt die Bertelsmann-Studie:

- Universeller Zugang zu medizinischen Leistungen für die gesamte Bevölkerung
- Effektive Versorgung für eine bessere Gesundheit
- Effiziente Nutzung der Ressourcen
- Hohe Versorgungsqualität
- Empfänglichkeit für die Erwartungen und Wünsche der Patienten.

Darüber, wie diese Ziele erreicht werden können, gehen die Ansichten stark auseinander. So stehen sich in Europa zwei Grundtypen von Gesundheits-

systemen gegenüber: das beitragsfinanzierte soziale Krankenversicherungssystem bismarckscher Prägung und das steuerfinanzierte sogenannte Beveridge-System, dessen Kern ein nationaler Gesundheitsdienst ist. Am deutlichsten sind die beiden Systeme in Deutschland und in Großbritannien ausgeprägt.

Als Kennzeichen des sozialen Krankenversicherungssystems machen die Autoren ein Netzwerk von Akteuren und Interessenvertretern aus. Der Staat greift demnach im Idealfall nur indirekt in das Geschehen ein. „Der Gesetzgeber stellt die (fairen) Regeln auf, nach denen die Akteure (fair) spielen sollen.“ Zur Umsetzung gesundheitspolitischer Vorgaben hätten die Akteure der Selbstverwaltung zum Teil weitreichende Spielräume. „Gesundheitspolitische Steuerung ist also ein Mix aus Rahmenvorgaben des Gesetzgebers und konkreteren Umsetzungsvorgaben der Selbstverwaltung. Dieser Steuerungsprozess ist idealerweise vom Vertrauen der Beteiligten zueinander geprägt.“ Soweit die Theorie! Inwieweit das auf das überreglementierte deutsche Gesundheitswesen derzeit noch zutrifft, mag jeder Leser selbst beurteilen.



Das internationale Netzwerk Gesundheitspolitik der Bertelsmann-Stiftung will die Suche nach nachhaltigen Lösungen für die Reform des deutschen Gesundheitswesens beleben. In der zwölften Ausgabe der Reihe „Gesundheitspolitik in Industrieländern“ richten die Autoren den Blick in 20 Industrieländer.

Eigenbeteiligung nimmt zu

Gesundheitspolitiker auf der ganzen Welt diskutieren intensiv über den Steueranteil an den Gesundheitsausgaben, die Höhe der Krankenversicherungsbeiträge und die Eigenbeteiligung der Patienten. „Jedes System hat seinen eigenen Finanzierungsweg mit dem ihm eigenen Mix an Finanzierungsquellen gefunden“, stellen die Autoren fest. In Europa zeichne sich in den letzten Jahren in allen Systemen ein Trend ab: Ein steigender Teil der Kosten werde durch private Ausgaben, vor allem durch höhere Zuzahlungen der Patienten, gedeckt. Dies führt nach Ansicht der Befürworter dazu, dass die überflüssige Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen zurückgeht. Die Gegner warnen aber davor, dass der Einzelne im Gesundheitswesen einen schweren Stand habe. „Beispielsweise könne der Patient nicht immer beurteilen, welche Leistungen sinnvoll sind und welche nicht. Die meisten Entscheidungen darüber, welche Behandlung oder welches Arzneimittel Sinn macht, träfen die Leistungserbringer, nicht die Patienten.“ Eigenleistungen seien daher kein guter Weg, um nicht notwendige Leistungen zu reduzieren.

Skurrile Blüten treibt die Finanzierungsdebatte mittlerweile in den USA. So hat der Bundesstaat Alabama 2009 eine „Dicken-Steuer“ eingeführt. Konkret heißt das, wer nichts gegen sein Übergewicht unternimmt, muss eine erhöhte Prämie zahlen. Ob das der richtige Weg ist, darf bezweifelt werden. Fakt ist aber, dass selbst bislang sehr soziale Gesundheitssysteme wie das australische, das finnische oder das kanadische die Bürger stärker belasten. So stellt die Studie fest: „Obwohl die kanadische Nation bis heute mehrheitlich vom Nutzen und von der Fairness eines öffentlich finanzierten Gesundheitssystems überzeugt ist, nehmen private Finanzierungselemente mehr und mehr Raum ein. Sollte sich die derzeitige Entwicklung fortsetzen, wird das kanadische System immer mehr Züge eines marktwirtschaftlichen Gesundheitswesens annehmen.“

Patienten tragen Inflationsausgleich

In Finnland erhöhte die Regierung die Eigenbeteiligung bei ärztlichen Behandlungen 2008 um durchschnittlich 17 Prozent, die für zahnärztliche Behandlungen sogar um 30 Prozent. Künftig soll es automatisch alle zwei Jahre weitere Erhöhungen geben, um die Inflation auszugleichen. Vor allem die starke Erhöhung bei den zahnärztlichen Behandlungen sehen die Autoren kritisch. Diese werde sich vermutlich „negativ auf Geringverdiener und auf deren Zahngesundheit auswirken“.

Wie gut es den deutschen Patienten im internationalen Vergleich immer noch geht, zeigt die jüngste Studie des Instituts für Gesundheits-System-Forschung Kiel (Beske-Studie). Kaum ein europäisches Land bietet eine derart umfangreiche zahnmedizinische Versorgung ohne Eigenbeteiligung des Patienten, wie der folgende Überblick zeigt.

Belgien

Die Krankenkassen übernehmen einen Teil der Kosten für Zahnerhaltung. Der Patient muss aber in Vorleistung gehen und bekommt dann einen Zuschuss von der Krankenkasse. Die Eigenbeteiligung kann bis zu 25 Prozent der Behandlungskosten betragen. Zahnersatz wird generell erst ab dem 50. Lebensjahr bezuschusst und zwar mit maximal 25 Prozent der Gesamtkosten.

Dänemark

Die Krankenkassen übernehmen zwischen 35 und 60 Prozent der Kosten für Zahnerhaltung. Von Zuzahlungen befreit sind lediglich Kinder und Schwerbehinderte. Zahnersatz ist generell keine Leistung des öffentlichen Gesundheitssystems. Die Kosten dafür trägt der Patient in voller Höhe.

Frankreich

Für zahnerhaltende Behandlungen gibt es einen Zuschuss von 70 Prozent. Den Rest trägt der Patient. Härtefälle sind von der Zuzahlung befreit. Für Zahnersatz ist ein Antrag bei der Krankenkasse zu stellen. Wird er genehmigt, gelten dieselben Regeln wie bei der Zahnerhaltung.

Großbritannien

Im Nationalen Gesundheitsdienst (NHS) gibt es drei Standardsätze für Zuzahlungen: Der Patient muss je nach Aufwand 19, 53 oder 231 Euro selbst bezahlen. Härtefälle sind von der Zuzahlung befreit. Der NHS leistet aber lediglich eine Grundversorgung. Alles was darüber hinausgeht, muss der Patient in voller Höhe selbst bezahlen.

Italien

Wer sich in den Zentren des Nationalen Gesundheitsdienstes behandeln lässt, muss nichts zuzahlen. Allerdings gibt es dort wie in Großbritannien lediglich eine Grundversorgung.

Niederlande

Zahnärztliche Behandlungen sind für Kinder und Jugendliche bis zum 22. Lebensjahr kostenlos. Da-



Foto: KZVB

„Der internationale Vergleich macht deutlich, dass Deutschland in der Summe der verglichenen Leistungen das höchste Versorgungsniveau aufweist“, stellt die jüngste Beske-Studie fest. Vor allem in der Zahnmedizin gibt es in kaum einem Versicherungssystem so viele zuzahlungsfreie Leistungen wie in Deutschland.

nach müssen alle Leistungen privat bezahlt werden. Ausnahmen gibt es für Härtefälle. Die einzige Zahnersatzleistung ist eine Vollprothese. Auch für diese muss der Patient 25 Prozent zuzahlen.

Österreich

Zahnerhaltende Maßnahmen werden ähnlich wie in Deutschland von den Krankenkassen in voller Höhe übernommen. Der Eigenanteil bei herausnehmbarem Zahnersatz beträgt zwischen 25 und 50 Prozent. Festsitzender Zahnersatz ist eine reine Privatleistung.

Schweiz

Die Krankenversicherungen übernehmen nur die Kosten für Behandlungen, die durch eine „schwere und nicht vermeidbare Krankheit des Kausystems“ bedingt sind. Alle anderen Leistungen müssen selbst bezahlt werden.

Das Fazit der Beske-Studie: „Der internationale Vergleich macht deutlich, dass Deutschland in der Summe der verglichenen Leistungen das höchste Versorgungsniveau aufweist. Es ist die zusammenfassende Feststellung gerechtfertigt, dass [...] Deutschland den umfangreichsten Leistungskatalog mit den geringsten Zuzahlungen hat.“ Der umfangreiche Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung wirkt sich zweifellos auch positiv auf die Zahngesundheit aus. Die Deutschen nehmen hier mittlerweile weltweit einen Spitzenplatz ein. Angesichts der Erfolge ist es nur schwer nachvollziehbar, dass die Beske-Studie die Ausgliederung der zahnmedizinischen Versorgung aus dem GKV-Leistungskatalog für ein geeignetes Instrument zur Kostendämpfung im Gesundheitswesen hält.

Leo Hofmeier