

Zum Zusammenhang zwischen den Gesundheitsausgaben und der Qualität der Gesundheitsversorgung Dänemark und Deutschland im Vergleich

Leistungsnachweis zum Mastermodul

Sozialpolitik im internationalen Vergleich (SIV)

Herbstsemester 2022, St. Gallen

Eingereicht bei:

Prof. Dr. Michelle Beyeler,
Prof. Dr. Lucia M. Lanfranconi

Eingereicht von:

Dyan Sarina Senn

dyan.senn@ost.ch

Matrikel-Nr.: 17-631-169

Abgabedatum: 20.01.2023

Inhaltsverzeichnis

| | | |
|-----------|--|----------|
| 1. | Einleitung | 1 |
| 2. | Dänemark | 3 |
| 2.1 | Wohlfahrtsstaatstypologie..... | 3 |
| 2.2 | Gesundheitssystem | 3 |
| 2.3 | Qualität der Gesundheitsversorgung | 3 |
| 2.3.1 | Zugang und Ungleichheitskategorie..... | 3 |
| 2.3.2 | Kostenkontrolle..... | 4 |
| 3. | Deutschland | 5 |
| 3.1 | Wohlfahrtsstaatstypologie..... | 5 |
| 3.2 | Gesundheitssystem | 5 |
| 3.3 | Qualität der Gesundheitsversorgung | 5 |
| 3.3.1 | Zugang und Ungleichheitskategorie..... | 5 |
| 3.3.2 | Kostenkontrolle..... | 6 |
| 4. | Fazit | 7 |
| | Literaturverzeichnis | 8 |

Abbildungsverzeichnis

| | |
|---|---|
| Abb. 1: Laufende Gesundheitsausgaben der EU-Länder in Prozent des BIP | 1 |
| Abb. 2: Laufende Gesundheitsausgaben der EU-Länder in Euro pro Einwohner..... | 2 |

1. Einleitung

Bereits seit dem Übergang ins 21. Jahrhundert ist ein kontinuierlicher Zuwachs der Gesundheitsausgaben zu verzeichnen. Während sich die realen Gesundheitsausgaben der OECD-Länder zeitweise über dem Bruttoinlandprodukt (BIP) bewegten, stabilisierten sich beide Parameter in den Jahren 2013-2019 mit einem jeweiligen Zuwachs von \varnothing 2.5% pro Jahr. Wie in Abb. 1 ersichtlich war der Anteil an Gesundheitsausgaben des BIP pro Kopf in Deutschland mit über 12% am höchsten. In Dänemark lag dieser Anteil im Jahr 2020 mit 10.5% um 0.4% unter dem EU-Durchschnitt. Im Jahr 2021 erhöhte sich der Wert in Dänemark minim um 0.3%, während er in Deutschland unverändert blieb (OECD, 2022, S. 131).

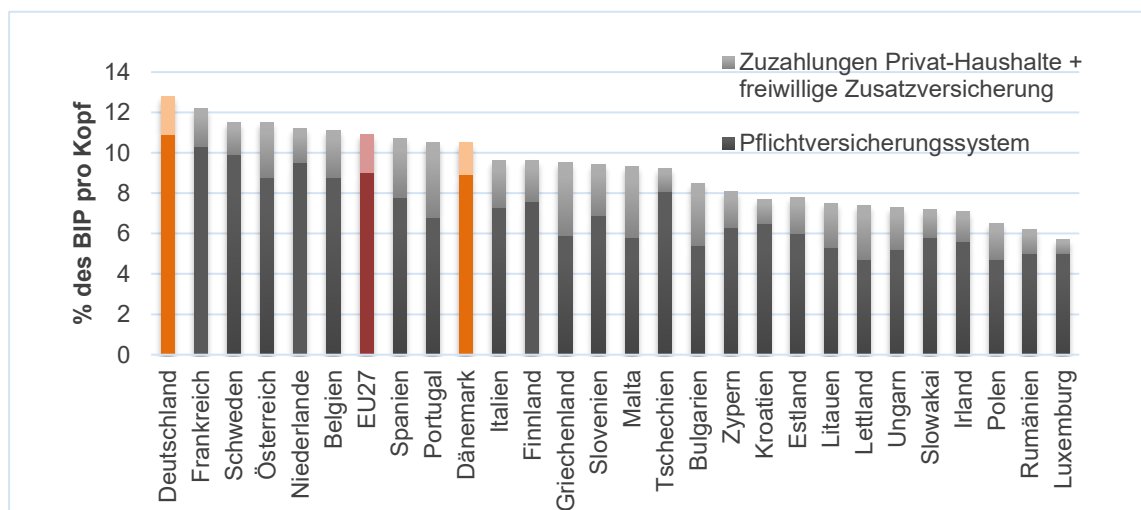


Abb. 1: Laufende Gesundheitsausgaben der EU-Länder in Prozent des BIP

Anmerkung: Daten vom 2020, ausser Malta 2019

Quelle: OECD, 2022, S.131

Zu bedenken ist, dass der hohe Wert ein Anhaltspunkt für ein zu teures System mit unzureichender Kostenkontrolle sein kann. Im Gegenzug gibt das Verhältnis der Gesundheitsausgaben zur Bevölkerungszahl Aufschluss über den Kostenaufwand pro EinwohnerIn. Diese Messgröße ist statistisch nicht standardisiert (Kaufkraft, etc.), berücksichtigt aber unterschiedliche Leistungs- und Finanzierungsarten (Bundesamt für Statistik, 2022). Abb. 2 verdeutlicht, dass sich Dänemark anhand dieser Messgröße im EU-Ländervergleich mit deutlich höheren Ausgaben auf Platz zwei befindet. Deutschland liegt ebenfalls über dem EU-Durchschnitt.

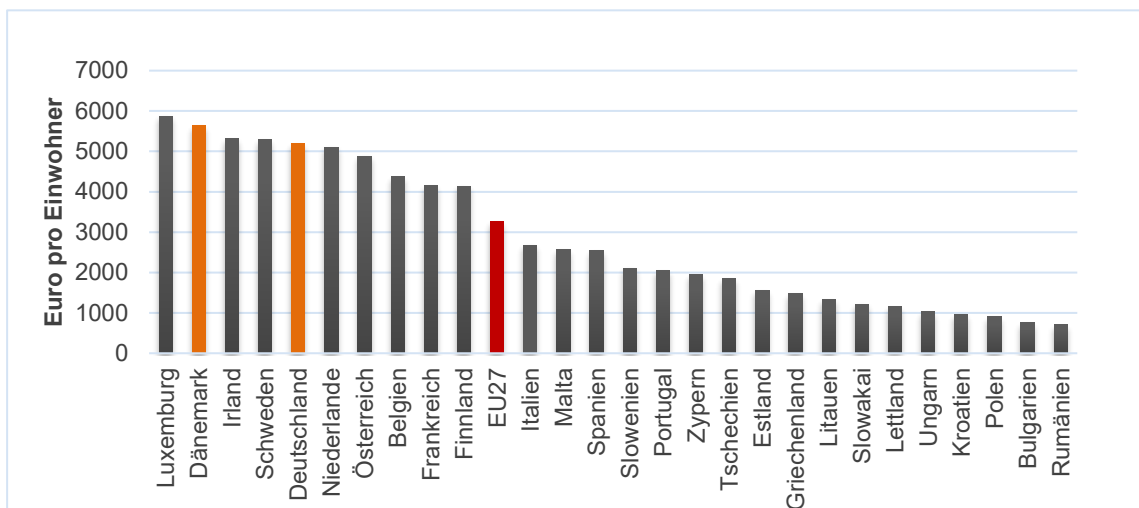


Abb. 2: Laufende Gesundheitsausgaben der EU-Länder in Euro pro Einwohner

Anmerkung: Daten vom 2020, ausser Malta 2019

Quelle: Eurostat, 2022

Der Ländervergleich begründet sich mit den divergenten Gesundheitsausgaben anhand der vorgestellten Messgrößen. Weiter existiert in Dänemark nach Esping-Anderson (1990) ein eher sozialdemokratisches Wohlfahrtsregime mit einem nationalen Gesundheitssystem. Deutschland gilt als konservativer Wohlfahrtsstaat und Vorläufer der Gesundheitsversorgung nach bismarckschen Versicherungsprinzip (Schubert, Hegelich & Bazant, 2008). In der vorliegenden Arbeit wird im Sinne des «Most Different Systems Design» nach Przeworski und Teune (1970) von der These ausgegangen, dass es in den unterschiedlichen Gesundheitssystemen einen Kausalzusammenhang zwischen der Höhe der Ausgaben und der Qualität der Versorgung gibt. Qualität wird als normative Größe verstanden, welche Strukturen, Prozesse und Ergebnisse der Gesundheitsversorgung bewertet (Marckmann & Schildmann, 2022, S. 335). Abgestützt auf die Literatur werden die Qualitätseffekte hinsichtlich der Zugangsmodalitäten sowie der Kostenkontrollmechanismen analysiert (OECD, 2022; Tikkanen, Osborn, Mossialos, Djordjevic & Wharton, 2020). Es wird folgender Fragestellung nachgegangen:

Inwiefern lässt sich in Dänemark und Deutschland ein Zusammenhang zwischen dem Niveau der Gesundheitsausgaben und der Qualität der Gesundheitsversorgung herstellen?

Zunächst werden die jeweiligen Wohlfahrtsstaatstypologien beleuchtet und auf die Gesundheitssysteme eingegangen. Es folgt eine Auseinandersetzung mit der Qualität der Gesundheitsversorgung anhand erwähnter Parameter. Abschliessend werden die gewonnenen Erkenntnisse einander gegenübergestellt und in Bezug auf die Fragestellung diskutiert.

2. Dänemark

2.1 Wohlfahrtsstaatstypologie

Der dänische Wohlfahrtsstaat wird als sozialdemokratisch und universalistisch bezeichnet, da ein Grossteil der sozialen Sicherung staatlich finanziert für die ganze Bevölkerung zugänglich ist (Schmid, 2010, S. 149). Green-Pedersen und Klitgaard sprechen vom universalistischen Wohlfahrtsstaat mit spezifischen Besonderheiten, da Dänemark teilweise vom skandinavischen Ideal abweicht (2008, S. 150). Der Wohlfahrtsstaat fungiert jedoch überwiegend als flächendeckendes Modell, wo Rechtsansprüche auf Sozialleistungen und -dienste aufgrund der Staatsbürgerschaft oder dem rechtmässigen Aufenthalt entstehen (Nielsen, Enevoldsen & Pedersen Jones, 2020).

2.2 Gesundheitssystem

Das nationale Gesundheitssystem Dänemarks ist weitgehend über Steuern finanziert und durch staatliche Leistungserbringer (Medizin, Therapie, usw.) organisiert. Es wird das Ziel des gleichen Zugangs zur Versorgung angestrebt (Dallinger, 2016, S. 168). Das Gesundheitssystem ist nach drei Ebenen organisiert: Staat (national), fünf Regionen (regional), 98 Gemeinden (kommunal). Der Staat ist u.a. für die Bereitstellung, Finanzierung sowie Qualitätskontrolle der Gesundheitsversorgung zuständig. Die konkrete Umsetzung der Leistungen wird regional definiert und geplant (OECD & WHO, 2021, S. 8). Die Regionen verwalten u.a. den Zugang zur Spitalbehandlung sowie zur Allgemeinmedizin und gewährleisten mit den Gemeinden den Übergang vom stationären Setting zur lokalen Weiterbehandlung (Danish Patient Safety Authority – EU Health Insurance, 2023).

2.3 Qualität der Gesundheitsversorgung

2.3.1 Zugang und Ungleichheitskategorie

Finanzierbarkeit

Dem Gerechtigkeitsgedanken zufolge sind alle registrierten Personen (auch Asylsuchende) automatisch in die öffentliche Gesundheitsversorgung eingebunden. Sans-Papiers erhalten Zugang für Notfallbehandlungen über private Initiativen. Finanziert wird die Gesundheitsversorgung primär über nationale Steuereinnahmen und eine progressive kommunale Einkommenssteuer. Eine geografisch gleichberechtigte Umverteilung der Steuereinnahmen erfolgt staatlich mittels soziodemografisch angepassten Zuschüssen. In Dänemark liegt ein zweistufiges Versicherungsmodell vor. Die erste öffentliche Versicherungsgruppe (98%) hat Anrecht auf eine kostenlose Grund- und Spitalversorgung bei freier Wahl unter den anerkannten Allgemeinmedizinern. Die zweite private Versicherungsgruppe (2%) erhält durch Zuzahlungen ohne Überweisung (kein Gatekeeping System) Zugang zu Nicht-Vertragspraxen und Fachmedizin (Tikkanen et al. 2020, S. 47-54). Der Anteil an Zuzahlungen (Abb. 1) ist mit 14% etwas

tiefer als die 15% im EU-Durchschnitt (Stand 2019). Selbstbehalte fallen u.a. für zahnmedizinische Konsultationen an (OECD & WHO, 2021, S. 10). Finkenstädt (2017) kritisiert, dass Zahlungen für zahnärztliche Konsultationen Unterschiede der Zahngesundheit nach sozialem Status zur Folge haben (S. 64). Mehr als 11% der Bevölkerung des untersten Einkommensquintils gaben einen ungedeckten zahnärztlichen Bedarf an, im Gegensatz zu 1% im höchsten Quintil. Der ungedeckte allgemeinmedizinische Bedarf ist mit 2% gering. Die Hauptkritik bestand neben Kosten oder Entfernung bei den Wartezeiten (OECD & WHO, 2021, S. 14).

Verfügbarkeit

Dallinger (2016) konstatiert, dass es in nationalen Gesundheitssystemen oftmals zu einer Unterfinanzierung mit langen Wartezeiten und niedrigen Arztbesuchen kommt (S. 168). Um langen Wartezeiten entgegenzuwirken, kann in Dänemark innerhalb eines Monats nach Diagnosestellung alternativ zum öffentlichen Spital eine kostenlose Behandlung in einem Privatspital beansprucht werden (Nielsen et al., 2020). Im Jahr 2009 wurden rund 10% der Spitalbehandlungen entsprechend dieser Wartezeitgarantie umgesetzt. Im Jahr 1993 wurde zudem das Recht auf freie öffentliche Spitalwahl eingeführt (Olejczak et al., 2012, S. 156-157). Im Zuge der Covid-Pandemie trugen Telekonsultationen dazu bei, die medizinische Versorgung weiterhin zu gewährleisten. Die Online-Konsultationen erhöhten sich 2020 im Gegensatz zum Vorjahr um 9%, obschon die persönlichen Besuche um 13% sanken (OECD & WHO, 2021, S. 16).

2.3.2 Kostenkontrolle

Kostenkontrolle wird mittels jährlichen Budgets, günstigeren generischen Produkten und einer Verlagerung der stationären zur ambulanten Versorgung betrieben (OECD & WHO, 2012, S. 13). Über das Haushaltsgesetz werden die Gesundheitsausgaben geographisch gesteuert und Sanktionen bei Budgetüberschreitungen realisiert. Die Leistungen der Regionen werden mittels Qualitätsmassnahmen überwacht – bspw. durch Krankenhauskostenkontrollstellen. Ziel ist es Druck auf die Regionen auszuüben, um die Produktivität zu steigern. Weiter legt der regionale Arzneimittelrat die Kostenwirksamkeit neuer Arzneimittel offen (Tikkanen et al., 2020, S. 55). Im Jahr 2017 wurde die Anzahl Krankenhäuser halbiert. Kleinere Krankenhäuser wurden aufgrund Qualitätsbedenken geschlossen, mit dem Resultat, dass die Krankenhausproduktivität bei gleichbleibenden Kosten gestiegen ist (OECD & WHO, 2021, S. 8).

3. Deutschland

3.1 Wohlfahrtsstaatstypologie

Die Etablierung des Wohlfahrtsstaats Deutschland war geprägt von gesellschaftlichem Wandel, Regimewechseln, Wirtschaftskrisen und zwei Weltkriegen (Hegelich & Meyer, 2008, S. 127). Mit den Sozialversicherungsgesetzen reagierte der Reichskanzler Bismarck im Zuge der Industrialisierung auf die soziale Frage und wollte eine Revolution des sozialdemokratischen Lagers verhindern. Deutschland gilt als konservativer Wohlfahrtsstaat mit einem geringen Grad an Dekommodifizierung, da der Versicherungsschutz an eine Lohnarbeit gebunden ist. Ziel ist es die Risiken eines Erwerbsausfalls abzusichern (Schmid, 2010, S. 129-133).

3.2 Gesundheitssystem

Das deutsche Gesundheitssystem baut auf vier Grundsätzen auf (Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen, 2018):

- **Versicherungspflicht:** Alle Bürgerinnen und Bürger sind verpflichtet sich bei einer gesetzlichen Krankenkasse (GKV) zu versichern.
- **Beitragsfinanzierung:** Die Gesundheitsversorgung wird vorwiegend durch Mitgliederbeiträge der Versicherten sowie der Arbeitgeber im Umlageverfahren aus dem nationalen Gesundheitsfonds finanziert. Es kommen Zuschüsse aus Steuereinnahmen hinzu.
- **Solidaritätsprinzip:** Die Krankenversicherten bilden eine Solidargemeinschaft und tragen gemeinsam die einzelnen Krankheitskosten. Jede versicherte Person hat während einem Krankheitsfall Anspruch auf Sach- und Geldleistungen.
- **Selbstverwaltungsprinzip:** Der Staat setzt den Rahmen für die Gesundheitsversorgung. Die Verwaltung und Finanzierung einzelner Leistungen obliegen den Vereinigungen von Medizin, Psychotherapie, Spital, Krankenkassen und den Versicherten selbst.

97 gesetzliche Krankenkassen (Stand 2022) schliessen, zur medizinischen Versorgung der Bevölkerung, Verträge mit Vereinigungen ab (Boeckh, Huster, Benz, & Schütte, 2022, S. 321).

3.3 Qualität der Gesundheitsversorgung

3.3.1 Zugang und Ungleichheitskategorie

Finanzierbarkeit

Im Jahr 2019 trat das GKV-Versichertenentlastungsgesetz in Kraft, wonach die Lohnbeiträge (Allgemein 14.6%, Zusatz 1%) zur Finanzierung der Gesundheitsversorgung wieder paritätisch auf ArbeitnehmerIn und -geberIn aufgeteilt wurden. Im Jahr 2020 waren ca. 86% der Bevölkerung in die GKV eingebunden. Diese deckt u.a. Leistungen wie medizinische Behandlung (Allgemein-, Fach-, Zahnmedizin, Psychotherapie), ambulante und stationäre Spitalbehandlung und Krankengeldleistungen ab (Tikkanen et al., 2020, S. 83-91). Personen mit einem gewissen Einkommen können sich anhand eines Prämiensystems privat krankenversichern.

Personen der GKV können sich ergänzend in der PKV Zusatzversichern (Boeckh et al., 2022, S. 327). Die Zuzahlungen in Deutschland sind tief (Abb. 1) und es scheint ein geringes Ausmass an Privatisierung des Krankheitsrisikos zu bestehen (Finkenstädt, 2017, S. 70). Kinder, nichterwerbstätige Ehe- und Lebenspartner sind i.d.R. familienversichert. In Minijobs muss die GKV freiwillig zum Mindestbeitrag erworben werden. Obschon eine Versicherungspflicht vorliegt, bleiben in Deutschland rund 60'000 Personen ohne Krankenversicherungsschutz – darunter Menschen ohne Wohnsitz oder legalen Aufenthaltsstatus (Boeckh et al., 2022, S. 318-323).

Verfügbarkeit

Laut einer Befragung im Jahr 2013 gaben 76% der deutschen Patientinnen und Patienten an, nach Anfrage Gleichentags oder am Folgetag einen Arzttermin erhalten zu haben. Es besteht zudem die freie Hausarzt- und Facharztwahl – eine Registrierungspflicht bzw. Gatekeeping-System existiert nicht (Finkenstädt, 2017, S. 70). GKV- und PKV-Versicherte werden von gleichen Anbietern (Spitäler, Mediziner) behandelt, wobei privat abgerechnete Honorare die Qualität bspw. der Infrastruktur mitbegünstigt. Mit 0.3% ist der gemeldete unbefriedigte medizinische Bedarf der deutschen Bevölkerung gering. Im Jahr 2017 lag dieser mit 0.8% im niedrigsten und 0.1% im höchsten Einkommensquintil (Tikkanen et al., 2022, S. 83-89).

3.3.2 Kostenkontrolle

In den 90er Jahren wurde eine Gesundheitsreform zur Kostendämpfung durchgeführt. Anhand folgender Schwerpunkte sollte das Beitragsniveau der GKV stabilisiert und die Wettbewerbsorientierung gesteigert werden (Boeckh et al., 2022, S. 330-332):

- Kürzung des Leistungsumfangs
- Private Selbstbeteiligung zur Ausgabenbegrenzung
- Budgetierung von Leistungen (Fallpauschalen, usw.)
- Wettbewerbsstrukturen (bspw. Risikostrukturausgleich)

Diese Massnahmen sollten auf das Moral-Hazard-Verhalten der Versicherten und die angebotsinduzierte Nachfrage der Leistungserbringer¹ reagieren. Es fand eine Verlagerung der Kostenverantwortung auf die Bevölkerung statt und die Gesundheitsversorgung richtete sich mehr am Marktgeschehen aus (Dallinger, 2016, S. 170-173). Ein Trend weg vom Gesamtbudget für Leistungen hin zur Honorierung nach Qualität wurde erkennbar. Ausserdem wurde Krankenkassen die Option eröffnet gezielte Versorgungsverträge mit ausgewählten Leistungserbringern abzuschliessen (Tikkanen et al., 2020, S. 90-91).

¹ Moral-Hazard: Leistungen werden beansprucht, obschon kein zwingender Bedarf dafür besteht. Angebotsinduzierte Nachfrage: Leistungserbringer führen zur Einkommensaufbesserung nicht notwendige Eingriffe durch (Dallinger, 2016, S. 170).

4. Fazit

Zusammenfassend verfolgt das dänische Gesundheitssystem das Gerechtigkeitsprinzip, wo registrierte Einwohnende automatisch in die Gesundheitsversorgung eingebunden sind, während dies in Deutschland an einen Erwerb oder eine Familienversicherung gebunden ist. Sozial Randständige und Minderheiten werden in Deutschland vom Versicherungsschutz ausgeschlossen. Dahingegen besteht im Rahmen der GKV ein umfangreicheres Leistungsangebot mit geringen Zuzahlungen. In Dänemark liegt ein separater Gesundheitsmarkt vor, wo bspw. die Zahnmedizin privat finanziert werden muss und eine Versorgungsungleichheit nach sozialem Status induziert. In beiden Ländern reduziert die weitgehend freie Arzt- und Spitalwahl Zugangsschranken. Wartezeiten sind in Deutschland kein Hindernis, wobei die Wartezeitgarantie in Dänemark zur Problembewältigung beitragen sollte. Niederschweligen Zugang schaffte Dänemark mit dem Ausbau von Telekonsultationen. Generell ist die Bevölkerung beider Länder mit der medizinischen Versorgung zufrieden, wobei Deutschland etwas besser abschneidet. Eine Kostensenkungspolitik wird in beiden Ländern mittels Massnahmen zur Steigerung der Produktivität wie Budgetierungen betrieben. Abschliessend lassen sich in beiden Ländern positive wie negative Qualitätseffekte anhand betrachteter Parameter in Verbindung mit der Höhe der Gesundheitsausgaben beobachten. Es scheint sinnvoll die politische Agenda Dänemarks mit dem Ausbau der Gesundheitsleistungen im öffentlichen Versicherungsmodell und die Agenda Deutschlands mit dem Versicherungsschutz für die ganze Bevölkerung zu ergänzen, zur weiteren Qualitätssteigerung und dem Abbau sozialer Ungleichheiten.

Literaturverzeichnis

- Boeckh, Jürgen, Huster, Ernst-Ulrich, Benz, Benjamin & Schütte, Johannes D. (2022). *Sozialpolitik in Deutschland. Eine systematische Einführung* (5. Aufl.). Wiesbaden: Springer VS.
- Bundesamt für Statistik (2022). *Ausgaben für das Gesundheitswesen*. <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/querschnittsthemen/wohlfahrtsmessung/alle-indikatoren/gesellschaft/gesundheitsausgaben.html>
- Dallinger, Ursula (2016). *Sozialpolitik im internationalen Vergleich*. Konstanz: UVK Verlagsgesellschaft mbH.
- Danish Patient Safety Authority – EU Health Insurance (2023). *How the Danish healthcare system works*. Abgerufen von <https://lifeindenmark.borger.dk/healthcare/the-danish-healthcare-system/how-the-danish-healthcare-system-works>
- Esping-Anderson, Gøsta. (1990). *The three worlds of welfare capitalism*. Cambridge: Polity Press.
- Eurostat (2022). Laufende Gesundheitsausgaben der EU-Länder in Euro pro Einwohner. Abgerufen von <https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/tps00207/default/bar?lang=de>
- Finkenstädt, Verena (2017). *Zugangshürden in der Gesundheitsversorgung. Ein europäischer Überblick*. Köln: Wissenschaftliches Institut der PKV.
- Green-Pedersen, Christoffer & Klitgaard, Michael Baggesen (2008). Im Spannungsfeld von wirtschaftlichen Sachzwängen und öffentlichem Konservatismus: Das dänische Wohlfahrtssystem. In Klaus Schubert, Simon Hegelich & Ursula Bazant (Hrsg.), *Europäische Wohlfahrtssysteme. Ein Handbuch* (S. 127-148). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Hegelich, Simon & Meyer, Hendrik (2008). Konflikt, Verhandlung, Sozialer Friede: Das deutsche Wohlfahrtssystem. In Klaus Schubert, Simon Hegelich & Ursula Bazant (Hrsg.), *Europäische Wohlfahrtssysteme. Ein Handbuch* (S. 127-148). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

- Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (2018). Das deutsche Gesundheitssystem. Abgerufen von <https://www.gesundheitsinformation.de/das-deutsche-gesundheitssystem.html>
- OECD (2022). *Health at a Glance: Europe 2022: State of Health in the EU Cycle*. Paris: OECD Publishing. <https://doi.org/10.1787/507433b0-en>.
- OECD & WHO (2021). *State of Health in the EU. Denmark: Country Health Profile 2021*. Abgerufen von <https://www.oecd.org/health/denmark-country-health-profile-2021-2dce8636-en.htm>
- Marckmann, Georg & Schildmann, Jan (2022). Qualität und Ethik in der Gesundheitsversorgung. *Bundesgesundheitsblatt* 65, 335–341. Abgerufen von <https://doi.org/10.1007/s00103-022-03492-4>
- Nielsen, Anette, Jørn, Henrik Enevoldsen & Jones, Samuel Pedersen (2020). *Länderporträt Dänemark*. Abgerufen von <https://www.socialnet.de/international/daenemark.html>
- Olejaz, Maria, Nielsen, Annegrete Juul, Rudkjøbing, Andreas, Okkels Birk, Hans, Krasnik, Allan & Hernández-Quevedo, Cristina (2012). *Health system in transition. Denmark: Health system review*. Denmark: World Health Organization.
- Przeworski, Adam & Teune, Henry (1970). *The Logic of Comparative Social Inquiry*. New York: John Wiley & Sons.
- Schmid, Josef (2010). *Wohlfahrtsstaaten im Vergleich. Soziale Sicherung in Europa: Organisation, Finanzierung, Leistungen und Probleme* (3. Aufl.). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Schubert, Klaus, Hegelich, Simon & Bazant, Ursula (Hrsg.). (2008). *Europäische Wohlfahrtsysteme. Ein Handbuch*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Tikkanen, Roosa, Osborn, Robin, Mossialos, Elias, Djordjevic, Ana & Wharton, George (2020). *International Profiles of Health Care Systems 2020*. New York: The Commonwealth Fund. Abgerufen von <https://www.commonwealthfund.org/international-health-policy-center/system-profiles>