



Foto: Fotolia/Frog

## UNIVERSELLER KRANKENVERSICHERUNGSSCHUTZ

# Garant für eine gute Versorgung

Damit das deutsche Gesundheitssystem auf Dauer wettbewerbsfähig und finanzierbar bleibt, lohnt sich ein Blick über den Tellerrand.

**B**ei einem Vergleich internationaler Gesundheitssysteme schneidet Deutschland in puncto Versorgungsqualität, Service und Zugangsmöglichkeiten gut ab (1). Es mag geringfügige Unterschiede geben, je nachdem, ob jemand privat oder gesetzlich krankenversichert ist: Auswirkungen auf die Versorgungsqualität und die Lebenserwartung hat das nicht.

Sucht man nach Beispielen für Zweiklassenmedizin, kann man die USA oder Südafrika heranziehen (1,2). Wie und ob man versichert ist, wirkt sich in diesen Ländern beispielsweise deutlich auf die Lebenserwartung oder die Säuglingssterblichkeit aus. In Südafrika liegt die Mortalitätsrate bei Kindern unter fünf Jahren im öffentlichen Sektor verglichen mit dem privaten um den Faktor zehn höher.

Vielen gelten staatliche Gesundheitssysteme als Vorbild. Allerdings sind in Ländern wie Großbritannien lange Wartezeiten auf medizinische Leistungen und Leistungsbegrenzungen ab einem bestimmten Lebensalter die Regel (3). Doch Großbritannien gehört wie Deutschland zu den Ländern, die allen Bürgern

Zugang zur Gesundheitsversorgung bieten. Eine Krankenversicherung für alle (universal health coverage) hat die Weltgesundheitsorganisation (WHO) 2010 als Ziel formuliert. Denn alle Bürger sollen notwendige medizinische Leistungen in Anspruch nehmen können, ohne dadurch in finanzielle Not zu geraten.

### Kernelement der Versicherung ist die Umverteilung

Vor mehr als 125 Jahren hat Bismarck weltweit die erste gesetzliche Krankenversicherung für Arbeiter eingeführt. Im Laufe der Zeit hat sich daraus in Deutschland ein soziales Gesundheitssystem mit universellem Versicherungsschutz für alle entwickelt. Kernelement eines solchen universellen Gesundheitsschutzes ist die Umverteilung der Gelder von Reichen an Arme und von Gesunden an Kranke (4). Marktökonomische Überlegungen haben in Deutschland dazu geführt, dass sich Besserverdienende mit niedrigerem Krankheitsrisiko kostenattraktiv privat versichern können. Das bricht den Solidaritätspakt auf und unterminiert die Risikobündelung. Je nach politischer Ausrich-

tung werden Alternativen zu diesem Modell diskutiert (5):

- Die **Bürgerversicherung**: Der Versichertenkreis wird auf die gesamte Bevölkerung ausgeweitet. Zudem werden neben dem Erwerbseinkommen auch andere Einkünfte zur Beitragsbemessung herangezogen. Privat versichert werden können nur noch Zusatzleistungen. Ähnliche Versicherungsmodelle haben Kanada und Österreich umgesetzt – mit zum Teil niedrigeren Beiträgen als in Deutschland.

- Die **Gesundheitsprämie**: Alle Versicherten zahlen eine pauschale, einheitliche Prämie. Je nach Haushaltseinkommen erhalten sie staatliche Zuschüsse. Ein vergleichbares Modell existiert in der Schweiz. Es hat dort zu deutlichen Kostensteigerungen geführt.

- Die **soziale Gesundheitsprämie**: Sie soll die Vorteile von Bürgerversicherung und Gesundheitsprämie mit einem Mix aus einkommensabhängigen Beiträgen und Kopfpauschale kombinieren. Jeder Bürger über 18 Jahre zahlt eine Basisprämie. Finanzierungslücken werden aus Steuermitteln geschlossen.

- Die **prämiengestützte private Volksversicherung**: Es besteht eine allgemeine Versicherungspflicht mit einem verbindlichen Grundleistungskatalog. Die Krankenversicherungen sind privatwirtschaftlich organisiert. Der Solidarausgleich erfolgt aus Steuern. Vorbild ist das Schweizer Modell.

Um Patienten zu mehr Eigenverantwortung und zu einem angemessenen Umgang mit Ressourcen anzuhelfen, haben verschiedene Gesundheitssysteme Nutzergebühren oder Selbstbeteiligungen eingeführt. In Deutschland wurde die Praxisgebühr allerdings zum 1. Januar 2013 wieder abgeschafft. Denn sie hat die erhoffte Steuerungswirkung nicht entfaltet, aber zu hohen administrativen Kosten geführt.

Die Schweiz hat andere Maßnahmen ergriffen, Patientenverhalten zu steuern. Es gibt dort keine Familienmitversicherung. Jeder Versicherte zahlt einen eigenen Beitrag. Einige Gesundheitsleistungen wie zum Beispiel Zahnersatz oder Psychotherapien sind von der Erstat-

tung ausgeschlossen. Für solche Leistungen können wie in Kanada private Zusatzversicherungen abgeschlossen werden.

Die Weltgesundheitsorganisation geht davon aus, dass weltweit 20 bis 40 Prozent der Gesundheitsressourcen verschwendet werden (6). Deshalb müsste die Leistungs- und Kosteneffizienz von Krankenversicherungen verbessert werden. Einige Länder, wie zum Beispiel Österreich, haben deutlich weniger Krankenkassen als Deutschland mit geringeren Verwaltungskosten und niedrigeren Beiträgen. Aufgrund des hohen administrativen Aufwands sollten zudem Insellösungen wie die deutsche Beihilfe für Beamte ersetzt und ins bestehende System integriert werden. Zur Qualitäts- und Effizienzsteigerung gehören auch eine bessere Verzahnung der Gesundheitssektoren (stationär/ambulanz) sowie mehr Kostentransparenz für die Patienten.

### Ist der politische Wille da, kann man viel erreichen

Beispiele aus Thailand, Korea oder ehemaligen Ostblockstaaten wie Kirgistan oder Moldawien zeigen, wie mit politischem Willen viel zum Wohl der Bevölkerung erreicht werden kann (6, 7, 4). Trotz schwieriger wirtschaftlicher Rahmenbedingungen konnte dort zielstrebig über mehrere Jahrzehnte ein allgemeiner Versicherungsschutz für die Bevölkerung erreicht werden (8).

Doch die Gesundheitsdebatte in den USA zeigt, dass beim Thema Gesundheitssystem die Ideologie eine große Rolle spielt (9). Die Gesundheitsreform von US-Präsident Barack Obama will, wie es auch die WHO empfiehlt, gleiche Zugangsberechtigungen zum Gesundheitssystem für alle schaffen. Politische Gegner halten das für eine staatliche Bevormundung. Ein fehlender gemeinsamer Wille kann dringend notwendige Reformen verhindern.

Prof. Dr. Edda Weimann, University of Cape Town, Faculty of Health Sciences, School of Public Health, edda.weimann@uct.ac.za

 Literatur im Internet:  
[www.aerzteblatt.de/lit0313](http://www.aerzteblatt.de/lit0313)

## PSYCHISCHE GESUNDHEIT

# Gesundes Leiden – die „Z-Diagnosen“

Die Qualifizierung von lebensüblichen Beschwerden als „Krankheit“ hat weitreichende Folgen. Deshalb darf es nicht zu einem Diagnosenautomatismus kommen. Die Vergabe von Z-Kodes ist eine Alternative.

Jochen Gensichen, Michael Linden

Eine allgemein bekannte Weisheit lautet: „Wer gesund ist, war noch nicht beim Arzt.“ Obwohl dieser Satz ironisch gemeint ist, stimmt es, dass kaum jemand ohne gesundheitliche Beeinträchtigungen lebt, sei es ein schlechter Visus, eine Pilzinfektion, Karies, Haltungsschäden oder Schlafstörungen. Auch gibt es niemanden, der keine psychischen Probleme hätte: Eine große Zahl negativer Gefühle stehen zur Verfügung, und es dürfte kaum ein Tag vergehen, an dem man nicht erschöpft, bedrückt, verstimmt, lustlos, traurig, freudlos, frustriert, verzweifelt, verbittert oder ängstlich ist. Wer zum Beispiel Ehestreitigkeiten hat, durch eine Prüfung fällt oder ein Ziel nicht erreicht, wird in der Regel leiden, trotzdem ist er oder sie gesund. Die Frage ist, wann von „gesundem Leiden“ und wann von „Krankheit“ auszugehen ist.

Ebenso stellt sich die Frage, wie die Antriebslosigkeit, Hoffungslosigkeit, Angst, Schlafstörung, das körperliche Schweregefühl oder der Libidoverlust eines Menschen mit Herzinsuffizienz zu beurteilen sind. Sind dies Symptome der Herzinsuffizienz, oder muss der Patient als depressiv bezeichnet werden? Muss er mit Antidepressiva oder mit einer Psychotherapie mit Problematisierung seiner Elternbeziehung behandelt werden?

Das Problem der Diagnosezuschreibung stellt sich insbesondere im Bereich der gesundheitlichen Grenzfälle. Die Anzahl der Menschen mit Blutdruck in der Grauzo-

ne zwischen eindeutig krank und lebensgefährlich (durchgehend > 180 mmHg systolisch) einerseits und eindeutig gesunden Werten (< 120 mmHg systolisch) ist bei 50-jährigen Männern größer als die eindeutigen Fälle. Dies gilt auch für depressive Syndrome oder Zustände schlechter Stimmung (1). Die Absenkung der Schwelle, von der an von Krankheit gesprochen wird, sei es mmHg beim Blutdruck oder die Zahl der Symptome auf der Hamilton-Depressionsskala multipliziert die Fallzahlen.

### Unglücklichsein immer pathologisieren?

Bei vielen Krankheiten und speziell bei psychischen Störungen werden Diagnosen nach wissenschaftlichen Algorithmen gestellt. Dies kann allerdings die vorgenannten Probleme nicht ausschließen, da die Algorithmen auf klinischen Kriterien und vermeintlich exakten Definitionen aufbauen. Die Diagnose einer „Depression“ nach ICD-10 verlangt als unabdingbares „A-Kriterium“ das Leitsymptom einer „depressiven Verstimmung“. Wenn es diesbezüglich Unschärfen gibt, wie dies bei Diagnosen, die nur auf standardisierter Abfrage von Beschwerden beruhen, ohne psychopathologische Würdigung durch einen Experten, dann wird jedweder Zustand von Unglücklichsein zur Krankheit mit der Folge einer Explosion von entsprechenden Diagnosen (2). Die zunehmend diskutierte „Unwirksamkeit“ von Antidepressiva (3) und die steigenden Placeboresponsera-

Prof. Dr. med. Dipl.-Päd. Gensichen MPH, Institut für Allgemeinmedizin Universitätsklinikum Jena

Prof. Dr. med. Dipl.-Psych. Linden, Forschungsgruppe Psychosomatische Rehabilitation des Rehakentzentrums Seehof, Teltow

## LITERATURVERZEICHNIS HEFT 3/2013, ZU:

## UNIVERSELLER KRANKENVERSICHERUNGSSCHUTZ

# Garant für eine gute Versorgung

Damit das deutsche Gesundheitssystem auf Dauer wettbewerbsfähig und finanzierbar bleibt, lohnt sich ein Blick über den Tellerrand.

## LITERATUR

1. Davis K, Schoen, C, Schoenbaum SC, Doty MM, Holgren AL, Kriss JL, Shea KK: Mirror, mirror on the wall: An international update on the comparative performance of American Health Care, May 2007, Commonwealth Fund.
2. Keeton C: Bridging the gap in South Africa. The South African government proposed national insurance scheme aims to tackle the stark divide in health care between rich and poor. Bulletin World Health Organisation 2010; 88: 803–4.
3. Healthcare around the world: Great Britain. 23.04.2008, Healthcare Economist.
4. Kutzin J: A descriptive framework for country-level analysis of health care financing arrangements. Health Policy 2001; 56: 171–204.
5. Opielka M: Sozialpolitische Entscheidungen in der Gesundheitspolitik. Reflexionen zu Bürgerversicherung und Gesundheitsprämie. WSI Mitteilungen 2004; 1: 1–17.
6. WHO 2001: Macroeconomics and Health: Investing in Health for Economic Development: Report on the Commission on Macroeconomics and Health. Geneva, Switzerland.
7. WHO Health Statistics 2011, www.who.int/whosis/whostat/2011/en/index.html WHO Report 2011
8. Nationaler Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken: Hohe Patientenzufriedenheit in der Schweiz, Medienmitteilung 5. Mai 2011.
9. Robert Wood Johnson Foundation: Overcoming obstacles to health. Report 2008 und 2012.
10. Lampert T, Sass AC, Häfelinger M, Ziese T: Armut, soziale Ungleichheit, Gesundheit. Bericht des Robert-Koch-Instituts, 2005.
11. Mackenbach JP: Health inequalities. Europe in profile, WHO 2006.
12. WHO Report 2010: Health Care Financing: On the path to universal coverage. www.who.org, abgerufen 04.04.2012.
13. Blum K, Löffert S: Ärztemangel im Krankenhaus – Ausmaß, Ursachen, Gegenmaßnahmen. Forschungsgutachten im Auftrag der Deutschen Krankenhausgesellschaft, Deutsches Krankenhausinstitut 2010.
14. Deutscher Ethikrat: Nutzen und Kosten im Gesundheitswesen – zur normativen Funktion ihrer Bewertung. Stellungnahme 2011 (www.ethikrat.org/dateien/pdf/stellungnahme-nutzen-und-kosten-im-gesundheitswesen.pdf, abgerufen 27.03.2012).
15. Steinbrook R: Private Health Care in Canada, N Engl J Med 2006; 354: 1661–4.
16. Cernetig M (2006): B.C. gov't gets tough with private clinic. Vancouver Sun, 1.12.2006.
17. Carrin G, Mathauer I, Xu K, Evans DB: Universal coverage of health services: tailoring its implementation. WHO Bulletin 2008; 86(11): 817–908. (www.who.int/bulletin/volumes/86/11/07-049387/en/index.html).
18. Neumann P, Johansson M: The willingness to pay for in-vitro fertilisation: A pilot study using contingent valuation. Medical Care 1994; 32: 686–99.
19. Weimann E, Weimann P: High Performance in Hospital Management. Springer, Heidelberg 2012.