

## 2.1 Gesundheitssystem allgemein

### 2.1.1 Gesundheit und Markt

Es heißt oft, Gesundheit sei ein hohes Gut. Aber Güter sind entweder weitgehend unbegrenzt vorhanden (wie Meerwasser, Sonnenwärme, Atemluft) oder gegen einen Preis erwerbbar (wie Schuhe, Nahrung, Kleidung). Für Gesundheit gilt weder das eine noch das andere. Gesundheit ist vielmehr ein Bedürfnis, genauso wie Essen, Trinken, Schlafen. Bedürfnisse kann man nicht erwerben. Auch Gesundheit kann man nicht erwerben. Jeder Mensch macht diese Erfahrung früher oder später.

Güter sind dazu da, Bedürfnisse zu befriedigen (Blum 2004, S. 4). Bei den Bedürfnissen Essen und Trinken sind es zum Beispiel das Steak, der Salat, die Limonade, beim Bedürfnis Schlafen die ruhige Unterkunft, das Bett, beim Bedürfnis Gesundheit die Behandlung des Arztes, das Arzneimittel, die Zahlung der Krankenkasse, die Gesundheitsberatung, das Fitness-Studio, die täglich verwendeten Hygieneartikel usw. Überhaupt scheint es eine unendliche Anzahl an Gütern zur Befriedigung des Bedürfnisses Gesundheit zu geben. Keiner kann sie abschließend aufzählen. Oft ist aber unklar, ob diese Güter der Gesundheit wirklich dienen.

Die Frage, was alles zum Bedürfnis Gesundheit zählt, wird sehr unterschiedlich beantwortet. Viele Menschen verstehen unter „gesund“ eben „nicht krank“ zu sein. Friedrich Nietzsche definierte Gesundheit beispielsweise als „dasjenige Maß an Krankheit, das es mir noch erlaubt, meinen wesentlichen Beschäftigungen nachzugehen.“ Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) sieht in Gesundheit dagegen einen „Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlergehens und nicht nur das Fehlen von Krankheit oder Gebrechen“ (WHO 2013). Das Bedürfnis Gesundheit wird je nach individueller Situation und Ansicht (Alter, Bildungsgrad, Einkommen, gesellschaftliche Stellung, persönliches Umfeld usw.) anders definiert. Zur Erklärung, warum das so ist, kann die Bedürfnispyramide von Abraham Harold Maslow herangezogen werden (Maslow 1943,



**Abb. 2.1** Maslowsche Bedürfnispyramide und Gesundheit

S. 370–396). Die in Abb. 2.1 dargestellte Maslowsche Bedürfnispyramide teilt die Bedürfnisse der Menschen in verschiedene Ebenen ein. Sind die Grundbedürfnisse befriedigt, strebt der Mensch nach Befriedigung der Sicherheitsbedürfnisse, danach der sozialen Bedürfnisse usw. Die Gesundheit kommt auf allen Ebenen vor.<sup>1</sup>

Möchte der Mensch zunächst einfach nur nicht krank sein, denkt er bald darüber nach, was passiert, wenn er krank würde und möchte sicher sein, dann einen Fachmann konsultieren zu können. Später möchte er in einem sozialen Netzwerk leben, was ihm ermöglicht, bei Bedarf immer optimal auf Gesundheitsgüter zugreifen zu können, ja er möchte ein Gesundheitssystem haben, was sich fürsorglich um ihn kümmert. Noch später möchte der Mensch Gesundheit selbst beeinflussen, möglichst immer gesund sein, sich top fühlen, gesund aussehen und dafür auch gesellschaftliche Anerkennung bekommen, zum Beispiel im Sinne von „Der oder die sieht aber fit aus, der oder die kann bestimmt viel leisten“. Schließlich wird Gesundheit zu einer Lebensphilosophie. Man möchte lange, gesund und aktiv leben.

Gesundheit wird also mit steigendem Niveau der Bedürfnisbefriedigung tendenziell umfassender definiert. Gesellschaftlich zeigt sich das in einer stetig steigenden Nachfrage nach Gesundheitsgütern. Das ist auch ein Grund, warum man davon spricht, dass der Gesundheitsmarkt ein Wachstumsmarkt ist.

Wie schon gesagt, dienen zur Befriedigung des Bedürfnisses Gesundheit Güter. Solche Gesundheitsgüter werden über Angebot und Nachfrage auf den Gesundheitsmärkten ausgetauscht. Hierbei gibt es eine unüberschaubare Anzahl von Angebots- und Nachfragesituationen (Abb. 2.2).

<sup>1</sup> Die Pyramide basiert auf Maslow (Korzilius 2012), die Aussagen zur Gesundheit stammen von den Verfassern.

Angebot	Nachfrage
Arzneimittel, Medizintechnik ...	Arzneimittel, Medizintechnik ...
Ärztliche Leistungen, Ausbildung ...	Ärztliche Leistungen, Ausbildung ...
Patente, Zulassungen ...	Patente, Zulassungen ...
Ärzte, Krankenpfleger, Manager ...	Ärzte, Krankenpfleger, Manager ...
Krankenhäuser, Medizintechnik ...	Krankenhäuser, Medizintechnik ...
Kredite, Versicherungen ...	Kredite, Versicherungen ...

**Abb. 2.2** Angebot und Nachfrage im Gesundheitsmarkt

Mal ist ein Marktteilnehmer Anbieter, mal Nachfrager. Zum Beispiel benötigt ein Arzt ein medizinisch-technisches Gerät, dann ist er Nachfrager und der Hersteller des Gerätes der Anbieter. Zur Herstellung des Gerätes braucht der Hersteller Bauteile, dann ist er Nachfrager. Mit dem Gerät behandelt der Arzt einen Patienten, dann ist er wieder Anbieter und der Patient Nachfrager usw.

Um das Gesundheitssystem eines Landes zu erklären, ist das viel zu komplex. Daher soll folgendes vereinfachendes Modell gelten: Der Patient ist der primäre Nachfrager, er steht sozusagen im Mittelpunkt des Gesundheitssystems. Alle Anbieter, die Gesundheitsgüter unmittelbar dem Patienten anbieten, sind direkte Anbieter (Gesundheitseinrichtungen, Gesundheitsberater, Gesundheitsfinanzierer). Alle anderen (zum Beispiel Bauunternehmen, Pharmaunternehmen, Hersteller von Medizintechnik, Ausbildungseinrichtungen, Forschungseinrichtungen) sollen als indirekte Anbieter bezeichnet werden.

Die Anbieter können privat oder staatlich organisiert sein. In einem marktwirtschaftlichen System werden dies (auch bei den Gesundheitsgütern) zunächst überwiegend private Anbieter sein. Staatliche Anbieter kommen (zumindest im Idealfall) nur ausnahmsweise ins Spiel. Näheres dazu später.

**2.1.2 Gesundheit und Regulierung**

Der Staat hat im Zusammenhang mit dem Bedürfnis Gesundheit auch im marktwirtschaftlichen System eine wichtige Rolle. Nicht immer ist sichergestellt, dass der Marktmechanismus von Angebot und Nachfrage funktioniert. Einerseits besteht die Möglichkeit, dass die Verteilung der Güter über den Mechanismus von Angebot und Nachfrage zu einem gesellschaftlich nicht akzeptierten Ergebnis führt oder anders gesagt, allgemein als ungerecht angesehen wird. Ein Gedankenexperiment von Hunt und Sherman soll dies für den Gesundheitsmarkt illustrieren (Abb. 2.3).

Andererseits kann es sein, dass der Marktmechanismus Angebot und Nachfrage nur eingeschränkt oder überhaupt nicht funktioniert. Man spricht hier vom Marktversagen. Ursachen hierfür können unterschiedlicher Natur sein (Gabler Wirtschaftslexikon 2013, Abb. 2.4).

Gedankenexperiment von E.K.Hunt / H.J.Sherman: Auf einer Insel befällt eine Krankheit 80% der Kinder. Gegen diese Krankheit existiert ein Gegenmittel. Das Sterberisiko beträgt bei Ansteckung ohne Einnahme des Gegenmittels 90%, nach Einnahme einer Einheit des Gegenmittels 10%, zwei 8%, drei 6% und vier 5 %. Auf der Insel leben 1.000 Kinder. Vom Gegenmittel gibt es 1.000 Einheiten. Wie viele Kinder überleben mit und wie viele ohne Regulierung des Marktes?

Ohne Markteingriff	Mit Markteingriff
Die reichsten Familien kaufen alle Einheiten des Gegenmittels und geben ihren Kindern jeweils 4 Einheiten des Gegenmittels. Damit erhalten 250 Kinder Gegenmittel, 750 erhalten keins.	Alle Kinder erhalten eine Einheit des Gegenmittels.
$450 = 200 + (250 \cdot 95\% + 750 \cdot 10\%) \cdot 80\%$	$920 = 200 + (800 \cdot 90\%)$

**Abb. 2.3** Gedankenexperiment von Hunt und Shermann. (Hunt und Shermann 1974, S. 28 ff.)

Ursache	Erläuterung	Beispiele
Asymmetrische Information	Nachfrager und Anbieter sind hinsichtlich der Güter unterschiedlich informiert	Verhältnis Arzt Patient; Verhältnis Krankenversicherung Versicherter
Öffentliche Güter	Öffentliche Güter können von allen genutzt werden ohne dass der Einzelne für deren Bereitstellung sorgen muss	Staatliche Krankenhäuser und Ambulanzen, Freie Gesundheitsportale im Internet
Externe Effekte	Nachfrager und Anbieter lösen beim Gütertausch Wirkungen auf unbeteiligte Dritte aus	Verschreibung unnötiger Medikamente, Durchführung von Doppeluntersuchungen
Marktmacht	Monopole oder Kartelle sprechen überhöhte Preise ab	Medikamente, die nur ein Hersteller zur Verfügung stellen kann, Arzt in einer Region mit deutlicher Unterversorgung

**Abb. 2.4** Ursachen für Marktversagen im Gesundheitsmarkt (Gablers Wirtschaftlexikon 2013, eigene Beispiele)

Der Markt allein kann häufig die Probleme der Verteilungsgerechtigkeit und des Marktversagens nicht lösen. Es gibt dabei grundsätzlich zwei Möglichkeiten, wie der Staat dann darauf reagieren kann: Entweder der Staat tritt, wie schon oben beschrieben, selbst als Anbieter auf, oder der Staat reguliert Angebot und Nachfrage. Der Staat ist dann Regulator.

In einem marktwirtschaftlichen System sollte folgende idealisierte Reihenfolge bei der Lösung von Problemen der Verteilungsgerechtigkeit und des Marktversagen eingehalten werden. In der Praxis ist dies jedoch aus verschiedenen, zum Beispiel historischen, politischen, zeitlichen, wirtschaftlichen Gründen nicht der Fall.

**Ohne Staat** Als erstes sollte eine Lösung ohne zusätzlichen Staatseingriff gesucht werden. Häufig gibt es nämlich auch ohne weiteren staatlichen Eingriff Möglichkeiten für eine gerechtere Verteilung auf der Grundlage bestehender gesetzlicher Regelungen. Auch

versagt der Markt weniger häufig als oftmals angenommen. Nennen wir es scheinbares Marktversagen.

**Staat regelt** Wenn die Privatwirtschaft nicht funktioniert, dann ist der Staat gefragt. Er kann bestehende Regelungen konsequenter anwenden, bestehende Regelungen ändern oder neue Regelungen aufstellen, um lenkend in die Privatwirtschaft einzugreifen. Das kann durch Förderung oder Zwang erfolgen. Förderung ist häufig der Vorzug zu geben.

**Staat bietet an** Erst wenn es sowohl keine privatwirtschaftliche Lösung gibt und staatliche Regelungen nicht ausreichen, sollte der Staat prüfen, selbst als Anbieter aufzutreten.

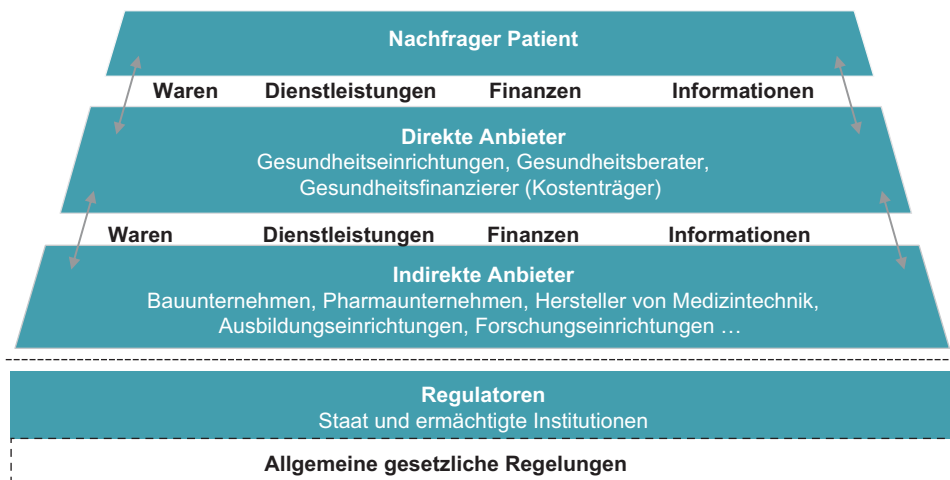
### 2.1.3 Gesundheit und System

Die Art und Weise, in der ein Land Angebot und Nachfrage von Gesundheitsgütern organisiert, spiegelt sich im jeweiligen Gesundheitssystem wider. Es wird schnell klar, dass es zahllose Möglichkeiten gibt, ein Gesundheitssystem zu organisieren. Daher besitzt auch fast jeder Staat ein anderes Gesundheitssystem. Grundsätzlich kann man zwischen privaten Gesundheitssystemen, staatlichen Gesundheitssystemen (häufig Beveridge-Systeme genannt, nach William Henry Beveridge) und gemischten Gesundheitssystemen (häufig Bismarck-Systeme genannt, nach Otto von Bismarck) unterscheiden (Glied 2011, S. 40 f.).

Beim privaten Gesundheitssystem fußt dessen Organisation so weit wie möglich auf marktwirtschaftlichen Grundsätzen. Problemen, die sich aus Verteilungsgerechtigkeit und Marktversagen ergeben, werden mit einem Minimum an staatlicher Regulierung in der weiter oben beschriebenen Reihenfolge begegnet. Beim staatlichen Gesundheitssystem greift der Staat umfangreich regulierend ein und bietet selbst Gesundheitsgüter an. Beim gemischten Gesundheitssystem werden marktwirtschaftliche Prinzipien, staatliche Regulierung und staatliches Angebot kombiniert. Die staatliche Regulierung geht im Gegensatz zum privaten Gesundheitssystem aus meist gesellschaftspolitischen Gründen über das rein marktwirtschaftlich erforderliche Minimum hinaus. Vergleichbar ist das mit den Grundsätzen der sozialen Marktwirtschaft.

Die Gesundheitssysteme der Staaten befinden sich jedoch regelmäßig in Anpassungsprozessen. Man spricht von Gesundheitsreformen. Sie können den Charakter des Systems ändern.

Unabhängig von der konkreten Ausprägung lassen sich gewisse Grundelemente eines Gesundheitssystems definieren. Jedes System hat als primären Nachfrager von Gesundheitsgütern den Patienten (Nachfrager Patient), direkte Anbieter und indirekte Anbieter von Waren, Dienstleistungen, Finanzen, Informationen sowie den Staat oder von ihm ermächtigte Institutionen, die regulierend eingreifen (Regulatoren). Das ganze Gesundheitssystem steht auf der Grundlage allgemeiner gesetzlicher Regelungen eines Staates (siehe Abb. 2.5).

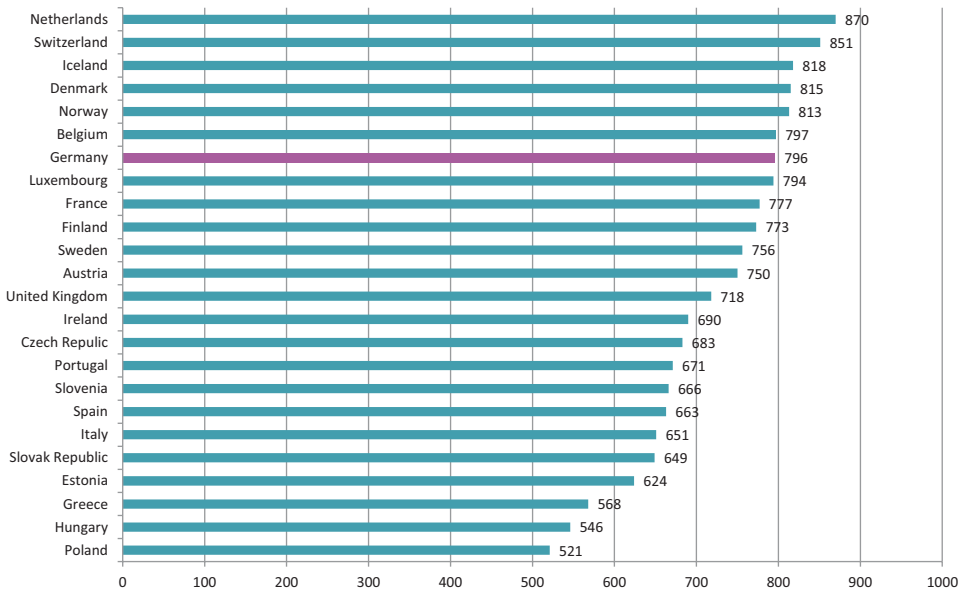


**Abb. 2.5** Bestandteile eines Gesundheitssystems

Gesundheitssysteme unterscheiden sich in Abhängigkeit vom allgemeinen Wohlstand gravierend hinsichtlich ihrer Qualität. Während hochentwickelte Industriestaaten häufig ein qualitativ hervorragendes Gesundheitssystem unterhalten, kämpfen Entwicklung- und auch Schwellenländer mit teilweise außerordentlich geringen Standards. Die Gesundheitssysteme unterscheiden sich jedoch auch bei vergleichbarer Qualität hinsichtlich ihres Aufbaus. Hauptsächliche Unterscheidungskriterien sind die Staatsquote, das ist der Anteil, den der Staat als Anbieter hat und die Regulierungsdichte, das ist der Umfang der regulatorischen Eingriffe durch den Staat.

Wichtigste Kenngrößen für die Beurteilung, ob ein Gesundheitssystem gut oder schlecht ist, ist seine Qualität. Ein gelungener Versuch der Vereinheitlichung von Qualitätskriterien ist der Euro Health Consumer Index (EHCI). Dieser Index wird seit 2005 jährlich veröffentlicht. Er bewertet für europäische Staaten verschiedene Kriterien der Bereiche Patientenrechte und Patienteninformation, Wartezeiten, Ergebnisqualität, Vorsorge, Versorgung mit Arzneimitteln mit einem Scoringmodell und bildet daraus einen Gesamtindex (Health Consumer Powerhouse 2012, S. 15). Es ist zu erkennen, dass das deutsche Gesundheitssystem bei der Qualität seines Gesundheitssystems nicht mehr auf den vorderen Plätzen liegt. Lag Deutschland im EHCI des Jahres 2006 noch auf Platz 3, so landete es im Ranking 2013 mit 796 Punkten und Platz 7 lediglich am Ende des ersten Drittels (Abb. 2.6).

Es besteht ein starker Zusammenhang zwischen Qualität und Höhe der Ausgaben. Die qualitativ besten Gesundheitssysteme sind regelmäßig unter den Ländern mit den höchsten Gesundheitsausgaben im Vergleich zum Bruttoinlandsprodukt zu finden. Ein qualitativ hochwertiges Gesundheitssystem verursacht tendenziell höhere Ausgaben als ein qualitativ geringer einzuschätzendes Gesundheitssystem. Stellt man Qualität und Ausgaben gegenüber, erhält man eine erste Vorstellung davon, ob die Ausgaben effizient getätigt



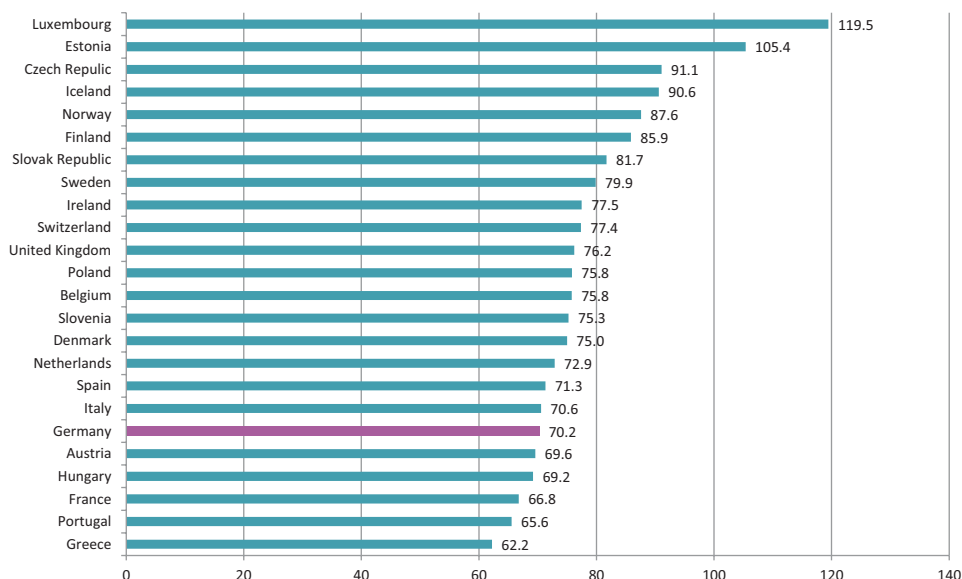
**Abb. 2.6** Euro Health Consumer Index 2013: Deutschland im Vergleich europäischer OECD-Staaten. (Quelle: Health Consumer Powerhouse 2013, eigene Darstellung)

werden. Ein ideales Gesundheitssystem erzielt nicht nur eine hohe Qualität, sondern dies auch noch mit den dafür geringstmöglichen Ausgaben. Oder anders gesagt: Die Ausgaben für ein Gesundheitssystem, die letztendlich von dem Patienten direkt (Kassenbeiträge, Zahlungen etc.) oder indirekt (Steuern) getragen werden müssen, sollten zu einer höchstmöglichen Qualität führen.

Die deutschen Gesundheitsausgaben sind in den letzten Jahren deutlich gestiegen. Gemessen in Euro pro Jahr unterhält die Bundesrepublik nach den Niederlanden und Frankreich das drittteuerste Gesundheitssystem in Europa. Berechnet man die Ausgabeneffizienz der Gesundheitssysteme, indem die im EHCI erreichte Gesamtpunktzahl mit dem Quotienten aus Gesundheitsausgaben und Bruttoinlandsprodukt ins Verhältnis gesetzt wird, platziert sich Deutschland im Vergleich europäischer OECD-Staaten auf Rang 19. Das deutsche Gesundheitssystem erzielt also bei einem vergleichsweise hohen Ausgaben-niveau eine zu geringe Qualität (Abb. 2.7).

Paragraph 137 SGB V schreibt heute schon für alle Krankenhäuser eine standardisierte und öffentlich zugängliche Qualitätsberichterstattung vor. Darüber hinaus gibt es freiwillige Qualitätsinitiativen von Krankenhäusern unterschiedlicher Größe, Trägerschaften und Versorgungsstufen. Ziel all dieser Initiativen ist es, die Behandlungsqualität in Krankenhäusern für den Patienten transparent zu machen. Davon sollen sowohl Patienten als auch die beteiligten Krankenhäuser profitieren. Die Bedeutung von Qualität ist im deutschen Gesundheitswesen durchaus erkannt.

Trotzdem ist das deutsche Gesundheitssystem noch nicht ausreichend auf Qualität ausgerichtet. Der Grund dafür liegt in den ökonomischen Anreizen. Das derzeitige Ver-



**Abb. 2.7** Verhältnis von EHCI 2013 und Quotient aus Gesundheitsausgaben zu Bruttoinlandsprodukt. (Quelle: Health Consumer Powerhouse 2013; OECD Health Data 2013, eigene Berechnungen, eigene Darstellung)

gütungssystem stimuliert vorrangig ein Wachstum an Leistungsmenge, nicht aber eine verbesserte Qualität der Behandlung oder des Behandlungsergebnisses. Eine aktuelle Studie zur Qualität in deutschen Krankenhäusern aus dem Jahr 2013 kommt zum Ergebnis: „Weder wird die Qualität in deutschen Krankenhäusern verlässlich ermittelt noch wird sie ausreichend vergütet. Es gibt keinen statistisch nachweisbaren Zusammenhang zwischen der Qualität und dem wirtschaftlichen Erfolg deutscher Krankenhäuser.“ (KPMG AG Wirtschaftsprüfungsgesellschaft 2013). Jedoch gilt auch: Krankenhäuser mit einem überdurchschnittlich guten Qualitätsrating zeigen in der Gesamtheit keine schlechtere Umsatzrentabilität als Krankenhäuser mit einem unterdurchschnittlichen Qualitätsrating. Qualität und Wirtschaftlichkeit schließen einander also nicht aus.

## 2.2 Gesundheitssystem international

### 2.2.1 Privates System

Das US-amerikanische Gesundheitssystem gilt derzeit als das Paradebeispiel für ein privates Gesundheitssystem. Im Grundsatz treten sich bei einem solchen Gesundheitssystem an erster Stelle Patient und Erbringer von Gesundheitsdienstleistungen als Nachfrager und Anbieter im Gesundheitsmarkt gegenüber. Die Rolle des Staates beschränkt sich weitgehend auf die Schaffung allgemeiner gesetzlicher Regelungen und das Auffangen von sozialen Härten (Abb. 2.8).



	USA	Deutschland
Einwohner 2009 [Mio.]	306,7	81,9
davon krankenversichert 2009 [%]	82,9	99,9
Arztbesuche pro Einwohner USA in 2008/Deutschland in 2009	3,9	8,2
Qualitätsindex [Platzierung bei WHO Ranking 2000]	37	25
Durchschnittliche Lebenserwartung 2009 [Jahre]	80,6	82,8
Gesundheitsausgaben vom BIP 2009 [%]	17,4	11,6
Ärzte pro tausend Einwohner 2009	2,4	3,6

**Abb. 2.8** Ausgewählte Eckdaten des Gesundheitssystems der USA im Vergleich zu Deutschland. (Quelle: OECD Health Data 2011; WHO Ranking 2000, eigene Berechnungen)

### 2.2.1.1 Direkte Anbieter

#### 2.2.1.1.1 Dienstleistungen

In den USA ist die Trennung zwischen dem ambulanten und stationären Bereich nicht ausgeprägt. Noch vor etwa zehn Jahren war der reine Krankenhausarzt weitgehend unbekannt. Ärzte behandelten ihre Patienten sowohl ambulant als auch stationär (Deutsche Ärztsblatt 2014). Seit einigen Jahren gibt es auch den sogenannten Hospitalist, eine Art neuer Facharzt, der Patienten ausschließlich im Krankenhaus behandelt (Pischon 2002, S. A698). Weiter gibt es akademisch ausgebildete Krankenpfleger (Nurse Practitioners), die teilweise auch ärztliche Aufgaben übernehmen (Löser-Priesler 2007, S. 29).

Obwohl Krankenhäuser ambulante Leistungen erbringen, sind sie auch in den USA auf stationäre Leistungen spezialisiert. Unterschieden wird zwischen Akutkrankenhäusern, Einrichtungen der Altenpflege sowie Rehabilitations- und psychiatrischen Einrichtungen. Manche Krankenhäuser sind nur für spezielle Zielgruppen zugänglich. Es gibt private gewinnorientierte, private gemeinnützige und staatliche Krankenhäuser. Der Anteil der privaten gewinnorientierten ist vergleichsweise niedrig. Darüber hinaus gibt es Universitätskliniken (Wörz 2008, S. 59 ff.).

Eine Besonderheit des US-amerikanischen Systems stellen Organisationen dar, bei denen nachgefragte und angebotene Leistungen einschließlich Finanzierung zum Zwecke der Optimierung von Kosten und Qualität verknüpft werden (Managing Care Organizations) (Bey 2001). Eine konkrete Ausprägung sind die Health Maintenance Organizations (HMO). Bei HMO sind Patienten Mitglied in einem Netzwerk. Sie zahlen einen leistungsunabhängigen fixen Beitrag und werden als Mitglied in den Einrichtungen des Netzwerkes ohne oder gegen geringe Zuzahlungen behandelt (Schölkopf 2010, S. 72–76). Eine der größten HMO ist Kaiser Permanente mit 9,1 Mio. Mitgliedern (Fast Facts about Kaiser Permanente 2013).

#### 2.2.1.1.2 Finanzen

Anders als vielleicht angenommen, wird auch das US-amerikanische Gesundheitssystem fast gleichermaßen sowohl privat (2007: 54 %) als auch staatlich (2007: 46 %) finanziert (Jonas Goldstein 2007, S. 134 ff.). Im Gegensatz zu staatlichen oder gemischten Systemen ist aber jeder Bürger zunächst verpflichtet, sich um die Finanzierung seiner Gesundheits-

Bereich	Finanzierung/Programm	Gegenstand
Privat	<b>Private Versicherung über Arbeitgeber</b>	Mehr als zwei Drittel der US-Amerikaner sind über ihre Arbeitgeber privat versichert. Versichert sind sowohl aktive Mitarbeiter als auch Pensionäre. Die Beiträge für die Versicherung teilen sich Arbeitgeber (etwa 4/5) und Arbeitnehmer (etwa 1/5). Beim Eintritt in eine Versicherung erfolgt eine Einschätzung des Erkrankungsrisikos mit Auswirkung auf Versicherungskosten und -schutz. Der Staat fördert die Unternehmen durch steuerliche Abzugsfähigkeit der Versicherungsbeiträge.
	<b>Eigenständig privat versicherte</b>	Weniger als 10 % der US-Amerikaner sind eigenständig bei einer privaten Versicherung versichert.
	<b>Nicht Versicherte</b>	Etwa 15 % der US-Amerikaner sind nicht versichert. Das betrifft vor allem Minderheiten, einkommensschwache Menschen und Menschen im Alter zwischen 18 und 24 Jahre.
Staatlich	<b>Medicare</b>	Staatliches Gesundheitsprogramm für über 65 Jahre alte und behinderte Menschen.
	<b>Medicaid</b>	Staatliches Gesundheitsprogramm für arme Menschen.
	<b>Programm zur Notfallversorgung (EMTALA)</b>	Krankenhäuser, die an Medicare bzw. Medicaid teilnehmen, sind verpflichtet auf eigene Kosten Notfallpatienten zu behandeln.
	<b>Weitere Programme der Bundesstaaten und Kommunen</b>	Beispiele: Kommunale Gesundheitseinrichtungen, die kostenlos oder günstig behandeln; Programme für bestimmte Bevölkerungsgruppen (Kriegsveteranen, Ureinwohner)

**Abb. 2.9** Wesentliche Bereiche der Finanzierung des US-amerikanischen Gesundheitssystems; eigene Darstellung auf der Grundlage von Turner. (Turner 2009)

dienstleistungen selbst am Markt zu kümmern. Erst wenn das für ihn nicht möglich ist oder in anderen gesetzlich geregelten Ausnahmefällen tritt der Staat ein (Abb. 2.9).

Im Regelfall sind US-Amerikaner privat versichert. Private Versicherungen werden allerdings sehr häufig über den Arbeitgeber abgeschlossen (Cacace 2010, S. 24). Nur ein geringer Teil schließt seine Versicherung eigenständig ab. Die Versicherungsverträge sind im gesetzlichen Rahmen frei gestaltbar. Ein großer Teil der Versicherungsverträge lässt keine freie Arztwahl zu. Eine Risikoeinstufung der Versicherungsnehmer vor Vertragsabschluss ist ab 2014 durch die Änderungen des „Patient Protection and Affordable Care Act“ nicht mehr zulässig. Grundsätzlich darf keinem Antragssteller ein Versicherungsschutz aufgrund eines erhöhten Risikos oder bestimmter Erkrankungen versagt werden (DPC o. J., S. 1–6).

2009 war fast jeder fünfte US-Amerikaner nicht versichert (HSS 2011). Die Gründe dafür sind risikobezogen, wenn der Bürger nicht oder eingeschränkt versicherbar ist, und wirtschaftlich, wenn der Bürger sich eine Versicherung nicht leisten will oder kann. Nur ein Teil der Nichtversicherten hat Anspruch auf staatliche Gesundheitsleistungen. Die wichtigsten staatlichen Programme sind Medicare und Medicaid (Cacace 2010, S. 64). Die Kosten für diese Programme sind im Wesentlichen steuerfinanziert und zwischen Bund und Bundesstaaten aufgeteilt. Schätzungsweise zwischen 80 und 100 Mio. Menschen

Gesundheitswesen für Praktiker

System, Akteure, Perspektiven

Penter, V.; Augurzky, B.

2014, XIII, 217 S. 157 Abb., 154 Abb. in Farbe.,

Softcover

ISBN: 978-3-658-00414-9