

# Das skandinavische Gesundheitssystem

Von Dr. Jon Magnussen,

Professor für Gesundheitsökonomie an der Norwegischen Universität für Wissenschaft und Technik in Trondheim und an der Universität Oslo

Die skandinavischen Länder Norwegen, Schweden und Dänemark im Norden Europas werden von außen oft als sehr ähnliche Länder betrachtet. Dafür gibt es triftige historische Gründe: Die drei Länder waren von 1397 bis 1523 in der Kalmarer Union vereint. Auch nach deren Auseinanderbrechen waren sie in verschiedenen Konstellationen miteinander verbunden, bevor sie im 20. Jahrhundert unabhängig wurden. Ihre gemeinsame Geschichte wird oft als Haupterklärung dafür angesehen, dass sich die skandinavischen Länder, abgesehen von weiteren Ähnlichkeiten, für einen gemeinsamen wohlfahrtsstaatlichen Ansatz entschieden haben.

Das skandinavische Modell des Wohlfahrtsstaates ist international bekannt. Es zeichnet sich dadurch aus, dass der Staat bei der Gestaltung von Wohlfahrtspolitik und einem entsprechend umfangreichen öffentlichen Sektor zur Umsetzung dieser Politik eine dominierende Rolle spielt. Auch wenn durchaus länderspezifische Merkmale existieren, sind die umfangreichen sozialpolitischen Maßnahmen, allgemeine soziale Dienste und freie oder stark subventionierte Leistungen in allen drei Ländern ähnlich. Die skandinavischen Gesundheitssysteme beruhen alle auf dem gleichen Prinzip der Allgemeinheit, bei denen der gleiche Zugang zu Gesundheitsleistungen für alle erklärtes Ziel ist. Um dieses zu erreichen, stützt sich das skandinavische



Modell neben staatlichem Eigentum und staatlicher Kontrolle auch auf die eingeschränkte Verwendung marktorientierter Anreize wie Wahlmöglichkeiten oder Wettbewerb und auf die Rationierung in Form von manchmal langen Wartelisten. Zahlungen aus eigener Tasche spielen eine unbedeutende Rolle; außerdem gibt es ein Sicherheitsnetz in Form von jährlichen Maximalausgaben. Darüber hinaus sind die skandinavischen Länder dafür bekannt, dass sie die Gesundheitsversorgung im Rahmen eines dezentralen öffentlichen Modells zur Verfügung stellen. In diesem Modell spielen regionale politische – also städtische oder kommunale – Körperschaften eine tragende Rolle: Sie sind dafür verantwortlich, sowohl die notwendigen Gesundheitsdienstleistungen für ihre Bevölkerung bereitzustellen als auch dafür, die Gesundheitsdienstleister zu beaufsichtigen. In den vergangenen 20 Jahren hat das skandinavische Gesundheitsmodell wesentliche Änderungen erfahren, ohne jedoch in seinen Grundfesten erschüttert worden zu sein. Diese Änderungen bildeten die Reaktion sowohl auf äußere Faktoren als auch auf inneren Druck. Zunächst wurden zwei der drei Länder Mitglieder der Europäischen Union (EU) – wobei Norwegen die hartnäckige Ausnahme bildet. Obwohl die Gesundheits-

versorgung innerhalb der EU nach wie vor eine nationale Angelegenheit ist, übt die bloße Existenz der EU doch erheblichen Druck auf die nationalen Gesundheitssysteme aus. Insbesondere ihre Tendenz, detailliertere Verordnungen zu erlassen, führt zu Konflikten mit dem skandinavischen Modell, das traditionell flexibler auf regionale Lösungen und länderspezifische Abweichungen reagiert. Dann wurden in den skandinavischen Ländern Wahlmöglichkeiten eingeführt, die zuvor als überflüssiges Merkmal eines marktorientierten Systems betrachtet worden waren. Dies spiegelt zumindest teilweise die Tatsache wider, dass das Informationszeitalter nun auch im Gesundheitswesen angekommen ist. Moderne Patienten sind selbstbewusste und anspruchsvolle Konsumenten – nicht einfach Empfänger von Gesundheitsdienstleistungen. Darüber hinaus schließen die Wahlmöglichkeiten die Erkenntnis mit ein, dass der wachsende Einsatz von marktähnlichen Initiativen eine ausgezeichnete Methode darstellt, Leistungsschwächen in einem System auszubessern, das sich durch strukturelle und betriebswirtschaftliche Unbeweglichkeit auszeichnet. Bemerkenswerterweise sind Wahlmöglichkeiten im skandinavischen System immer noch auf die Krankenhäuser beschränkt. Die Wahl des



**Dr. Jon Magnussen** ist Professor für Gesundheitsökonomie an der Norwegischen Universität für Wissenschaft und Technik in Trondheim und an der Universität Oslo.

1994 schloss er sein Studium an der Universität Bergen mit einem Doktorgrad (PhD) in Wirtschaft ab. Er arbeitet überwiegend im Bereich der vergleichenden Gesundheitspolitik, der Ressourcennutzung und der Wirtschaftlichkeit von Gesundheitssystemen sowie der Auswirkungen von Änderungen der Gesundheits-

politik auf die Ressourcennutzung und Wirtschaftlichkeit. Magnussen wird häufig vom norwegischen Gesundheitsminister konsultiert und ist der Hauptkonstrukteur des aktuellen Ressourcenzuteilungssystems für die Regionen in Norwegen.

Außerdem ist er der Hauptherausgeber eines Buches über die nordischen Gesundheitssysteme, das Ende Herbst 2009 vom European Observatory on Health Systems and Policies bei McGraw Hill herausgegeben wird.

Arztes im Krankenhaus steht weder auf der öffentlichen noch auf der politischen Tagesordnung weit oben.

Und zuletzt hat sich, auch teilweise von parallel verlaufenden Entwicklungen in anderen Ländern beeinflusst, das Verfahren zur Finanzierung von Gesundheitsdienstleistungen von jährlichen Kostenanpassungen auf kompliziertere Verträge zur Verbesserung von Leistung und Qualität verlagert. Mechanismen wie die Trennung von Institutionen, die für Gesundheitsdienstleistungen bezahlen, und Leistungserbringern sowie der Gebrauch von leistungsabhängiger Finanzierung wurden mit dem klaren Ziel eingeführt, die Wirtschaftlichkeit zu steigern.

Auch die Art und Weise, wie Dienstleistungen angeboten werden, hat sich geändert. Die Krankenhäuser haben sich immer mehr spezialisiert, einfache Fälle werden ambulant behandelt. Darüber hinaus werden Gesundheitsdienstleistungen in wenigeren, dafür aber größeren Krankenhäusern angeboten. Die Beweggründe hierfür sind Einsparungen aufgrund der Größendegression und der besseren Qualität, die durch die höhere Zahl komplizierter Fälle erreicht werden, welche von den einzelnen Ärzten behandelt werden. Diese Entwicklung trifft regelmäßig auf Widerstand – sowohl bei Politikern als auch in den Regionen, in denen die jeweiligen Krankenhaus-Dienstleistungen verloren gehen. Denn die skandinavischen Länder sind, mit Ausnahme Dänemarks, dünn besiedelt und sehr weitläufig. Daher ist es eine Herausforderung, die geographische Gleichheit aufrecht zu erhalten und gleichzeitig den Größenordnungsvorteil sowohl in medizinischer als auch in wirtschaftlicher Hinsicht zu nutzen.

In zweien dieser drei Länder, zuerst in Norwegen und dann in Dänemark, war die Folge eine Zentralisierung der Verantwortung für Krankenhausleistungen weg von kleinen regionalen Regierungen hin zum Staat (Norwegen) oder hin zu größeren Regionen (Dänemark). Der Grund für diese Zentralisierung ist in

„Angesichts der rasanten Entwicklung in Pharmazie und Technik wird zunehmend deutlich, dass ein allgemeiner Zugang zu (nahezu) kostenloser Gesundheitsversorgung nicht mehr Zugang zu allen Leistungen bedeuten kann.“

Dr. Jon Magnussen, Professor für Gesundheitsökonomie an der Norwegischen Universität für Wissenschaft und Technik in Trondheim und an der Universität Oslo

verschiedenen Faktoren zu suchen: Zum einen hat sich das traditionelle, dezentralisierte, skandinavische Modell als kostspielig erwiesen. Das gilt insbesondere für Norwegen. Das Land hat, bedingt durch das Wachstum des Bruttoinlandsprodukts wegen seiner Ölvorkommen, in den letzten 15 Jahren eine beispiellose Kostenexplosion im Gesundheitswesen erlebt. Nachdem sich Norwegen Mitte der 90er Jahre noch etwa auf gleichem Niveau mit Dänemark und auf etwas höherem als Schweden befunden hatte, liegen seine Gesundheitskosten inzwischen mehr als 50 Prozent über denen seiner beiden Nachbarländer. Man könnte annehmen, diese Tatsache hätte die Nachfrage nach mehr Ressourcen für das Gesundheitswesen gedämpft, jedoch scheint das Gegenteil der Fall zu sein. Der Staat reagierte darauf und übernahm 2002 die Kontrolle über den gesamten Krankensektor. Die beiden Hauptargumente hierfür waren, dass dies zum einen die schon lange nötige Umstrukturierung erleichtern und zum anderen Kosten eindämmen würde. Leider ist die

Realität bis jetzt eher enttäuschend – die Kosten steigen weiter und die Umstrukturierung gestaltet sich noch immer schwierig. In Dänemark erhöhten sich die Gesundheitskosten zwar nicht in gleichem Maße, aber dennoch beschloss der Staat 2007, 14 Bezirke in fünf Regionen zusammenzufassen. Damit wollte man hauptsächlich Probleme hinsichtlich der geographischen Unterschiede bei der Nutzung spezialisierter Gesundheitsleistungen, der dazugehörigen Krankenhausstruktur und der Wirtschaftlichkeit lösen. Die Ergebnisse stehen noch aus, jedoch sei angemerkt, dass die dänische Regierung damit gedroht hat, weiter zu zentralisieren, sollte die aktuelle Reform nicht erfolgreich sein. Auch könnte man annehmen, dass Schweden den gleichen Weg einschlagen würde. Aber die Schweden, die sich traditionell mehr Zeit lassen, um über das Für und Wider verschiedener Lösungen nachzudenken, haben vorerst entschieden, es beim gegenwärtigen Modell der 21 Bezirke zu belassen – entgegen der klaren Empfehlung eines von der Regierung ernannten Ausschusses,

## Zahlen & Fakten

**Medizinisches Versorgungssystem:** Die skandinavischen Länder bieten ihrer Bevölkerung allgemeinen Zugang zur Gesundheitsversorgung. Die Verantwortung für die Gesundheitsversorgung ist in Norwegen zwischen Staat und Gemeinden aufgeteilt und in Dänemark und Schweden auf regionaler beziehungsweise auf Bezirksebene dezentralisiert. Die dezentralisierte Verantwortung geht einher mit der Verteilung von Mitteln, wobei die einzelnen Regionen/Bezirke/Gemeinden mit der gleichen bedarfsorientierten Menge an Ressourcen versorgt werden.

**Finanzierung:** Alle skandinavischen Länder finanzieren ihre Gesundheitsversorgung aus den allgemeinen Steuern. Während Schweden die Kosten dafür weitgehend über die auf Bezirksebene erhobenen Steuern deckt, finanzieren Norwegen und Dänemark den Großteil der Mittel über staatliche Steuern. Die skandinavischen Länder verwenden einen etwas höheren Anteil des Bruttoinlandsprodukts für die Gesundheitsversorgung als der Durchschnitt der Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD), die Pro-Kopf-Ausgaben lagen jedoch 2005 um 25 Prozent über dem OECD-Durchschnitt. Innerhalb der skandinavischen Länder variieren sie allerdings stark: In Norwegen liegen die Ausgaben 50 Prozent über denen von Schweden und Dänemark. Der Hauptgrund dafür ist das wegen der Ölförderung erheblich höhere Bruttoinlandsprodukt in Norwegen.

**Regulierung:** Die skandinavischen Gesundheitssysteme werden vom Staat geleitet und sind überwiegend Staatseigentum. Es wird unterschieden zwischen Krankenhäusern, die größtenteils staatseigen sind, und der Primärversorgung, die vorwiegend aus privaten Allgemeinpraxen besteht. Allerdings werden sowohl die öffentlichen als auch die privaten Anbieter überwiegend aus öffentlichen Mitteln finanziert. Mit fast 83 Prozent war der Anteil der öffentlichen Finanzierung 2005 unter den höchsten in der OECD. Darüberhinaus sind die durchschnittlichen Steuersätze in den skandinavischen Ländern höher als in den meisten anderen OECD-Ländern, was die Zuständigkeit des Staates für die meisten Sozialleistungen zum Ausdruck bringt.

Freiwillige Krankenversicherungen werden als Ergänzung zur öffentlich finanzierten Gesundheitsversorgung und als Möglichkeit zur Umgehung der Warteschlangen angeboten. Die freiwillige Krankenversicherung wird meist von den Arbeitgebern gewählt und bezahlt. Der durch die freiwillige Krankenversicherung abgedeckte Anteil der Bevölkerung variiert erheblich innerhalb der skandinavischen Länder und wurde 2007 in Norwegen auf zwei Prozent, in Schweden auf viereinhalb Prozent und in Dänemark auf 14,5 Prozent geschätzt.

Die freie Krankenhaus- und Arztwahl wurde erst Anfang der 90er Jahre in Skandinavien eingeführt. Während die Wahl der Allgemeinpraxis in Norwegen und Dänemark und praktisch auch in Schweden schon seit einiger Zeit möglich ist, war die Wahl des Krankenhauses bisher auf den Bezirk oder die Region beschränkt. In allen drei Ländern ist nun die Wahl des Krankenhauses, einschließlich privater Krankenhäuser, gestattet – jedoch ausdrücklich nicht die freie Arztwahl innerhalb eines Krankenhauses.

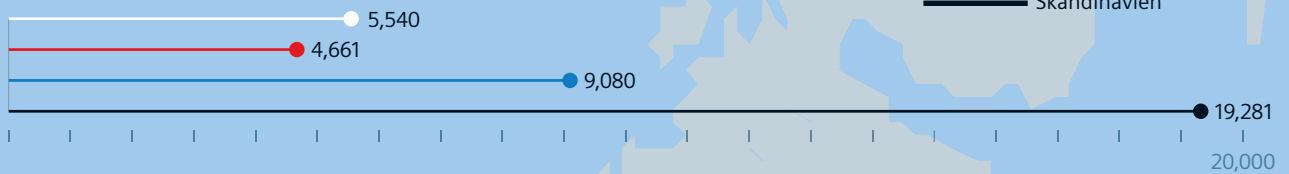
**Arbeitskräfte und Kapazitäten:** Skandinavien verfügt über geringfügig mehr Ärzte und Krankenschwestern als der OECD-Durchschnitt, jedoch über weniger Krankenhausbetten in der Akutversorgung. Die Anzahl der Krankenhausbetten nimmt stetig ab, was auf den Trend weg von der stationären Behandlung hin zur Ein-Tages- und ambulanten Behandlung zurückzuführen ist.

Zuzahlungen aus eigener Tasche spielen in diesen drei skandinavischen Ländern lediglich eine untergeordnete Rolle. Alle Patienten müssen jedoch Zuzahlungen für außerhalb von Krankenhäusern bereit gestellte Arzneimittel sowie für Zahnbehandlungen leisten. In Norwegen werden Zusatzzahlungen für die ambulante Gesundheitsversorgung beim Spezialisten und für die Primärversorgung verlangt, Schweden erhebt eine geringe Zuzahlungsgebühr für Krankenhausaufenthalte. In allen drei Ländern gibt es einen maximalen jährlichen Zuzahlungsbetrag, der ein Sicherheitsnetz für Menschen mit chronischen Erkrankungen bieten soll.

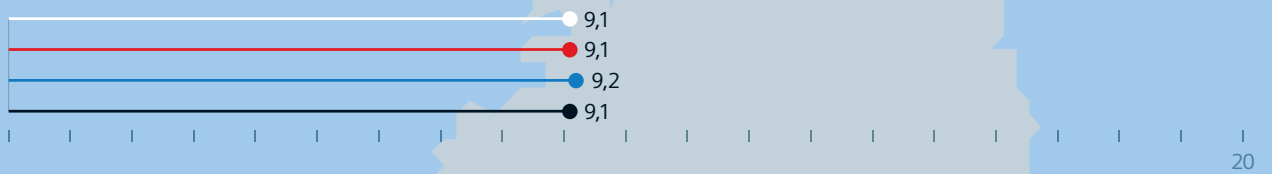
— Dänemark  
 — Norwegen  
 — Schweden  
 — Skandinavien



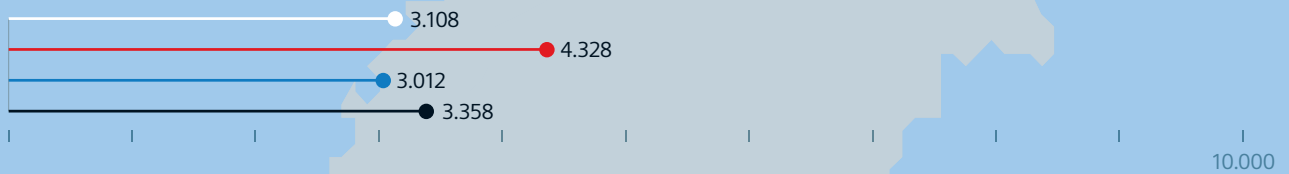
Bevölkerung in Millionen (2006)



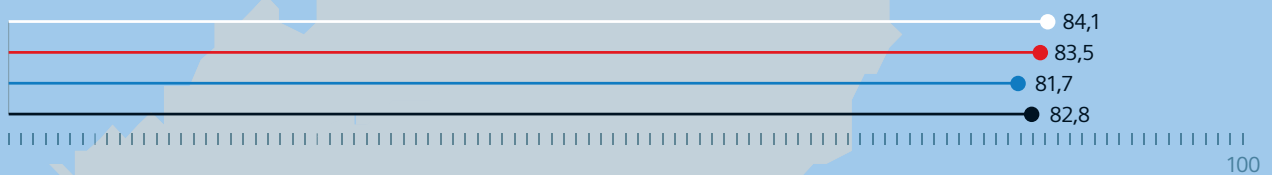
Anteil der Gesamtausgaben für das Gesundheitswesen am Bruttoinlandsprodukt in % (2005)



Gesamtausgaben für das Gesundheitswesen pro Kopf (inkl. Kaufkraftausgleich) (2005)



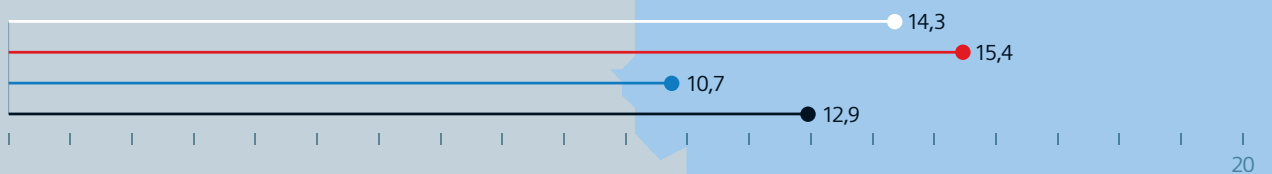
Anteil der öffentlichen Ausgaben für das Gesundheitswesen an den Gesamtausgaben für das Gesundheitswesen in % (2005)



Ärzte pro 1000 Einwohner (2005)



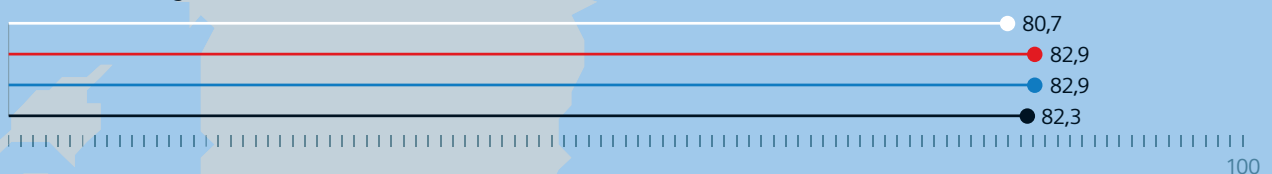
Krankenschwestern pro 1000 Einwohner (2005)



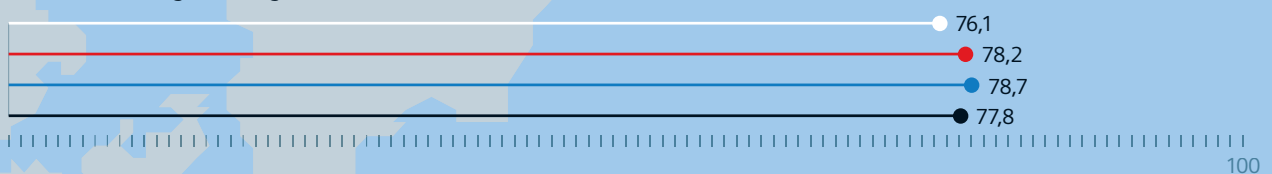
Krankenhausbetten pro 1000 Einwohner (2006)<sup>1</sup>



Lebenserwartung von Mädchen bei der Geburt (2006)



Lebenserwartung von Jungen bei der Geburt (2006)



<sup>1</sup> Nordic Medical Statistics (NOMESCO) <http://nomesco-eng.nom-nos.dk/default.asp?side=88>. Letzter Zugriff 5.3.2009. Alle weiteren Daten: OECD Health data, Mai 2008

## „Die skandinavischen Gesundheitssysteme beruhen alle auf dem gleichen Prinzip der Allgemeinheit, bei denen der gleiche Zugang zu Gesundheitsleistungen für alle erklärtes Ziel ist.“

Dr. Jon Magnussen, Professor für Gesundheitsökonomie an der Norwegischen Universität für Wissenschaft und Technik in Trondheim und an der Universität Oslo

die Bezirke in größere und weniger Gesundheitsregionen zusammenzufassen. Somit hat sich das skandinavische Dezentralisierungsmodell in drei verschiedene Richtungen entwickelt: Norwegen hat die regionale Führung ganz zugunsten der spezialisierten Gesundheitsversorgung aufgegeben und überlässt die Verantwortung dem Staat. Dänemark hat die Bezirke in weniger und größere Regionen zusammengefasst und damit die zentrale Kontrolle zwar gestärkt, die Verantwortung aber immer noch bei den regional gewählten verantwortlichen Politikern belassen. Schweden ist bei seinem Modell der 21 Bezirke, geringerer Einmischung des Staates und Verzicht auf sofortige Zentralisierungspläne geblieben. Welche großen Herausforderungen stehen Skandinavien nun bevor? Wie überall in der Welt geht es um die finanzpolitische Nachhaltigkeit des Systems. Innerhalb des Wohlfahrtsstaates kann diese Nachhaltigkeit mithilfe dreier verschiedener Maßnahmen erreicht werden: Streichung von Sozialleistungen, Steuererhöhungen oder Steigerung der Wirtschaftlichkeit. Traditionell besteht wenig Bereitschaft, den Inhalt des Leistungspakets näher anzusehen. Angesichts der rasanten Entwicklung in Pharmazie und Technik wird

zunehmend deutlich, dass ein allgemeiner Zugang zu (nahezu) kostenloser Gesundheitsversorgung nicht mehr Zugang zu allen Leistungen bedeuten kann. Daher muss deutlicher abgegrenzt werden, was vom öffentlichen Sektor abgedeckt wird – und was nicht. Wie die drei Länder in Zukunft mit der Einführung neuer und kostspieliger Technologien umgehen, wird ein Hinweis darauf sein, wie gut sie mit der Notwendigkeit von Einschränkungen zurecht kommen. Eine mit Steuergeldern finanzierte Ausweitung des Gesundheitssektors ist schwer vorstellbar. Die skandinavischen Länder gehören schon jetzt zu den Ländern mit der höchsten Besteuerung und momentan ist das politische Klima nicht gerade günstig für Steuererhöhungen. In Dänemark hat die konservative Regierung 2002 ein Gesetz erlassen, das es den Kommunen untersagt, Steuern zu erhöhen. Daraus kann man schließen, dass als einziger Weg, um weitere Einschränkungen der Leistungen zu vermeiden, die Steigerung der Wirtschaftlichkeit infrage kommt. Auch wenn die nordischen Gesundheitssysteme noch stark in den Prinzipien des Wohlfahrtsstaates verankert sind, legen sie doch allmählich mehr Gewicht auf

wirtschaftliche Anreize. Dabei sind sie auf der Suche nach mehr Vielfalt bei der Erbringung der Leistungen und gleichzeitig nach Führungsmodellen, die die Herausforderungen eines dynamischen und eher marktorientierten Systems bewältigen.

In Skandinavien wird die Gesundheitsversorgung, wie viele andere Wohlfahrtsleistungen, als Bürgerrecht angesehen. Wenn es zusätzlich zu dieser Haltung auch noch die starke Tendenz gibt, jede Regelung abzulehnen, die zu geographischen oder sozialen Ungleichheiten führen kann, dann versteht man, warum ein paralleler privater Markt selten als Alternative zur Rationierung im öffentlichen Gesundheitswesen in Betracht gezogen wird. In dieser Hinsicht unterscheiden sich die skandinavischen Länder vom ansonsten kulturell ähnlichen Großbritannien: Weder in der Bildung und Erziehung noch im Gesundheitswesen entspricht ein privates/öffentliches Zweiklassensystem der skandinavischen Mentalität. Dennoch ist schwer vorstellbar, wie Norwegen, Schweden und Dänemark ihr aktuelles System weiterführen wollen, ohne eine größere Vielfalt bei der Finanzierung und Erbringung der Leistungen zuzulassen. Schon jetzt lässt sich feststellen, dass der Markt für private Zusatz-Krankenversicherungen in allen drei Ländern rapide wächst. Da der Druck seitens der EU eher steigen und diese die Rechte auf Inanspruchnahme ausländischer Krankenhäuser stärken wird, wird die Entwicklung wahrscheinlich dahin gehen, das öffentliche Leistungspaket enger zu schnüren und gleichzeitig die Einschränkungen für die private Gesundheitsversorgung zu lockern. Ob dies das Ende des skandinavischen Modells bedeutet, wie wir es heute kennen, bleibt abzuwarten.

Die in diesem Artikel wiedergegebenen Ansichten spiegeln nicht unbedingt die Meinung von Siemens Healthcare wider.