

Manfred Fiedler

Die Gesundheits- und Krankenhausversorgung in Finnland

Ein Beispiel für das Verständnis von „Nordischer Sozialpolitik“

März 2013

—

Ein Beispiel für das Verständnis von „Nordischer Sozialpolitik“

, Castrop-Rauxel

Einleitung

Das finnische Gesundheitssystem ist in gewisser Weise einfacher, aber auch komplexer strukturiert als das deutsche Gesundheitssystem. Es unterscheidet sich aber in einem wesentlichen Punkt von dem deutschen System. Die Versorgung mit Leistungen bei Krankheit wird nicht als Aufgabe der staatlichen Regulierung verstanden, sondern als unmittelbare öffentliche Aufgabe mit Verfassungsrang.

Auszug aus der finnischen Verfassung:

„Everyone shall be guaranteed by an act the right to basic subsistence in the event of unemployment, illness, and disability and during old age as well as at the birth of a child or the loss of a provider. The public authorities shall guarantee for everyone, as provided in more detail by an act, adequate social, health and medical services and promote the health of the population.” (Übersetzung: ‘Jedem soll durch Rechtsakt im Fall von Arbeitslosigkeit, Krankheit und Handlungseinschränkung sowie im Alter genauso wie bei der Geburt eines Kindes oder dem Verlust eines Versorgers das Recht auf ein Grundeinkommen zugesichert werden. Die staatlichen Autoritäten sollen, wie durch Rechtsakt detailliert ausgeführt, angemessene soziale, gesundheitliche und medizinische Leistungen garantieren und die Gesundheit der Bevölkerung fördern.’)

Die Gesundheitsversorgung ist, anders als in Deutschland eine kommunale Aufgabe, die Schwerpunkt-Krankenhausversorgung wird als überkommunale Aufgabe in regionaler Zuständigkeit durchgeführt. Dieses Prinzip, die Primär- und nicht, wie in Deutschland, die Letztverantwortung für die Gesundheitsversorgung ist das Merkmal der finnischen Gesundheitssystems, aber auch des schwedischen Gesundheitssystems. Dass beide Länder zu den relativ sparsamsten in Europa gehören, und im OECD-Vergleich, ohne Transformations- und Schwellenländer in den letzten Jahrzehnten zu den Ländern zählten, die ihren volkswirtschaftlichen Ressourceneinsatz für das Gesundheitssystem konsequent verbessert haben:

Tabelle 1: BIP-Anteil für Gesundheitsausgaben im Verhältnis zum Durchschnitt der entwickelten OECD-Staaten, o. Transformations- und Schwellenländer

	1970	1975	1980	1985	1990	1995	2000	2005	2010
Australia	91,8%	98,4%	88,5%	90,1%	89,5%	87,8%	93,6%	88,2%	88,0%
Austria	104,0%	107,7%	107,3%	90,1%	112,2%	117,1%	117,0%	109,2%	106,4%
Belgium	78,0%	87,4%	91,4%	98,6%	96,2%	92,7%	94,8%	106,0%	101,6%
Canada	138,0%	109,3%	101,5%	114,1%	118,9%	109,8%	103,0%	102,9%	110,3%
Denmark	148,0%	135,8%	129,1%	119,7%	110,9%	98,8%	101,8%	102,9%	107,4%
Finland	110,0%	96,8%	91,4%	100,0%	102,8%	95,1%	84,3%	88,2%	86,1%
France	108,0%	99,9%	101,5%	112,7%	112,2%	126,8%	118,2%	117,6%	112,2%
Germany	120,0%	131,2%	121,8%	123,9%	110,9%	123,2%	121,7%	113,4%	112,2%
Greece	110,0%	n.n.	85,6%	n.n.	89,5%	106,1%	93,6%	101,8%	98,7%
Iceland	94,0%	89,0%	91,4%	101,4%	104,2%	100,0%	111,2%	98,7%	90,0%
Ireland	100,0%	114,0%	118,9%	104,2%	80,1%	80,5%	71,4%	79,8%	89,0%
Israel	n.n.	87,4%	111,7%	101,4%	94,8%	92,7%	87,8%	81,9%	72,6%
Italy	n.n.	n.n.	n.n.	n.n.	102,8%	87,8%	93,6%	93,4%	90,0%
Japan	88,0%	85,9%	92,8%	91,5%	77,5%	82,9%	88,9%	86,1%	91,9%
Luxembourg	62,0%	67,1%	75,4%	73,2%	72,1%	68,3%	87,8%	82,9%	76,4%
Netherlands	n.n.	109,3%	107,3%	102,8%	106,8%	101,2%	93,6%	102,9%	116,1%
New Zealand	104,0%	103,1%	84,1%	70,4%	90,8%	86,6%	88,9%	88,2%	97,7%
Norway	88,0%	92,1%	101,5%	93,0%	101,5%	96,3%	98,3%	94,5%	90,9%
Portugal	48,0%	78,1%	74,0%	78,9%	76,1%	91,5%	108,8%	109,2%	103,5%
Spain	70,0%	71,8%	76,9%	76,1%	86,8%	90,2%	84,3%	87,1%	92,9%
Sweden	136,0%	117,1%	129,1%	119,7%	109,5%	97,6%	96,0%	95,5%	92,9%
Switzerland	110,0%	109,3%	107,3%	109,9%	109,5%	117,1%	119,4%	117,6%	110,3%
United Kingdom	90,0%	84,3%	81,2%	81,7%	78,8%	82,9%	81,9%	86,1%	92,9%
United States	142,0%	124,9%	130,5%	146,5%	165,6%	167,1%	160,3%	165,9%	170,3%

Quelle: OECD 2012; Eigene Berechnungen

Diese Entwicklung wiederlegt im Übrigen auch die etwas simple Hochrechnung für die Weiterentwicklung der Gesundheitsausgaben, wie sie zum Teil in der Gesundheitsökonomie kolportiert wird, dass nämlich das Gesundheitssystem volkswirtschaftlich unabänderlich überproportional gegenüber der sonstigen Wirtschaftsentwicklung steigen muss. Wenn etwa Maulbecker et al 2009 von jährlichen Wachstumsraten von BIP-Wachstum + 2 % ausgehen, dann ist das wenigstens unredlich und fachlich falsch, weil dieses durchschnittliche Wachstum in den einzelnen Ländern sehr uneinheitlich verteilt ist. Alle nordischen Staaten etwa hatten rückblickend deutlich unterproportionale Steigerungsraten. Nimmt man die 1970er Jahre aus, in der weltweit extrem hohe Steigerungsraten vorzufinden waren, sondern konzentriert sich auf die letzten 20 Jahre (1990-2010), die für eine Prognose aussagekräftiger sind, als der überlange Zeitraum von 40 Jahren, dann betragen die Werte für Finnland 0,8 %, für Island 1,0 %, für Dänemark 1,7 %, Norwegen 1,2 % und Schweden 0,9 % bei einem Durchschnittswachstum ohne Schwellen- und Transformationsländer von 1,9 %. Als Vergleich die angloamerikanischen Länder: USA 3,1 %, UK 3,1 %, Irland 2,7 %.

Im Falle Finnland interessant ist, dass in diesen Zeitraum die Gesundheitsreform zur Stärkung der „Municipalities“, also der Kommunen, fällt. Nimmt man das Jahr 1992 als Orientierungsdatum, Umsetzung ab 1993, in dem der Zentralstaat wesentliche Gestaltungskompetenzen im Gesundheitssystem verlagert hat, dann sind die Gesundheitsausgaben in Finnland im Verhältnis zum Bruttoinlandsprodukt nicht mehr gewachsen.

Diese finnische Sparsamkeit ist im Ergebnis nicht zu Lasten der Kranken gegangen. Die Kindersterblichkeit ist deutlich unterdurchschnittlich, die Mortalität im Maßstab der verlorenen Lebensjahre (Jahr 2006) ist leicht unterdurchschnittlich und auf dem Niveau Deutschlands (hier sind Länder mit gemäßigttem Klima wie Italien und Griechenland, also die Olivenölländer deutlich vorne. Weit abgeschlagen Letzter in diesem Ranking ist einmal mehr das gesundheitsökonomische Referenzland USA. Erweitert um Schwellen- und Transformationsländer weisen nur einzelne Transformations- und Schwellenländer wie Mexiko, Estland oder Ungarn höhere Werte aus. Die Lebenserwartung der Frauen ist in Finnland überdurchschnittlich, die der Männer aber nur leicht und etwa auf dem deutschen Niveau.

Deutlich wird aber, dass die Art der Finanzierung, also ob Steuer oder Versicherung, auf die Frage der Auswirkungen auf den Gesundheitszustand sowie auf die Ausgabendynamik geringere Auswirkungen als die Frage der Koordination, also das Verhältnis zur Leistungserbringung und deren Gestaltung sowie die verfolgten Gesundheitsziele hat.

Finnland verbindet Gesundheitspolitik ausdrücklich mit Sozialpolitik. Dabei wird Wohnungs- und Arbeitsmarkt- und Beschäftigungspolitik zu einem Bestandteil der Gesundheitspolitik (s. dazu Ministry of Social Affairs and Health, National Plan to reduce Health Inequalities 2008-211). Auch wenn in der Studie von Wilkinson/Pickett Finnland immer in den gesundheitlich vorderen Regionen genannt wird, so ist die Selbstwahrnehmung in Finnland kritischer. Finnland ist nach eigenen Aussagen eines der Länder mit der größten sozialen Ungleichheit bei der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen. Die Wahrnehmung dieser Zugangsprobleme führt anstelle der sonst üblichen Diskussion um ordnungspolitische Fragestellungen zu Programmen der sozialen Inklusion. Dieses wird begründet mit dem Selbstverständnis nordischer Sozialpolitik. Wie auch das Beispiel Schweden zeigt, scheint dieses Selbstverständnis ein Gewinn für alle zu sein, denn die Gesundheitsausgaben sind relativ deutlich niedriger, nämlich um 14 % ggü. dem Durchschnitt der anderen OECD -Staaten. Gleichzeitig sind die Finnen nach Huber/Langbein mit 90 % Zustimmung höchst zufrieden mit ihrer Gesundheitsversorgung (Deutschland 75 %).

Auch in Finnland werden zur Finanzierung von Krankenhäusern, auf die der Schwerpunkt der Beobachtung gelegt werden soll, DRGs eingesetzt. Der entscheidende Unterschied ist aber, dass dieses nicht im Rahmen eines Marktsystems, wie meist üblich, sondern als System zum Krankenhaus-Benchmark und zur Qualitätssicherung genutzt wird, im Finanzierungsrahmen als Kostenverteilungsinstrument, also als im Schwerpunkt systemisches Controllinginstrument.

Wir haben es hier also vor allem mit einem völlig anderen Denken zu tun.

Es soll dabei auch auf die Schwächen des, wie alle nationalen Gesundheitssysteme, gewachsenen Systems hingewiesen werden. So gibt es in Finnland einen durchaus großen Anteil der out-of-pocket-Finanzierung, die ein Grund für die sozial selektive Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen sind, auch ist die Leistungsfinanzierung, wie es in deutscher Übersetzung heißen würde, verzwickelt. Das Nebeneinander von unterschiedlichen Leistungs- und Finanzierungsstrukturen führt zu ökonomischen und auch sozialen Verwerfungen.

Dennoch, und dass ist dann auch ein wesentlicher Anlass sich mit Finnland zu befassen, gibt es eine hohe Zufriedenheit mit dem eigenen Gesundheitssystem, höher als etwa in Schweden.

Anders als in Deutschland kann man sich mit dem finnischen Krankenhaussystem nicht befassen, ohne sich mit dem Gesundheitssystem als Ganzem zu befassen. Das finnische Gesundheitssystem ist in Hinsicht auf die Ebenen der Leistungserbringung und die Aufgabenfelder deutlich vernetzter als etwa das deutsche.

Die Grundstruktur

Die Primärversorgung in Finnland wird durch die Kommunen verantwortet. Je nach Größe der Kommune stellen sie diese allein oder in Kooperation mit anderen Kommunen sicher. Im vor allem im Norden recht spärlich besiedelten Finnland (Finnland hat etwa 93 % der Fläche Deutschlands bei 5,3 Mio Einwohnern, als etwas mehr als 6 % der Bevölkerung) hat die kleinste von in 2008 415 Kommunen knapp 250 Einwohner, die größte 560.000. Die durchschnittliche Größe beträgt etwa 13.000 Einwohner. Die ambulante Primärversorgung wird durch mehr als 200 Gesundheitszentren sicher gestellt (eins auf 22.000 Einwohner). In diesen Gesundheitszentren arbeiten in der Regel die unterschiedlichen Berufe zusammen, Ärzte, Ambulanzkrankenpfleger, Psychotherapeuten, medizinisch-technische Assistenten. Häufig, aber nicht zwangsläufig handelt es sich um räumlich integrierte Zentren. Regelmäßig wird auch die stationäre Grundversorgung auf dieser Ebene sicher gestellt, entweder in Form von kleinen, an die Gesundheitszentren angegliederte Pflegestationen, tagesklinischen Einrichtungen, durch Grundversorgungskrankenhäuser.

Die qualifizierte Krankenhausversorgung wird durch Krankenhausdistrikte durchgeführt. Jede Kommune muss Mitglied eines solchen Krankenhausdistriktes sein und ist damit auch Miteigentümer eines solchen Distriktes und seiner Krankenhäuser. Gleichzeitig stellt der Distrikt auch die sogenannte ambulante Sekundärversorgung sicher, also im Prinzip die Facharztversorgung. In Finnland teilt sich die Sicherstellung der Gesundheitsversorgung also nicht zwischen ambulant und stationär, sondern zwischen der ambulanten und stationären Primär- und zwischen der Sekundärversorgung. Die Größe der insgesamt 20 Krankenhausdistrikte variiert zwischen 65.000 und 1,4 Mio. Einwohnern.

Diese Form der Versorgung wird auf drei Wegen finanziert, nämlich durch Unterstützung (Subsidies) durch die Zentralregierung, durch Gemeindesteuern und durch Nutzungsgebühren, die etwa 7 % der gesamten Kosten der durch die Kommunen sicher gestellten Leistungen finanzieren. Die Gebühren sind in ihrer Höhe beschränkt und betragen bei einem Krankenhausaufenthalt maximal 22 €.

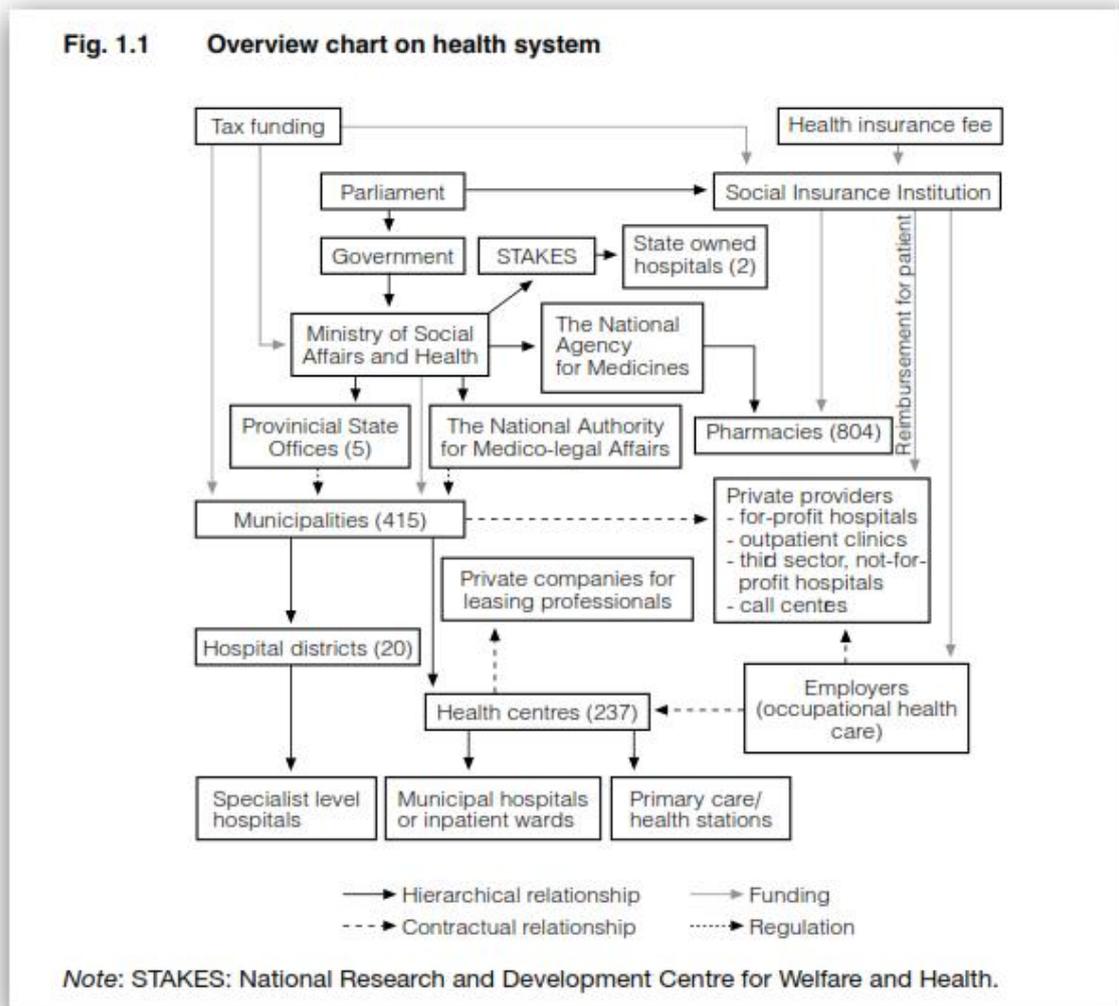
Eine zweite Ebene ist die nationale Gesundheitsversicherung (NHI) als einheitliche Versicherung auf Landesebene. Sie wird zu 38 % durch die Versicherten, zu 31 % durch die Arbeitgeber und zu 21 % durch den Staat finanziert. Sie hat vier wesentliche Aufgabenbereiche: Die Teilfinanzierung der ambulanten Arzneimittelversorgung, die Bezahlung von Kranken- und von Mutterschutzgeld und die teilweise Kostenerstattung der Inanspruchnahme von privatärztlichen Leistungen außerhalb der kommunalen Gesundheitszentren und der Sekundärversorgung. Für jeden Aufgabenbereich werden separate Teilbeiträge erhoben, die je nach Betroffenheit von Staat, AG und Versichertem aufzubringen ist.

Die dritte Säule der Versorgung ist der berufliche oder Arbeitsgesundheitsschutz, der vornehmlich durch die Arbeitgeber getragen und finanziert wird. Die Arbeitgeber können sich zusammen schließen und gemeinsame Einrichtungen betreiben oder die Leistungen durch die Einrichtungen eines anderen AG erbringen lassen. Anders als in Deutschland wird in diesem Rahmen nicht nur die unmittel-

telbare betriebsärztliche Versorgung geleistet, sondern viele Betriebe gewähren ihren Mitarbeitern darüber hinaus auf freiwilliger Basis zusätzlich allgemeine und spezialisierte ambulante ärztliche Versorgung. Die NHI erstattet den Betrieben für die verpflichtenden Leistungen die Kosten bis zu 60 Euro pro Mitarbeiter und Jahr, bei den freiwilligen Jahren bis zu 90 Euro pro Mitarbeiter und Jahr. Für die Mitarbeiter ist auch die freiwillige Leistung zuzahlungsfrei.

Daraus ergibt sich folgende Finanzierungsaufteilung für die Akutversorgung:

Chart 1:



Im Folgenden werden die Versorgungsanteile für die Akutversorgung aufgezeigt, wobei zu beachten ist, dass die Anteile für das private Versorgungssystem durch die NHI teilweise erstattet werden, die aber keine vollständige Refinanzierung dieser Leistungen garantiert. Es handelt sich um das Prinzip der Kostenerstattung, bei dem allerdings nur ein Teil der Kosten erstattet werden.

Chart 2:

Table 1.1 Services funded by public sources (municipalities and NHI) in 2005

	Outpatient physician visits ²	Outpatient dentist visits	Inpatient care periods ³
Municipal health care	71%	59%	95%
Private health care	16%	41%	5%
Occupational health care ¹	13%		

¹ Occupational curative medical care
² Includes primary and secondary care
³ Inpatient care periods reported by the hospitals

Sources: SII 2007b, SII 2007a, STAKES 2006b, STAKES 2007b.

Note: NHI: National Health Insurance.

Anders als die öffentlichen Einrichtungen sind die privaten Einrichtungen des Gesundheitssystems nicht preisgebunden, sondern können ihre Preise frei gestalten. Durch die beschränkte Kostenerstattung wirkt sich die Preisgestaltung auf die öffentlichen Ausgaben nicht aus. Die Erstattungen betragen je nach Art der Leistung bis zu 75 % des von der Zentralregierung definierten bzw. festgelegten Basispreises. Durch die freie Preisgestaltung wird aber nur etwa ein Drittel der Kosten tatsächlich ersetzt.

Private Versicherungen ermöglichen durch Zusatzversicherungen diese Selbstbehalte zu kompensieren. Die meisten Zusatzversicherungen werden zur Versicherung von Kindern und Jugendlichen abgeschlossen, die deshalb abgeschlossen werden, weil Kinder bei den Arbeitgeberleistungen nicht eingeschlossen sind. Dass die zahnmedizinische Versorgung einen sehr hohen Privatanteil aufweist ist darauf zurückzuführen, dass sie erst sehr spät, in den letzten 20 Jahren, in die öffentliche Versorgung integriert worden ist. Zuvor wurde nur die Vorsorgeuntersuchung von Kindern und Jugendlichen finanziert. In der Folge hat sich die Zahngesundheit gerade auch bei Erwachsenen deutlich verbessert.

Die Leistungsfinanzierung

Ein einheitliches Finanzierungssystem und Grundsätze der Finanzierung in vergleichbarer Form, wie in Deutschland, findet man in Finnland nicht. Die Gesundheitsleistungen, die durch die Kommune angeboten werden, werden als Infrastrukturleistung der Kommune angeboten. Die Benutzungsgebühren decken die Kosten nicht. Der Infrastrukturcharakter bedingt in der ambulanten Versorgung, dass die Praxiskosten durch die Kommunen getragen und finanziert werden. Verantwortlich für die Leistungs- und Kostenplanung sind die spezialisierten städtischen Gremien. Die Leitung des Zentrums (zumeist der General Practitioner) ist unmittelbar in die Planung einbezogen. Das Gleiche gilt dem Grundsatz auch für die kommunalen Krankenhäuser.

Bei den Distriktkrankenhäusern der 20 Krankenhausdistrikte beschließen die angeschlossenen Kommunen die Planung und die Kosten. Jährlich werden also Leistungsmengen und Kostenplanungen

zwischen den Distrikten unter Einbezug der in den Krankenhäusern Verantwortlichen (Pflege, Ärzte, kaufmännisches Management) geplant und im Jahresverlauf regelmäßig auf seine Wirksamkeit überwacht. In acht von zwanzig Krankenhausdistrikten werden die Leistungen auf die Kommunen nach den Nord-DRG, die es bereits seit Anfang der 1990er Jahre gibt, verrechnet. Die Mehrheit der Distrikte rechnet aber auf der Basis eigener Komplexleistungspakete ab. Die Leistungs- und Preis-/Kostenplanung wird prospektiv vorgenommen. Prinzipiell erfolgt aber eine unter- und nachjährige retrospektive Nachsteuerung bei deutlichen Leistungsänderungen von den vereinbarten Größen, um das Budget auszugleichen.

Der größte Unterschied zwischen dem deutschen und dem finnischen Krankenhaussystem ist somit zweierlei: Es erfolgt eine die Selbstkosten deckende Planung mit einer darauf basierenden Preisplanung. Wohl bedeutsamer ist der weitgehende Verzicht auf Wettbewerbssteuerung durch das Ineinanderfallen von Anbieter und Nachfrager. Die Preise sichern also vor allem die gerechte Verteilung der Kosten auf die beteiligten Kommunen. Dieses gilt auch für die ambulante Versorgung.

Auch in Finnland wird vor allem von Seiten politisch dem ‚right wing‘ zuzurechnenden politischen Parteien diese Rollenidentität kritisch gesehen. Die Preiswürdigkeit der finnischen Gesundheitsversorgung lässt aber diese Diskussion als ordnungspolitisch motivierten Dogmatismus entlarven.

Die Patienten sind auf die regionale Versorgungsstruktur verwiesen. Wahlfreiheit besteht insofern nicht. Patienten haben nur die Möglichkeit zwischen den Einrichtungen der Kommune zu entscheiden und im Rahmen des Wahlarztsystems ist es ihnen möglich, einen für sie zuständigen Arzt des Vertrauens innerhalb des Gesundheitszentrums zu wählen. Auf Kosten der Kommune kann eine Einrichtung außerhalb der Kommune oder des Distrikts gewählt werden, wenn bei elektiven Eingriffen die maximale (gesetzlich vorgeschriebene) Wartezeit auf eine Behandlung überschritten ist oder im Falle eines Notfalls.

Die Vergütung der Ärzte und der anderen Berufe in den kommunalen Einrichtungen ist tarifvertraglich geregelt. Bei den Ärzten ist sie eine Mischung von Zeitaufwand und Leistungsentlohnung. Wer mehr Leistungen erbringt erhält dafür Zuschläge. Das System ist inzwischen zugunsten des Wahlarztsystems verfeinert worden. Wer mehr Patienten als Primärarzt versorgt, erhält eine entsprechend höhere Vergütung als andere.

In Hinsicht auf besonders große Aufwendungen oder besonders teure Leistungen erfolgt eine Finanzierung über einen gemeinsamen Finanzierungspool, in den die beteiligten Kommunen einzahlen (über 50.000 Euro pro Patient bzw. Fall pro Jahr). Daneben werden auch Investitionen so wie die Kosten der Bereitschaft für Großrisiken (MANV-Lagen, Großschadensereignisse u.ä.) gemeinschaftlich und direkt finanziert.

Bürger/innen- und Patientenrechte

Mitwirkungsrechte der betroffenen Menschen sind vor allem durch demokratische Wahlen gegeben, die alle vier Jahre stattfinden. Für die Distriktkrankenhäuser gibt es zur Entscheidungsfindung zum Krankenhausbudget sowie für die Großinvestitionen und zur globalen Steuerung einen Rat des Krankenhausdistrikts, in den jeder der beteiligten Kommunen in Abhängigkeit von der Einwohnerzahl einen bis sechs Vertreter entsendet, die auf die Dauer der Wahlperiode entsendet sind. Für die

praktische Steuerung bestellt der Rat einen Exekutivausschuss, der vor allem die Arbeitgeberfunktion und die strategische sowie die grundsätzliche administrative Steuerung wahrnimmt und sich in der Regel monatlich trifft.

Das Unternehmen selbst wird durch eine Krankenhausleitung geführt, bestehend aus wenigstens zwei bis zu sechs Mitgliedern (z.B. Verwaltungsleiter, Ärztlicher Direktor, Pflegedirektor).

Trotz der formalen Identität von Bürger/inne/n und Eigentümer der Einrichtungen muss jede Gesundheitseinrichtung eine professionelle, also bezahlte Ombudsperson haben, die Patienten in Leistungsfragen berät und in bei Streitfällen unterstützt oder vertritt. Diese Möglichkeiten der Patientenbeschwerde reichen bis auf die zentrale Staatsebene, das Ministerium, bei der eine parlamentarische Patientenombudsperson die Beschwerden vertritt.

Als eine der wesentlichen Qualitätsprobleme gilt die Wartezeit auf Behandlung in den spezialisierten Einrichtungen. Der Gesetzgeber hat dafür seit Mitte des letzten Jahrzehnts zeitliche Grenzen gesetzt, innerhalb derer die Behandlung stattfinden muss. Sollten diese nicht eingehalten werden, hat der Patient das Recht sich in einer anderen Einrichtung unentgeltlich behandeln zu lassen. Und auch das Beschwerdeverfahren steht offen.

Das Konzept der Priorisierung

Seit einigen Jahren wird in Finnland das Prinzip der Priorisierung bei der Behandlung durchgeführt. Patienten werden danach in der ambulanten Versorgung triagiert. Die Triage findet bei bestimmten Indikationen in Hinsicht auf 193 definierte diagnostische und therapeutische Maßnahmen statt. Die Triage wird dabei nicht regelhaft durch Ambulanzärzte, sondern häufig, wenn nicht sogar überwiegend durch Ambulanzkrankenpflegepersonen vorgenommen. Auf Basis dieser Triage soll die bessere Zuordnung zu den weiteren diagnostischen und therapeutischen Pfaden erfolgen, um eine bessere Nutzung von sächlichen und personellen Ressourcen zu gewährleisten und damit Wartezeiten zu verringern. Nach Aussage Preusker's scheint diese Konzept aufzugehen. Insgesamt sind die Wartezeiten rückläufig.

Mangelhafte Vergleichbarkeit

Ein Problem der starken Regionalisierung in Finnland ist die mangelnde Vergleichbarkeit der Versorgungsqualität und -effizienz sowie die potenzielle Inkonsistenz zwischen Primär- und Sekundärversorgung durch die Trennung zwischen den Krankenhausbezirken und der kommunalen Primärversorgung.

Der Vorteil eines einheitlichen Finanzierungssystems, wie es die DRG darstellen, ist, dass darüber Qualitätsbenchmarks, aber auch Leistungsvergleiche ermöglicht werden.

Anfang des letzten Jahrzehnts wurde daher der Versuch unternommen gesetzlich vorzuschreiben, dass die Leistungen landesweit nach den Nord-DRG bewertet werden müssen. Erfolgreich war dieser Versuch nicht. Noch immer werden die Leistungen in Finnland nicht in einem einheitlichen System abgerechnet und damit zwischen den Regionen vergleichbar. Dabei geht es in dieser Frage nicht um

ein wettbewerbliches Konzept, sondern um die Selbstbewertung der Einrichtungen und der Regionen in Hinsicht auf die Güte der Krankenhausbehandlung. Allerdings drücken sich darin nur technische Vergleichbarkeiten aus. Zuwendungsorientierung lässt sich darüber nicht bemessen. Eine Annäherung an diese Fragestellung aus Sicht der Patienten hat 2012 eine länderübergreifende Forschergruppe mit dem Projekt „Nordic Patient Experiences Questionnaire (NORPEQ)“ für vier skandinavische Länder in Form einer standardisierten Methode, die eine Bewertung der wesentlichen Erfahrungswerte von Patienten in einem regionalisierten auf Hauptaspekte konzentrierten standardisierten Erfragung ermöglicht. Es geht dabei nicht so sehr um einrichtungsbezogene Werte, sondern um systembezogene Zufriedenheitswerte, die für das in Nordeuropa verbreitete regionale Versorgungskonzept besonders angemessen sind.

DRG ist nicht DRG

In Anerkennung der Tatsache, dass grundlegende Elemente des Marktes im Krankenhaussektor nicht vorliegen, werden die in Nordeuropa durchaus seit längerem eingeführten sogenannten Nord-DRG anders eingesetzt und verstanden, als etwa die G-DRG in unserem Land. Es geht vor allem um Leistungs- und Verteilungsgerechtigkeit zwischen den Kommunen und nicht darum Leistungsanreize für ordnungspolitisch korrektes Verhalten zu setzen. In dem einen Fall geht es um Transparenz und Vergleichbarkeit, im anderen darum, Marktwirtschaft zu simulieren.

Dem Letzteren liegt die irrige Annahme zugrunde, dass es sich beim Krankenhaussektor um einen unvollkommenen Markt handelt, dass also Markteigenschaften fehlen, die durch entsprechende kompensierende Maßnahmen ausgeglichen werden können. Tatsächlich handelt es sich nicht um einen unvollkommenen Markt, sondern um fehlende Markteigenschaften der Leistung, wie die fehlende eindeutige Trennung zwischen Anbieter und Nachfrage, die eindeutige Leistungsdefinition, die nicht immer eindeutige Kosten- und damit Preisdefinition, schließlich die Identität zwischen Arbeitsgegenstand und Leistungsnehmer, um nur einige zu nennen.

DRGs sind Leistungsdefinitionen, die mit Preisen versehen sind. Sie repräsentieren aber nur eine Leistungsart mit mehr oder minder genau definiertem Leistungsinhalt. Damit ändern sie aber nur die äußere Struktur, die inhaltliche Struktur bleibt im Wesenskern erhalten. Dieses macht sich unter daran bemerkbar, dass DRG durch die Entlassungsdiagnose definiert sind, und nicht am Anfang der Behandlung bereits prinzipiell feststehen. Dieses ist in einem nicht-wettbewerblichen System weniger problematisch, als in einem wettbewerblichen System. Durch den Verzicht auf die Wettbewerbsgestaltung ermöglicht das finnische System also die Nutzung von DRG als Verteilungsmaßstab. Es liefert eine Definition eines durchschnittlichen Ressourcenverbrauchs, die dann auf die beteiligten Financiers, die gleichzeitig Eigentümer sind verteilt werden. Es bedarf nicht der in Deutschland diskutierten Qualitätsprämien, weil Qualitätssicherung im Gesundheitssystem eine andere Norm ist, weil mangelnde Qualität im Gesundheitssystem eben keine wirtschaftliche Frage ist, sondern deren Vermeidung immer eine pflegerische-medizinische Verpflichtung im Verhältnis zu jedem einzelnen Patienten ist. Auch muss nicht auf ‚Deubel komm raus‘ erlös basiert, personalressourcenbindend, nach der besten Codierung gesucht werden und maximal dokumentiert werden.

Da das Preissystem in Finnland nicht die Leistung steuern soll, sondern nur Verteilungsmaßstab sowie ein Bestandteil zur systemischen Statistik ist, ist es eben nicht identisch mit bspw. den deutschen DRG, obwohl es ähnliche Strukturen enthält. Im deutschen System soll das Preissystem die Leistung

steuern, im finnischen oder auch schwedischen Krankenhaussystem nicht. Nur Estland hat die Nord-DRG als klassisches Finanzierungssystem eingeführt (vgl. Steinum, Olaf; Casemix System in the Nordic Countries, Vortrag auf der 6th. International Casemix Conference, 6.6.2012).

Das finnische Krankenhaussystem ist daher auch im Wesentlichen öffentlich. Fünf Prozent aller Fälle werden von privaten, d.h. nicht-öffentlichen Trägern erbracht. Da die Leistungen in der Preisgestaltung nach oben hin frei sind, dürfte der Umsatz etwas höher liegen. Der Privatanteil liegt also etwa bei einem Drittel des deutschen Wertes, wobei unklar ist, ob sich darunter ausschließlich erwerbswirtschaftliche Unternehmen befinden. Auch ist es prinzipiell möglich private Anbieter per Ausschreibung mit der Leistungserbringung innerhalb der öffentlichen Aufgabe zu beauftragen. In finnischen Krankenhauswesen ist dies im Schwerpunkt darauf konzentriert, ärztliche Leistung in Form von Leihärzten einzukaufen. Private Krankenhäuser sind dann auch häufig spezialisiert oder im Prinzip als reine Privatkliniken im deutschen Sinne zu interpretieren.

Wie Preusker darstellt wird in skandinavischen Ländern kaum auf die Privatisierung zurückgegriffen und wenn, nur in der zeitlich befristeten Beauftragung der Betriebsführung, während Grundstück, Gebäude und Einrichtungen weiter in öffentlicher Hand bleiben. Auch dieses stellt einen gravierenden Unterschied zum deutschen System dar. In Deutschland ist Privatisierung immer zeitlich unbegrenzter Eigentumserwerb, private Krankenhausträger werden gerade wegen ihrer Investitionsfähigkeit gesucht. Damit werden langfristig Bedingungen geschaffen, die nur mit hohen Kosten wieder rückgängig gemacht werden können. Opportunitätskostenrechnungen, die diese bewerten könnten, werden in Deutschland aber weder bei der Rechtssetzung berücksichtigt, noch bei der Privatisierung von Krankenhäusern aufgestellt.

Probleme der NHI

Eine der sozialpolitisch schwierigsten Konstrukte im finnischen Gesundheitssystem, aber auch volkswirtschaftlich durchaus bedenklich ist die Konstruktion der NHI. Zunächst ist es korrekt, dass nur Beschäftigte einkommensabhängige Beiträge zur Arbeitsunfähigkeits- und Mutterschaftsgeldversicherung zahlen. Auch ist die einheitliche Versicherung für die Kostenerstattung der verschriebenen Arzneimittel vertretbar. Für die Aufgabe der Krankenversicherung insgesamt wird unter anderem dafür sowohl bei Rentnern als auch Beschäftigten ein einkommensabhängiger Beitrag erhoben.

Allerdings macht sich hier ein Mangel deutlich, den wir auch aus dem deutschen Versicherungssystem kennen. Da eine globale Versicherung gegenüber den Leistungserbringern, den Pharmakonzerne, trotz globaler Regulierung, nicht genügend Bezug zum Krankheitsgeschehen hat, ist die Steuerung recht bescheiden. Der Anteil der Pharmaausgaben an den Gesundheitsausgaben liegt in Finnland mit 20 % sehr hoch, wobei fast 40 % davon Out-of-Pocket finanziert werden.

Problematisch ist aber vor allem, dass die NHI privatärztliche Leistungen teilweise erstattet, aber gleichmäßig von allen Beschäftigten und Rentner (auch dafür) Beiträge erhebt – der Beitrag der Arbeitgeber zur NHI bezieht sich auf die Lohnersatzleistungen – und dies, obwohl der Zugang zu diesen Leistungen einkommensschwachen Personen dieser Zugang erschwert ist bzw. unmöglich ist.

Dieses ist sicherlich einer der Gründe für die sozial selektive Inanspruchnahme von gesundheitlichen Leistungen.

Abschließende Bemerkungen

Das finnische System der Gesundheitssicherung steht in der Tradition nordischer Sozialpolitik. Ähnlich wie in Schweden war bis in die 1990er Jahre hinein der Krankenhaussektor von ökonomisch herausragender Bedeutung. Die Primärversorgung wurde vernachlässigt. In den letzten 20 Jahren hat man sich vor allem darum gekümmert, die Primärversorgung zu stärken, aber, siehe das System der Priorisierung, auch neu zu steuern, um, medizinisch begründet, den einzelnen Hilfesuchenden an die richtige Einrichtungen zu bringen.

Durch die monistische Verantwortung bei den Kommunen sind bei dieser Umstrukturierung sektoreninterne und vor allem auch -übergreifende Verteilungskämpfe sinnlos.

Das Problem der teilweise sehr kleinen Kommunen wird durch eine kommunale Gebietsreform zunehmend vermindert. Die Zahl der Kommunen hat sich in den letzten zehn Jahren durch Zusammenschlüsse um geschätzt 20 % verringert. Die Leistungsfähigkeit der Kommunen, die regionale Gesundheitsversorgung zu steuern, wird dadurch deutlich verbessert.

Dennoch gibt es noch immer das Problem der Trennung zwischen Primär- und Sekundärversorgung. Für Deutschland ist das lapidar, da es sich als bekanntes Problem der KV-Gliederung in Sektionen schon länger als KV-interner Verteilungskampf um die Gesamtvergütung darstellt. Daneben dominiert das Problem der wettbewerblichen Trennung im Krankenhausbereich und der ambulanten Versorgung allgemein sowie die Sektorentrennung von ambulant und stationär. Seit etwa Mitte des letzten Jahrzehnts werden Pilotprojekte durchgeführt, in denen sich Kommunen zusammenschließen und auf Distriktebene auch die Primärversorgung organisieren. Dabei ist zu berücksichtigen, dass dadurch angesichts der Flächenausdehnung einzelner Kommunen, die größte hat allein die Fläche des Saarlands, ein großes Planungsgebiet entsteht, was für die Vernetzung der Primärversorgung in der räumlichen Struktur hohe Anforderungen stellt.

Auch wenn die Krankenhausversorgung in Deutschland einen geringeren Teil an den Gesundheitsausgaben hat, so sind die BIP-Anteile mit Blick auf die größere Leistungsfähigkeit des finnischen Gesundheitssystems insgesamt etwa gleich (ca. 2,9 %). Wesentlich günstiger ist die ambulante ärztliche Versorgung. Die Verbindung insbesondere der spezialärztlichen Versorgung mit der Krankenhausversorgung scheint hier deutliche synergetische Vorteile nicht nur medizinisch, sondern auch auf Kostenseite zu generieren, was dann den relativ höheren Anteil der Krankenhausausgaben relativiert.

Die soziale Treffsicherheit des Systems wird in Finnland offenbar kritischer gesehen, als es die Statistiken aussagen. Aber womöglich ist diese kritische Selbstreflexion, die dem deutschen System, wenn man sich etwa die gesundheitspolitischen Zielsetzungen anschaut, eher abgeht, ein Grund für das vergleichbar gute Ergebnis für die Morbidität in Finnland.

Die Integrationsfähigkeit aller gesundheitsrelevanten Politikfelder ist, gerade unter dem Gesichtspunkt der sozialen und der Verhältnisprävention, eines der größten Werte des finnischen Gesundheitssystems. Es kommt damit dem Wesen von Gesundheit deutlich nahe und kann in diesem Sinne durchaus eher als Gesundheitswesen bezeichnet werden, als das vor allem als Reparaturbetrieb gestaltete deutsche System.

Eine der Behauptungen der Vorteile des Marktsystems ist die Marktberreinigung, also insbesondere die Reduktion von Überkapazitäten. Gerne wird die als Wirtschaftlichkeitsindikator völlig untaugliche durchschnittliche Verweilzeit zitiert. Nach OECD-Angaben liegt Finnland an drittletzter Stelle (11,6 Tage in 2010, 9,5 in D), vor Korea und Japan. Diese OECD-Angaben unterscheiden sich allerdings sehr stark von finnischen Daten, die auf nur 4,2 Tagen kommen (D in dieser Statistik 8,5 Tage in 2005). In den Daten der OECD sind seit den 1990er Jahren in Finnland und seit 2003 in Deutschland die Tagesfälle raus gerechnet worden, während sie in den finnischen Zahlen offenbar enthalten sind. Aussagekräftiger ist allerdings die Bettendichte. Nach OECD-Angaben beträgt die Bettendichte in Finnland 1,8 Akutbetten auf 1000 Einwohner, in Deutschland 5,7 (jeweils 2010). Diese Zahlen machen deutlich, dass es den Finnen offenbar deutlich besser gelungen ist, die stationäre Versorgung auf kurzstationäre, tagesklinische und ambulante Interventionen umzustellen, die in Form von kurativen Pflegestationen bereits in die Primärversorgung integriert sind. Wenn, wie in der deutschen Ökonomie üblich, allerdings nur funktionelle Rosinenpickerei betrieben wird, würden wir in der deutschen Gesundheitslandschaft mit ihrer zunehmend kommerzialisierten Grundausrichtung nur zusätzliche ambulante oder tagesklinische Fälle produzieren, ohne wirklich qualitativ und quantitativ positive Auswirkungen erwarten zu dürfen. Es kommt auf den systemischen Zusammenhang an, in dem einzelne Instrumente angewendet werden und eben nicht auf die einzelnen Instrumente selbst.

Zusammenfassend lässt sich bei diesem sehr groben Überblick bereits erkennen, welche Potenziale im finnischen Gesundheitssystem liegen. Die Regionalisierung bedeutet Lebensweltnähe und unmittelbare Bedarfsorientierung und in einem demokratischen System auch Beteiligungsorientierung. Das Gesundheitssystem ist dann nicht eines für die Bürgerinnen und Bürger, sondern es ist eines der Bürgerinnen und Bürger. Gleichzeitig ermöglicht es soziale und konkrete klientenbezogene, kombinierte Verhältnis- und Verhaltensprävention zu betreiben. Soziale Gesundheitspolitik wird in einem weiten Sinne nicht als soziale Zugänglichkeit interpretiert, sondern die soziale Situation lässt sich durch Verknüpfung mit anderen sozialen Aufgabenfeldern, wie Erziehung, Sozialarbeit, Familienpolitik, Arbeits- und Beschäftigungspolitik, in die gesundheitliche Leistungen integrieren. Selbstverständlich ist auch die ambulante,

Diese Arbeit wird in Finnland, und auch, auf der Basis eines gemeinsamen sozialpolitischen Verständnisses, durch gemeinsam in den nordeuropäischen Ländern erarbeitete Leitlinien und patientenbezogenen Qualitätsinstrumente in Hinsicht auf seine Wirksamkeit bewertet, über die technische Qualität hinaus.

Dennoch bleiben wie in allen modernen Gesundheitssystemen in kapitalistisch-marktwirtschaftlichen verteilungspolitische Probleme und systemische Inkonsistenzen. Die Trennung der Leistungsfinanzierung durch drei Sicherungssysteme im finnischen System ist eine solche Eigenart, die gleichzeitig die soziale Zugänglichkeit zu bestimmten fachlichen Leistungen filtert. Die Absicherung der Pharmakotherapie durch die NHI ist, trotz der verpflichtenden Generikagabe seit 2003, die deutliche Einsparungen brachte, wie in vielen Ländern durch die Lobby der pharmazeutischen Industrie negativ beeinflusst, die bspw. die Generikaverpflichtung mehrfach verhindert hat und auch danach versuchte sie systematisch zu unterlaufen.

Das Kostenerstattungssystem der NHI führt zu sozialen Verwerfungen, da zwar für die verpflichtenden Leistungen soziale Belastungsgrenzen existieren, aber für die Nutzung privater Leistungserbringer nicht.

Chart 3: Anteile der nichtöffentlichen Ausgabenanteile

	1980	1985	1990	1995	2000	2002	2004	2005
Private expenditure as % of TEH	20	21	19	24	25	24	23	22
Households	18	18	16	21	20	20	19	18
Private insurance	1	1	2	2	2	2	2	2
Employers and relief funds	2	2	2	2	2	3	3	3

Sources: STAKES, 2007a.
Notes: TEH: Total expenditure on health; PPP: Purchasing power parity; GDP: Gross domestic product; NHI: National Health Insurance.

Die Logik des „Reimbursement“ privatärztlicher Leistungen ist fragwürdig, zumal der Schwerpunkt sich auf bestimmte fachärztliche Leistungen konzentriert (Augenheilkunde, Gynäkologie). Man muss diese als historisch begreifen.

Das Vorbild des finnischen Systems findet sich dann auch vor allem in der Rückbesinnung auf das Regionalprinzip, der lebensweltnahen Steuerung nach zugegeben teilweise strikten Prinzipien, die strikte Vernetzung und Integration von Gesundheitsleistungen, die Integration sozialer Fragestellungen von Gesundheit, der stetige strategische Diskurs mit der Konzentration auf die fachliche Weiterentwicklung und nicht auf die dem Gesundheitswesen entgegen stehende typisch deutsche Konzentration auf die ordnungspolitische Konvergenz.

Literaturhinweise:

Huber, Ellis/ Langbein Kurt; Die Gesundheitsrevolution, Berlin 2004

Ministry of Social Affairs and Health; NATIONAL ACTION PLAN TO REDUCE HEALTHINEQUALITIES, 2008–201

OECD; Health Data 2012, Update October 2012

Preusker, Uwe K.; Gesundheitspolitische Weichenstellungen in Nordeuropa; Symposium Medizin zwischen Humanität und Wettbewerb - Probleme, Trends und Perspektiven 27.-30. September 2007 in Cadenabbia

Skudal, Kjersti/ Garratt, Andrew/ Eriksson, Birgitta/ Leinonen, Tuija/ Simonsen, Jan/ Bjertnaes, Oyvind; The Nordic Patient Experiences Questionnaire (NORPEQ)cross-national comparison of data quality, internal consistency, and validity in four Nordic countries; bmjopen-2012-000864

Steinum, Olaf; Casemix System in the Nordic Countries, Vortrag auf der 6th. International Casemix Conference, 6.6.2012

Vuronkowski, Lauri; Finland: Health System Review; Health Systems in Transition, Vol. 10 No4. 2008