

1 Die Gesundheitssysteme im internationalen Vergleich: Typologie und Entstehungsprozess

1.1 Eine Typologie der Gesundheitssysteme

Wer im europäischen Ausland Urlaub macht oder in einem anderen Land arbeitet oder studiert und plötzlich medizinische Hilfe benötigt, wird schnell zwei Dinge feststellen: Zum einen verfügen sämtliche Länder West- und Mitteleuropas, aber natürlich auch andere Länder der westlichen Welt, über hoch entwickelte Gesundheitssysteme. Sieht man (bislang) von den USA ab, herrscht zudem längst übereinstimmend die Auffassung, dass es Aufgabe des Staates ist, für die Bevölkerung eine angemessene Gesundheitsversorgung sicherzustellen. Diese Auffassung hat ihren Niederschlag darin gefunden, dass der öffentlichen Hand im Gesundheitswesen in aller Regel eine dominierende Rolle zukommt. Der Staat plant und finanziert; und häufig erbringt er auch selbst Leistungen.

Wer medizinische Leistungen im Ausland benötigt, wird zum anderen aber auch feststellen, dass bestimmte Charakteristika des jeweiligen Gesundheitssystems vom deutschen Gesundheitswesen abweichen – und dies zum Teil erheblich. So gibt es Länder, in denen die gesamte Krankenhausversorgung in den Händen der Kommunen liegt; die in Deutschland in der öffentlichen Versorgung ebenfalls wichtigen privatwirtschaftlichen und freigemeinnützigen Krankenhäuser wird man dort vergeblich suchen. In einigen Ländern findet – anders als in Deutschland – die ambulante fachärztliche Behandlung aus-

schließlich im Krankenhaus statt. In manchen Ländern wiederum ist das Sachleistungsprinzip – Patienten erhalten die medizinische Leistung kostenlos, die Leistungserbringer werden von der Krankenkasse bezahlt – unbekannt; die Patienten müssen dort die Leistungen erst einmal selbst finanzieren und bekommen die Kosten anschließend von ihrer Krankenkasse bzw. Krankenversicherung erstattet.

Während also in allen Industriestaaten im Wesentlichen ein gemeinsames Verständnis über die Notwendigkeit eines leistungsfähigen Gesundheitssystems besteht und auch die herausragende Bedeutung des Staates bei der Gewährleistung der Gesundheitsversorgung meist unbestritten ist, lassen sich in der Organisation der Gesundheitsversorgung im Detail erhebliche Unterschiede feststellen. Die Wissenschaft hat bereits früh versucht, diese Differenzen herauszuarbeiten und zu typologisieren. Die erste und zur Einordnung von Gesundheitssystemen immer noch häufig genutzte Typologie ist die Differenzierung in Länder, deren Gesundheitswesen sich am Bismarck- bzw. Beveridgemodell orientieren (vgl. Tab. 1).

Tab. 1 Idealtypische Ordnung von Gesundheitssystemen: Bismarck versus Beveridge

Strukturprinzipien	Bismarck	Beveridge
Grundprinzip	(Sozial-)Versicherungsprinzip	Versorgungsprinzip
Verwaltung	Selbstverwaltung	Staat
Finanzierung	Beiträge	Steuern
Leistungsanspruch	Sachleistung/Kostenerstattung	Sachleistung
Leistungserbringung	öffentlich/freigemeinnützig/ privatwirtschaftlich	öffentlich
abgesicherter Personenkreis	ausgewählte Personengruppen	gesamte Bevölkerung

Das Bismarcksche Modell der sozialen Sicherung, in Deutschland von Reichskanzler Otto von Bismarck mit dem Ziel der Befriedung der Arbeiterschaft eingeführt, zielt auf Lebensstandardsicherung sowie Beitrags- und Leistungsgerechtigkeit. Zentrales Grundprinzip ist das Sozialversicherungsprinzip: Sozialrechtliche Ansprüche werden im Sinne einer Versicherung über Beiträge aus dem Lohneinkommen erworben. Die Höhe des Anspruchs bei Einkommensersatzleistungen hängt im Regelfall von den zuvor gezahlten Beiträgen ab. Dieses Prinzip ist insbesondere für die Altersrente und beim Arbeitslosengeld charakteristisch. In der Gesundheitsversorgung greift es nur beim Krankengeld; ansonsten dominiert dort das Prinzip der Bedarfsgerechtigkeit: Versicherte erhalten die notwendigen medizinischen Leistungen entsprechend ihres Bedarfs, unabhängig von der Höhe der geleisteten Beiträge. Dem Staat kommt im Bismarck-Modell nur eine indirekte Funktion zu: Er gestaltet den rechtlichen Rahmen. Die konkrete Steuerung hingegen erfolgt im Rahmen der Selbstverwaltung durch die Krankenkassen und die Leistungserbringer, insbesondere Ärzte und Krankenhäuser.

Das auf den Überlegungen des britischen Lords Beveridge zurückgehende und nach ihm benannte Beveridge-Modell hingegen sieht eine universelle Basissicherung vor: Im Bedarfsfall soll ein garantiertes Mindesteinkommen bzw. die notwendige medizinische Versorgung für die gesamte Bevölkerung zur Verfügung stehen (Versorgungsprinzip). Finanziert werden die Leistungen aus Steuern, nicht aus Beiträgen. Der Staat steht auch im Mittelpunkt der Gesundheitsversorgung: Er plant die Kapazitäten und stellt die medizinische Versorgung in Form von Sachleistungen auch überwiegend selbst zur Verfügung.

Soweit die idealtypische Ordnung – die Wirklichkeit der verschiedenen Gesundheitssysteme wird dadurch leider nur unzureichend erfasst. So lassen sich zwar die meisten Gesundheitssysteme entweder als öffentliche Gesundheitsdienste oder als (Sozial-)Versicherungssysteme einordnen. Doch viele Gesundheitssysteme sind wesentlich komplexer als es die o.g. Typologie abbildet. So gibt es zahlreiche Länder, die über öffentliche Gesundheitsdienste verfügen. Allerdings ist dort zum Teil nicht der Zentralstaat – wie im britischen Vorbild – für die Gesundheitsversorgung zuständig; dies ist vielmehr oft Aufgabe der Kommunen. In einigen Ländern mit Sozialversicherungssystemen wiederum dominieren völlig andere als die o.g., „typischen“ Finanzierungsprinzipien: In den Niederlanden und der Schweiz orientieren sich die Sozialversicherungsbeiträge nicht am Lohn, sondern sind in pauschaler Höhe zu entrichten; im Falle finanzieller Hilfebedürftigkeit hilft der Staat.

Zur Abbildung der Realität ist daher die folgende, alternative Systematisierung der Gesundheitssysteme in sechs Ländergruppen besser geeignet:

1. Die erste Gruppe umfasst Länder, die ihre Gesundheitsversorgung auf einen nationalen Gesundheitsdienst stützen. Dazu gehören neben Großbritannien – dem „Erfinder“ dieses Systems – Irland und Portugal. Zentrales Kennzeichen dieser Länder ist, dass der öffentliche Gesundheitsdienst dort jeweils vom Zentralstaat direkt gesteuert wird. Die Gesundheitseinrichtungen vor Ort sind damit faktisch Teil der Staatsverwaltung. Griechenland ist in dieser Gruppe insofern ein Sonderfall, als neben dem der gesamten Bevölkerung offen stehenden staatlichen Gesundheitsdienst noch ein Sozialversicherungssystem für den Krankheitsfall existiert.
2. Eine zweite Gruppe besteht aus Ländern, die ihren öffentlichen Gesundheitsdienst auf regionaler Ebene organisiert haben. Dort ist nicht der Zentralstaat, sondern die Regionen oder Provinzen für die Gesundheitsversorgung verantwortlich. Das gilt für Italien, Spanien sowie für Australien, Neuseeland und Kanada.
3. Die dritte Gruppe organisiert ihr Gesundheitswesen ebenfalls über einen öffentlichen Gesundheitsdienst. Allerdings sind dafür die Landkreise, Städte und Gemeinden verantwortlich. Dies trifft auf die vier skandinavischen Länder Dänemark, Norwegen, Schweden und Finnland zu.

4. Eine vierte Gruppe stützt die Gesundheitsversorgung auf Sozialversicherungssysteme, die der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung ähnlich sind, also einkommensbezogene Beiträge verlangen. Neben Deutschland zählen zu dieser Gruppe Frankreich, Belgien, Luxemburg, Österreich und Japan. Die Leistungserbringung erfolgt dort jeweils durch unabhängige kommunale, freigemeinnützige oder privatwirtschaftliche Anbieter. Letzteres trifft mit den Niederlanden und der Schweiz auch auf die fünfte Ländergruppe zu. Die dortigen Gesundheitssysteme basieren zwar auf (Sozial-)Versicherungssystemen, die Versicherungsbeiträge werden aber in Form von Kopfpauschalen berechnet.
5. Die USA schließlich lässt sich in keine der aufgeführten Gruppen einordnen. Hier gibt es weder eine für alle (oder die meisten) Einwohner obligatorische Krankenversicherung noch einen öffentlichen Gesundheitsdienst. Die staatliche Verantwortung beschränkt sich hier vielmehr auf öffentliche Gesundheitsdienste für alte und arme Menschen.

Wie alle Typologien ist auch diese Typologie der Gesundheitssysteme vereinfachend und wird der Komplexität der Gesundheitsversorgung in den untersuchten Ländern nicht vollständig gerecht. Sie erfasst nicht zuletzt die nach dem Fall des eisernen Vorhangs hinzugekommenen Länder Mittel- und Osteuropas, deren Gesundheitswesen oft bereits mehrfach Systemumstellungen erdulden mussten, nur unzureichend; deshalb wird auf eine Einordnung dieser Länder hier auch verzichtet. Gleichwohl kann diese Typologie als Ausgangspunkt für die weiteren Darstellungen und Analysen dienen und das Verständnis über grundlegende Differenzen in der Gesundheitsversorgung zwischen verschiedenen Ländern fördern. Außerdem hilft sie dem Forscher, der in der Detailanalyse eines Gesundheitswesens manchmal den Überblick über das große Ganze zu verlieren droht.

1.2 Die Entstehung und Ausweitung der gesetzlichen Absicherung im Krankheitsfall

In der sozialwissenschaftlichen Forschung wird die Einführung einer öffentlichen Absicherung im Krankheitsfall insbesondere mit dem durch die Industrialisierung entstandenen neuen und wachsenden Problemdruck – Verschärfung sozialer Notlagen im Zuge des Bevölkerungswachstums im 19. Jahrhundert bei gleichzeitiger Auflösung tradierteter Familienstrukturen – und der politischen Mobilisierung der Arbeiterschaft erklärt. Nicht alle Industrieländer schufen ihre Gesundheitssysteme aber zur gleichen Zeit, und nicht alle Systeme gewährleisteten das gleiche Absicherungsniveau. Gesetzliche Sicherungssysteme für den Krankheitsfall wurden vielmehr zu jeweils sehr unterschiedlichen Zeitpunkten eingeführt.

Auf die neuen politischen Herausforderungen reagierten Länder mit autoritärer politischer Ordnung früher als andere: Ein gesetzliches System zur Ab-

sicherung im Krankheitsfall wurde zunächst in Deutschland, dann in Italien, Österreich, Schweden, Dänemark und Belgien errichtet (vgl. Tab. 2). Obwohl sie damals im europäischen Vergleich zu den Nachzüglern der sozioökonomischen Entwicklung gehörten, führten also die europäischen autoritären Monarchien, die keine oder nur sehr eingeschränkte Befugnisse der gewählten Parlamente kannten, gesetzliche Absicherungen im Krankheitsfall früher ein als die parlamentarischen Demokratien.

Tab. 2 Einführungszeitpunkt der ersten gesetzlichen Krankenversicherungen. Quellen: Alber (1987: 139), Schmidt (1988: 180), eigene Recherchen (s. Tab. 3). Jahr der Einführung der ersten, nicht notwendigerweise umfassenden, obligatorischen bzw. freiwilligen, staatlich subventionierten Krankenversicherung. Nicht berücksichtigt sind ältere soziale Sicherungssysteme für militärische Berufsstände.

Land	Einführungsjahr	Land	Einführungsjahr
Deutschland	1883	Schweiz	1911
Italien	1886	Griechenland	1922
Österreich	1888	Japan	1922
Schweden	1891	Niederlande	1929
Dänemark	1892	Neuseeland	1938
Belgien	1894	Spanien	1942
Frankreich	1898	Portugal	1946
Luxemburg	1901	Australien	1946
Norwegen	1909	Kanada	1961
Großbritannien	1911	Finnland	1963
Irland	1911	USA	1965

Belgien, Dänemark, Frankreich, Italien, Schweden und die Schweiz starteten dabei zunächst mit freiwilligen, staatlich subventionierten Programmen, die für längere Zeit beibehalten wurden und nicht selten auch einen größeren Teil der Bevölkerung umfassten. Die übrigen Länder Westeuropas folgten dem Beispiel Deutschlands und begannen gleich mit einer zunächst auf bestimmte Bevölkerungsgruppen bezogenen Pflichtversicherung. Nur Finnland führte von Beginn an – allerdings erst im Jahr 1963 – eine Volksversicherung bzw. einen öffentlichen Gesundheitsdienst ein (vgl. Alber 1987: 50). Das wichtigste Ziel der Krankenversicherungen, unabhängig davon, ob es sich um Pflichtversicherungen oder um freiwillige, staatlich subventionierte Versicherungen handelte, bestand anfangs im Ausgleich des mit einer Krankheit verbundenen Einkommensverlustes. Erst später wurden die Geldleistungen zunehmend durch die Gewährleistung medizinischer Sachleistungen ergänzt.

Einmal eingeführt, wurden die gesetzlichen Krankenversicherungen kontinuierlich ausgeweitet; sie bezogen daher einen immer größeren Teil der Bevölkerung in die Absicherung ein. Denn die Einführung der öffentlichen Ab-

sicherung im Krankheitsfall für bestimmte Bevölkerungsgruppen bot gleichzeitig eine Plattform für die politische Forderung nach Ausdehnung durch den Gesetzgeber – mit der Folge des zunehmenden Einbezugs weiterer Bevölkerungsteile (vgl. zum Folgenden Alber 1987: 54–55 sowie Tab. 3). Dabei wurde der erfasste Personenkreis i. d. R. zunächst auf weitere Gruppen abhängig Beschäftigter (z. B. Angestellte) ausgeweitet. Dies erfolgte zum Teil durch Abschaffung von Einkommensgrenzen, deren Überschreitung vorher von der Versicherungspflicht befreit hatte, zum Teil durch Aufnahme weiterer beruflicher Statusgruppen. Dem folgte dann meist die Ausdehnung der medizinischen Versorgungsleistungen auf Familienangehörige der Versicherten; die meisten Länder Westeuropas schufen diesen Schutz zwischen 1930 und 1946. Nur die norwegische Pflichtversicherung hatte Sachleistungen für Angehörige bereits von Beginn an eingeführt.

In der Regel ein weiteres Jahrzehnt später – erstmals in Deutschland im Jahr 1941 – erfolgte die Ausweitung der Absicherung im Krankheitsfall auf die Rentner. In Westeuropa war diese Ausweitung erst mit der Einführung der finnischen Volksversicherung im Jahr 1963 allgemein umgesetzt. Nach dem zweiten Weltkrieg wurden schließlich bestimmte Gruppen von Selbständigen in die Pflichtversicherungen einbezogen. Als das hier am längsten zögernde Deutschland 1971 die Versicherungspflicht auf Landwirte ausdehnte, hatten mit Ausnahme der bis Mitte der 90er-Jahre des letzten Jahrhunderts an der freiwilligen Versicherung festhaltenden Schweiz alle Länder zumindest einige Kategorien von Selbständigen in die staatliche Zwangsversicherung integriert. Nur in den Ländern mit Volksversicherungen bzw. öffentlichem Gesundheitsdienst wurden alle Selbständigen auf einen Schlag in die Versicherungspflicht einbezogen. Die übrigen Zwangsversicherungen dehnten ihren Anwendungsbereich dagegen sukzessive auf zusätzliche Kategorien selbständig Erwerbstätiger aus, sodass in diesen Ländern noch lange Zeit einige Gruppen von Selbständigen von der Versicherungspflicht befreit blieben. Ausnahmen existieren nur noch in Deutschland bzw. in Österreich, wo Selbständige nicht versicherungspflichtig in der gesetzlichen Krankenversicherung sind bzw. sich davon befreien lassen können.

Tab. 3 Zeitpunkte der Ausweitung der gesetzlichen Absicherung im Krankheitsfall. Quelle: Angaben für Westeuropa ohne Spanien und Portugal aus Alber (1987: 232–235); einzelne Angaben für die Schweiz und die Niederlande sowie sämtliche Informationen zu den Ländern Japan, Kanada, Australien, Neuseeland, Spanien und Portugal wurden vom Verfasser ergänzt.

Land	Jahr	Einführungs- bzw. Änderungsgesetz
Österreich	1888	Pflichtversicherung mit Einkommensgrenzen für Arbeiter und Angestellte
	1926	Familienangehörige und Rentner in der Angestelltenversicherung
	1928	Landarbeiter
	1941	Familienangehörige und Rentner in der Arbeiterversicherung
	1955	Leitende Angestellte

1.2 Die Entstehung und Ausweitung der gesetzlichen Absicherung im Krankheitsfall

Land	Jahr	Einführungs- bzw. Änderungsgesetz
	1965	Landwirte
	1966	Selbständige in der Industrie (halbobligatorisch)
Belgien	1894	Subventionierung freiwilliger Versicherung
	1944	Pflichtversicherung abhängig Beschäftigter, Ausweitung auf Rentner und Familienangehörige
	1963	Ausdehnung auf Selbständige
Dänemark	1892	Subventionierung freiwilliger Versicherung
	1933	Halbobligatorische Versicherung
	1960	Ausdehnung der halbobligatorischen Versicherung auf alle Bürger unter 16
	1971	Öffentlicher Gesundheitsdienst
Deutschland	1883	Pflichtversicherung für Arbeiter (und Angestellte unter Einkommensgrenze)
	1911	Landarbeiter
	1930	Mitversicherung von Familienangehörigen als Regelleistung
	1941	Rentner
	1971	Landwirte
Finnland	1963	Öffentlicher Gesundheitsdienst
Frankreich	1898	Subventionierung freiwilliger Versicherung
	1919	Übernahme der Pflichtversicherung in Elsaß-Lothringen
	1930	Pflichtversicherung mit Einkommensgrenzen
	1942	Alle Arbeiter ohne Einkommensgrenzen
	1946	Rentner
	1961	Landwirte
	1966	Selbständige außerhalb der Landwirtschaft
Irland		Bis zur Unabhängigkeit: britische Gesetze
	1952	Versicherungspflicht für abhängig Beschäftigte unter Einkommensgrenze
Italien	1886	Subventionierung freiwilliger Versicherung
	1928	Halbobligatorische Versicherung (durch kollektive Arbeitsverträge)
	1939	Mitversicherung von Familienangehörigen
	1943	Pflichtversicherung für Industriearbeiter
	1954	Landwirte
	1955	Rentner
	1956	Selbständige Handwerker
Luxemburg	1901	Pflichtversicherung für Industriebeschäftigte mit Einkommensgrenze
	1944	Rentner
	1951	Ausweitung durch Aufhebung der Einkommensgrenzen
	1952	Selbständige in Industrie und Handel, Freiberufler
	1962	Landwirte

1 Die Gesundheitssysteme im internationalen Vergleich: Typologie und Entstehungsprozess

Land	Jahr	Einführungs- bzw. Änderungsgesetz
Niederlande	1929	Pflichtversicherung für Geldleistungen mit Einkommensgrenze
	1941	Ausweitung auf Sachleistungen und Familienangehörige
	1951	Rentner
	1967	Volkversicherung für schwere Krankheiten
	2006	Allgemeine Versicherungspflicht
Norwegen	1909	Pflichtversicherung mit Einkommensgrenze, Mitversicherung Familienangehöriger
	1935	selbständige Fischer
	1953	Ausweitung durch Aufhebung der Einkommensgrenze für abhängig Beschäftigte
	1956	Öffentlicher Gesundheitsdienst
Schweden	1891	Subventionierung freiwilliger Versicherung
	1953	Öffentlicher Gesundheitsdienst
Schweiz	1911	Subventionierung freiwilliger Versicherung
	1916	Erste kantonale Pflichtversicherung
	1996	Allgemeine Versicherungspflicht
Großbritannien	1911	Pflichtversicherung mit Einkommensgrenze für Krankengeld
	1913	Ausweitung auf Sachleistungen
	1946	Volkversicherung/öffentlicher Gesundheitsdienst
	1965	Einkommensbezogene Geldleistungen
Japan	1922	Pflichtversicherung für Fabrik- und Bergarbeiter
	1934	Ausweitung auf alle Betriebe mit mehr als fünf Beschäftigten
	1938	Öffnung (freiwillig) für die gesamte Bevölkerung
	1951	Verpflichtung für die Kommunen, die gesamte Bevölkerung abzusichern
Kanada	1961	Stationäre Akutversorgung landesweit als Volkversicherung
	1972	Ambulante ärztliche Versorgung landesweit als Volkversicherung
USA	1965	Einführung von <i>Medicare</i> (Ältere) und <i>Medicaid</i> (Arme)
	1986	Anspruch auf Notfallversorgung durch Krankenhäuser für die gesamte Bevölkerung
	1997	Versicherung für Kinder aus einkommensschwachen Familien
Neuseeland	1938	Öffentlicher Gesundheitsdienst
	1965	Krankengeld
Australien	1944	Krankengeld
	1946ff.	Subventionierung medizinischer Leistungen durch den Zentralstaat
	1975	Öffentlicher Gesundheitsdienst
Portugal	1946	Gesetzliche Krankenversicherung für Industriearbeiter
	1959ff.	Ausweitung auf andere Wirtschaftszweige und Familienangehörige
	1979	Öffentlicher Gesundheitsdienst
Spanien	1942	Gesetzliche Krankenversicherung für Arbeiter
	1967	Ausweitung auf Selbständige und Beschäftigte im öffentlichen Dienst
	1972	Ausweitung auf Angestellte
	1986	Öffentlicher Gesundheitsdienst

1.2 Die Entstehung und Ausweitung der gesetzlichen Absicherung im Krankheitsfall

Das Wachstum der Systeme lässt sich am einfachsten und eindrucksvollsten am Prozentsatz des ihnen angeschlossenen Teils der Bevölkerung ablesen (vgl. Tab. 4 und 5). Deutlich wird hier, dass es Ländern mit öffentlichem Gesundheitsdienst bzw. Volksversicherung i.d.R. schneller gelang, die gesamte Bevölkerung in diese Absicherung einzubeziehen. Länder mit Sozialversicherungssystemen taten sich hingegen etwas schwerer. Doch auch hier ist eine zunehmende Inklusion der Bevölkerung in das gesetzliche System festzustellen.

Tab. 4 Der Mitgliederkreis der Krankenversicherung von den Anfängen bis 1965 (in % der Erwerbsbevölkerung). Quelle: Auszug aus Alber (1987: 237). Erfasst sind Beitragszahler, die Anspruch auf Sachleistungen haben, ohne Rentner. Zum Teil Schätzwerte.

Jahr	1885	1890	1895	1900	1905	1910	1915	1920	1925	1930	1935	1940	1945	1950	1955	1960	1965
Österreich	-	12	16	18	20	24	22	39	47	59	49			56	63	71	73
Belgien	-	-	3	6	8	12	11	21	28	33	31	31	46	57	57	57	89
Dänemark	-	-	15	27	40	54	70	97	99	100	100	100	100	100	100	100	100
Deutschland	22	32	34	39	41	44	43	53	57	57	52	56	56	57	65	67	64
Finnland	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	100
Frankreich	-	-	-	9	13	18	15	17	21	32	36	48	52	60	64	69	91
Irland	-	-	-						37	34	38	44	46	53	55	58	62
Italien	-	6	6	6	6	6	6	6	6	7	22	47	45	44	63	76	84
Niederlande	-	-								42	42	42	42	54	60	60	63
Norwegen	-	-					35	49	47	56	63	86	90	100	100	100	100
Schweden	-	-	4	13	21	27	25	28	29	35	32	49	84	97	100	100	100
Schweiz	-	-					21	43	50	69	79	86	82	89	97	100	100
Großbritannien	-	-	-	-	-	-	66	73	79	82	79	90	98	100	100	100	100
Mittelwert	1,8	4,2	6,5	9,8	12,4	15,4	26,2	35,5	38,5	46,6	47,9	56,6	61,8	66,7	71,1	73,7	86,6

Tab. 5 Anteil der Bevölkerung mit staatlichem Krankenversicherungsschutz 1960–2011 (in % der Bevölkerung). Quelle: OECD Health Data 2013. Für einzelne Länder zum Teil abweichende Jahre.

Jahr	1960	1970	1980	1990	2000	2006	2011
Kanada	100	100	100	100	100	100	100
Neuseeland	100	100	100	100	100	100	100
Norwegen	100	100	100	100	100	100	100
Schweden	100	100	100	100	100	100	100
Großbritannien	100	100	100	100	100	100	100
Japan	99,0	100	100	100	100	100	100
Dänemark	95,0	100	100	100	100	100	100
Finnland	55,0	100	100	100	100	100	100
Italien	87,0	93,0	100	100	100	100	100
Australien	76,0	85,0	100	100	100	100	100
Irland	85,0	85,0	100	100	100	100	100

1 Die Gesundheitssysteme im internationalen Vergleich: Typologie und Entstehungsprozess

Jahr	1960	1970	1980	1990	2000	2006	2011
Portugal	18,0	40,0	100	100	100	100	100
Griechenland	44,0	55,0	88,0	100	100	100	100
Schweiz	74,0	89,0	96,5	99,5	100	100	100
Frankreich	76,0	95,6	99,1	99,4	99,9	99,9	99,9
Luxemburg	90,0	99,6	99,8	98,8	98,2	99,7	97,2
Belgien	58,0	97,8	99,0	97,3	99,0	99,0	98,8
Niederlande	71,0	69,0	68,3	61,4	64,5	98,7	99,9
Österreich	78,0	91,0	99,0	99,0	99,0	98,5	99,9
Spanien	54,0	61,0	83,0	98,1	98,9	98,3	99,0
Deutschland	85,2	89,2	92,3	88,8	90,7	89,5	88,9
USA	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	22,5	27,4	31,8

In Westeuropa verfügen damit heute fast alle Länder über öffentliche Gesundheitssysteme, die die medizinische Versorgung für die gesamte Bevölkerung sicherstellen. Länder mit Sozialversicherungssystemen haben den Kreis der gesetzlich Krankenversicherten Zug um Zug ausgeweitet und so z.B. nicht erwerbstätige Personen wie Studenten oder Hausfrauen in den öffentlichen Versicherungsschutz einbezogen. Fast alle westeuropäischen Länder haben sich so einer umfassenden öffentlichen Absicherung ihrer Bevölkerung im Krankheitsfall angenähert. Zuletzt ist dies der Schweiz und den Niederlanden gelungen: Dort wurde im Jahr 1996 bzw. 2006 eine umfassende gesetzliche Krankenversicherungspflicht für die gesamte Bevölkerung eingeführt. Deutschland, wo nur knapp 90% der Bevölkerung in der gesetzlichen Krankenversicherung abgesichert sind, ist damit das letzte Land Westeuropas, das diese umfassende Form der Absicherung noch nicht erreicht hat. Immerhin wurde hierzulande mit der Gesundheitsreform des Jahres 2007 aber eine Versicherungspflicht für die gesamte Bevölkerung eingeführt. Diese unterscheidet aber nach wie vor zwischen der Absicherung in der gesetzlichen und der privaten Krankenversicherung.

Während die gesetzlichen, öffentlich finanzierten Systeme zur Absicherung des Krankheitsfalls über die Jahrzehnte zunehmende Verbreitung fanden, blieb die Rolle privater Krankenversicherungen in den meisten Vergleichsländern bis heute auf den „Reflex“ zum öffentlichen System beschränkt – auch wenn es in den letzten Jahren in einigen Ländern einen gewissen Trend der Expansion der privaten Absicherung gegeben hat (vgl. Mossialos/Thomson 2004, Colombo/Tapay 2004, Thomson/Mossialos 2009). Dabei konzentriert sich die private Krankenversicherung aber zumeist auf Leistungen, die das öffentliche System nicht bezahlt, Zusatzleistungen, übernimmt Zuzahlungen oder Selbstbehalte, die das öffentliche System vorsieht, oder sichert eine zügigere Versorgung ohne längere Wartezeiten ab. In den Gesundheitssystemen der betrachteten Länder stellt sich die Situation der privaten Krankenversicherung heute wie folgt dar (vgl. auch Tab. 6):

- In Irland, Australien, Dänemark, Spanien und Finnland hat die private Krankenversicherung eine die öffentliche Versorgung *duplizierende* Funktion: Sie existiert parallel zum öffentlichen Gesundheitsdienst und dient den Versicherten vor allem dazu, die aufgrund knapper Kapazitäten oftmals langen Wartelisten durch Inanspruchnahme privater Anbieter zu umgehen.
- In anderen Ländern *ergänzen* private Krankenversicherungen das öffentliche System, indem sie die dort vorgesehenen Selbstbeteiligungen bzw. Zuzahlungen abdecken – zu diesen Ländern gehört insbesondere Frankreich, wo fast die gesamte Bevölkerung solche Ergänzungsversicherungen abgeschlossen haben. Auch in einigen anderen Ländern – Belgien, Slowenien, Luxemburg, Deutschland, Neuseeland und Dänemark – kommt privaten Krankenversicherungen mit dieser Funktion erhebliche Bedeutung zu.
- In vielen OECD-Ländern kommt der privaten Krankenversicherung die Funktion zu, *zusätzliche* Leistungen anzubieten, die im Leistungskatalog des öffentlichen Gesundheitswesens nicht vorgesehen sind.
- Nur in zwei Ländern stellt die private Krankenversicherung für einen größeren Teil der Bevölkerung die reguläre Absicherung im Krankheitsfall dar – mit anderen Worten: sie *substituiert* dort die gesetzliche Absicherung. Dies ist mittlerweile nur noch in den USA (für rd. 53% der Bevölkerung) und in Deutschland (für 11% der Bevölkerung) in spürbarem Umfang der Fall. In einigen anderen Ländern können bestimmte, kleinere Personengruppen an Stelle der öffentlichen Sozialversicherung für eine private Krankenversicherung optieren.

Tab. 6 Anteil privat Versicherter an der Bevölkerung (in %) mit Funktionen der privaten Krankenversicherung. Quelle: OECD Health Data 2013. Erfasst sind auch Personen, die über Zusatzversicherungen verfügen.

Land	substitutiv	ergänzend	zusätzlich	duplizierend	insgesamt
Frankreich		96,1			96,1
Niederlande			89,0		89,0
Belgien		79,6			79,6
Slowenien		70,7	2,1	0,2	73,0
Kanada			68,0		68,0
USA	53,1	7,5			60,6
Luxemburg		54,0			54,0
Australien			7,2	45,3	52,5
Irland				47,5	47,5
Österreich			34,2		34,2
Deutschland	11,0	21,0			32,0
Neuseeland		30,8			30,8
Schweiz			29,5		29,5

1 Die Gesundheitssysteme im internationalen Vergleich: Typologie und Entstehungsprozess

Land	substitutiv	ergänzend	zusätzlich	duplizierend	insgesamt
Dänemark		20,8			20,8
Portugal				19,8	19,8
Finnland			14,2		14,2
Spanien	0,9			12,5	13,4
Griechenland				12,0	12,0

In vielen Ländern hat der Anteil derer, die ergänzend oder zusätzlich zur Absicherung im Krankheitsfall über das jeweilige öffentliche System eine private Krankenversicherung aufweisen, langfristig zugenommen (vgl. Tab. 7). Die Ursachen für diese Entwicklung sind vielfältig, dürften aber zum einen mit dem wachsenden Wohlstand bestimmter Bevölkerungsteile und zum anderen mit den in den letzten Jahren realisierten Einschnitten und Sparmaßnahmen in den öffentlichen Gesundheitssystemen zusammenhängen. Bemerkenswert ist, dass die Zunahme zuletzt in vielen Ländern zum Erliegen gekommen ist; zum Teil ist mittlerweile eine Umkehr des Trends festzustellen. Offenbar ist in manchen Ländern hier bereits eine Marktsättigung erreicht worden.

Tab. 7 Entwicklung des Anteils privat Versicherter an der Bevölkerung, 1995–2011 (in %).
Quelle: OECD Health Data 2013.

	1995	2000	2005	2011
Großbritannien	10,3	11,0	11,0	11,1
Spanien	9,1	7,6	14,4	13,4
Finnland		10,1	11,6	14,2
Portugal		13,8	17,4	19,8
Dänemark			8,7	20,8
Neuseeland		34,2	32,8	30,8
Deutschland	8,5		24,3	31,9
Österreich	34,2	31,8	33,5	34,2
Irland	37,9	43,8	51,2	47,5
Australien	34,9	43,0	42,9	52,5
USA		70,7	67,1	60,6
Kanada	56,0	66,0	66,0	68,0
Slowenien		69,5	73,6	72,9
Belgien		37,1	71,8	79,6
Niederlande			92,8	89,0
Frankreich	83,4	85,8	91,6	96,1