



Deutsche Gesellschaft für Soziologie
Konferenz der Sektionen Sozialpolitik und Wirtschaftssoziologie
"Entwicklungsperspektiven der Gesundheits- und Seniorenwirtschaft unter
den Bedingungen des sozio-demographischen Wandels
09./10. Februar 2005
Institut Arbeit und Technik, Gelsenkirchen

Gesundheitsdienste in USA und Finnland: eine Lanze für einen europäischen Wohlfahrtsstaat

Dr. Wolfgang Potratz / Dipl. Soz. Wiss. Rainer Fretschner
Institut Arbeit und Technik, Gelsenkirchen

Wohlfahrtsmodelle im Vergleich

Grundstrukturen sozialer Sicherung: z.B. Gesundheit

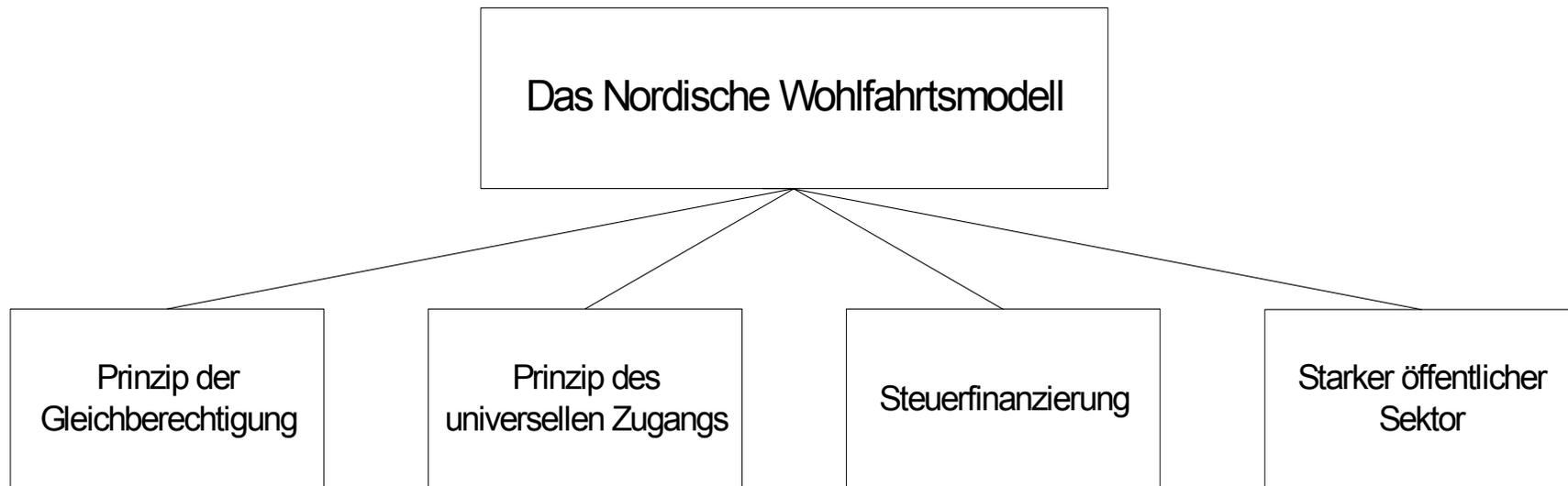
Träger	Finanzierung	Beispiel
Individuum (+ Versicherung + Staat)	überwiegend Eigenleistungen (+ Versicherungsleistungen + staatliche Mittel)	USA
Versicherung (+ Individuum + Staat)	überwiegend Versicherungsleistungen (+ Eigenleistungen + staatliche Mittel)	Deutschland
Staat (+ Gemeinden + betriebliche Gesundheitsförderung + Individuum)	überwiegend Steuern (+ Eigenleistungen + Versicherungsleistungen)	Finnland

Quelle: in Anlehnung an Vincenti et al. 2002

Gang des Vortrags

- Logik des Wohlfahrtsmodells
- Struktur des Gesundheitssystems
- Philosophie der Gesundheitspolitik
- Innovation und Reform

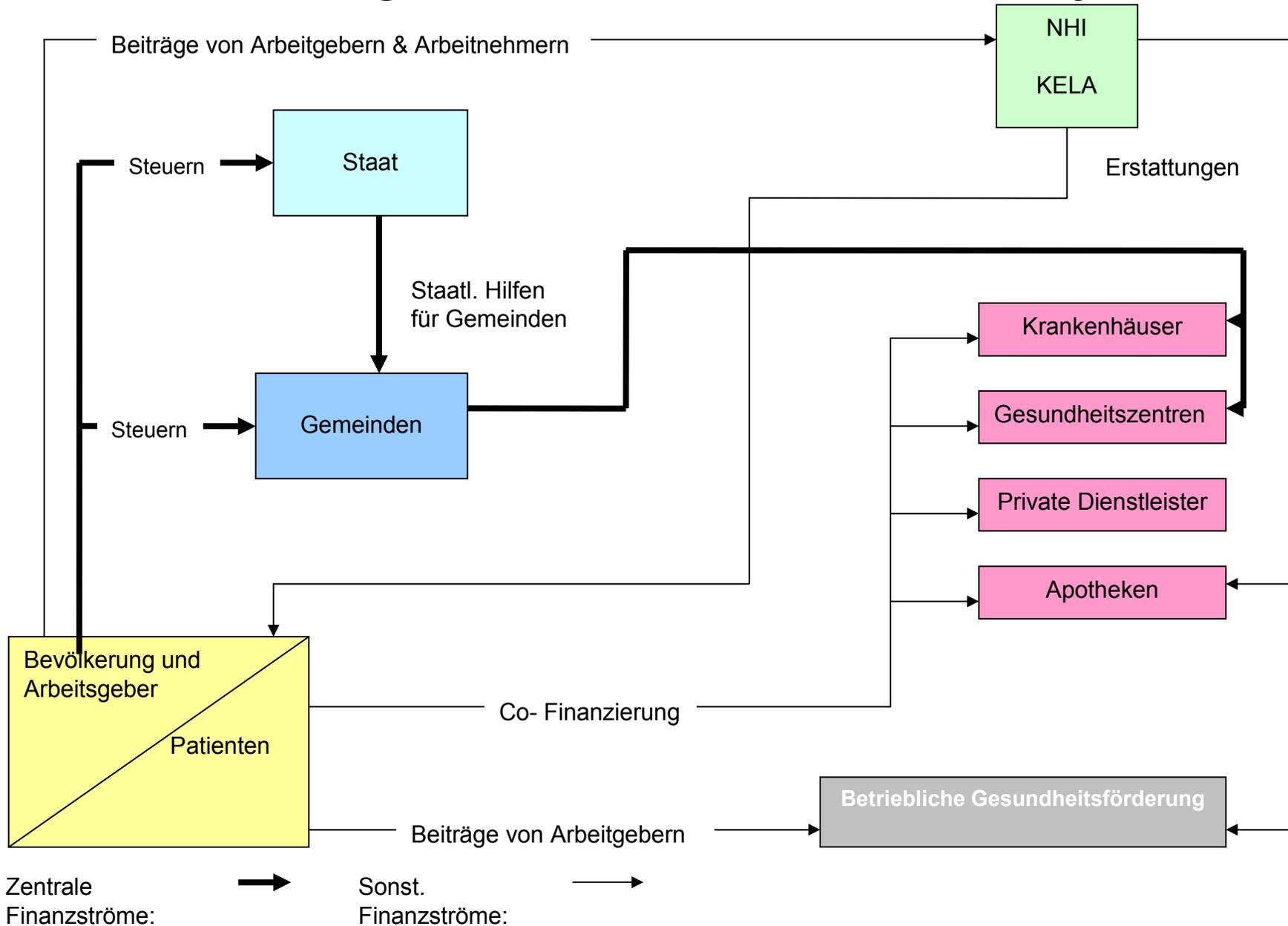
Finnland: Logik des Systems



Finland: Struktur des Gesundheitssystems

- Steuerfinanzierung, lokal - national
- Zentrale Rolle der lokalen Gesundheitszentren
- Staatliche Planung und Unterstützung
- Betriebliche Gesundheitsfürsorge
- Offen für private Dienstleistungen

Finanzierung des finnischen Gesundheitssystems



Institut Arbeit und Technik

Finland: Philosophie

Prävention und Gesundheitsförderung als Basis sozialer Sicherung und sozialer Entwicklung:

- Förderung von Gesundheit und Leistungsfähigkeit
- Attraktive Gestaltung von Arbeit
- Prävention und Bekämpfung sozialer Ausgrenzung
- Angebot von effizienten Dienstleistungen
- Einkommenssicherung
- Gleicher Zugang und Partizipation

Dafür steht ein institutioneller Unterbau zur Verfügung

Finland: Innovation und Reform

- Kampf ums Überleben
- hacker ethic
- technikbejahende Haltung
- Akzeptanz der information-society-Programmatik
- Verschränkung von technologischer und sozialer Innovation

Innovation: Das Nordkarelien - Projekt

- Anlass: höchste Sterblichkeitsrate aufgrund kardiovaskulärer Krankheiten
- Ausgangsthese: Zusammenhang zwischen Lebensweise und Gesundheitszustand
- Strategie: community-based intervention strategy
 - Verbesserung der präventiven Leistungen
 - Überzeugungsarbeit
 - Training (Ernährungsberatung, Kochkurse, ...)
 - Gemeindeorganisation (lay opinion leaders, ...)
 - Umweltbedingte Veränderungen (Rauchverbote, ...)

Politische Konsequenz: landesweite Gesundheitsprogramme

USA: Wohlfahrtsmodell

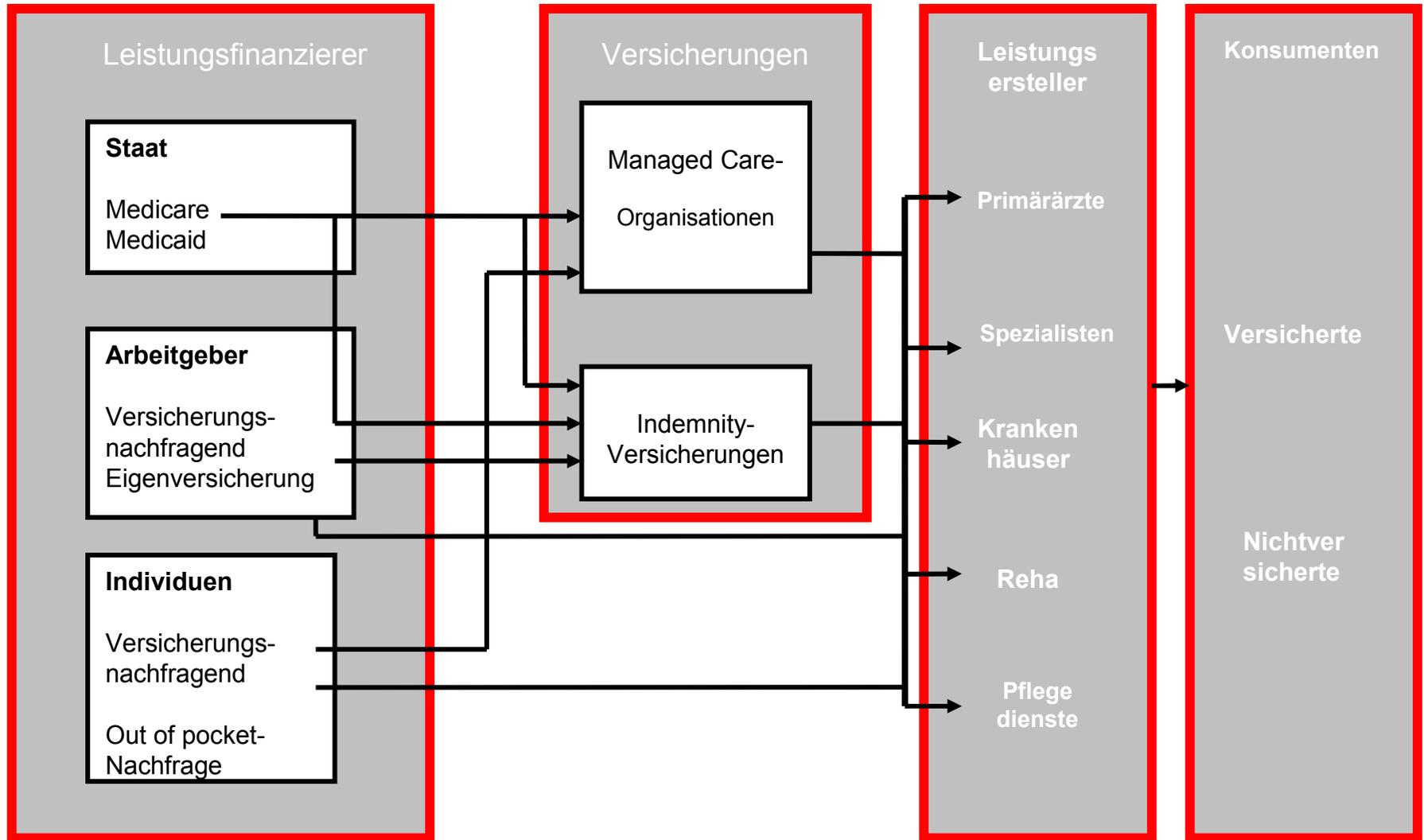
„.... Eine Hilfe des Bundes in solchen Fällen würde die Erwartung auf paternalistische Fürsorge von Seiten der Regierung ermutigen und die Kraft unseres Nationalcharakters schwächen. Gleichzeitig würde sie die Bereitschaft zu jenem mitmenschlichen Gefühl und Verhalten in unserem Volk schwächen, das es brüderlich verbindet.“

(Präsident Cleveland, 1887; zit. nach Kaufmann 2003:90)

USA: Träger der Gesundheitspolitik

- **Bund**: allgemeine Regelungen (Gesundheitsschutz, Statistik, ...), Finanzier, Koordinations- und Unterstützungsleistungen
- **Einzelstaaten**: originäre Zuständigkeit, bei breiter Varianz in der Wahrnehmung der Aufgaben
- **Kommunen**: breite Organisationsvielfalt, bei sehr unterschiedlichen Leistungen und Ausstattungen

USA: Die Logik des Systems



Institut Arbeit und Technik

USA: Struktur des Gesundheitssystems

- **Finanzierung** zur Hälfte privat, zur Hälfte öffentlich
- **Zugang** in Abhängigkeit vom Einkommen und Arbeitsverhältnis
- **Leistungserbringung** im Rahmen vielfältiger öffentlicher und privater Teilsysteme
- **Wettbewerb** zwischen Leistungsträgern und Leistungserbringern

Föderalismus amerikanische Art: die Finanzierung des Gesundheitssystems

Nationale Ebene:

11% Bund

89% Einzelstaaten

Staatliche Ebene:

50% Staat

32% Bund

16% Kommunen

Kommunale Ebene:

44% lokale Steuern

30% Staat (incl. Bundesmittel)

3% Bund direkt

23% Gebühren

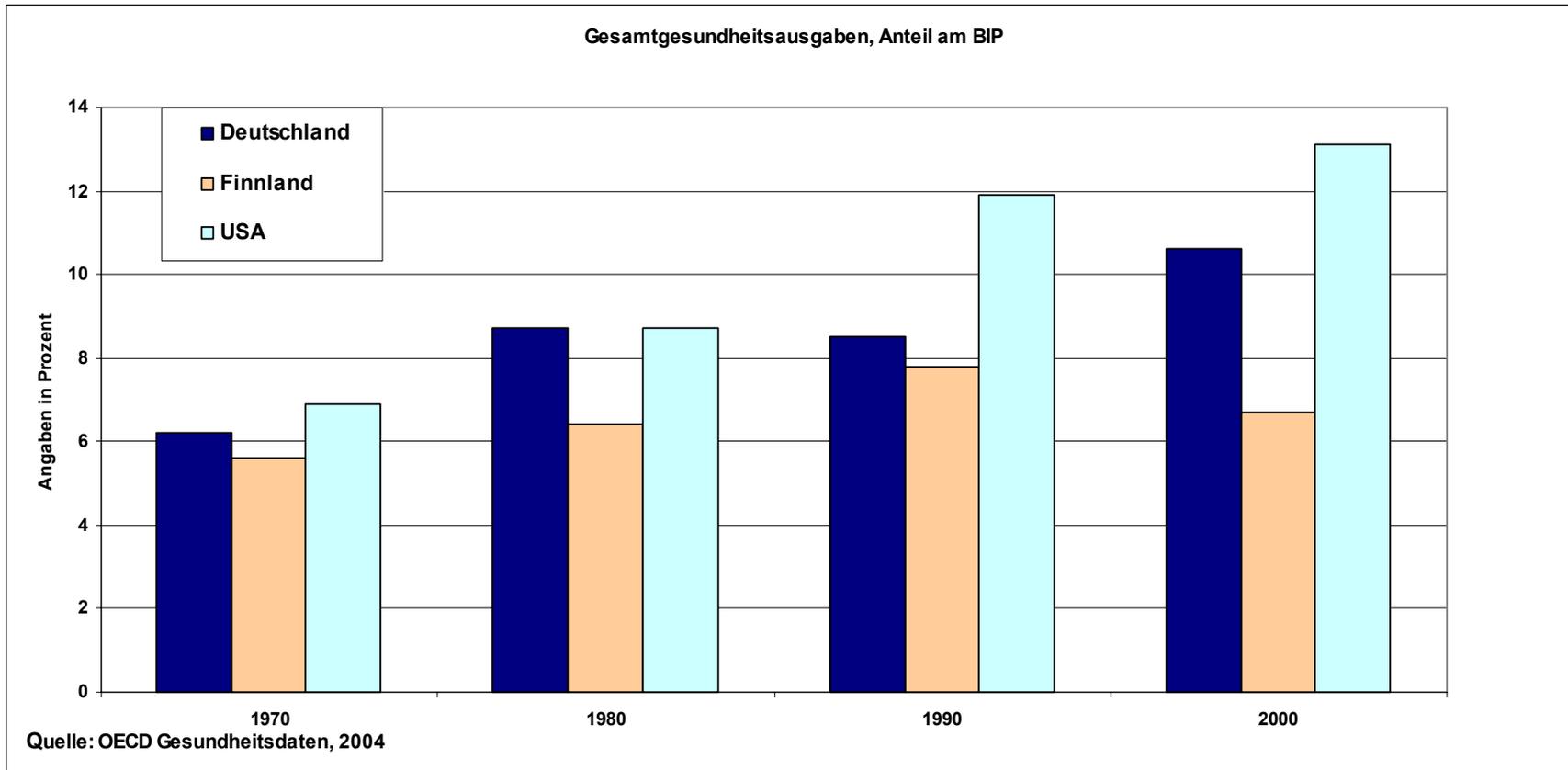
USA: Innovation und Reform

- Mekka der medizinischen und medizintechnischen Innovation – aber:
- technologische Innovationen ohne arbeitsorganisatorische Folgeinnovationen
- Unterschiedliche Verhaltenslogiken bei Anbietern und Patienten
- Fixierung auf Kuration unterschätzt den Beitrag von Prävention

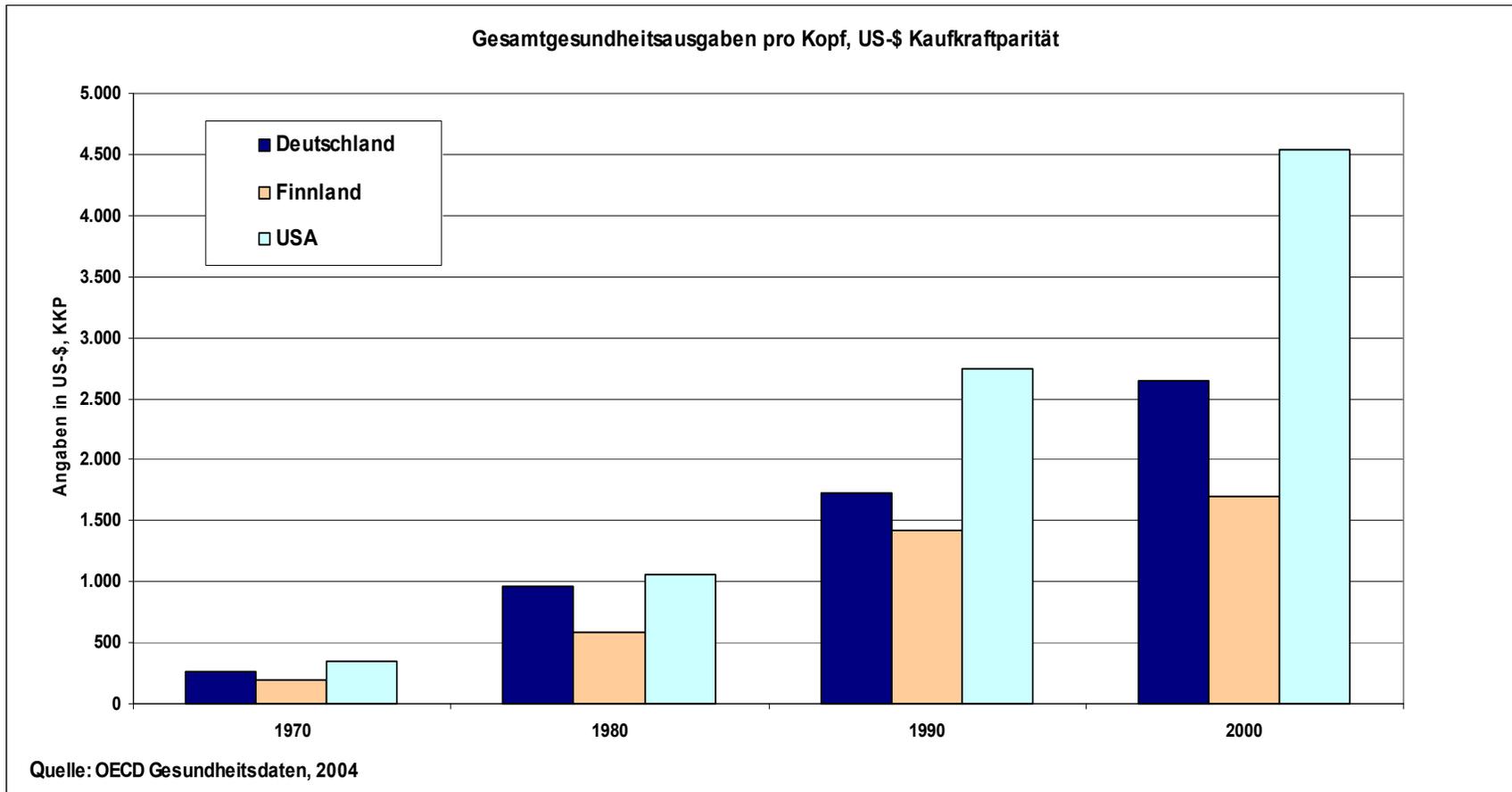
USA: Innovationsbarrieren

- innovationsunfreundliche **Kostenerstattung** behindert integrierte Leistungserbringung
- **Fragmentierung** behindert die Integration von Innovation in das System
- exzessive **Regulierungen** verhindern Wandel oder machen ihn kostspielig
- unbeständige und inkohärente **Politik** verunsichert Investoren
- Regelung von **Interessenkonflikten** zwischen Forschung und Industrie
- Nicht-Beachtung **sozialer Gerechtigkeit** stellt Unterstützung von Spitzenforschung in Frage

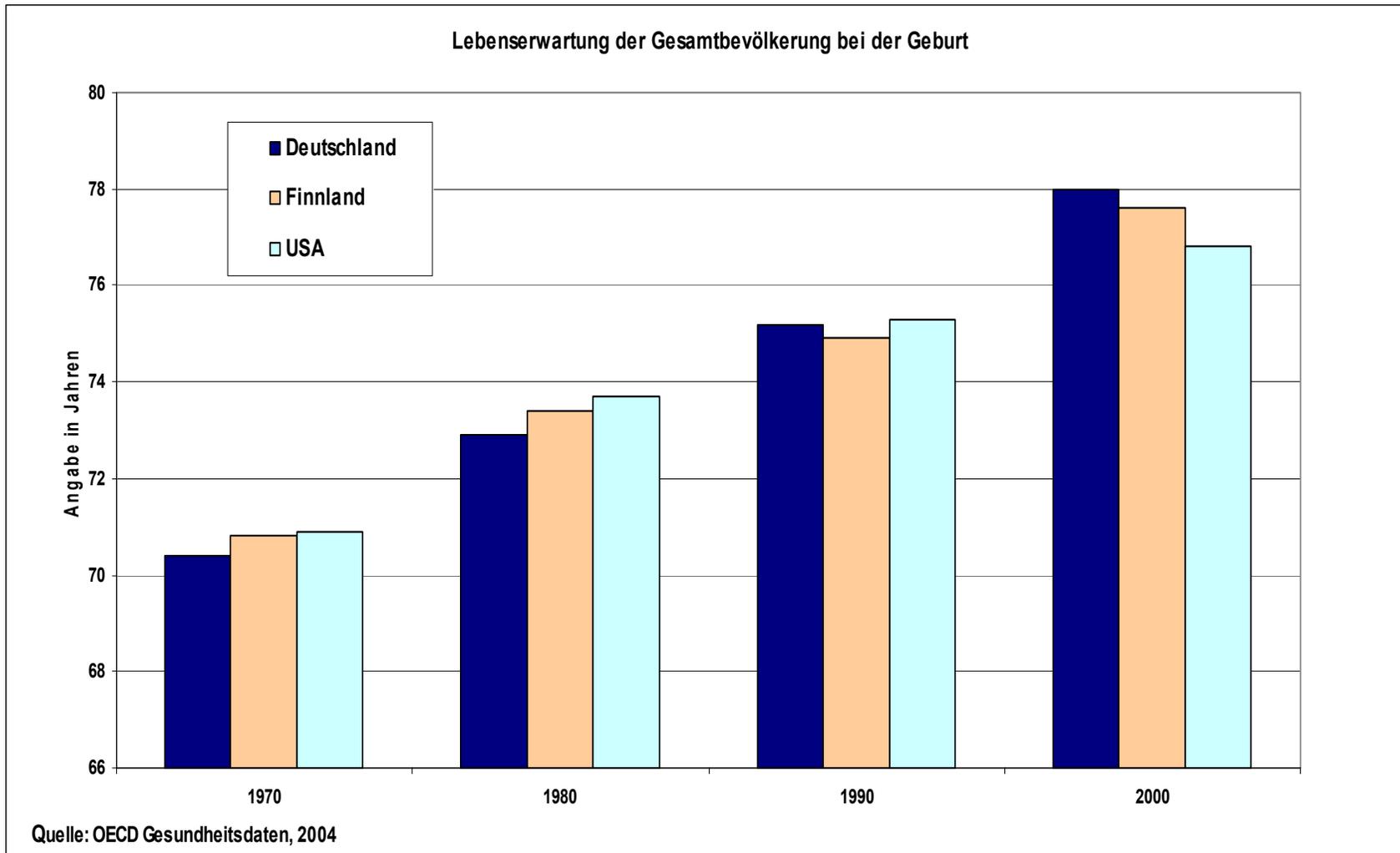
Eckdaten im Vergleich: Gesamtausgaben / Anteil BIP



Eckdaten im Vergleich: Ausgaben pro Kopf



Eckdaten im Vergleich: Lebenserwartung



Das Marktmodell eröffnet Chancen bei individuellen Problemlagen - aber ist Gesundheit ein individuelles Problem?

- **Knackpunkt soziale Gerechtigkeit:**
 - USA: Innovationsbremse - Finnland: Innovationsmotor
- **Knackpunkt Wettbewerb:**
 - Kostenlogik statt intelligenten = effizienten Ressourceneinsatzes
- **Knackpunkt Zugang:**
 - soziale Selektion erhöht die Gesamtkosten des Systems
- **Knackpunkt Partizipation:**
 - Partizipative Strategien ermöglichen Konsens über technologische *und* soziale Innovationen

Ein moderner europäischer Wohlfahrtsstaat ...

- gewährleistet gleichen Zugang
- erschliesst Innovationspotentiale
- eröffnet unterschiedliche Entwicklungspfade