

DAS GESUNDHEITSSYSTEM IN DEUTSCHLAND

Finanzierung des deutschen Gesundheitssystems

Die Gesundheitsversorgung in Deutschland wird überwiegend durch Beiträge der krankenversicherten Bürgerinnen und Bürger sowie die Pflichtbeiträge der Arbeitgeber finanziert. Hinzu kommen steuerlich finanzierte Fördermittel der Bundesländer, die beispielsweise Sanierungsmaßnahmen oder Neubauten von Krankenhäusern unterstützen. Die einzelnen Bundesländer, also auch das Bundesland Berlin, arbeiten mit einem Krankenhausplan, in dem Bedarf und Umfang der Fördermittel festgelegt wird.

Das Krankenversicherungssystem in Deutschland

Für deutsche Bürger gilt die Krankenversicherungspflicht. Hier wird zwischen zwei Formen unterschieden: Ca. 90% sind gesetzlich, ca. 10% sind privat krankenversichert. Ein Patient mit gesetzlicher Versicherung muss z.B. bei einer Aufnahme ins Krankenhaus keine Vorauszahlung für die Behandlung leisten. Das Krankenhaus erbringt die medizinische Leistung und rechnet diese mit der Krankenkasse des Patienten ab. Nur zusätzlich gewünschte sogenannte Wahlleistungen, die über das Maß einer notwendigen medizinischen Versorgung hinausgehen (wie z.B. Chefarztbehandlungen, Einzelzimmer oder Komfortzimmer) muss der Patient zusätzlich bezahlen. Privat Versicherte erhalten nach der Behandlung eine Rechnung, die sie zunächst bezahlen um dann die Kosten bei ihrer Versicherung wieder einholen zu können. Privatversicherungen bieten manchmal die Kostenübernahme für Wahlleistungen an, sodass eine Chefarztbehandlung oder die Unterbringung im Einzelzimmer für den Patienten komplett von dessen Versicherung übernommen wird.

Das deutsche Gesundheitssystem im Vergleich

Im internationalen Vergleich schneidet das deutsche Gesundheitssystem nach Studien der OECD gut ab. Die Wartezeiten für Patienten sind gering, die Anzahl von Ärzten und Krankenhausbetten im Vergleich zur Gesamtbevölkerungszahl ist überdurchschnittlich hoch. Auch die Zahl der Pflegekräfte liegt im OECD-Vergleich über dem Durchschnitt. In der ambulanten Versorgung schätzen die Patienten in Deutschland die Zeit, die sich ein Arzt für eine Beratung nimmt, die Möglichkeit Fragen zu stellen und die Verständlichkeit der ärztlichen Ausführungen überdurchschnittlich hoch ein.

Besonderheiten des deutschen Gesundheitssystems

Das deutsche Gesundheitssystem ist dezentral organisiert und nach dem Prinzip der Selbstverwaltung aufgebaut. Zwar beschließt der Staat die wesentlichen Rahmenbedingungen für die medizinische Versorgung, die Organisation und Finanzierung liegen jedoch in den Händen der Vertreterschaft von Ärzten, Krankenhäusern, Krankenkassen und Krankenversicherten. Diese formen den sogenannten Gemeinsamen Bundesausschuss, der unter anderem darüber entscheidet, welche Leistungen von den Versicherungen zu tragen sind oder welche Maßnahmen zur Qualitätssicherung für den ambulanten und stationären Bereich des Gesundheitssystems notwendig sind.

Qualitätssicherung in deutschen Krankenhäusern und Arztpraxen

Die ärztlichen Berufsordnungen schreiben regelmäßige Fortbildungen vor, damit der Arzt qualifiziert ist, nach aktuell anerkannten Standards zu behandeln. Zusätzlich unterliegen Arztpraxen und Krankenhäuser weiteren Qualitätsanforderungen: Krankenhäuser müssen alle zwei Jahre einen strukturierten Qualitätsbericht erstellen und veröffentlichen. Ebenso müssen die Krankenhäuser Daten ihrer medizinischen Behandlung an ein unabhängiges Institut (Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen) übermitteln, wo nach strengen Kriterien eventuelle Auffälligkeiten überprüft werden.

Auch für Arztpraxen ist gesetzlich vorgeschrieben, ein Qualitätsmanagement zu betreiben. Die Einhaltung wird stichprobenhaft von den kassenärztlichen Vereinigungen der Bundesländer überprüft und veröffentlicht. Weitergehende Zertifizierungen, wie sie viele Krankenhäuser freiwillig machen, sind bei Arztpraxen eher selten.

Das Abrechnungssystem in der deutschen Gesundheitsversorgung

Die Kosten für die medizinische Behandlung sind in Deutschland durch verbindliche Kataloge festgelegt: Die sogenannte Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) kommt bei einer ambulanten Vorstellung oder bei einer gewünschten Chefarztleistung im Rahmen eines stationären Aufenthalts zur Anwendung. Die Gebühren sind einheitlich und verbindlich festgelegt, d.h. kein approbierter Arzt kann die Honorare frei kalkulieren.

Der sogenannte DRG-Katalog (Diagnosis Related Groups) legt die Kosten bei stationären Aufenthalten im Krankenhaus fest. Sie errechnen sich anhand der getroffenen Diagnose und der jeweils empfohlenen Behandlung. Weitere Kosten können durch die Wahl zusätzlich gewünschter Leistungen, wie eine Chefarztbehandlung oder die Unterbringung im Einzel- oder Komfortzimmer entstehen. Nimmt der Patient nicht-medizinische Services, wie Flughafenabholung oder Dolmeterservice in Anspruch, können diese Kosten auch zusätzlich berechnet werden.

Weitere Informationen finden Sie auf www.berlin-health-excellence.de