

Band
14

David Matusiewicz / Manfred Cassens (Hrsg.)

Arteria Danubia
Gesundheitsregionen im Donauraum

~
Ines Kösters

ifgs Schriftenreihe



Institut für Gesundheit & Soziales
der FOM Hochschule
für Oekonomie & Management

Ines Kösters

Arteria Danubia

Gesundheitsregionen im Donauraum

ifgs Schriftenreihe der FOM, Band 14

Essen 2019

ISSN (Print) 2367-3176 ISSN (eBook) 2569-5274

Dieses Werk wird herausgegeben vom ifgs Institut für Gesundheit & Soziales
der FOM Hochschule für Oekonomie & Management gGmbH

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliographie;
detaillierte bibliographische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

© 2019 by



**Akademie
Verlags- und Druck-
Gesellschaft mbH**

MA Akademie Verlags-
und Druck-Gesellschaft mbH
Leimkugelstraße 6, 45141 Essen
info@mav-verlag.de

Das Werk einschließlich seiner
Teile ist urheberrechtlich geschützt.
Jede Verwertung außerhalb der
engen Grenzen des Urhebergesetzes
ist ohne Zustimmung der MA
Akademie Verlags- und Druck-
Gesellschaft mbH unzulässig und
strafbar. Das gilt insbesondere für
Vervielfältigungen, Übersetzungen,
Mikroverfilmungen und die Ein-
speicherung und Verarbeitung in
elektronischen Systemen.

Die Wiedergabe von Gebrauchsnamen,
Handelsnamen, Warenbezeichnungen
usw. in diesem Werk berechtigt
auch ohne besondere Kennzeichnung
nicht zu der Annahme, dass solche
Namen im Sinne der Warenzeichen-
und Markenschutz-Gesetzgebung
als frei zu betrachten wären und
daher von jedermann benutzt werden
dürfen. Oft handelt es sich um
gesetzlich geschützte eingetragene
Warenzeichen, auch wenn sie nicht
als solche gekennzeichnet sind.

Arteria Danubia

Gesundheitsregionen im Donaauraum

Ines Kösters

Ines Kösters M.A.

FOM Hochschule für Oekonomie & Management

E-Mail: ines.koesters@fom.de

Projektbericht BMBF-Anbahnungsprojekt „Arteria Danubia“ (ArDa),
eingereicht im Juni 2018

Geleitwort

Gesundheit generiert aus europäischer Perspektive heraus zu einer der zentralen Themenfelder. Epidemiologische, demografische und vor allem ökonomische Veränderungen führen zu einer Vielzahl von Folgen im jeweiligen nationalen Gesundheitssystem, die zu Migration auf mehreren Ebenen führt. RentnerInnen aus Deutschland ziehen an den „Golden Beach“ in Bulgarien, weil sie sich das Altsein in Deutschland kaum mehr leisten können. Pflegende aus Osteuropa kommen nach Deutschland, um für die Verhältnisse ihrer Herkunftsländer einen „guten“ Verdienst generieren zu können; das betrifft insbesondere die Situation in der Altenpflege in Deutschland. Ärztliches Personal und Krankenpflegende suchen Deutschland, wenn es kein Zielland ist, als Sprungbrett für eine Karriere in der Schweiz, Nordeuropa oder Nordamerika. Dabei stehen viele Gesundheitssysteme Osteuropas aktuell kurz vor dem Kollaps. Wenn die post-kommunistischen Strukturen nicht mehr finanzierbar sind, droht die Privatisierung. Eine dramatische Verschlechterung gerade sozioökonomisch Benachteiligter wäre die Folge. Dies alles sind Eingangsszenarien, die bei dem von Frau Kösters beschriebenen BMBF-Anbahnungsprojekt „Arteria Danubia“ (ArDa) erarbeitet wurden.

Der vorliegende Band der ifgs-Schriftenreihe informiert über die drei Partnerationen auf Basis der europäischen Gesamtsituation, der die gesundheitspolitischen Rahmenbedingungen fokussiert. Die Zielvorgabe der WHO aus dem Jahre 1999 „Health for all in the 21st century“ hat leider nur Weisungscharakter für ein gesundheitsökonomisch mindestens zwei- oder gar dreiklassiges Europa. Regionale Gesundheitsförderungs- und Präventionskonzepte, auf die Frau Kösters im vierten Kapitel eingeht, sollten perspektivisch stärkere Berücksichtigung finden, nicht nur, sondern auch aufgrund der ökonomischen Situation. Um auf die diesbezüglichen Forschungsaktivitäten, vor allem aber auch die Probleme im europäischen Praxisfeld hinzuweisen, wurde dieser Band in die Schriftenreihe integriert.

München im Juni 2018

Prof. Dr. habil. Manfred Cassens

Direktor ifgs Institut für Gesundheit & Soziales der FOM Hochschule

Inhalt

Geleitwort.....	II
Inhalt.....	III
Abkürzungsverzeichnis.....	IV
Abbildungsverzeichnis.....	V
Tabellenverzeichnis.....	V
1 Einleitung.....	1
2 Hintergrundinformationen.....	3
2.1 Grundlagen der Europäischen Gesundheitspolitik	3
2.2 Die EU-Strategie für den Donauraum	7
2.3 Darstellung des Projektes Arteria Danubia	10
3 Gesundheitssysteme.....	11
3.1 Das Gesundheitswesen Ungarns	12
3.2 Das Gesundheitswesen Bulgariens	15
3.3 Das Gesundheitswesen Deutschlands	18
3.4 Kriterien gestützter Vergleich der Gesundheitssysteme	21
3.5 Zusammenfassung.....	27
4 Darstellung des Konzepts der Gesundheitsregionen ^{plus}	29
4.1 Entstehung und Struktur	30
4.2 Ausgewählte Konzepte in Europa	34
4.2.1 Healthy Cities.....	34
4.2.2 Regions for Health Networks.....	36
4.3 Anwendbarkeit des Konzepts in Ungarn und Bulgarien	38
5 Fazit und Ausblick	41
Literaturverzeichnis	43
Internetquellen.....	44

Abkürzungsverzeichnis

AEUV	Vertrag über die Arbeitsweise der Europäischen Union
ArDa	Arteria Danubia
BIP	Bruttoinlandsprodukt
BMAS	Bundesministerium für Arbeit und Soziales
BMBF	Bundesministerium für Bildung und Forschung
BMI	Body-Mass-Index
DLR	Deutsches Zentrum für Luft- und Raumfahrt
EGV	Vertrag zur Gründung der Europäischen Gemeinschaft
ELTE	Eötvös Loránd Universität Budapest
EU	Europäische Union
FDIBA	Fakultät für Deutsche Ingenieur- und Betriebswirtschaftsusbildung
FOM	FOM Hochschule für Oekonomie und Management
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GR	Gesundheitsregionen ^{plus}
HIF	The Health Insurance Fund
LGL	Bayerische Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit
NHIF	National Health Insurance Fund
OECD	Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung
PKV	Private Krankenversicherung
RHN	Regions for Health Networks
STMGP	Bayerisches Staatsministerium für Gesundheit und Pflege
WHO	World Health Organisation

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Anzahl und Verteilung von medizinischem Personal in der EU (2015).....	25
Abbildung 2: Geförderte Gesundheitsregionen ^{plus} (Stand Dezember 2017)	33

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Liste der häufigsten Todesursachen im Vergleich (2014).....	26
--	----

1 Einleitung

Gute Gesundheit und vor allem der Zugang zu Gesundheit und zu Gesundheitsleistungen sollte im 21. Jahrhundert eigentlich für alle Menschen möglich sein. Das dies leider nicht der Fall ist, ist allein mit Blick auf die unterschiedlichen Mitgliedsstaaten der Europäischen Union schon gegeben, dafür muss nicht erst ein Dritte-Welt-Land betrachtet werden. Wie in der folgenden Ausarbeitung deutlich werden wird, geht es bei dem Thema Gesundheit nicht nur darum keine Krankheiten zu haben. Nach Definition der Weltgesundheitsorganisation¹ (englisch: World Health Organisation/ WHO) bedeutet Gesundheit nicht nur die Abwesenheit von Krankheiten oder Gebrechen, sondern Gesundheit ist ein Status von vollkommenem physischem, mentalem und sozialem Wohlbefinden.² Laut dieser Definition spielen also viele unterschiedliche Faktoren eine wichtige Rolle, damit Menschen als (vollkommen) gesund betrachtet werden können.

Ein wichtiger Faktor ist, neben vielen weiteren, das Gesundheitssystem des Landes, welches die Menschen dabei unterstützen soll, Gesundheit zu erlangen. Innerhalb der Mitgliedsstaaten der Europäischen Union lässt sich Gesundheit nach Definition der WHO nicht bei allen Menschen feststellen. Die Gesundheitssysteme der Länder, die für eine gute Gesundheit sorgen sollten, sind von großer Diversität gekennzeichnet. Dies wird in dieser Arbeit anhand eines kriteriengestützten Vergleiches der Gesundheitssysteme der drei europäischen Mitgliedsstaaten Deutschland, Ungarn und Bulgarien verdeutlicht werden.

Ein weiterer wichtiger Faktor für die Entwicklung von guter Gesundheit und dem Zugang zu Gesundheit wird in dieser Arbeit durch den Aspekt von Vernetzung und Kooperationen betrachtet. Vernetzung im Gesundheitswesen birgt viele Vorteile und Verbesserungen für eine effektivere und einfachere Versorgung und Vorsorge für die Bevölkerung. In dieser Arbeit wird das bayerische Modell der Gesundheitsregionen^{plus} untersucht, welches ein regionales Modell für Vernetzung und Kooperation zwischen Akteuren des Gesundheitswesens darstellt und das Ziel verfolgt, die Gesundheit einer regionalen Bevölkerung zu verbessern. Auf Grundlage eines Forschungsanbahnungsprojektes der FOM Hochschule für Oekonomie und Management wird weitergehend geprüft, ob sich dieses Modell auf weitere Regionen des Donauraums anwenden lassen könnte. Abschließend werden die Ergebnisse betrachtet und ein Fazit gezogen. Ziel dieser Arbeit ist

¹ Dieser Begriff wird in der folgenden Arbeit weiterführend im Englischen verwendet.

² Vgl. <http://www.who.int/about/mission/en/>.

eine Aussage dazu, ob sich das Konzept der bayerischen Gesundheitsregionen^{plus} ohne weiteres in Regionen in Ungarn und Bulgarien anwenden und übertragen lässt. Dafür werden die Grundzüge der drei Gesundheitssysteme analysiert und miteinander verglichen.

2 Hintergrundinformationen

Die folgenden Hintergrundinformationen dienen dazu, eine Einführung in das Thema Gesundheit auf europäischer Ebene zu ermöglichen. Dazu wird in einem ersten Abschnitt ein Überblick über die Europäische Gesundheitspolitik gegeben, inklusive einer kurzen Darstellung der EU-Strategie für Gesundheit „Health2020“. Des Weiteren wird in einem zweiten Abschnitt die EU-Strategie für den Donauraum vorgestellt. Der Donauraum ist für diese Arbeit von besonderem Interesse, da es im Folgenden um die Gesundheit in den Ländern Deutschland, Ungarn und Bulgarien geht. Die Grundlage dieser Arbeit bildet das Forschungsanbahnungsprojekt Arteria Danubia³ der FOM Hochschule für Oekonomie und Management. Partner in diesem Projekt ist eine Hochschule aus Budapest, Ungarn sowie eine Hochschule aus Sofia, Bulgarien. Dementsprechend werden Deutschland, Ungarn und Bulgarien im weiteren Verlauf dieser Arbeit untersucht und im Kontext ihrer Gesundheitssysteme verglichen.

2.1 Grundlagen der Europäischen Gesundheitspolitik

Wenn von europäischer Gesundheitspolitik gesprochen wird, ist es wichtig dabei zu erwähnen, dass es aktuell keine „einheitliche europäische Gesundheitspolitik“ im Sinne von europäischen Gesetzen gibt. Bisher haben sich die Mitgliedsstaaten der EU immer noch gegen eine Vereinheitlichung ihrer Gesundheitspolitik ausgesprochen⁴, weswegen die Handlungsmöglichkeiten der EU im gesundheitspolitischen Bereich auch definitiv nachweislich begrenzt sind.⁵ Als Ziele und Aufgaben im gesundheitspolitischen Bereich hat die EU allerdings mit dem Vertrag von Lissabon im Jahr 2009 im Artikel 168 Absatz 1 im Vertrag über die Arbeitsweise der Europäischen Union (AEUV) folgendes definiert:

„Die Tätigkeit der Union ergänzt die Politik der Mitgliedsstaaten und ist auf die Verbesserung der Gesundheit der Bevölkerung, die Verhütung von Humankrankheiten und die Beseitigung von Ursachen

³ Das Projekt Arteria Danubia wird in Kapitel 2.3 Darstellung des Projektes Arteria Danubia detaillierter vorgestellt.

⁴ Besonders in zentralen Themen wie Organisation, Finanzierung und Leistungserbringung, wird bereits im Vertrag von Maastricht im Jahr 1992 von einer Harmonisierung der Gesundheitspolitik in den Mitgliedsstaaten der EU definitiv abgesehen (Vgl. Schölkopf, M. / Pressel, H. (2014): 242).

⁵ Vgl. Schölkopf, M. / Pressel, H. (2014): 241.

für die Gefährdung der körperlichen und geistigen Gesundheit gerichtet. Sie umfasst die Bekämpfung schwerwiegender grenzüberschreitender Gesundheitsgefahren“.

In Artikel 168 Absatz 7 (AEUV) wird weitergehend beschrieben, dass die Verantwortung der einzelnen EU-Staaten die „Verwaltung des Gesundheitswesens und der medizinischen Versorgung sowie die Zuweisung der dafür bereitgestellten Mittel“ umfasst.⁶ In Artikel 152 des Vertrags über die Europäische Gemeinschaft (EGV) wird u. a. auch von konkreter definierten Handlungsbefugnissen der EU gesprochen, wobei es um die „grenzüberschreitende Sicherstellung des Gesundheitsschutzes der Bevölkerung“ geht, dabei „[...] kann die Union seither auch Maßnahmen zur Festlegung von Sicherheits- und Qualitätsstandards für Organe und Substanzen menschlichen Ursprungs sowie für Blut und Blutderivate entfalten“.⁷ Im Jahr 2007 wurde die „Gesundheitsstrategie“ der EU verabschiedet, die ebenfalls in die Strategie Europa 2020 eingegangen ist und die drei Kernziele enthält, die Gesundheit in einem alternden Europa zu fördern, die Bürger vor Gesundheitsgefahren zu schützen sowie dynamische Gesundheitssysteme und neue Technologien zu fördern.⁸ In dem Aktionsprogramm „Gesundheit für Wachstum“, welches als drittes Aktionsprogramm der EU mit einer Laufzeit von 2014 bis 2020 im Jahr 2013 etabliert wurde, sieht die EU Finanzmittel für die Förderung von Gesundheit und Prävention von Krankheiten, für den Schutz vor grenzüberschreitenden gesundheitlichen Bedrohungen, für innovative und nachhaltige Gesundheitssysteme und einen vereinfachten Zugang zur Gesundheitsversorgung für ihre Mitgliedsstaaten vor.⁹

Im Jahr 2001 hat die EU drei Herausforderungen für die Gesundheitspolitik ihrer Mitgliedsstaaten beschrieben, die ihrer Meinung nach trotz der nachweisbaren politischen, ökonomischen und sozialen Heterogenität der unterschiedlichen Staaten für alle annähernd gleich sind: zum Einen sehen sich die Staaten einer Sicherung des Zugangs zu einer effektiven Gesundheitspolitik unter der Berücksichtigung der besonderen Bedürfnisse älterer Menschen gegenüber, zweitens sollten die Gesundheitssysteme mehr Transparenz und Qualität aufweisen und drittens sehen sich alle EU-Staaten mit der Problematik einer Sicherstellung der langfristigen Finanzierbarkeit konfrontiert.¹⁰ Des Weiteren sind im Laufe der Zeit und mit der fortschreitenden Weiterentwicklung der EU und ihrer Mitgliedsstaaten

⁶ Schölkopf, M. / Pressel, H. (2014): 244.

⁷ Schölkopf, M. / Pressel, H. (2014): 245.

⁸ Vgl. Europäische Kommission (2016): 5.

⁹ Vgl. Schölkopf, M. / Pressel, H. (2014): 248.

¹⁰ Vgl. Schölkopf, M. / Pressel, H. (2014): 249.

weitere Herausforderungen hinzugekommen. Da wäre unter anderem die Herausforderung für die nationalen Gesundheitssysteme sich dem demografischen Wandel und einer damit einhergehenden erhöhten Nachfrage nach medizinischen Leistungen erfolgreich zu stellen, sowie der zunehmenden alternden Bevölkerung.¹¹ Dies ist insbesondere wichtig, da sich EU-Bürger während rund 20 Prozent ihres Lebens in einem schlechten Gesundheitszustand befinden und somit die Gesundheitssysteme erheblich belasten.¹² Eine weitere Mitgliedsstaaten übergreifende Herausforderung sieht die EU in der angestiegenen Häufigkeit vermeidbarer Erkrankungen, wie zum Beispiel Krebs, Herzerkrankungen oder Diabetes, welche immer öfter zu erhöhten Kosten führen und außerdem rund 87 Prozent aller Todesfälle in der EU im Jahr 2016 begründeten.¹³ Des Weiteren sieht sich die EU mit der Herausforderung der gesundheitlichen Ungleichheit zwischen den einzelnen Mitgliedsstaaten konfrontiert, welche in dieser Arbeit eine besonders wichtige Rolle spielt und von Faktoren wie zum Beispiel dem Zugang zu Gesundheit, Einkommen, Bildungsstand oder Geschlecht beeinflusst wird.¹⁴

Diese Herausforderungen, bilden dennoch eine gemeinsame Grundlage auf der kooperative Maßnahmen für eine effektive europäische Gesundheitspolitik ansetzen könnten und sollten. Aus den in diesem Abschnitt aufgeführten Gründen ist es wichtig, dass in der Europäischen Union Maßnahmen und Projekte umgesetzt werden, die zu mehr Kooperation der EU-Staaten führen, insbesondere im Bereich des Gesundheitswesens.

Als übergreifende Ziele der europäischen Gesundheitspolitik führt die EU auf:

- Die Prävention von Krankheiten,
- Die Förderung gesünderer Lebensweisen,
- Die Förderung des Wohlbefindens,
- Der Schutz der Menschen vor schweren grenzüberschreitenden Gesundheitsgefahren,
- Die Verbesserung des Zugangs zur Gesundheitsversorgung,
- Die Förderung von Gesundheitsinformationen und Gesundheitserziehung,
- Die Verbesserung der Patientensicherheit,
- Die Förderung dynamischer Gesundheitssysteme und neuer Technologien,

¹¹ Vgl. Europäische Kommission (2016): 3.

¹² Vgl. Europäische Kommission (2016): 13.

¹³ Vgl. Europäische Kommission (2016): 3f.

¹⁴ Vgl. Europäische Kommission (2016): 4.

- Die Festlegung hoher Qualitäts- und Sicherheitsstandards für Organe und Substanzen menschlichen Ursprungs
- Sowie eine hohe Qualität, Sicherheit und Wirksamkeit von Arzneimitteln und Medizinprodukten.¹⁵

Vor dem Hintergrund von mehr Kooperation und Vernetzung der Europäischen Gesundheitspolitik, ist zum Beispiel die Einführung der Europäischen Krankenversicherungskarte ein wichtiger Schritt. Damit wird EU-Bürgern in den Mitgliedsstaaten der Zugang zu „[...] ungeplanten, medizinisch erforderlichen, staatlichen Gesundheitsdienstleistungen während eines vorübergehenden Aufenthaltes“ ermöglicht.¹⁶ Außerdem können EU-Bürger Rezepte im EU-Ausland einlösen und Medikamente erhalten, oder einen Teil der Kosten für medizinische Behandlungen zurückerhalten, welchen sie in ihrem Heimatland gemäß dem dortigen Gesundheitsleistungskatalog erhalten hätten.¹⁷

Ein wichtiger Bereich im Zusammenhang mit Gesundheitspolitik und Europa ist das aktuelle Rahmenkonzept für die Gesundheitspolitik in der Europäischen Union „Health2020“. Hauptanliegen des Rahmenkonzepts ist es, sozial bedingte Ungleichgewichte abzubauen und eine gesundheitliche Chancengleichheit zu fördern, wofür verschiedene Prioritäten, Anregungen, Zukunftsvisionen und strategische Überlegungen für Politikgestalter empfohlen werden.¹⁸ Das Rahmenkonzept dient dazu, die Staaten in Europa bei diesen Aufgaben und Herausforderungen zu unterstützen und der Bevölkerung eine gute Gesundheit zu ermöglichen. Gesundheit und Wohlbefinden der Bevölkerung sollen verbessert und Ungleichheiten abgebaut werden, die öffentliche Gesundheit gestärkt und die Gesundheitssysteme nachhaltig und patientennah gestaltet werden.¹⁹ Das Rahmenkonzept basiert auf in der Satzung der „World Health Organisation“ (WHO) verankerten Werten, der „Forderung nach einem erreichbaren Höchstmaß an Gesundheit als einem Menschenrecht für alle Bürger in der Europäischen Region“.²⁰ Gefordert und gefördert wird unter anderem die Verknüpfung von Akteuren, Maßnahmen sowie vielschichtigen Herausforderungen auf verschiedenen Ebenen. Aufbauend auf dem vorherigen Rahmenkonzept, wird Regierungen

¹⁵ Vgl. Europäische Kommission (2016): 3.

¹⁶ Europäische Kommission (2016): 6.

¹⁷ Vgl. Ebd.

¹⁸ Vgl. <http://www.euro.who.int/de/health-topics/health-policy/health-2020-the-european-policy-for-health-and-well-being>.

¹⁹ Vgl. Ebd.

²⁰ Vgl. <http://www.euro.who.int/de/health-topics/health-policy/health-2020-the-european-policy-for-health-and-well-being/about-health-2020/why-health-2020>.

empfohlen, bereichsübergreifend zusammenzuarbeiten, um zwei strategische Ziele zu verfolgen. Diese sind zum einen die „Verbesserung der Gesundheit für alle und Verringerung der gesundheitlichen Ungleichheiten“ sowie die „Verbesserung von Führung und partizipatorischer Steuerung für Gesundheit“.²¹ Dementsprechend beinhaltet das Umsetzungspaket des Rahmenkonzepts verschiedene Aktionsbereiche sowie verschiedene Instrumente, Leistungen und Dokumente, mit denen diese Ziele erreicht werden sollen.²²

Im nächsten Abschnitt wird weitergehend eine makroregionale Strategie der EU vorgestellt, welche für die hier wichtigen Länder Deutschland, Ungarn und Bulgarien von Bedeutung ist.

2.2 Die EU-Strategie für den Donauraum

Die Europäische Union hat seit dem Jahr 2009 eine Reihe von makroregionalen Strategien entwickelt und diese in vier Regionen etabliert, begonnen mit der Strategie für den Ostseeraum im Jahr 2009.²³ Deutschland ist neben der Strategie für den Ostseeraum an zwei weiteren makroregionalen Strategien beteiligt, unter anderem an der EU-Strategie für den Donauraum, welche im Jahr 2011 entwickelt wurde.²⁴ Makroregionale Strategien zeichnen sich laut der EU durch drei Merkmale aus. Zum einen beziehen sich diese integrierten Rahmenwerke auf die jeweiligen beteiligten Mitgliedsstaaten und Drittstaaten, zum anderen befassen sie sich mit den jeweiligen regionalen Herausforderungen und werden drittens zur regionalen Kooperation und ökonomischen, sozialen und territorialen Beziehungsverstärkung genutzt.²⁵ Des Weiteren bietet sich durch die entstehende Kooperation makroregionaler Strategien der Vorteil einer Koordinierung bereits bestehender transnationaler Zusammenarbeit, im Besonderen zur Bündelung von Ressourcen und der Schaffung einer Möglichkeit für EU-Nachbarn, ein großes „geografisch-naturräumlich-wirtschaftlich-geschichtlich“ zusammenhängendes Gebiet zu koordinieren und zu kooperieren.²⁶ Als gemeinsames Ziel haben alle

²¹ Vgl. <http://www.euro.who.int/de/health-topics/health-policy/health-2020-the-european-policy-for-health-and-well-being/about-health-2020/strategic-objectives>.

²² Vgl. <http://www.euro.who.int/de/health-topics/health-policy/health-2020-the-european-policy-for-health-and-well-being/implementation-package>.

²³ Vgl. Bos, E. (2017): 19.

²⁴ Vgl. Ebd.

²⁵ Vgl. Bos, E. (2017): 21.

²⁶ Streitenberger, W. (2017): 44.

makroregionalen Strategien der EU, dass sie in bestehende politische Rahmen und Programme etabliert werden sollen und darauf abzielen:

„[...] die dringendsten Probleme einer Region zu identifizieren, die Zusammenarbeit zu verstärken, das Entwicklungspotenzial der Region durch neue Projekte und Initiativen zu mobilisieren und letztendlich eine gemeinsame Identität zu fördern und auf diese Weise ein Gefühl der gemeinsamen Verantwortlichkeit für die Region zu entwickeln.“²⁷

Als grundlegende Annahme vereint alle makroregionalen Strategien ein Gefühl der Zugehörigkeit zu einem bestimmten Naturraum, durch den die beteiligten Länder oder Regionen ohne aktives Zutun gemeinsame Bedürfnisse entwickelt haben und ebenso gemeinsamen Herausforderungen gegenüber stehen.²⁸ Durch gemeinsame Projekte und koordinierte Strategien soll die Heterogenität in den Makroregionen verringert und vor allem eine Annäherung an einen gemeinsamen Entwicklungsstand der beteiligten Länder, bzw. Regionen, bedingt durch verschiedene natürliche oder demografische Nachteile, ermöglicht werden.²⁹

Die EU-Strategie für den Donauraum ist speziell ausgerichtet auf die zentralen Herausforderungen der unterschiedlichen Länder und Regionen rund um den zweitgrößten Fluss Europas. Die beteiligten Länder zeichnen sich unter anderem durch kulturelle Vielfalt, einer Vielzahl an gesprochenen Sprachen, unterschiedlichen Verwaltungsstrukturen und einer extremen wirtschaftlichen Heterogenität gekennzeichnet durch die am produktivsten und am wenigsten produktivsten Länder Europas aus.³⁰ „Die Makroregion Donau stellt [...] ein Fünftel der Fläche der EU dar und verbindet insgesamt 14 Staaten.“³¹ Zu diesen 14 Staaten gehören die neun EU-Mitgliedsstaaten Deutschland, Tschechien, Österreich, Slowakei, Kroatien, Ungarn, Rumänien, Bulgarien und Slowenien sowie die fünf nicht EU-Staaten Ukraine, Moldawien, Serbien, Montenegro und Bosnien-Herzegowina.³²

²⁷ Bos, E. (2017): 21.

²⁸ Vgl. Bos, E. (2017): 22.

²⁹ Vgl. Bos, E. (2017): 23.

³⁰ Vgl. Sielker, F. (2017): 73, 80, 85.

³¹ Sielker, F. (2017): 78.

³² Sielker, F. (2017): 79.

Nicht von der Hand zu weisen sind dementsprechend die vielfältigen Herausforderungen, denen sich die Akteure in der Donauregion stellen müssen. In dem Buch: „Die EU-Strategie für den Donauraum auf dem Prüfstand. Erfahrungen und Perspektiven“³³, sind einige wesentliche Herausforderungen beschrieben, die von Akteuren des Donauraums nach einigen Jahren bestehender makroregionaler Donauraumstrategie berichtet wurden. Herausforderungen, denen sich eine Kooperation im Donauraum stellen muss, sind unter anderem die historisch gewachsene Diversität im Donauraum, eine unterschiedliche ökonomische und soziale Ausgangslage der Länder und der politischen Systeme, dadurch bedingte politische Spannungen oder ein fehlendes Zugehörigkeitsgefühl der Menschen und Regionen selbst.³⁴ Vor allem durch die Osterweiterung der EU, durch die sich einige der Herausforderungen im Donauraum begründen lassen und verstärkt wurden, wird europäische Regionalpolitik immer wichtiger.³⁵ Besonders die Gesundheitsversorgung in vielen EU-Mitgliedsstaaten, vor allem im Donauraum, ist sehr unterschiedlich ausgeprägt. In vielen ländlichen Regionen ist die Bevölkerung unterversorgt und hat mit einer mangelnden Vernetzung und fehlenden gesundheitlichen Infrastruktur zu kämpfen. Diese Herausforderungen verdeutlichen die Notwendigkeit von EU-weiten Projekten zur Vernetzung und Intensivierung von Kooperationen, wie es mit der EU-Strategie für den Donauraum verfolgt wird.³⁶ Weiterhin sind die EU-Mitgliedsstaaten bei ihrer Entwicklung, im Besonderen bei der Entwicklung ihrer Gesundheitssysteme, auf Unterstützung aus der EU angewiesen. Die Notwendigkeit von (regionalen) Kooperationsprogrammen bzw. -projekten wird ebenfalls dadurch verdeutlicht, dass die EU, wie oben beschrieben, lediglich eingeschränkte Möglichkeiten bei der Umsetzung von einheitlicher Gesundheitspolitik auf europäischem Level hat. Dadurch bedingt, dass die EU in den vergangenen Jahren an Größe zugelegt hat und die Mitgliedsstaaten sich in vielen Punkten stark voneinander unterscheiden, steigt die Bedeutung von regionaler Vernetzung, wie durch die Donauraumstrategie verfolgt, immer weiter.

³³ Bos, E./ Griessler, C/ Walsch, C. (Hrsg.) 2017.

³⁴ Vgl. Sielker, F. (2017): 86.

³⁵ Vgl. Bos, E. (2017): 22.

³⁶ Vgl. Kapitel 2.1 Grundlagen der Europäischen Gesundheitspolitik.

2.3 Darstellung des Projektes Arteria Danubia

Hintergrund für die Ausarbeitung und Fragestellung dieser Arbeit ist das Projekt „Arteria Danubia – Analyse und Diskussion über die Implementierung von Modellgesundheitsregionen im Bereich Oberlauf und Unterlauf der Donau (ArDa)“ (Förderkennzeichen 01DS17019), welches unter der Projektleitung der FOM Hochschule für Oekonomie und Management gGmbH (FOM) mit den Partnerhochschulen der Eötvös Loránd Universität Budapest (ELTE) und der Fakultät für Deutsche Ingenieur- und Betriebswirtschaftsausbildung (FDIBA) der Technischen Universität Sofia vom 01. April 2017 bis 31. März 2019 durchgeführt wird. Dementsprechend wurden auch die drei Länder für diese Arbeit ausgewählt. ArDa ist ein Forschungsanbahnungsprojekt auf internationaler Ebene, mit dem Ziel Kooperations- und Netzwerkstrukturen zwischen den Partnern und weiteren relevanten Akteuren aus dem Gesundheitswesen aufzubauen, diese langfristig und nachhaltig zu gestalten und weitere Themen und Konzepte für folgende gemeinsame Forschungsprojekte zu erarbeiten. Ein weiteres wichtiges Ziel ist die Überprüfung, ob das bayerische Konzept der Gesundheitsregionen^{plus37} auf die Partnerländer Ungarn und Bulgarien übertragen werden kann. Gefördert wird das Projekt vom Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF).

³⁷ Siehe Kapitel 4. Darstellung des Konzepts der Gesundheitsregionen^{plus}.

3 Gesundheitssysteme

Die Gesundheitssysteme in der Europäischen Union, insbesondere auch diejenigen im Donauraum, sind wie die einzelnen Mitgliedsstaaten auch, vor allem durch Diversität gekennzeichnet. Charakterisiert durch eine Vielzahl an beteiligten Akteuren, Institutionen und Organisationen können Gesundheitssysteme auch als komplexe Gebilde bezeichnet werden, die sich im Laufe der Zeit in kleinen oder großen Etappen weiterentwickeln.³⁸ Viele nationale Gesundheitssysteme in der Europäischen Union können in ihren Ursprüngen auf das 19. Jahrhundert, oder weiter zurückdatiert werden.³⁹ Häufig entstanden durch Konflikte zwischen verschiedenen Akteuren, haben sich diese Gesundheitssysteme im Laufe der Zeit anhand unterschiedlicher, regions- und landesspezifischer politischer, historischer und sozioökonomischer Strukturen entwickelt und gewandelt.⁴⁰

In der Literatur werden drei verschiedene Arten von Idealsystemen beschrieben, anhand derer einzelne Gesundheitssysteme verschiedener Länder differenziert beziehungsweise verglichen werden können. Es gibt das Sozialversicherungssystem, das steuerfinanzierte System und das privatwirtschaftliche System.⁴¹ Ein Gesundheitssystem auf Sozialversicherungsbasis zeichnet sich dadurch aus, dass zum einen der Staat eine weniger starke Rolle einnimmt, die Finanzierung durch Sozialversicherungen, getragen durch Beiträge von Unternehmen und den Beschäftigten gegeben ist, und die Leistungserbringung durch private und öffentliche Akteure bzw. Anbieter getätigt wird.⁴² Ein steuerfinanziertes oder staatliches Gesundheitssystem zeichnet sich dadurch aus, dass die Finanzierung über Steuern bewältigt wird, der Staat als starker Akteur die Regeln des Systems vorgibt und die Leistungserbringer öffentliche Akteure sind.⁴³ Das dritte Idealsystem, das privatwirtschaftliche Gesundheitssystem ist durch eine sehr passive Rolle des Staates gekennzeichnet.⁴⁴ Private Akteure sind sowohl für die Finanzierung als auch für die Erbringungen von Leistungen verantwortlich und die Regulierung wird den Mechanismen des Marktes überlassen.⁴⁵ Nun ist es auch bei diesen drei Idealarten von Gesundheitssystemen so, wie bei allen Idealsystemen, sie

³⁸ Vgl. Gerlinger, T. / Reiter, R. (2012)

³⁹ Vgl. Ebd.

⁴⁰ Vgl. Ebd.

⁴¹ Vgl. Ebd.

⁴² Vgl. Ebd.

⁴³ Vgl. Ebd.

⁴⁴ Vgl. Ebd.

⁴⁵ Vgl. Ebd.

treten in der Realität niemals in ihrer Reinform auf, sondern sind als Mischsysteme in den Mitgliedsstaaten der EU zu finden. So auch in den im folgenden Kapitel beschriebenen Gesundheitssystemen der Länder Ungarn, Bulgarien und Deutschland. Diese drei Länder wurden aufgrund ihrer Beteiligung in dem Forschungsanbahnungsprojekt Arteria Danubia ausgewählt, da die Darstellung ihrer Gesundheitssysteme, sowie eventuelle Gemeinsamkeiten und Unterschiede für das Projekt und diese Arbeit von großem Interesse sind.

3.1 Das Gesundheitswesen Ungarns

Das ungarische Gesundheitssystem kann in seinen Grundzügen als eine Mischung aus steuerfinanziertem und sozialversicherungsbasiertem System bezeichnet werden. Bis in das Jahr 1989 wurde das Gesundheitswesen maßgeblich durch den Zentralstaat gesteuert und durch Steuermittel finanziert, bis zu Beginn der 90er Jahre ein beitragsfinanziertes System und eine Krankenversicherung mit Pflichtmitgliedschaft eingeführt wurde.⁴⁶ Das Angebot und der Umfang an medizinischen Leistungen sowie grundsätzlich alle gesundheitspolitischen Entscheidungen werden durch die Regierung und staatliche Regionalverwaltungen bestimmt.⁴⁷ Die ungarische Regierung definiert weiterhin gesundheitspolitische Strategien und Richtlinien, hat die Kontrolle und Bestimmungsgewalt über das Budget und die angebotenen medizinischen Leistungen sowie die Ermächtigung, finanzielle Mittel und Ressourcen freizugeben oder Zahlungen einzustellen.⁴⁸ In Ungarn gibt es eine Nationale Krankenversicherung „The Health Insurance Fund (HIF)“⁴⁹, über die sich alle Menschen pflichtversichern müssen und welche die Krankenkassenbeiträge an 20 landesweite regionale Geschäftsstellen verteilt, die wiederum regionale Verträge mit Ärzten und weiteren Anbietern von Gesundheitsleistungen vor Ort abschließen.⁵⁰ Finanziert wird die Gesundheitsversorgung durch Krankenversicherungsbeiträge von Arbeitgeber und Arbeitnehmer, der Beitrag liegt bei 15 Prozent des Bruttoeinkommens, wobei Selbstständige ihre Beiträge in voller Höhe selbst zahlen müssen.⁵¹ Im Jahre 2011 wurde der Anteil der Arbeitgeber von vormals fünf Prozent auf zwei Prozent⁵² gesenkt und

⁴⁶ Vgl. Schölkopf, M. / Pressel, H. (2014): 113.

⁴⁷ Vgl. Ebd.

⁴⁸ Vgl. OECD: Hungary: Country Health Profile 2017 (2017): 6.

⁴⁹ OECD: Hungary: Country Health Profile 2017 (2017): 6.

⁵⁰ Vgl. Schölkopf, M. / Pressel, H. (2014): 113.

⁵¹ Vgl. Schölkopf, M. / Pressel, H. (2014): 114.

⁵² Arbeitnehmer tragen demnach 10 Prozent der Versicherungsbeiträge und der Staat gleicht die fehlenden drei Prozent der Arbeitgeberseite aus.

die Differenz durch Mittel aus dem Staatshaushalt ausgeglichen, wodurch der Staat nun als dritte Partei ebenfalls an den Krankenversicherungsbeiträgen beteiligt ist.⁵³ Die Nationale Krankenversicherung zahlt von den Versicherungsbeiträgen alle notwendigen medizinischen Leistungen und erstattet für ungefähr 300 Medikamente ca. 90 Prozent der Kosten.⁵⁴ Enthalten im Budget der HIF sollen die Krankenversicherungsbeiträge, eine zweckgebundene Gesundheitssteuer, direkte Regierungsausgaben sowie andere Einkommen im Gesundheitssektor sein und somit die gesamte ungarische Bevölkerung in gesundheitstechnischen Fragen schützen.⁵⁵

Das Angebot an medizinischen Leistungen im ungarischen Gesundheitssystem sieht in der Theorie umfassende Angebote vor, in der Realität müssen Patienten aber häufig offizielle sowie inoffizielle Zuzahlungen tätigen, um Medikamente, Gesundheitsleistungen oder schlichtweg eine Behandlung zu erhalten.⁵⁶ Die offiziellen und inoffiziellen privaten Zuzahlungen im ungarischen Gesundheitssystem haben im Jahr 2015 rund 29 Prozent aller Gesundheitsausgaben ausgemacht, zum Vergleich lag der EU-Durchschnitt bei ca. 15 Prozent.⁵⁷

Die Struktur der Versorgung im ungarischen Gesundheitswesen lässt sich in eine primäre und eine sekundäre Versorgung, ähnlich der ambulanten und stationären Versorgung in Deutschland einteilen. Von besonderer Bedeutung sind die sogenannten „Familienärzte“, die als Allgemeinmediziner als eine erste Anlaufstelle für Patienten fungieren und eine gewisse Patientenanzahl in einer Region versorgen müssen, jedoch auch nicht mehr versorgen sollen.⁵⁸ Grundsätzlich arbeiten die Familienärzte in Einzelpraxen und erhalten eine Vergütung für Behandlungen über eine sogenannte Kopfpauschale.⁵⁹ Diese Pauschale wird von der HIF gezahlt und ist abhängig von der Altersstruktur der Patienten, dem Alter und der Ausbildung des jeweiligen Arztes sowie der Lage und der Größe der entsprechenden Praxis, wird aber nur bis zu einer bestimmten Patientenobergrenze gewährt.⁶⁰ Die Familienärzte haben eine Gatekeeper-Funktion, indem sie ihre Patienten an Fachärzte überweisen, welche hauptsächlich in Krankenhäusern, Am-

⁵³ Vgl. Schölkopf, M. / Pressel, H. (2014): 114f.

⁵⁴ Vgl. Ebd.

⁵⁵ Vgl. OECD: Hungary: Country Health Profile 2017 (2017): 7.

⁵⁶ Vgl. Schölkopf, M. / Pressel, H. (2014): 115.

⁵⁷ Vgl. OECD: Hungary: Country Health Profile 2017 (2017): 11.

⁵⁸ Vgl. Schölkopf, M. / Pressel, H. (2014): 115f.

⁵⁹ Vgl. Ebd.

⁶⁰ Vgl. Schölkopf, M. / Pressel, H. (2014): 116.

balanzen oder selbstständigen Polikliniken arbeiten, in denen die stationäre Versorgung stattfindet.⁶¹ Ohne eine Überweisung können nur vereinzelt Fachärzte wie Gynäkologen oder Hals-Nasen-Ohrenärzte direkt von Patienten aufgesucht werden. Die meisten ungarischen Krankenhäuser werden staatlich aus Steuergeldern finanziert und sind oftmals hoch verschuldet, wovon potenzielle private Investoren abgeschreckt werden und daher eher selten investieren.⁶² Da sich fast 40 Prozent aller Kliniken in Ungarn im Großraum Budapest befinden, ist vor allem die ländliche ungarische Bevölkerung medizinisch stark unterversorgt.⁶³

Zwei Drittel aller Gesundheitsausgaben in Ungarn werden aus öffentlicher Hand finanziert, wobei diese in den letzten Jahren immer mehr abnehmen und das ungarischen Gesundheitssystem stark unterfinanziert ist, da im Jahr 2015 nur die Hälfte des EU-Durchschnitts pro Kopf für Gesundheit ausgegeben wurde und diese Differenz stetig zunimmt.⁶⁴ Des Weiteren lassen sich in Ungarn gravierende Unterschiede im Gesundheitsstatus der Bevölkerung, vor allem im Vergleich der sozioökonomischen Schichten und der Geschlechter beobachten.⁶⁵ Es gibt viele ungarische Haushalte mit niedrigem Einkommen, die bedingt durch den Aspekt der offiziellen und inoffiziellen privaten Zuzahlungen einen mangelhaften Zugang zum Gesundheitssystem und medizinischen Leistungen haben und dementsprechend medizinisch unterversorgt sind.⁶⁶ Im Jahr 2012 durchliefen die ungarische Gesundheitsbehörde und einige weitere Gesundheitsservices Zentralisierungsprozesse, bei denen unter anderem die Eigentümerschaft von Krankenhäusern zurück auf den Staat übertragen wurden.⁶⁷

Bedingt durch den Beitritt Ungarns zur Europäischen Union im Jahr 2004 haben Ärzte und sonstige medizinische Pflegekräfte die Möglichkeit von Arbeitsmobilität vermehrt genutzt, was zu einem Mangel an Gesundheitsexperten bzw. -fachkräften geführt hat und den ungleichen Zugang zu medizinischen Leistungen vor allem im öffentlichen Gesundheitswesen sowie in ländlichen Regionen weiterhin verstärkt hat.⁶⁸ Die Gesundheitsversorgung in Ungarn ist stark Krankenhauszentriert, was sich in einer hohen Rate an vermeidbaren Krankenhausaufenthal-

⁶¹ Vgl. Ebd.

⁶² Vgl. Ebd.

⁶³ Vgl. Ebd.

⁶⁴ Vgl. OECD: Hungary: Country Health Profile 2017 (2017): 1.

⁶⁵ Vgl. Ebd.

⁶⁶ Vgl. Ebd.

⁶⁷ Vgl. OECD: Hungary: Country Health Profile 2017 (2017): 6.

⁶⁸ Vgl. OECD: Hungary: Country Health Profile 2017 (2017): 7, 12.

ten, der europaweit zweithöchsten Krankenhausrate für ambulante Behandlungen sowie der Unterentwicklung des primären bzw. des Grundversorgungssektors widerspiegelt.⁶⁹

3.2 Das Gesundheitswesen Bulgariens

Das bulgarische Gesundheitssystem kann einer Mischform aus dem Typus des Sozialversicherungssystems und des steuerfinanziertem Systems zugeordnet werden. Im Jahr 1998 wurde in Bulgarien mit einem Gesetz die Grundlage für einen beitragsfinanzierten nationalen Krankenversicherungsfonds „National Health Insurance Fund (NHIF)“ gelegt, welcher 1999 gegründet wurde und mittlerweile aus einer Zentrale in der bulgarischen Hauptstadt Sofia sowie 28 landesweiten Niederlassungen und 105 regionalen Geschäftsstellen besteht.⁷⁰ Der NHIF soll den Zugang der bulgarischen Bevölkerung zu einem funktionierenden Gesundheitssystem sicherstellen und wird durch Beiträge finanziert, welche acht Prozent des Bruttoeinkommens ausmachen und jeweils hälftig vom Arbeitnehmer und Arbeitgeber gezahlt werden.⁷¹ Die bulgarische Krankenversicherung ist eine Pflichtversicherung für die komplette Bevölkerung, allerdings waren im Jahr 2013 rund 12 Prozent der Menschen in Bulgarien ohne Krankenversicherungsschutz.⁷² Dies lässt sich dadurch begründen, dass Menschen, die drei Monate in Folge keinen Beitrag zahlen, aus der Versicherung ausgeschlossen werden.⁷³ Im Jahr 2010 gab es zusätzlich zur Nationalen Krankenversicherung weitere 20 private Krankenversicherungsunternehmen, bei denen rund drei Prozent der Bevölkerung eine private Zusatzversicherung abgeschlossen hatten.⁷⁴

Die Umsetzung der Gesundheitspolitik, die Regulierung des Gesundheitswesens sowie die Überprüfung der Arbeit von einzelnen Akteuren wird durch das bulgarische Gesundheitsministerium durchgeführt und überwacht, die Umsetzung staatlicher Gesundheitspolitik durch sogenannte „Regional Health Inspections“ auf regionaler Ebene.⁷⁵ Die Finanzierung des bulgarischen Gesundheitssystems

⁶⁹ Vgl. OECD: Hungary: Country Health Profile 2017 (2017): 7f.

⁷⁰ Vgl. Schölkopf, M. / Pressel, H. (2014): 86.

⁷¹ Vgl. Schölkopf, M. / Pressel, H. (2014): 86, 88.

⁷² Vgl. Schölkopf, M. / Pressel, H. (2014): 87, Vgl. OECD: Country Health Profile Bulgaria (2017): 6.

⁷³ Vgl. OECD: Bulgaria: Country Health Profile 2017 (2017): 6.

Befreit vom Krankenversicherungsbeitrag sind Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren, Schwangere, Rentner, Veteranen, Behinderte, Militärangehörige sowie Arbeitslose (Vgl. Schölkopf/Pressel, 2014, 88).

⁷⁴ Vgl. Ebd.

⁷⁵ Vgl. OECD: Bulgaria: Country Health Profile 2017 (2017): 6.

wird durch eine Mischung aus den Beiträgen an die nationale Krankenversicherung, Steuern und Privatzahlungen geleistet, wobei der Anteil der Privatzahlungen an allen Gesundheitsausgaben in den letzten Jahren stetig zugenommen hat und im Vergleich zu anderen EU-Staaten recht hoch ist.⁷⁶ Der bulgarische Staat ist Träger fast aller Universitätskliniken sowie weiterer nationaler Krankenhäuser und stationärer psychiatrischer Einrichtungen.⁷⁷ Im ambulanten Bereich sind viele Anbieter von medizinischen Leistungen privatwirtschaftlich tätig und einige wenige in öffentlich-rechtlicher Trägerschaft.⁷⁸

Die Leistungserbringer im bulgarischen Gesundheitssystem lassen sich dreifach unterscheiden in ambulant tätige Anbieter von medizinischen bzw. Gesundheitsleistungen, worunter die Primärversorger sowie die Spezialisten zu finden sind, weiterhin in die stationär tätigen Anbieter und drittens in die Versorgung in speziellen Zentren.⁷⁹ Im bulgarischen Leistungskatalog sind als Basisleistungen die ambulante Versorgung bei Primärärzten, Spezialisten und Zahnärzten sowie die stationäre Versorgung und Laborleistungen verzeichnet, wohingegen Präventionsleistungen, Rehabilitation sowie Langzeitpflege exklusive sind und separat bzw. privat gezahlt werden müssen.⁸⁰ Vom Staat werden wiederum die Kosten für Transplantationen, für Aufenthaltskosten in psychiatrischen Kliniken sowie für eine Notfallversorgung übernommen, welche in Notfallversorgungszentren in Sofia und in 28 regionalen Zentren stattfindet.⁸¹ Finanziert werden Gesundheitsleistungen in Bulgarien von diversen Kostenträgern, wobei das Hauptangebot bzw. die oben aufgeführten Basisleistungen, festgelegt vom Gesundheitsministerium, durch den nationalen Krankenversicherungsfond finanziert werden.⁸² Die Preise für medizinische Leistungen sowie die Bedingungen für die Leistungserbringung werden zwischen dem nationalen Krankenversicherungsfond und einzelnen Verbänden der Leistungserbringer ausgehandelt und schließlich auf regionaler Ebene zwischen regionalen Gliederungen der Krankenversicherung sowie den regionalen Anbietern der entsprechenden Leistungen.⁸³

In Bulgarien müssen auch von Versicherten gesetzlich vorgeschriebene Eigenbeteiligungen für medizinische Behandlungen aufgebracht werden, sowohl im

⁷⁶ Vgl. Schölkopf, M. / Pressel, H. (2014): 87f.

⁷⁷ Vgl. Schölkopf, M. / Pressel, H. (2014): 87.

⁷⁸ Vgl. Ebd.

⁷⁹ Vgl. Schölkopf, M. / Pressel, H. (2014): 89.

⁸⁰ Vgl. Schölkopf, M. / Pressel, H. (2014): 88.

⁸¹ Vgl. Schölkopf, M. / Pressel, H. (2014): 88f.

⁸² Vgl. Schölkopf, M. / Pressel, H. (2014): 88.

⁸³ Vgl. Schölkopf, M. / Pressel, H. (2014): 89.

ambulanten als auch im stationären Sektor, zu denen informelle private Zahlungen noch hinzukommen.⁸⁴ Private Zahlungen der bulgarischen Bevölkerung haben im Jahr 2015 rund 48 Prozent aller Gesundheitsausgaben ausgemacht, was die höchste Rate in der EU darstellt, dessen Durchschnitt lediglich 15 Prozent beträgt.⁸⁵ Der restliche Prozentanteil der Gesundheitsausgaben in Bulgarien wurde 2015 vom Staat finanziert.⁸⁶

Ähnlich wie im ungarischen oder deutschen Gesundheitssystem gibt es in Bulgarien sogenannte Haus- bzw. Familienärzte, die oftmals freiberuflich arbeiten, eine Obergrenze an zu behandelnde Patienten nicht überschreiten dürfen und als Gatekeeper ihre Patienten an Fachärzte oder Spezialisten überweisen müssen.⁸⁷ Hat ein Familienarzt seine Obergrenze an Facharztüberweisungen im Monat erreicht, muss der Patient bis zum nächsten Monat warten, oder aber zahlt den Besuch beim Spezialisten aus eigener Tasche.⁸⁸ Fachärzte, die ebenfalls oftmals freiberuflich oder als Angestellte in Krankenhäusern oder Gesundheitszentren arbeiten, müssen keine Patientenobergrenze befolgen, sind aber in ländlichen Gebieten nur spärlich vertreten⁸⁹. Im Jahr 2015 haben rund 2.600 bulgarische Ärzte im EU-Ausland gearbeitet, wobei eine große Anzahl an Medizinabsolventen aus Bulgarien direkt nach dem Abschluss ins europäische Ausland abwandert und dieser Trend sich ebenfalls verstärkt für Pflegekräfte abzeichnet.⁹⁰

Das Gesundheitssystem in Bulgarien zeichnet sich grundlegend durch einen ungleichen Zugang zu medizinischen Leistungen für die Bevölkerung aus, sowie der Abwanderung von Gesundheitspersonal, schlechten Arbeitsbedingungen im Gesundheitssektor, fehlendem Qualitätsmanagement, einer mangelhaften Funktionsweise im Bezug zur Sterblichkeit durch vermeidbare Krankheiten sowie einem hohen Level an nichtversicherten Menschen bedingt durch niedrige Einkommen.⁹¹ Des Weiteren werden im bulgarischen Gesundheitswesen rund 40 Prozent aller Gesundheitsausgaben für Arzneimittel und Medizingüter verwendet, anstatt für einen effektiveren und homogeneren Zugang zu Gesundheitsleistungen.⁹²

⁸⁴ Vgl. Ebd.

⁸⁵ Vgl. OECD: Bulgaria: Country Health Profile 2017 (2017): 1, 7.

⁸⁶ Vgl. Ebd.

⁸⁷ Vgl. Ebd.

⁸⁸ Vgl. Ebd.

⁸⁹ Vgl. Schölkopf, M. / Pressel, H. (2014): 90.

⁹⁰ Vgl. OECD: Bulgaria: Country Health Profile 2017 (2017): 8, 13.

⁹¹ Vgl. OECD: Bulgaria: Country Health Profile 2017 (2017): 1, 4, 9, 11, 13.

⁹² Vgl. OECD: Bulgaria: Country Health Profile 2017 (2017): 13.

3.3 Das Gesundheitswesen Deutschlands

Das Gesundheitswesen Deutschlands lässt sich dem oben beschriebenen Prinzip der Sozialversicherungen zuordnen. Die Mehrheit der Bevölkerung, etwa 87 Prozent⁹³, ist durch eine gesetzliche Krankenversicherung (GKV) pflichtversichert, durch die sich auch die Finanzierung der Leistungen ergibt, die weitestgehend von privaten und einigen öffentlichen Akteuren des deutschen Gesundheitssektors angeboten werden. „Mit dieser Struktur war die GKV einst das Aushängeschild des mächtigen deutschen Sozialversicherungssystems: Die Jüngeren finanzierten die Älteren, die besser Verdienenden die schlechter Verdienenden, die Alleinverdiener die Familien und die Gesunden die Kranken“.⁹⁴ Ungefähr 11 Prozent der Menschen in Deutschland sind durch eine private Krankenversicherung (PKV) versichert, die sich ab einer gewissen Einkommenshöhe als Option anbietet.⁹⁵ Die Grundzüge des Krankenversicherungssystems in Deutschland lassen sich bis in das Mittelalter zurückverfolgen, wo einige Menschen in sogenannten Zünften, als Vorform der solidarischen Krankenversicherung organisiert waren.⁹⁶ Mit Beginn der Industrialisierung in Deutschland und der am Ende des 19. Jahrhunderts einsetzenden Sozialpolitik, haben sich immer mehr Menschen durch verschiedenen Formen der sozialen Absicherung geschützt, bis im Jahre 1883 die Krankenversicherung eingeführt wurde, die zu dieser Zeit ca. 10 Prozent der Bevölkerung versichert hat.⁹⁷ Weitere soziale Absicherungen folgten in den kommenden Jahren, wie zum Beispiel die Unfallversicherung oder die Rentenversicherung. Der Großteil der angebotenen Leistungen in der GKV ist durch einen Leistungskatalog vorgeschrieben, für einige zusätzliche Sonderleistungen können entsprechende private Zusatzversicherungen abgeschlossen werden.⁹⁸ Die Finanzierung wird durch den Versicherten sowie den Arbeitgeber getragen, wobei sich die Beitragshöhe nach der Höhe des Einkommens richtet.⁹⁹ Grundsätzlich zahlen Arbeitgeber in Deutschland die Hälfte des Beitragssatzes und die andere Hälfte die Arbeitnehmer, die jedoch wenige Prozentpunkte mehr zahlen aufgrund eines Zusatzbeitrages. Wird eine bestimmte Einkommensgrenze überschritten, besteht die Möglichkeit sich freiwillig in der PKV zu versichern.

⁹³ Vgl. IQWiG: 12.

⁹⁴ Porter, M.E. / Guth, C. (2012): 10.

⁹⁵ Vgl. IQWiG: 14.

⁹⁶ Vgl. IQWiG: 9.

⁹⁷ Vgl. Ebd.

⁹⁸ Vgl. IQWiG: 13f.

⁹⁹ Vgl. IQWiG: 4.

chern, bei der sich die Höhe des Beitrages anhand des Alters, des Gesundheitsstatus und der gewünschten Leistungen orientiert.¹⁰⁰ Ein weiterer Unterschied zwischen GKV und PKV, welches auch als „Zweiklassensystem“ bezeichnet wird, besteht in der Art der Zahlungen für Gesundheitsleistungen.¹⁰¹ Personen, die in der GKV versichert sind, zeigen im Zuge der ärztlichen Behandlung ihre Gesundheits- bzw. Versichertenkarte vor und die Leistungserbringer rechnen die Behandlungen direkt mit der Krankenkasse ab.¹⁰² Bei Patienten einer PKV werden die Kosten für eine Behandlung von den Patienten selbst gezahlt und nachdem Einreichen der Rechnung bei der Versicherung erstattet.¹⁰³ Patienten der PKV sind für Anbieter von Gesundheitsleistungen grundsätzlich attraktiver, da sie bei identischen Gesundheitsleistungen höhere Vergütungssätze bedeuten und es im Gegensatz zu Patienten der GKV keine Budgetbeschränkungen durch eine Anzahl der behandelten Patienten gibt.¹⁰⁴

Die Versorgung in Deutschland strukturiert sich in die drei Bereiche ambulante Versorgung, stationäre Versorgung bzw. dem Krankenhaussektor, sowie der ambulanten und stationären Versorgung in Rehabilitationseinrichtungen.¹⁰⁵ Das System der Gesundheitsversorgung basiert auf den vier Grundprinzipien der Versicherungspflicht, der Beitragsfinanzierung¹⁰⁶, dem Solidaritätsprinzip und dem Selbstverwaltungsprinzip.¹⁰⁷ Jeder gesetzlich Versicherte hat im Falle einer Erkrankung einen Versorgungsanspruch, der durch alle in der GKV versicherten solidarisch getragen wird.¹⁰⁸ Die konkrete Ausgestaltung, die Organisation und die Finanzierung der medizinischen Leistungen werden im Sinne der Selbstverwaltung durch Vertreter der Ärzte, Krankenkassen und Patienten zusammen durchgeführt, wobei der Staat lediglich die rechtlichen Rahmenbedingungen definiert.¹⁰⁹ Die ambulante Versorgung in Deutschland wird von niedergelassenen, freiberuflichen Ärzten und Fachkräften realisiert. Patienten gehen häufig den Weg über ihren Hausarzt, welcher sie nach Bedarf an ambulante oder stationäre

¹⁰⁰ Vgl. IQWiG: 14.

¹⁰¹ Vgl. Porter, M.E. / Guth, C. (2012): 13.

¹⁰² Vgl. IQWiG: 5.

¹⁰³ Vgl. IQWiG: 14.

¹⁰⁴ Vgl. Porter, M.E. / Guth, C. (2012): 13.

¹⁰⁵ Vgl. IQWiG: 8.

¹⁰⁶ Grundzüge der Versicherungspflicht sowie der Beitragsfinanzierung wurden in den vorherigen Abschnitten bereits erläutert.

¹⁰⁷ Vgl. IQWiG: 8.

¹⁰⁸ Vgl. IQWiG: 8.

¹⁰⁹ Vgl. Ebd.

Fachärzte überweist, oder sie haben die Möglichkeit direkt einen Facharzt aufzusuchen.¹¹⁰ Die stationäre Versorgung wird über private oder öffentliche Krankenhäuser wahrgenommen, von denen die meisten Einrichtungen gesetzlich und privat Versicherte behandeln.¹¹¹ Die größten Krankenhäuser in Deutschland haben meist öffentliche Träger, wobei es jedoch viele privat geführte Einrichtungen gibt, von denen einige nur Patienten der PKV aufnehmen.¹¹² Sind die Behandlungen medizinisch notwendig, übernimmt die Krankenversicherung des Patienten die Kosten, bei medizinisch nicht notwendigen Behandlungen muss der Patient diese privat bezahlen.¹¹³

Des Weiteren wurden in den letzten Jahren hohe Ausgaben für das Gesundheitssystem in Deutschland verzeichnet, was sich jedoch in fast allen Industrieländern feststellen lässt.¹¹⁴ Begründen lassen sich die gestiegenen Ausgaben unter anderem durch die Zunahme älterer Menschen bzw. allgemein durch alternde Bevölkerung und dementsprechend auch durch eine steigende Nachfrage nach Gesundheitsleistungen und eine erhöhte Anspruchshaltung, durch die Zunahme von medizinischem Wissen, die Entwicklung neuer medizinischer Technologien und die sich daraus entwickelnde Spezialisierung.¹¹⁵ Die Umstellung des Gesundheitssystems auf die zunehmend älter werdende Bevölkerung ist in Deutschland noch nicht effektiv gewährleistet. Dadurch, dass es immer mehr Ältere Menschen im deutschen Gesundheitssystem gibt, welche die Gesundheitsleistungen in Anspruch nehmen, gibt es auch immer weniger Erwerbstätige Erwachsene, welche durch ihre GKV-Beiträge das Gesundheitssystem finanzieren.¹¹⁶

Der Gesundheitszustand der deutschen Bevölkerung hat sich seit der Jahrtausendwende grundlegend verbessert.¹¹⁷ Im Länderprofil Gesundheit 2017 der Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD)¹¹⁸ werden wichtige Faktoren für die Entwicklungen und der Gesundheit an sich für die hier betrachteten Länder Deutschland, Ungarn und Bulgarien beschrieben. Diese drei Länderprofile dienen als Grundlage für den folgenden Kriterien gestützten

¹¹⁰ Vgl. IQWiG: 11.

¹¹¹ Vgl. Ebd.

¹¹² Vgl. Ebd.

¹¹³ Vgl. IQWiG: 21.

¹¹⁴ Vgl. Porter, M.E. / Guth, C. (2012): 8.

¹¹⁵ Vgl. Porter, M.E. / Guth, C. (2012): 69.

¹¹⁶ Vgl. Porter, M.E. / Guth, C. (2012): 11.

¹¹⁷ Vgl. OECD: Deutschland: Länderprofil Gesundheit 2017 (2017): 1.

¹¹⁸ OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2017), Deutschland: Länderprofil Gesundheit 2017, State of Health in the EU, OECD Publishing, Paris/European Observatory and Policies, Brussels.

Vergleich der gesundheitlichen Entwicklung und wichtiger Einflussfaktoren auf die Gesundheit der jeweiligen Bevölkerung.

3.4 Kriterien gestützter Vergleich der Gesundheitssysteme

Wie in den vorherigen Kapiteln beschrieben, sind die Gesundheitssysteme der Länder innerhalb der Europäischen Union in ihren Merkmalen und Ausprägungen sehr verschieden. Allein die Gesundheitssysteme in den hier betrachteten Ländern des Donauraums Deutschland, Ungarn und Bulgarien unterscheiden sich in einigen wichtigen Aspekten. In diesem Kapitel wird deswegen ein Kriterien gestützter Vergleich der Systeme anhand von Daten der „Country Health Profile 2017“ des „European Observatory on Health Systems and Policies“¹¹⁹ vorgenommen. Die Länderprofile bieten interessante Informationen in die Entwicklung der Gesundheit der Bevölkerungen, oder zum Beispiel über Einflussfaktoren für diese Entwicklungen. Für den folgenden Vergleich sind acht Kriterien ausgewählt worden, die für diese Arbeit von besonderem Interesse sind, da sie einen guten und relativ breiten Überblick über die Gesundheit der jeweiligen Bevölkerungen bieten sowie zur Beantwortung der Frage dienen, ob das Modell der GR übertragen werden kann. Die untersuchten Daten sind in die folgenden acht Kriterien eingeteilt worden: Lebenserwartung, vermeidbare Sterblichkeit, Risikofaktoren für schlechte Gesundheit, Krankenversicherung, Gesundheitsausgaben, private Zuzahlungen, Ärzte/ Pflegepersonal und Todesursachen. Diese Kriterien sind vor allem auch unter dem Aspekt der Vernetzung im Gesundheitswesen von besonderem Interesse, da sie interessante Ansatzpunkte für die Ausgangslage für eine Vernetzung bieten. Vor allem vor dem Hintergrund des Terminus Region mit gemeinsamen, eventuell historisch und kulturell bedingten, Herausforderungen bieten diese Kriterien Ansatzpunkte an denen eine Vernetzung und Kooperation ansetzen könnte, um Verbesserungen zu erwirken, wie zum Beispiel gemeinsame Risikofaktoren oder die Abwanderung bzw. Arbeitsmigration im Hinblick auf Gesundheitspersonal.

¹¹⁹ Siehe Literaturverzeichnis der OECD über die Länderprofile für Deutschland, Ungarn und Bulgarien.

Lebenserwartung:

Im Jahr 2015 betrug die Lebenserwartung der deutschen Bevölkerung ab der Geburt rund 80,7 Jahre im Durchschnitt und stellt damit die längste Lebenserwartung der drei Länder im Vergleich dar. Frauen wurden im Schnitt fünf Jahre älter als Männer. In Ungarn hatte die Bevölkerung eine Lebenserwartung von rund fünf Jahren weniger, 75,5 im Durchschnitt, wobei hier die Frauen sieben Lebensjahre mehr hatten. Bulgarien hatte im Jahr 2015 die niedrigste Lebenserwartung der drei Länder, rund 74,4 Jahre und damit die zweitniedrigste Rate innerhalb der EU.

Vermeidbare Sterblichkeit:

Bei den Raten für vermeidbare Sterblichkeit in den drei Ländern werden Daten aus dem Jahr 2014 verglichen. In Deutschland betrug die Rate der Sterbefälle, die vermeidbar gewesen wären, zum Beispiel durch eine bessere oder zeitigere medizinische Versorgung, rund 10 Prozent und lag somit unter dem EU-Durchschnitt von 11 Prozent. Es gab in Deutschland im Jahr 2014 113 vermeidbare Todesfälle pro 100.000 Einwohner. In Ungarn waren es 2014 rund 266 vermeidbare Todesfälle und in Bulgarien 289 Fälle. Durch diese Zahlen wird deutlich, dass Ungarn und Bulgarien weit über dem EU-Durchschnitt lagen. Ungarn hatte innerhalb der EU die fünft höchste Rate an vermeidbaren Todesfällen, rund zweimal so hoch wie der EU-Durchschnitt. Nach Ungarn kamen lediglich noch Bulgarien, Lettland, Litauen und Rumänien. In Bulgarien wären 2014 rund 19 Prozent aller Todesfälle vermeidbar gewesen.

Risikofaktoren für schlechte Gesundheit:

In Deutschland waren zum Zeitpunkt der Datenerfassung 28 Prozent aller Erkrankungen auf verhaltensbedingte Risikofaktoren zurückzuführen, wohingegen es sowohl in Ungarn als auch in Bulgarien rund 40 Prozent waren. Darunter fielen in allen drei Ländern Faktoren wie zum Beispiel mangelhafte Ernährung, Tabak- und Alkoholkonsum, eine geringe körperliche Aktivität sowie ein erhöhter Body-Mass-Index (BMI). Im Jahr 2014 haben 21 Prozent der erwachsenen Deutschen täglich Tabak konsumiert, die niedrigste Rate in diesem Vergleich. In Ungarn waren es 2014 rund 26 Prozent der Erwachsenen die täglich geraucht haben und in Bulgarien wurden 28 Prozent verzeichnet. Der Anteil der Menschen die Adipositas zu verzeichnen hatten betrug in Deutschland 16 Prozent, in Bulgarien 20 Prozent und in Ungarn 21 Prozent.

Krankenversicherung:

Die unterschiedlichen Formen der Krankenversicherungssysteme in den drei Ländern wurden bereits in vorangegangenen Kapiteln ausführlich erläutert. Erwähnenswert ist jedoch noch, dass es im Jahr 2017 in Deutschland 113 Krankenkassen gab, wohingegen Ungarn und Bulgarien beide „lediglich“ eine Nationale Krankenversicherung haben. Im deutschen System sind rund 88 Prozent der Bevölkerung mittels einer gesetzlichen Krankenversicherung abgesichert, 10 Prozent über eine private und lediglich 0,1 Prozent hatten im Jahr 2015 keinen Krankenversicherungsschutz. Des Weiteren gibt es für bestimmte Bevölkerungsgruppen, wie zum Beispiel Soldaten zusätzlich gesonderte Formen der gesundheitlichen Absicherung. Somit lässt sich für Deutschland ein beinahe flächendeckender Krankenversicherungsschutz aufweisen. In Ungarn hatten im Jahr 2015 rund 5 Prozent einen unklaren Krankenversicherungsstatus, was bedeutet, dass nicht nachweisbar war, ob diese 5 Prozent krankenversichert waren oder nicht. In Bulgarien ist die Problemlage eines unklaren Krankenversicherungsstatus weiter ausgeprägt, dort hatten im Jahr 2013 rund 12 Prozent der Bevölkerung keinen Krankenversicherungsschutz.

Gesundheitsausgaben:

Der Aspekt der Ausgaben für das Gesundheitssystem zeigt ebenfalls eine Diversität zwischen den Ländern auf. Wiederrum liegt hierbei Deutschland auf „dem vordersten Platz“. Im Jahr 2015 wurden in Deutschland rund 11,2 Prozent des Bruttoinlandprodukts (BIP) für die Gesundheit der Bevölkerung ausgegeben. Der EU-Durchschnitt für Gesundheitsausgaben betrug 9,9 Prozent. Weitergehend hat Bulgarien im selben Jahr 8,2 Prozent und Ungarn rund 7,2 Prozent des BIP in Gesundheit investiert, beides unterhalb des EU-Durchschnitts.

Private Zuzahlungen:

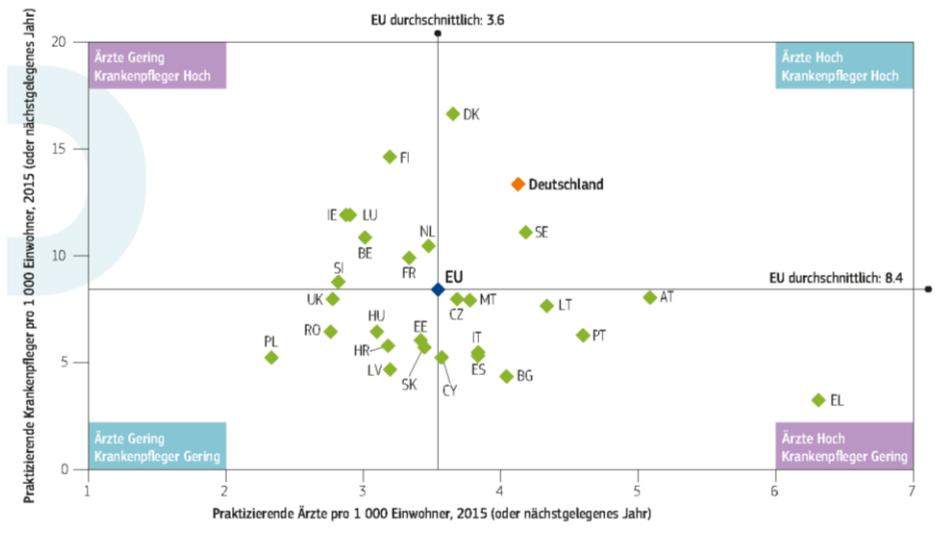
Der Aspekt privater (informeller/ inoffizieller) Zuzahlungen für Gesundheitsausgaben bzw. -leistungen, ist bei den hier beobachteten drei EU-Mitgliedsstaaten von unterschiedlich hoher Ausprägung. In Deutschland wurden im Jahr 2015 rund 12,5 Prozent von der Bevölkerung privat zu medizinischen Leistungen gezahlt. Dieser Wert liegt unter dem EU-Durchschnitt von rund 15 Prozent. In Ungarn waren die privaten Zuzahlungen bereits deutlich höher als in Deutschland und im EU-Schnitt und betragen rund 29 Prozent. Der Anteil privater Zuzahlungen in Bulgarien betrug im Jahr 2015 ganze 47,7 Prozent und liegt somit weit über dem EU-Durchschnitt und dem Wert der beiden anderen EU-Staaten. Gemeinsamkeiten gibt es in allen drei Ländern jedoch in Bezug darauf, wofür das Geld aus der eigenen Tasche ausgegeben wurde. Dabei stehen Arzneimittel an

erster Stelle für private Ausgaben, nachfolgend werden private Zuzahlungen auch für medizinische Hilfsmittel oder die Langzeitpflege ausgegeben.

Ärzte/ Pflegepersonal:

In Deutschland besteht das Prinzip der freien Arztwahl, wohingegen in Ungarn und Bulgarien die Familienärzte für eine bestimmte Region zuständig sind. Fachärzte können in Deutschland nach eigenem Ermessen aufgesucht werden, in Ungarn und Bulgarien soll dies nur durch die Gatekeeping-Funktion der Familienärzte nach vorheriger Überweisung möglich sein. Allerdings wird hier, wie oben beschrieben, der Zugang zu einem Facharzt auch durch private Zahlungen möglich. Die Dichte an verfügbaren Ärzten gehört in Deutschland zu den höchsten innerhalb der Europäischen Union, wobei es jedoch auch Unterschiede zwischen Städten und stark ländlichen Regionen gibt. Interessant ist jedoch, dass rund 11 Prozent aller in 2015 in Deutschland registrierten Ärzte aus dem Ausland kamen und auch das Pflegepersonal vermehrt Migrationshintergrund aufwies. Das deutsche Gesundheitssystem ist demnach vermehrt auf Ärzte und Pflegekräfte aus dem Ausland angewiesen. In Ungarn und Bulgarien hingegen muss sich das jeweilige Gesundheitssystem mit der vermehrten Abwanderung und Arbeitsmigration des Gesundheitspersonals befassen. Wie in der folgenden Grafik verdeutlicht wird, hat von den drei verglichenen Ländern Deutschland die höchste Dichte, sowohl an Ärzten als auch an Pflegepersonal. Ungarn befindet sich genau im entgegengesetzten Cluster, dort zeichnet sich sowohl eine geringe Dichte an Ärzten als auch an Pflegepersonal ab. Wohingegen in Bulgarien zumindest die Anzahl an Ärzten hoch ist, in etwa vergleichbar mit Deutschland, jedoch die Anzahl an Pflegepersonal wiederum gering ist. Daraus lässt sich schließen, dass in Bulgarien vermehrt Pflegepersonal die Möglichkeit der Arbeitsmigration nutzt.

Abbildung 1: Anzahl und Verteilung von medizinischem Personal in der EU (2015)



Quelle: OECD Deutschland: Länderprofil Gesundheit 2017 (2017): 7.

Todesursachen:

Bei den häufigsten Todesursachen lassen sich in allen drei Ländern Gemeinsamkeiten feststellen. Als häufigste Todesursache sind Herz-Kreislauf-Erkrankungen genannt. In Deutschland sind diese für rund 42 Prozent aller Sterbefälle verantwortlich, in Ungarn für rund 45 Prozent und in Bulgarien für rund 62 / 71 Prozent (Männer / Frauen). An zweiter Stelle sorgen in allen Ländern Krebserkrankungen für eine hohe Anzahl an Todesfällen. In der folgenden Abbildung sind für das Jahr 2014 für alle drei Länder vergleichend die vier Todesursachen aufgelistet, welche für die meisten Tode verantwortlich waren. Weitere Todesursachen, die hier nicht explizit genannt oder gelistet sind, sind weiterhin Alzheimer und weitere Demenzerkrankungen, weitere Krebsarten wie zum Beispiel Brustkrebs, sowie Erkrankungen der Atemwege oder Nieren- und Lebererkrankungen.¹²⁰

¹²⁰ Vgl. OECD: Deutschland: Länderprofil Gesundheit 2017 (2017): 3.

Tabelle 1: Liste der häufigsten Todesursachen im Vergleich (2014)

Stand 2014	Deutschland	Ungarn	Bulgarien
Platz1	14 Prozent Ischämische Herz- erkrankungen	25 Prozent Ischämische Herz- erkrankungen	23 Prozent sonstige Herzer- krankungen
Platz 2	11 Prozent sonstige Herzer- krankungen	10 Prozent Schlaganfall	21 Prozent Schlaganfall
Platz 3	6 Prozent Schlaganfall	7 Prozent Lungenkrebs	12 Prozent Ischämische Herz- erkrankungen
Platz 4	5 Prozent Lungenkrebs	5 Prozent sonstige Herzer- krankungen	3 Prozent Lungenkrebs

Quelle: Eigene Darstellung; OECD (2017): Deutschland, Hungary, Bulgaria: 3.

Des Weiteren wird bei allen Gesundheitsprofilen vermerkt, dass immer öfter auch Demenzerkrankungen für Todesfälle sorgen. Dies wird länderübergreifend der zunehmenden Alterung der Bevölkerung zugeschrieben, welche nicht nur für diese drei beobachteten Länder, sondern für ganz Europa ein immer wichtigeres und bedeutungsvolleres Problem darstellt und Handlungsbedarf aufwirft.¹²¹

Konkret bedeutet dies, dass in den kommenden Jahren die Alternde Bevölkerung als wesentlicher weiterer Faktor für die Entwicklung der Gesundheit und im Besondern auch für die Entwicklung der Gesundheitssysteme der Länder von großer Bedeutung sein wird. Bisher wurde dieser zusätzliche „neue Faktor“ lediglich im Text als immer häufiger festgestellte Todesursache vermerkt. In einigen Jahren wird dies mit konkreten Zahlen feststellbar und auch vergleichbar sein.

¹²¹ Vgl. Kapitel 2.1 Grundlagen der Europäischen Gesundheitspolitik.

3.5 Zusammenfassung

Anhand der oben beschriebenen Kriterien lassen sich für die drei EU-Mitgliedsstaaten im Vergleich ihrer Gesundheitssysteme hauptsächlich Unterschiede aufzeigen, wobei auf der einen Seite Deutschland und auf der anderen Seite Ungarn und Bulgarien stehen, die hingegen vielerlei Gemeinsamkeiten ihrer Systeme aufweisen. Beginnend bei der Organisation der gesundheitlichen Absicherung weisen Ungarn und Bulgarien Gemeinsamkeiten in der Form einer Nationalen Krankenversicherung auf, wohingegen Deutschland mit einer Anzahl von rund 113 Krankenversicherungen ein vielschichtiges System aufweisen kann. Des Weiteren ist auch der Anteil der Krankenversicherten Bevölkerung in Deutschland höher als in den beiden anderen Ländern. Die Lebenserwartung der Menschen in den drei Ländern unterscheidet sich in Ungarn und Bulgarien um rund ein Jahr, wohingegen in Deutschland den Menschen rund fünf Jahre mehr diagnostiziert werden, was unter anderem auch auf die höhere Anzahl an Krankenversicherten zurückzuführen ist, die gesundheitlich besser abgesichert sind. Die Raten für vermeidbare Sterblichkeit zeigen ähnliche Ergebnisse. Deutschland liegt bei Todesfällen, die vermeidbar gewesen wären unter dem EU-Durchschnitt, wohingegen Ungarn und Bulgarien beide weit oberhalb des EU-Durchschnitts liegen und sich Bulgarien vor nur zwei anderen EU-Staaten befindet. Dahingegen lassen sich in Bezug zu den häufigsten Todesursachen wiederum wieder Gemeinsamkeiten feststellen. In allen drei Ländern sterben die meisten Menschen aufgrund von Herz-Kreislaufkrankungen und am zweithäufigsten durch Krebserkrankungen. Und auch ein zunehmender Anteil an Demenzerkrankungen führt immer häufiger zum Tod einer zunehmend älter werdenden Bevölkerung in allen drei Ländern. Bei den Gesundheitsausgaben der drei Länder spielt der Aspekt der informellen und inoffiziellen privaten Zuzahlungen eine wichtige Rolle. In Deutschland wurde das meiste Geld für die Gesundheit ausgegeben und im Vergleich das wenigsten durch private Zuzahlungen. Ungarn und Bulgarien lagen mit ihren Ausgaben für die Gesundheit unterhalb des EU-Durchschnitts, haben jedoch eine hohe Zahl an privaten Zuzahlungen zu verzeichnen gehabt. Jedoch wurden in allen drei Ländern die privaten Zuzahlungen am häufigsten für Arzneimittel ausgegeben, was wiederum eine Gemeinsamkeit darstellt. Eine interessante Feststellung ergibt sich aus den Angaben des Kriteriums Ärzte/Pflegepersonal. Das deutsche Gesundheitssystem ist vermehrt auf Gesundheitspersonal aus dem Ausland angewiesen, um den Bedarf und die Nachfrage nach Gesundheitsleistungen zu decken. Wohingegen Ungarn und Bulgarien vermehrt mit der Abwanderung bzw. Arbeitsmigration von Gesundheitspersonal zu kämpfen haben.

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass sich die Strukturen der verglichenen Gesundheitssysteme grundsätzlich unterscheiden, unter anderem in Bezug auf die Krankenversicherungen, den Zugang zu Gesundheitsleistungen und dem Gesundheitsstatus der Bevölkerung. Jedoch lassen sich vereinzelt Gemeinsamkeiten im Hinblick auf Todesursachen oder Risikofaktoren feststellen.

4 Darstellung des Konzepts der Gesundheitsregionen^{plus}

Wie in Kapitel 2.2 bereits beschrieben, bezeichnet der Begriff Region ein geographisches Gebiet, in dem gleiche oder zumindest ähnliche politische, kulturelle oder sozioökonomische Gegebenheiten vorherrschen und welches dadurch bedingt in vielerlei Hinsicht als Einheit fungiert. Anhand des Terminus Gesundheitsregionen kann demnach schon erahnt werden, dass in einer sogenannten Gesundheitsregion ähnliche gesundheitliche Gegebenheiten vorherrschen und bearbeitet werden. Als Hintergrund für die Entwicklung des Konzepts Gesundheitsregionen, die als netzwerkartiger Zusammenschluss von relevanten Akteuren des regionalen Gesundheitswesens und regionalen Anbietern von Gesundheitsleistungen bezeichnet werden, gilt der Grundsatz, dass regionale Probleme im Gesundheitsbereich effektiver auf regionaler Ebene durch den Zusammenschluss von mehreren Akteuren bearbeitet und gelöst werden können.¹²² Bedingt durch den Umstand, dass in einer Region die gesundheitlichen Versorgungsstrukturen historisch bedingt unterschiedlich gewachsen sind und sich durch verschiedene regionale Einflüsse auch nicht landesübergreifend gleich weiterentwickeln, müssen Lösungsansätze für Problemlagen auf diesen Strukturen aufbauen und regionspezifisch weiterentwickelt werden.¹²³ Mit entsprechenden professionellen Management- und Steuerungselementen unterstützen „[...] regionale Gesundheitsnetze [...] durch entsprechende Strukturen das Zusammenspiel der Akteure, erleichtern den Austausch von Informationen und fördern akteursübergreifende Abstimmungsprozesse“.¹²⁴ Allein in Deutschland gibt es unterschiedliche Ausprägungen bzw. Modelle von Gesundheitsregionen. Auf der Internetseite des Vereins „Netzwerk Deutsche Gesundheitsregionen e. V.“ sind allein 19 Gesundheitsregionen für Deutschland aufgelistet. Unter anderem gibt es die Gesundheitsregion Berlin-Brandenburg, das Gesundheitsnetzwerk Weser-Ems, die Gesundheitsregion Leipzig, die Gesundheitsregion Aachen oder die Gesundheitsmetropole Ruhr.¹²⁵ Die Gesundheitsmetropole Ruhr beispielweise gilt als vitale technologische Gründerszene und bietet ein breites Reha-, Fitness- sowie Wellnessangebot¹²⁶. Sie hat sich auf Themen wie zum Beispiel medizinische For-

¹²² Vgl. Holleder, A. et al. (2016): 2.

¹²³ Vgl. Ebd.

¹²⁴ Holleder, A. et al. (2016): 2.

¹²⁵ Vgl. <http://www.deutsche-gesundheitsregionen.de/regionen/>

¹²⁶ Vgl. <http://www.deutsche-gesundheitsregionen.de/regionen/gesundheitsmetropole-ruhr/>

schung, medizintechnische Entwicklungen, Veränderung der Krankenhausorganisation oder regionale Versorgungsnetzwerke fokussiert¹²⁷ und vereint 150 Einrichtungen aus Klinikwirtschaft, Gesundheitsversorgung, Lebenswissenschaften, Versorgungsforschung, kommunale Einrichtungen sowie zuliefernde Branchen unter ihrem Dach.¹²⁸ In dieser Arbeit wird das Modell der bayerischen Gesundheitsregionen^{plus} (GR) betrachtet, welche kein Mitglied im Netzwerk Deutsche Gesundheitsregionen e. V. ist, jedoch aufgrund ihres Bezuges zum Projekt Arteria Danubia im Fokus stehen.¹²⁹

4.1 Entstehung und Struktur

Im Bundesland Bayern existieren seit einigen Jahren staatlich initiierte regionale Netze zu gesundheitlichen regionalen Aspekten, die sich entlang von vorgegebenen Themen orientieren, wie zum Beispiel Prävention, medizinischer Versorgung, oder Bildung und Tourismus mit eindeutigem Bezug zur Gesundheitswirtschaft.¹³⁰ Die Idee hinter regionalen Netzwerken war, regionale Bedarfsanalysen durchzuführen, um regionale Gesundheitsprobleme zu identifizieren und daraus regionale Gesundheitsziele und Strategien zu definieren, aus denen anschließend Projekte entwickelt werden.¹³¹ Aus dieser Idee hat sich schließlich das Konzept der GR entwickelt, welches als oberste Zielsetzung hat „den Gesundheitszustand der Bevölkerung, gerade auch im Hinblick auf die gesundheitliche Chancengleichheit, zu verbessern und die gesundheitsbezogene Lebensqualität zu erhöhen [...]“.¹³² Ausgehend von der Annahme, dass gesunde Menschen eine höhere Lebensqualität als Kranke haben und dies gleichzeitig den Bedarf an medizinischen Leistungen reduziert, sodass das Versorgungssystem entlastet wird, arbeiten in den GR die Kreis-, Stadt- und Gemeindeebenen eng zusammen.¹³³ Dies soll eine effektivere Verknüpfung von Gesundheitsförderung, Prävention, Kuration, Rehabilitation sowie der Pflege ermöglichen und Angebote über Sekto-

¹²⁷ Vgl. <https://medecon.ruhr/wir/projekte/>.

¹²⁸ Vgl. <https://medecon.ruhr/wir/>.

¹²⁹ Interessant wäre auch ein Vergleich der verschiedenen Modelle und Ausprägungen von Gesundheitsregionen bzw. -netzwerken in Deutschland, um eventuelle Gemeinsamkeiten und Unterschiede herauszuarbeiten. Sowie vor allem die Hintergründe für die Notwendigkeit unterschiedlicher Netzwerkkonzepte allein für Deutschland.

¹³⁰ Vgl. STMGP (2016): 5.

¹³¹ Vgl. Ebd.

¹³² STMGP (2016): 8.

¹³³ Vgl. Ebd.

rengrenzen zwischen ambulanten und stationären medizinischen Leistungen hinaus schaffen.¹³⁴ Dementsprechend kommt der kommunalen Ebene in der entsprechenden Region eine essentielle Bedeutung zu, vor allem ist sie verantwortlich dafür, die entsprechenden örtlichen bzw. regionalen Rahmenbedingungen zu schaffen.¹³⁵

Eine GR wird in Bayern immer an die örtlichen bzw. regionalen Gegeben- bzw. Besonderheiten angepasst, sie hat dementsprechend keine vorgegebene Rechtsform, sondern kann zum Beispiel als eingetragener Verein oder Gesellschaft mit beschränkter Haftung gegründet werden.¹³⁶ Wichtig ist, dass bei der Gründung einer GR alle bzw. möglichst viele Vertreter von regionalen Anbietern von Gesundheitsleistungen einbezogen werden, die für die gesundheitliche Versorgung oder Prävention vor Ort eine wichtige Rolle spielen, damit diese effektiv sichergestellt werden kann.¹³⁷ In Bayern ist das Mitwirken von Landrat bzw. Oberbürgermeister, des Vorsitzenden des ärztlichen Kreisverbandes, örtlicher Vertreter von kassenärztlichen Vereinigungen, Krankenhäusern, Krankenkassen, des Gesundheitsamtes sowie der Patienten von essentieller Bedeutung.¹³⁸ Was die Größe bzw. die geografische Fläche einer GR betrifft, so gibt es keine vorgeschriebene Maximalgröße, jedoch sollte eine GR nicht kleiner sein als Landkreis bzw. eine kreisfreie Stadt.¹³⁹ Vielmehr wird hier auf die Definition einer Region, wie oben bereits beschrieben verwiesen. Eine GR soll flächenmäßig so gestaltet werden, dass eine Region mit gleichen Gegebenheiten, Problemlagen und gesundheitlichen Herausforderungen eine GR bildet.¹⁴⁰ Dementsprechend sind auch in Bayern größere und kleinere GR¹⁴¹ zu finden, die jedoch allesamt die beiden Handlungsfelder Gesundheitsförderung und Prävention sowie Gesundheitsversorgung vorrangig bearbeiten.¹⁴² Neben diesen beiden Handlungsfeldern, die bindend sind für jede GR, können noch weitere regionsspezifische Handlungsfelder bearbeitet werden wie zum Beispiel Fragen und Aspekte des

¹³⁴ Vgl. STMGP (2016): 9.

¹³⁵ Vgl. STMGP (2016): 9.

¹³⁶ Vgl. STMGP (2016): 10.

¹³⁷ Vgl. Ebd.

¹³⁸ Vgl. Ebd.

¹³⁹ Vgl. STMGP (2016): 12.

¹⁴⁰ Vgl. Ebd.

¹⁴¹ Die Größe der bayerischen GR ist oftmals abhängig von dem entsprechenden Landkreis der sich zu einer GR gebildet hat. Auf Abbildung 3 sind alle GR, Stand Dezember 2017, zu sehen. Ein Beispiel für eine (im Vergleich betrachtet) kleinere GR kann in der GR Landkreis Dachau im mittleren Süden Bayerns gesehen werden sowie eine größere in der GR Bäderland Bayerische Röhn im Norden Bayerns.

¹⁴² Vgl. STMGP (2016): 8.

Gesundheitstourismus. Des Weiteren wird von jeder GR jährlich ein Umsetzungsplan erstellt, welcher alle geplanten Aktionen widerspiegelt und die Bereiche Organisation, Gesundheitsförderung und Prävention, Gesundheitsversorgung sowie sonstige Handlungsfelder abdeckt.¹⁴³ In der Gründungsphase einer GR wird der Bereich Organisation vor allem für den Aufbau von Gremien und im weiteren zeitlichen Verlauf für die Gründung und Koordination von Arbeitsgruppen genutzt.¹⁴⁴

Es werden drei Gremien in einer GR in Bayern unterschieden. Zum einen gibt es das sogenannte Gesundheitsforum, welches als zentrales Management- und Steuerungsinstrument das Kernelement einer GR bildet, aus fachlich relevanten regionalen Akteuren des Gesundheitswesens besteht und politikrelevante Themen und Aspekte bearbeitet.¹⁴⁵ Des Weiteren gibt es verschiedene Arbeitsgruppen, die je nach aktuellen Problemen gegründet werden und aus den entsprechenden problemspezifischen Akteuren und Experten bestehen.¹⁴⁶ Als drittes Gremium hat jede GR eine Geschäftsstelle, welche die Arbeit, Kooperation und Kommunikation zwischen dem Gesundheitsforum und den jeweiligen Arbeitsgruppen koordiniert und auch für alle Mitglieder einer GR als erste Anlaufstelle für Fragen und Probleme fungiert.¹⁴⁷ Sie bereitet Sitzungen und Termine vor sowie nach, überwacht den Umsetzungsplan sowie alle Aktionen der GR und sichert die Ergebnisse.¹⁴⁸ Wichtig zu erwähnen sind in diesem Zusammenhang die Zuwendungsvoraussetzungen für eine Förderung vom Land. Diese Förderung umfasst unter anderem eine Beratung sowie Unterstützung durch das Bayerische Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit (LGL) sowie die Finanzierung der Geschäftsstelle für das Bewilligungsjahr und vier weitere Jahre.¹⁴⁹ Um eine GR zu gründen, muss dies zunächst einmal von späteren beteiligten Akteuren sowie der Kommune beschlossen werden.¹⁵⁰ Des Weiteren müssen GR ei-

¹⁴³ Vgl. STMGP (2016): 12.

¹⁴⁴ Vgl. Ebd.

¹⁴⁵ Vgl. STMGP (2016): 12f.

¹⁴⁶ Vgl. STMGP (2016): 13.

¹⁴⁷ Vgl. Ebd.

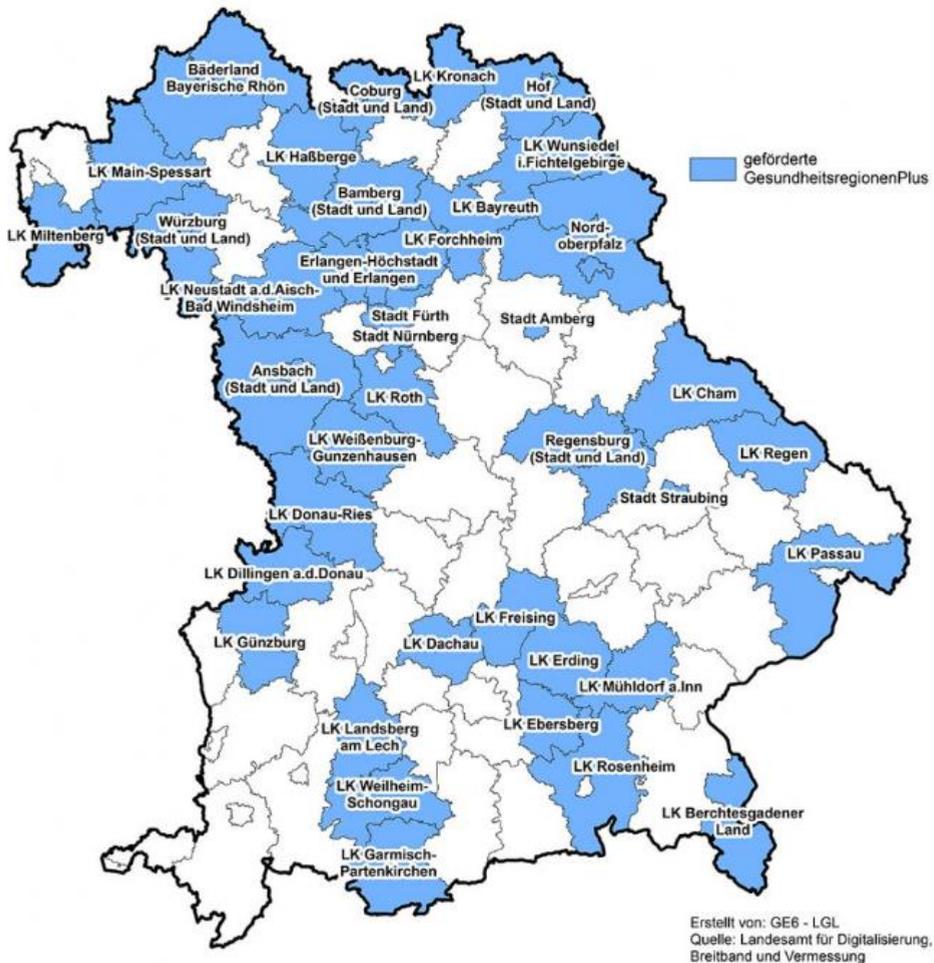
¹⁴⁸ Vgl. STMGP (2016): 14.

¹⁴⁹ Vgl. <https://www.stmgp.bayern.de/meine-themen/fuer-kommunen/gesundheitsregionen-plus/>.

¹⁵⁰ Vgl. LGL (2018): <https://www.lgl.bayern.de/gesundheitsversorgung/gesundheitsregionenplus/index.htm>.

nen jährlichen Umsetzungsplan mit Maßnahmen im Sinne der Ziele der Staatsregierung und einen halbjährlichen Fortschrittsbericht einreichen sowie an einer Gesamtevaluation aller in Bayern existierenden GR teilnehmen.¹⁵¹

Abbildung 2: Geförderte Gesundheitsregionen^{plus} (Stand Dezember 2017)



Quelle: Landesamt für Digitalisierung, Breitband und Vermessung¹⁵²

¹⁵¹ Vgl. Ebd.

¹⁵² Erstellt von LGL (2018): <https://www.lgl.bayern.de/gesundheit/gesundheitsversorgung/gesundheitsregionenplus/> (14.05.2018)

4.2 Ausgewählte Konzepte in Europa

Das bayerische Konzept der GR ist, wie oben beschrieben, ein regionales, in einigen Fällen bzw. Landkreisen auch auf lokaler Ebene wahrgenommenes, Konzept für eine Vernetzung von Akteuren im Gesundheitswesen mit dem Hauptziel die Gesundheit der jeweiligen betroffenen Bevölkerung nachhaltig zu verbessern. Wichtig ist hierbei der Aspekt „regional“ zu beachten. Die GR sind im Bundesland Bayern meist auf Landkreis Größe beschränkt. Definitiv zu unterscheiden ist hierbei, dass einige GR aufgrund der Größe des betreffenden Landkreises flächenmäßig größer sind als andere, was jedoch die Struktur oder die Organisation nicht beeinflusst. Im Folgenden werden zwei ausgewählte Konzepte zur Vernetzung im Gesundheitswesen auf europäischer Ebene vorgestellt. Diese beiden Ausrichtungen von Vernetzung im Gesundheitswesen wurden anhand von Onlinerecherche ausgewählt, vor allem da diese beiden Konzepte sich hervorragend für einen Vergleich von „Gesundheitsnetzwerken“ auf regionaler bzw. europäisch-regionaler Ebene eignen. Im Folgenden werden das Konzept „Healthy Cities“ und das Konzept „Regions for Health Networks“, beide gefördert durch die WHO in ihren Grundzügen vorgestellt.

4.2.1 Healthy Cities

Eine interessante Ausrichtung von nationaler Vernetzung und Networking im Gesundheitsbereich, kann auf europäischer Sicht in den sogenannten „Healthy Cities“¹⁵³ gesehen werden. Das Konzept der „World Health Organisation: European Healthy Cities Network“ ist eine globale Bewegung, bei der die Gesundheit einen festen und wichtigen Stellenwert in der sozialen, politischen und ökonomischen Agenda von bestimmten Städten eingenommen hat.¹⁵⁴ Healthy Cities sind als Prozesse charakterisiert, die ein Bewusstsein für Gesundheit schaffen und dieses Bewusstsein in der Bevölkerung stärken wollen, damit die physische und soziale Umwelt der Menschen verbessert und Ressourcen dafür eingesetzt werden, dass Menschen sich gegenseitig unterstützen.¹⁵⁵ Das Konzept zielt darauf ab, eine starke Bewegung in der Bevölkerung aufzubauen, die auf regionaler und lokaler Ebene das Thema Gesundheit fördert, Gleichheit und Solidarität sowie

¹⁵³ WHO: Healthy Cities: <http://www.euro.who.int/en/health-topics/environment-and-health/urban-health/who-european-healthy-cities-network>.

¹⁵⁴ Vgl. WHO: Healthy Cities: <http://www.euro.who.int/en/health-topics/environment-and-health/urban-health/who-european-healthy-cities-network>.

¹⁵⁵ Vgl. WHO: Healthy Cities: <http://www.euro.who.int/en/health-topics/environment-and-health/urban-health/who-european-healthy-cities-network>.

alle gesundheitlichen Aspekte der Lebensbedingungen von den Menschen in den Mittelpunkt stellt und auf innovative Aktionen und Networking zwischen Städten und in ganz Europa abzielt.¹⁵⁶ Dafür arbeiten Organisationen aus verschiedenen Sektoren und Bereichen zusammen, werden Menschen auf lokaler Ebene vor Ort mit einbezogen und außerdem politisches Engagement sowie kommunale Entwicklung gefördert.¹⁵⁷ Entwickelt wurde das Konzept durch die WHO unter Einbezug durch das Rahmenprogramm „Health2020“ der Europäischen Union. Seit den 1980er Jahren gibt es mittlerweile 100 Healthy Cities, sogenannte Leuchtturmstädte und Netzwerke auf nationaler Ebene, wobei die Städte eng mit der WHO zusammenarbeiten und von politischer, technischer und strategischer Unterstützung profitieren.¹⁵⁸ In Deutschland gibt es mit Stand Mai 2018 rund 79 Kommunen, die als sogenannte Healthy Cities, bzw. Gesunde Städte in diesem Netzwerk mitarbeiten.¹⁵⁹ Unter anderem sind die Stadt Aschaffenburg, Bad Kissingen, das Bezirksamt Mitte von Berlin, die Landeshauptstadt Düsseldorf sowie Rostock als eine Gesunde Stadt verzeichnet. Als regionale Netzwerke von Gesunden Städten, gibt es unter anderem das Regionale Netzwerk Bayern, oder das Regionale Netzwerk Nord.¹⁶⁰

Im Vergleich mit dem bayerischen Konzept der Gesundheitsregionen^{plus} stellen die Healthy Cities Netzwerke auf nationaler Ebene dar. Eine Healthy City ist eine Stadt, die nach dem Konzept der WHO Gesundheit oben auf alle Agenden geschrieben hat und diese fördert. Mehrere Healthy Cities eines Landes verbinden sich zu einem nationalen Netzwerk, tauschen sich aus und kooperieren. Dagegen ist es das Ziel von GR, Regionen mit gleichen oder ähnlichen sozialen, ökonomischen oder kulturellen Gegebenheiten im Bereich des Gesundheitswesens zu verbinden. Die Akteure der GR sind Akteure aus dem Gesundheitssektor, wenn möglich alle in der entsprechenden Region relevanten Akteure. Das hier dargestellte Konzept der GR ist außerdem auf das Land Bayern begrenzt. Dementsprechend wird bei den GR Wert darauf gelegt, regionale Akteure zu vernetzen und Projekte auf regionaler Ebene zu entwickeln. Die Healthy Cities arbeiten auf lokaler Ebene in einzelnen Städten sowie auf nationaler, durch die Vernetzung zu einem nationalen Netzwerk. Dies zeigt die grundlegende Diversität in der Grundstruktur der beiden Konzepte.

¹⁵⁶ Vgl. WHO: Healthy Cities: <http://www.euro.who.int/en/health-topics/environment-and-health/urban-health/who-european-healthy-cities-network>.

¹⁵⁷ Vgl. Ebd.

¹⁵⁸ Vgl. Ebd.

¹⁵⁹ Vgl. www.gesunde-staedte-netzwerk.de.

¹⁶⁰ Vgl. www.gesunde-staedte-netzwerk.de.

Durch diese Aspekte unterscheiden sich die beiden Konzepte in ihrer Organisation, ihrer Struktur sowie in ihrer Funktionsweise voneinander. Beide haben jedoch die Gemeinsamkeit, dass sie Akteure vernetzen und Projekte entwickeln, die dazu beitragen, die Gesundheit der betroffenen Bevölkerung zu verbessern.

4.2.2 Regions for Health Networks

Ein zweites ausgewähltes Konzept von Vernetzung im Gesundheitswesen auf europäischer Ebene kann durch "Regions for Health Network (RHN)" betrachtet werden, die ebenfalls von der WHO unterstützt und gelenkt werden und beschrieben werden als: „People work together to improve health and well-being through prioritizing equity, developing strategic delivery alliances and fostering good governance“.¹⁶¹ Eine Region wird in diesem Zusammenhang bezeichnet als:

„[...] a political or administrative unit within a country, which possesses: (a) its own decision-making powers; (b) resources with which to invest in health and create and develop partnerships for intersectoral action to achieve health gain; and (c) the means to monitor the progress it makes in investment in health and the achievement of health gain.“¹⁶²

Die Idee hinter diesem Konzept ist es, dass Aktionen auf nationalem Level für bessere Gesundheit durch die Zusammenarbeit mit subnationalen Akteuren¹⁶³ ergänzt und somit weiterentwickelt werden.¹⁶⁴ Das Konzept stammt aus dem Jahr 1992, hat sich jedoch der globalen Entwicklung angepasst, so dass aktuell das europäische Rahmenprogramm Health2020 im Hauptaugenmerk der Mitglieder liegt.¹⁶⁵ Auslöser für die Entwicklung des Konzepts waren die gravierenden Unterschiede in der Entwicklung der Gesundheitssysteme und der Gesundheitsstatus der Bevölkerung der verschiedenen Länder in Europa, welche auch aktuell

¹⁶¹ Vgl. WHO: Regions for Health Network: <http://www.euro.who.int/en/about-us/networks/regions-for-health-network-rhn>.

¹⁶² WHO: Regions for Health Network: <http://www.euro.who.int/en/about-us/networks/regions-for-health-network-rhn/about-rhn/terms-of-reference-of-the-regions-for-health-network-rhn-2015>.

¹⁶³ Unter Subnationalen Akteuren werden hier Akteure verstanden, die unterhalb der nationalen Ebene angesiedelt sind, wie zum Beispiel die Verwaltungseinheiten der verschiedenen Länder.

¹⁶⁴ Vgl. Ebd.

¹⁶⁵ Vgl. WHO: Regions for Health Network: <http://www.euro.who.int/en/about-us/networks/regions-for-health-network-rhn/about-rhn/terms-of-reference-of-the-regions-for-health-network-rhn-2015>.

immer noch ein wichtiges Thema darstellen. Die Mitgliedsregionen von RHN arbeiten zusammen indem sie das Recht eines jeden auf gute Gesundheit vertreten und fördern, Aktionen entwickeln, welche die Gesundheit fördern und Ungleichheiten reduzieren, eine Brücke zwischen nationalen Zielen und lokalen Möglichkeiten bilden, regionale Daten sammeln und mit weiteren RHN in Europa zusammenarbeiten und sich austauschen.¹⁶⁶ Es sollen weiterhin Synergien zwischen Stakeholdern und den beteiligten Regionen gebildet werden, die Zusammenarbeit von lokalen Akteuren an sich und mit internationalen Autoritäten gefördert werden, sowie der Austausch von Erfahrungen und vom Verständnis von regionalen und lokalen Gesundheitssystemen.¹⁶⁷ RHN sehen sich selbst an der Spitze der innovativen Ansätze und bezeichnen sich als hochmoderne Netzwerke zum Austausch und zur Verbreitung von innovativen Ansätzen, Strategien und Richtlinien.¹⁶⁸ Die Netzwerkaktivitäten basieren auf Lesson-Learned-Ansätzen und werden von der WHO stark unterstützt, wobei sich die RHN verpflichten müssen, den beiden Hauptzielen¹⁶⁹ der Health2020 Agenda und weiteren Vorgaben und Richtlinien der WHO zu folgen. Seitdem es die RHN gibt, haben sich bereits 21 Regionen aus 16 europäischen Ländern zusammengefunden, wozu auch die Region Nordrhein-Westfalen zählt.¹⁷⁰

Dieses in aller Kürze vorgestellte Konzept von regionaler Netzwerkbildung auf europäischer Ebene im Gesundheitswesen, stellt einen weiteren interessanten Ansatz dar, um Aktionen und Projekte im Gesundheitswesen europaweit zu fördern und somit die Gesundheit der Bevölkerung Europas nachhaltig zu verbessern. Im Vergleich zu dem Konzept der bayerischen GR sind die RHN auf vielfältigerer und größerer internationaler bzw. europäischer Ebene angedacht. Es wird hier zwar ebenfalls von Regionen gesprochen, jedoch wird allein durch diese kurze Darstellung des Konzepts der RHN klar, dass die „kleinen, landkreisgroßen“ Gesundheitsregionen^{plus} mit diesem Konzept größentechnisch und aufgrund der beteiligten Akteure nicht mithalten können. In Bayern werden alle GR einer Gesamtevaluation durch das LGL unterzogen, sodass Gemeinsamkeiten,

¹⁶⁶ Vgl. Ebd.

¹⁶⁷ Vgl. Ebd.

¹⁶⁸ Vgl. Ebd.

¹⁶⁹ Siehe auch Kapitel 2.1 Grundlagen der Europäischen Gesundheitspolitik. Die beiden Hauptziele der Agenda Health2020 sind die Gesundheit für alle zu verbessern und gesundheitliche Ungleichheiten zu reduzieren, sowie zweitens führende und teilnehmende Staatsführung für Gesundheit zu verbessern und zu fördern.

¹⁷⁰ Landeszentrum Gesundheit Nordrhein-Westfalen (2017): https://www.lzg.nrw.de/service/wir/kooperationen/4_netzwerk_regionen1/index.html.

Unterschiede, Best-Practice-Ansätze und Vergleiche festgehalten werden können. Jedoch konzentrieren sich diese hauptsächlich auf aktuelle regionspezifische Probleme und Projekte.

Die beiden oben dargestellten ausgewählten Ausrichtungen von Netzwerkbildung im Gesundheitswesen in Europa stellen zwei andere unterschiedliche Formen der (regionalen) Zusammenarbeit von Akteuren im Gesundheitswesen dar, die internationalen Bekanntheitsgrad aufweisen. Sie unterscheiden sich untereinander und zum Konzept der GR vor allem durch ihre Größen, ihre Strukturen und die Art ihrer Akteure. Nichtsdestotrotz bieten sie wichtige Möglichkeiten zur Kooperation im Gesundheitswesen und stellen wichtige Möglichkeiten dar, die Gesundheit der entsprechenden Bevölkerung zu verbessern und gesundheitsbedingte Ungleichheiten zu verringern und verfolgen somit aktiv die gesundheitspolitischen Ziele der EU.

4.3 Anwendbarkeit des Konzepts in Ungarn und Bulgarien

Die Überprüfung der Anwendbarkeit des Konzepts der GR in diesem Kapitel, basiert auf den im Kapitel 3. Gesundheitssysteme sowie Kapitel 4. Darstellung des Konzepts der Gesundheitsregionen^{plus} herausgearbeiteten Ergebnissen.¹⁷¹

Das bayerische Konzept der GR ist wie oben dargestellt ein regionales Konzept zur Vernetzung von regionalen Akteuren des Gesundheitswesens. Ziel der Idee hinter diesem Konzept ist es, die gesundheitlichen Probleme und Herausforderungen einer vorher definierten Region zu identifizieren und im Endeffekt durch verschiedene Projekte zu beheben und somit für gesundheitliche Chancengleichheit zu sorgen, sowie ein Netzwerk aus regionalen Akteuren aufzubauen und zu verstetigen. Dafür werden die zur Lösung von Problemlagen und zur Verbesserung der Gesundheit relevanten Akteure vor Ort in einem Netzwerk zusammengeschlossen, so dass sich in verschiedenen Arbeitsgruppen diejenigen Akteure vernetzen können, die zur Lösung von bestimmten Problemen zusammenarbeiten sollten. Die entstehenden Akteursnetzwerke dienen unter anderem auch einem effizienteren Austausch von Informationen unter den verschiedenen Akteuren und auch unter Akteuren und der Bevölkerung der entsprechenden Region. Die Arbeitsgruppen innerhalb der GR bilden sich, wie oben bereits dargestellt, temporär inhaltlich zu verschiedenen aktuellen und akuten Herausforderungen für die Gesundheit der Region. Es entstehen somit immer wieder neue Projekte

¹⁷¹ Natürlich könnten für eine umfangreichere Überprüfung zusätzliche Faktoren, wie zum Beispiel politische Strukturen oder Richtlinien, hinzugefügt werden. Jedoch wird sich in dieser Arbeit auf die ausgewählten Kriterien sowie die Darstellungen der verschiedenen Gesundheitssysteme beschränkt.

und Lösungsansätze für sich stetig neu entwickelnde Herausforderungen was dieses Konzept anpassungsfähig macht, auch bedingt durch die relativ kurzen Abstimmungswege mit einem einzelnen subnationalen Akteur, dem Land Bayern.

Für diese Art von Konzept zur Netzwerkbildung durch Akteure im Gesundheitswesen, sind natürlich die Strukturen des Gesundheitssystems des Landes von besonderer Bedeutung. Die Ausführungen zur Donauraumstrategie¹⁷² stellen dar, dass die Länderstrukturen in der Region Donauraum, auch in den hier betrachteten Ländern Deutschland, Ungarn und Bulgarien, sich in vielerlei Hinsicht unterscheiden. In vielen Ländern des Donauraums ist eine mangelnde Vernetzung und gesundheitlich Unterversorgung der Bevölkerung in ländlichen Gebieten zu beobachten. Dies ist vor allem der Fall in den hier betrachteten Ländern Ungarn und Bulgarien. Für diese ländlichen Gebiete bzw. für diese Regionen, würde eine Vernetzung der Akteure des Gesundheitswesens einen erheblichen Fortschritt und eine Verbesserung der Versorgungsstrukturen darstellen. Die Gesundheitssysteme der hier betrachteten Länder wurden in Kapitel 3 ausführlicher dargestellt und anhand von ausgewählten Kriterien verglichen. Dabei wurde festgestellt, dass sich die beiden Länder Ungarn und Bulgarien in ihren Strukturen der Gesundheitssysteme ähneln und viele Gemeinsamkeiten aufweisen. Deutschland hingegen lässt sich anhand der Ergebnisse des Kriterien gestützten Vergleichs von den beiden Ländern in vielen Aspekten unterscheiden. Und zwar dahingehen, dass in Deutschland die Strukturen des Gesundheitssystems historisch bedingt so gewachsen sind, dass sie sich größtenteils an die Herausforderungen und deren Wandel über die Jahre hinweg angepasst haben. Natürlich hat auch das deutsche Gesundheitssystem Mängel und mit Herausforderungen zu kämpfen. Erwähnenswert sind da vor allem der Fachkräftemangel und die Herausforderung der Alternden Bevölkerung, auf die sich das Gesundheitssystem bisher noch nicht ausreichend eingestellt hat.

In Deutschland, bzw. in dem Teil Deutschlands,¹⁷³ der zum Donauraum gehört, funktioniert das in dieser Arbeit vorgestellte Konzept der GR und wurde bereits erfolgreich umgesetzt. Daher werden die Strukturen des deutschen Gesundheitssystems für die Überprüfung der Anwendbarkeit in Ungarn und Bulgarien in diesem Kapitel als Ausgangslage betrachtet. Dies lässt sich auch darin begründen, dass das Konzept der GR in Bayern entwickelt wurde. In Ungarn und Bulgarien werden die gesundheitstechnischen Leistungen durch die Regierung bestimmt, ebenso wie die Ausgaben für Gesundheit, welche in den letzten Jahren immer mehr abgenommen haben. Dementsprechend müssten die Regierungen auch

¹⁷² Siehe Kapitel 2.2 Die EU-Strategie für den Donauraum.

¹⁷³ Wie bereits erwähnt, wird in dieser Arbeit das bayerische Konzept der Gesundheitsregionen betrachtet. Wenn im weiteren Verlauf von Deutschland bzw. Gesundheitsregionen in Deutschland die Rede ist, ist dieses Konzept gemeint.

die Förderung für die GR leisten, bzw. der Gründung zustimmen und Fördergelder zur Verfügung stellen. In Deutschland, bzw. in Bayern wird dies vom Land übernommen, einem subnationalen Akteur, welcher die Gründung einer GR initiiert und die Geschäftsstelle als Gremium einer GR aktiv fördert. Dies ist ein erster Hinweis darauf, dass sich das Konzept GR nicht ohne landesspezifische Anpassungen implementieren lässt. Ein weiterer Hinweis lässt sich feststellen, wenn die Primärversorgung durch die sogenannten Haus- bzw. Familienärzte betrachtet wird. Diese sind in Ungarn und Bulgarien vorgegeben und für eine definierte Region zuständig. Sie dürfen nur eine Obergrenze an Patienten behandeln und auch nur eine gewisse Anzahl pro Monat an Fachärzte und Spezialisten überweisen. Dadurch wird auch der Informationsaustausch unter den Ärzten an sich und zwischen Ärzten und Patienten benachteiligt. Im Hinblick auf die Strukturen einer GR in Deutschland, in der ein verbesserter und hocheffizienter Informationsaustausch zwischen medizinischem Personal sowie zwischen Arzt und Patienten einen besonderen Stellenwert einnimmt, ist der Zustand in den anderen beiden Ländern ein Defizit.

In den hier betrachteten GR arbeiten viele Akteure der Gesundheitsversorgung und -vorsorge in einer GR zusammen, bilden verschiedene problemspezifische Arbeitsgruppen und entwickeln Projekte, die zu Lösungen führen. Dies setzt eine gewisse Bereitschaft zur Kooperation und Strukturen die eine Kooperation ermöglichen bzw. vereinfachen voraus. Dadurch, dass in Ungarn und Bulgarien insbesondere die ländlichen Regionen stark unterversorgt sind, was die medizinische Infrastruktur sowie Infrastrukturen an sich betrifft, ist auch eine umfangreiche und dauerhafte Kooperation von verschiedenen Akteuren stark eingeschränkt. Somit fehlen auch wichtige Strukturen die eine Kooperation ermöglichen würden, was einen weiteren Hinweis liefert.

Auf der Grundlage dieser Ausführungen lässt sich die Schlussfolgerung ziehen, dass eine unangepasste Implementierung des Konzeptes der GR in den Ländern Ungarn und Bulgarien nicht ohne weitere wichtige Anpassungen möglich wäre. Die Gesundheitssysteme der beiden Länder unterscheiden sich in einigen wichtigen Punkten von dem Deutschlands, was einen ersten Unterschied und Hinderungsgrund für eine Implementation darstellt. Des Weiteren behindern die mangelhaften (medizinischen) Infrastrukturen in den ländlichen Gebieten sowie die Tatsache, dass die Anzahl an vorhandenen Ärzten recht gering ist, die notwendige Kooperation und den Aufbau von Vernetzungsstrukturen.

5 Fazit und Ausblick

Vor dem Hintergrund der starken Diversität der Strukturen und Ausgestaltungen der verschiedenen Gesundheitssysteme in den Mitgliedsstaaten der Europäischen Union, werden die Themen Vernetzung und Kooperation immer wichtiger. Nicht nur für verbesserte und schnellere Möglichkeiten zum Informationsaustausch oder der zentrierten Bearbeitung und Beseitigung von Problemen. Wie diese Ausarbeitung gezeigt hat, gibt es bereits verschiedene Modelle zur Vernetzung und regionalen sowie nationalen oder europäischen Zusammenarbeit im Bereich Gesundheit. Diese Modelle sind ein erster Schritt, um die europäischen Ziele im Bereich Gesundheit zu erreichen, jedoch muss diese auch gewollt sowie durch bereitwillige Akteure umsetzbar sein.

Wie diese Arbeit gezeigt hat, kann eine Vernetzung und verstärkte Kooperation in den hier betrachteten Ländern Deutschland, Ungarn und Bulgarien im Gesundheitswesen eine zunehmende Verbesserung der Gesundheit der Bevölkerung sowie den Abbau von gesundheitsbedingten Ungleichheiten bedeuten. Für Deutschland wurde, im Zusammenhang mit dem Projekt Arteria Danubia, das Netzwerkmodell der bayerischen Gesundheitsregionen^{plus} als Vergleichsmodell betrachtet. Wie im vorherigen Kapitel dargestellt, lässt sich jedoch das bayerische Konzept der GR nicht ohne weiteres in Ungarn und Bulgarien implementieren. Dieses Konzept ist zugeschnitten auf die Strukturen und Gegebenheiten des deutschen Gesundheitssystems und basiert dementsprechend auf spezifischen Vorgaben und Richtlinien, die mit den Gegebenheiten in den anderen beiden Ländern zum aktuellen Zeitpunkt nicht kompatibel sind. Anhand der Ergebnisse aus dem kriteriengestützten Vergleich in Kapitel 3.4, kann die Schlussfolgerung gezogen werden, dass z. B. durch Kooperations- und Vernetzungsmodelle im Gesundheitswesen die gesundheitlichen Chancen und der Status der Bevölkerung verbessert werden können.

Als Ausblick für eine weitere Thematisierung der Möglichkeit einer Implementierung von Modellgesundheitsregionen in Ungarn und Bulgarien, ist es vor allem wichtig, ein passendes Modell oder vielmehr einen Modellansatz zu finden, welcher so entwickelt werden müsste, dass er je nach Land oder Region und den dort vorherrschenden Strukturen und Möglichkeiten angepasst werden könnte. Interessant wäre ein Modellansatz, der in seiner Basis stets gleich bleibt, aber in seinen Ausprägungen auf die regionalen oder nationalen Bedingungen und Gegebenheiten des jeweiligen Landes oder Regionen der EU angepasst werden

könnte. Dieser könnte nach einer Pilotphase in ausgewählten Ländern wie etwa Ungarn und Bulgarien, auf weitere beliebige EU-Staaten übertragen werden.

Literaturverzeichnis

- Bos, E. (2017): .Potenziale makroregionaler Strategien für die Europäische Integration, in: Bos, E. / Griessler, C. / Walsch, C. (Hrsg): Die EU-Strategie für den Donauraum auf dem Prüfstand. Erfahrungen und Perspektiven, Baden-Baden, S. 19-42.
- Europäische Kommission (2016): Die Europäische Union erklärt: Gesundheitswesen, Luxemburg.
- Hollederer, A. / Eicher, A. / Pfister, F. / Stühler, K. / Wildner, M. (2016): Gesundheitsregionen plus in Bayern, in: Pfannstiel, M. A. / Focke, A. / Mehlich, H. (Hrsg): Management von Gesundheitsregionen I. Bündelung regionaler Ressourcen zum Wachstum und zur Sicherung der Gesundheitsversorgung, Wiesbaden, S. 1-10.
- Porter, M. E. / Guth, C. (2012): Chancen für das deutsche Gesundheitssystem. Von Partikularinteressen zu mehr Patientennutzen, Berlin.
- Schölkopf, M. / Pressel, H. (2014): Das Gesundheitswesen im internationalen Vergleich. Gesundheitssystemvergleich und europäische Gesundheitspolitik, 2. Aktualisierte und erweiterte Aufl., MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, S. 86-90, S. 113-117, S. 241-269.
- Sielker, F. (2017): Governance der EU-Donauraumstrategie – Eine Analyse der Mehrwerte und Herausforderungen der makroregionalen Kooperation aus Sicht der Akteure, in: Bos, E. / Griessler, C. / Walsch, C. (Hrsg): Die EU-Strategie für den Donauraum auf dem Prüfstand. Erfahrungen und Perspektiven, Baden-Baden, S. 73-94.
- Streitenberger, W. (2017): Warum fördert die EU die Entstehung und Umsetzung von makroregionalen Strategien? In: Bos, E. / Griessler, C. / Walsch, C. (Hrsg): Die EU-Strategie für den Donauraum auf dem Prüfstand. Erfahrungen und Perspektiven, Baden-Baden, S. 43-50.

Internetquellen

Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit (LGL) (Hrsg) / Holleder, A. (2018): Gesundheitsregionenplus.

<https://www.lgl.bayern.de/gesundheit/gesundheitsversorgung/gesundheitsregionenplus/index.htm> [Recherche: 14.05.2018]

Bayerisches Staatsministerium für Gesundheit und Pflege (STMGP) (Hrsg.) (2016): Gesundheitsregionen plus. Konzept.

https://www.stmgp.bayern.de/wp-content/uploads/2016/04/konzept_gesundheitsregionen_plus_2016.pdf [Recherche: 03.07.2017]

Gerlinger, T. / Reiter, R. (2012): Gesundheitswesen im Europäischen Vergleich – Ein Überblick,

<http://www.bpb.de/politik/innenpolitik/gesundheitspolitik/72906/gesundheitswesen-im-europaeischen> [Recherche: 15.12.2017]

Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) (Hrsg): Gesundheitsversorgung in Deutschland,

https://www.gesundheitsinformation.de/gesundheitsversorgung-in-deutschland.2698.de.pdf?all_backgrounds=1&all_details=1&all_lexicons=1&all_reports=1&overview=1&print=1&theme=1 [Recherche: 24.08.2017]

Landeszentrum Gesundheit Nordrhein-Westfalen (2017): WHO-Netzwerk „Regionen für Gesundheit“,

https://www.lzg.nrw.de/service/wir/kooperationen/4_netzwerk_regionen1/index.html [Recherche: 15.05.18]

OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2017): Bulgaria: Country Health Profile 2017, State of Health in the EU, OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels.

<http://dx.doi.org/10.1787/9789264283305-en> [Recherche: 26.03.2018]

OECD/European Observatory on Health System and Policies (2017): Deutschland: Länderprofil Gesundheit 2017, State of Health in the EU, OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health System and Policies, Brussels.

<http://dx.doi.org/10.1787/9789264285200-de> [Recherche: 27.03.2018]

OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2017): Hungary: Country Health Profile 2017, State of Health in the EU, OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels.

<http://dx.doi.org/10.1787/9789264283411-en> [Recherche: 28.03.2018]

Weitere Internetquellen:

Zu Health2020:

<http://www.euro.who.int/de/health-topics/health-policy/health-2020-the-european-policy-for-health-and-well-being/about-health-2020/why-health-2020>.
[Recherche: 15.05.2018]

<http://www.euro.who.int/de/health-topics/health-policy/health-2020-the-european-policy-for-health-and-well-being/about-health-2020/strategic-objectives>. [Recherche: 15.05.2018]

<http://www.euro.who.int/de/health-topics/health-policy/health-2020-the-european-policy-for-health-and-well-being/implementation-package>.
[Recherche: 15.05.2018]

Zu Healthy Cities:

<http://www.euro.who.int/en/health-topics/environment-and-health/urban-health/who-european-healthy-cities-network>. [Recherche: 15.05.2018]

Zu Regions for Health Networks:

<http://www.euro.who.int/en/about-us/networks/regions-for-health-network-rhn>. [Recherche: 15.05.2018]

<http://www.euro.who.int/en/about-us/networks/regions-for-health-network-rhn/about-rhn/terms-of-reference-of-the-regions-for-health-network-rhn-2015>. [Recherche: 15.05.2018]

Zu Gesunde Städte Netzwerk:

www.gesunde-staedte-netzwerk.de. [Recherche: 15.05.2018]

Folgende Bände sind bisher in dieser Reihe erschienen:

Band 1 (2016)

Bihlmayer, Christian / Peric, Christina Maria
Beiträge zu Gesundheitswissenschaften und -management
ISSN 2367-3176 (Print) – ISSN 2569-5274 (eBook)

Band 2 (2016)

Hoppenstedt, Inga
Der Nutzen eines betrieblichen Gesundheitsmanagements am Beispiel von
Suchtprävention am Arbeitsplatz
ISSN 2367-3176 (Print) – ISSN 2569-5274 (eBook)

Band 3 (2016)

Schaff, Arnd
Betriebliches Gesundheitsmanagement als Investition – Projektmanagement und
Wirtschaftlichkeit
ISSN 2367-3176 (Print) – ISSN 2569-5274 (eBook)

Band 4 (2016)

Hildebrandt, Stephanie
Chancen und Risiken einer qualitätsorientierten Finanzierung für die Kranken-
häuser in Deutschland
ISSN 2367-3176 (Print) – ISSN 2569-5274 (eBook)

Band 5 (2016)

Lapczynna, Carmen / Siodlaczek, Claudia
Nosokomiale Infektionen und multiresistente Erreger – Hygienische versus wirt-
schaftliche Faktoren
ISSN 2367-3176 (Print) – ISSN 2569-5274 (eBook)

Band 6 (2017)

Huppertz, Holger
Durchdringung der G-BA QM-Richtlinie in einem Universitätsklinikum
ISSN 2367-3176 (Print) – ISSN 2569-5274 (eBook)

Band 7 (2017)

Matusiewicz, David

Verbesserung der Therapietreue in Apotheken

Eine verhaltensökonomische Studie

ISSN 2367-3176 (Print) – ISSN 2569-5274 (eBook)

Band 8 (2017)

Kusch, Christina

Corporate Governance in Universitäts- und Privatkliniken

ISSN 2367-3176 (Print) – ISSN 2569-5274 (eBook)

Band 9 (2017)

Geißler, Jens

Die Digitalisierung von Geschäftsprozessen in der gesetzlichen Kranken- und Unfallversicherung als Herausforderung für das Management

ISSN 2367-3176 (Print) – ISSN 2569-5274 (eBook)

Band 10 (2018)

Mehmet Ali, Takis

Demokratische Planwirtschaft im Gesundheitswesen.

Eine verfassungsrechtliche, ordnungs- und gesellschaftspolitische Analyse

ISSN 2367-3176 (Print) – ISSN 2569-5274 (eBook)

Band 11 (2018)

Boroch, Wilfried

Dimensionen allgemeiner Gesundheitspolitik.

Eine modifizierte Anordnung nach Kriterien der engen, weiten und praxisbezogenen Anwendung

ISSN 2367-3176 (Print) – ISSN 2569-5274 (eBook)

Band 12 (2018)

Furtmayr, Angelika

Die Entwicklung in Gesundheitsförderung und Prävention im Setting Schule seit Einführung des Präventionsgesetzes

ISSN 2367-3176 (Print) – ISSN 2569-5274 (eBook)

Band 13 (2018)

Dännhardt, Andy

Kohärenzgefühl berufsbegleitend Studierender am Einzelfallbeispiel
des FOM Hochschulzentrums München

ISSN 2367-3176 (Print) – ISSN 2569-5274 (eBook)

ISSN (Print) 2367-3176

ISSN (eBook) 2569-5274



Institut für **Gesundheit & Soziales**
der FOM Hochschule
für Oekonomie & Management

FOM Hochschule

ifgs

FOM. Die Hochschule. Für Berufstätige.

Die mit bundesweit über 50.000 Studierenden größte private Hochschule Deutschlands führt seit 1993 Studiengänge für Berufstätige durch, die einen staatlich und international anerkannten Hochschulabschluss (Bachelor/Master) erlangen wollen.

Die FOM ist der anwendungsorientierten Forschung verpflichtet und verfolgt das Ziel, adaptionsfähige Lösungen für betriebliche bzw. wirtschaftsnahe oder gesellschaftliche Problemstellungen zu generieren. Dabei spielt die Verzahnung von Forschung und Lehre eine große Rolle: Kongruent zu den Masterprogrammen sind Institute und KompetenzCentren gegründet worden. Sie geben der Hochschule ein fachliches Profil und eröffnen sowohl Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftlern als auch engagierten Studierenden die Gelegenheit, sich aktiv in den Forschungsdiskurs einzubringen.

Weitere Informationen finden Sie unter fom.de

Das ifgs der FOM wurde 2015 durch Prof. Dr. habil. Manfred Cassens und Prof. Dr. David Matusiewicz gegründet. Es nimmt Aufgaben der Forschung und Entwicklung sowie des Wissenstransfers und der Innovationsförderung im Bereich des Gesundheits- & Sozialmanagements an der Schnittstelle zwischen Wissenschaft und Praxis wahr.

Schwerpunkte liegen dabei auf den Bereichen:

- Gesundheits- & Sozialmanagement
- Public Health/Gesundheitswissenschaften
- Gesundheitsökonomie
- Gesundheitspolitik
- Digitale Gesundheit
- Routinedaten im Gesundheitswesen
- Evidence based Public Health (EbPH)
- Versorgungsforschung

Weitere Informationen finden Sie unter fom.de/ifgs



Unter dem Titel »FOM forscht« gewähren Hochschullehrende der FOM Einblick in ihre Projekte. Besuchen Sie den Blog unter fom-blog.de